



VOX médica

Órgano de comunicación de los profesores y alumnos del Programa Nacional de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General

Año 8 • Número 2 • Marzo-Abril 2007

Academia Nacional de Medicina Mesa Directiva 2007-2008

Dr. Emilio García Procel
Presidente

Dr. Manuel H. Ruíz Chávez
Vicepresidente

Dr. Antonio Marín López
Secretario general

Dr. Alejandro Treviño Becerra
Tesorero

Dr. Armando Mansilla Olivares
Secretario Adjunto

Directorio PRONADAMEG

Dr. Manuel de la Llata Romero
Director

Dr. Juan Urrusti Sanz
Director Adjunto

Comité Normativo

Dr. Efraín Díaz Jouanen

Dr. Guillermo García Ramos

Dr. José Halabe Cherem

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Dr. Samuel Ponce de León Rosales

Dr. Julio Sotelo Morales

Coordinación Regional

Centro

Dr. José de Jesús Macías Mendoza

Sureste

Dr. José Antonio Cetina Manzanilla

Noroeste

Dr. Ernesto Ramos Martínez

Noreste

Dr. Ricardo Rangel Guerra

Occidente

Dr. Ignacio García de la Torre

CONTENIDO

Editorial

¿Diabetes para todos en el año 3000?

Alberto Lifshitz 2

APRENDER ⇄ ENSEÑAR

Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes *Mellitus* como paradigma (cuarta y última parte)

Leonardo Viniegra-Velázquez 3

PRONADAMEG INFORMA

Firma de convenio entre PRONADAMEG y la Universidad Anáhuac .. 6

Eventos especiales

Ceremonia inaugural del CXLIV año académico 7

Semblanzas y aportaciones de nuestros médicos

Dr. Gustavo Baz Prada

Carlos Viesca Treviño, Mariblanca Ramos de Viesca 9

Problemas de salud emergentes

La vacuna contra la viruela y sus efectos adversos

Mónica Cureño D., Ilse Herbas R., Pablo Kuri M. 11

Monografía

Carcinoma medular de tiroides

Astrid Salcedo-Gómez, Baldomero González-Virla, César López-Tarabay, Guadalupe Vargas-Ortega 13

Principales actividades 2007 - Sedes PRONADAMEG 15

Programa de sesiones semanales ANMM 16

Ejercicio Clínico Patológico

Mujer de 24 años de edad con cefalea y depresión severa

Citlaltepétl Salinas-Lara, Martha Tena-Suck, Daniel Rembao-Bojórquez, Rosa Isela Arce-Arellano, Ivonne Gutiérrez-Hernández, Juan E. Vélez 17

Cuestionario del Artículo Seleccionado de Gaceta Médica de México

..... 18

Respuestas al Ejercicio Clínico Patológico 18

Respuestas al Cuestionario del Artículo Seleccionado de Gaceta Médica de México

..... 18

Cuestionario del Ejercicio Clínico Patológico 19

Comentario Preventivo al Ejercicio Clínico Patológico

Varón de 49 años de edad con irritabilidad, palpitations, temblor de manos, pérdida de peso y nódulo tiroideo

Moisés Mercado 20

INPADIA

Programa educativo para el manejo integral de la diabetes mellitus tipo 2 (ver en páginas centrales de la I a la VIII)

¿DIABETES PARA TODOS EN EL AÑO 3000?

ALBERTO LIFSHITZ*

La epidemia de diabetes amenaza con volverse inmanejable si no se actúa decididamente. Estimaciones conservadoras prevén que para 2025 la prevalencia será del doble de la de 2001. Entre las razones para este incremento notable se encuentran, en primer lugar, el aumento en la esperanza de vida, pues juzgada individualmente, la edad es el factor de riesgo más importante para desarrollar diabetes. La diabetes es uno de los precios que tenemos que pagar por haber logrado vivir más. También participa el hecho de que la capacidad reproductiva de los diabéticos ha mejorado y sus descendientes son, por definición, diabéticos potenciales. Antes, muchas mujeres con diabetes morían antes de embarazarse, o perdían a sus bebés en forma de abortos o mortinatos, o bien daban a luz niños con enfermedades congénitas mortales o graves. Hoy, el mejor manejo de la diabetes, y particularmente durante el embarazo, ha logrado que muchas gestaciones lleguen a término con la consecuente expansión de las familias diabéticas. La disfunción eréctil del diabético varón ha actuado también como un factor limitante de la epidemia, pero hoy existen remedios más o menos eficaces que han vuelto fértiles a estos individuos. Un factor adicional es que, dado que los casos no se resuelven más que con la muerte, los pacientes que ingresan al conjunto de enfermos nunca salen de él y éste conjunto se va ampliando conforme se acumulan más casos, contribuyendo a la alta prevalencia.

Por supuesto que los factores no genéticos son también importantes. En poblaciones orientales, más o menos homogéneas racialmente, la frecuencia de diabetes y obesidad tiene un gradiente relacionado con el nivel de 'occidentalización', con qué tanto se adoptan estilos de vida occidentales. Hay más diabéticos en Taiwán que en China, y más en Singapur que en Hong Kong. Los indios Pima de Arizona tienen más obesidad y diabetes que los mismos indios Pima que viven en Sonora y es muy conocido el caso de los migrantes mexicanos en Estados Unidos, que tienen alta frecuencia de obesidad y diabetes. Estos estilos de vida han perneado suficientemente como para que se inicie una epidemia de obesidad infantil y la incidencia creciente de diabetes tipo 2 en niños y adolescentes.

Esta epidemia está relacionada también con la teoría del genoma ahorrativo que, en esencia, señala que en las épocas de hambruna sobrevivieron sólo aquellas personas con organismos energéticamente eficientes, quienes no necesitaban grandes cantidades de alimentos para subsistir, en tanto que sucumbieron aquellos que dependían estrictamente del acceso que tuvieran a los alimentos. Los sobrevivientes transmitieron genéticamente esta eficiencia energética a sus descendientes, con lo que la población con esta capacidad se incrementó. Al desaparecer la hambruna en ciertas regiones y haber incluso un exceso relativo de alimentos, esta abundancia ha sorprendido a las personas con genoma ahorrativo y los vuelve obesos y diabéticos si, además, tienen otros rasgos genéticos que las predispongan.

La epidemia no sólo es devastadora en razón del aumento de incidencia sino de todas las enfermedades concomitantes con la diabetes, particularmente las enfermedades cardiovasculares, la amaurosis, la insuficiencia renal y las amputaciones de miembros pélvicos.

A pesar de que el conocimiento ha aumentado de manera considerable y hoy en día prácticamente todos los diabéticos tienen la posibilidad teórica de controlarse, el hecho es que una proporción muy grande se mantiene descontrolada a pesar de que es vista por su médico varias veces al año. Hoy sabemos que el control estricto alarga la vida, evita las complicaciones y retrasa las secuelas; contamos con un gran número de opciones terapéuticas, y reconocemos que el manejo temprano tiende a modificar la evolución natural. El mercado empieza a percatarse de la epidemia y aumenta las facilidades y productos para los diabéticos aunque aún de manera incipiente, incluyendo alimentos, restaurantes, gimnasios y clubes. Se sabe que el empoderamiento del paciente para llevar a cabo su propio control abona a su buen pronóstico. Las razones por las que no se tiene éxito tienen que ver con indisciplina de los pacientes, dificultades de acceso a los servicios, limitaciones económicas para seguir su tratamiento, factores culturales, creencias y prejuicios, la particular filosofía vital de ciertos pacientes que prefieren disfrutar hoy de la vida considerando que el futuro es incierto, pero también se relaciona con insuficiente preparación de los profesionales, con que no tienen suficiente tiempo para dedicarlo a enseñar a los enfermos, que no están concientes de su papel más allá de ser prescriptores, con incomprensión del papel de los educadores en diabetes y un número insuficiente de éstos.

El manejo de la diabetes no requiere sólo de prescribir medicamentos, dieta y ejercicio, sino lograr que el paciente se involucre afectivamente (y efectivamente), que se alcance una convicción, una actitud, logros en el área afectiva que son los más difíciles de alcanzar en el terreno educativo.

El asunto compete a toda la sociedad y no sólo a los médicos, los pacientes y sus familias. Las circunstancias todas tendrían que ser favorables para lograr menguar la epidemia. Por esto ha surgido "Iniciativa para Diabetes" (INPADIA), para convocar a todos, sin exclusiones ni protagonismos, para orientar a médicos, otros profesionales y técnicos de la salud, pacientes, familiares y la comunidad entera en los caminos para atemperar el impacto social de la enfermedad.

*MIEMBRO TITULAR DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO. A.C.

LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y LA EDUCACIÓN. LA DIABETES *MELLITUS* COMO PARADIGMA¹ (CUARTA Y ÚLTIMA PARTE)

LEONARDO VINIEGRA-VELÁZQUEZ*

Lo social y la enfermedad crónica

En el intento por esclarecer la relación entre el ambiente (sociocultural) y la expresión de las enfermedades crónicas, recurriré, una vez más, al ejemplo que nos aporta la diabetes mellitas tipo 2. Así, podemos apreciar que en la búsqueda del control de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 por parte del médico y las instituciones de salud, se suelen perder de vista las profundas diferencias de nuestra población —un abigarrado mosaico de culturas y tradiciones— respecto a las culturas de las que provienen las nuevas ideas y las miradas de hechos relativos a la causalidad, diagnóstico, curso clínico, pronóstico, prevención y tratamiento de dicha enfermedad. Las estrategias de prevención o tratamiento aceptadas y efectivas en ciertas comunidades, pueden ser inaplicables o inaceptables para otras. Advirtamos cómo nuestra sociedad, surcada por profundas desigualdades, donde vastas mayorías deben asegurar su sobrevivencia cada día, está en gran medida imposibilitada para desarrollar una visión y una actitud anticipatorias de su propia existencia; es decir, difícilmente puede reconocer y dar prioridad a las acciones (individuales y colectivas) que realizadas en el presente apuntan a modificar favorablemente el futuro previsible. Tal limitación con profundas raíces históricas que se encuentra en las entrañas de nuestra cultura, es un formidable obstáculo para promover cambios en la forma de ser de los pacientes diabéticos cuando la enfermedad es “silenciosa”, justamente cuando las modificaciones en los hábitos y estilos de vida pueden tener un efecto más beneficioso. Si los inconvenientes, las limitaciones, los malestares o los sufrimientos atribuibles a la enfermedad están ausentes o son mínimos, ¿cómo esperar que nuestras recomendaciones al paciente acerca de cambios en sus hábitos de vida se cumplan? En estas condiciones tales imposiciones o exhortaciones funcionan como “dolorosas prohibiciones y nuevas obligaciones” sin sentido. A escala social difícilmente podrá desarrollarse una actitud anticipatoria, porque el mañana inmediato es incierto para la mayoría de los pacientes que sólo pueden asegurar su sobrevivencia en el corto plazo. Al proyectar nuestra mirada a través del concepto de historia cultural de la enfermedad, podemos darnos cuenta que las enfermedades crónicas reflejan la multiplicidad de las formas de ser de las colectividades, que en nuestro país adquieren expresiones variadas y peculiares como efecto del entrelazamiento de:

a) *Lo histórico*: una vasta colectividad multiétnica y pluricultural donde subyace nuestra mayor riqueza y potencialidad como país, escindida ancestralmente por las relaciones desiguales, la intolerancia y la discriminación; subordinada a intereses foráneos que en cada época a partir de la conquista, saquean la riqueza socialmente creada. En la actualidad, el predominio de los intereses del capital transnacional acrecienta la desigualdad, la marginación y la pobreza. También como efecto de la subordinación impuesta por ese “exterior” dominante y expoliador, y de la sucesión de gobiernos autoritarios y corruptos, son comunidades marcadamente pasivas, conformistas y fatalistas. b) *Lo social*: en virtud de esa pasividad acentuada de la abrumadora mayoría de la población —con profundas raíces históricas—, no emergen los desafíos, las exigencias y las presiones a gran escala sobre las instituciones sociales. De tal forma, éstas en su conjunto con múltiples matices, refuerzan su autonomía y su distanciamiento de la sociedad civil, introduciéndose en una lógica organizativa que las degrada;¹⁹ además, sin contrapesos a su accionar, adolecen de anquilosamiento, obsolescencia, ineffectividad y al desarrollar sus políticas y directrices para el corto plazo, poco inciden en los enormes rezagos y contribuyen a agravar las manifestaciones de la desigualdad imperante. c) *Lo político*: las relaciones de poder marcadamente asimétricas ahondan las desigualdades; grandes sectores de la población carecen de lo más elemental pues sus intereses permanecen en la sombra; por otro lado, el predominio abrumador de los intereses propios de las minorías opulentas que pueden disponer sin límite de bienes y servicios (cuyo papel es el de agentes encargados del acrecentamiento y concentración del capital transnacional que domina el planeta), condiciona la escasez presupuestaria de las instituciones sociales que se debilitan o mueren de inanición. Esta escasez no es el destino inexorable de tales instituciones, como se ha hecho creer, sino reveladora de que dentro de las prioridades de las políticas del Estado y del gobierno —a las que se destinan preferentemente los recursos— las instituciones sociales tienen, en los tiempos que corren, un lugar secundario. d) *Lo económico*: la industrialización tardía, dependiente y el intercambio desigual con las economías dominantes, ha provocado la salida hacia el exterior —en forma de capital— de la riqueza creada por el trabajo colectivo. La “flaqueza” crónica de la economía requiere del endeudamiento progresivo que agrava la situación,

*COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

¹REPRODUCCIÓN PARCIAL DEBIDAMENTE AUTORIZADA DEL ARTICULO PUBLICADO EN LA REVISTA MÉDICA DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, VOLUMEN 44, NÚMERO 1 DE ENERO-FEBRERO DE 2006.

manifestado por desempleo creciente que condiciona salarios castigados, un mercado interno débil con la consecuente migración interna (del campo a las ciudades) y externa, y la evasión hacia la delincuencia en todas sus formas “rentables”. Además, la concentración de la riqueza cuyo efecto es la generalización de la pobreza, provoca que las llamadas clases medias sean cada vez más reducidas. e) *Lo cultural*: un compendio de todo lo anterior se manifiesta en una gran diversidad en cuanto a creencias, valores, tradiciones, hábitos, usos, costumbres, actitudes, aspiraciones, saberes, expresiones colectivas, formas de organización, manifestaciones artísticas, dotación de recursos materiales, disponibilidad de bienes y servicios, utilización de recursos técnicos y tecnológicos todo lo cual moldea, matiza y diversifica al infinito las formas de ser individuales. Lo anterior, llevado al asunto motivo de nuestras reflexiones, podemos expresarlo con las siguientes palabras: el movimiento social con las características anotadas, es el principal generador de las formas de expresión —cuantitativa y cualitativa— de las enfermedades crónicas en nuestro país, donde la diabetes mellitus es la más representativa; de ahí que la afirmación “la epidemia de diabetes mellitus tipo 2 se disemina sin control efectivo” es reveladora de una epidemia culturalmente determinada. Tales aseveraciones no pretenden significar que las predisposiciones genéticas no operan; subrayan que la forma de manifestación de tales predisposiciones depende de los diferentes contextos sociales (culturales) con su enorme diversidad e intrincada complejidad. Si compartimos el punto de vista de que el concepto de historia cultural de la enfermedad permite un entendimiento más penetrante de las enfermedades a escala social, nos daremos cuenta que la tarea que el Estado y el gobierno asignan a las instituciones públicas de salud de atender con efectividad a la multitud de pacientes con enfermedades crónicas, en particular los afectados por diabetes mellitus tipo 2, rebasa por completo las posibilidades de aquéllas—con mayor razón por las restricciones presupuestarias— porque no se trata, en sentido estricto, de un “problema de salud”, sino de las manifestaciones de un movimiento social donde se profundizan las desigualdades que deriva en escasas oportunidades de progreso espiritual, moral y material para las grandes mayorías de la población, caracterizadas por rasgos acentuados de pasividad, conformismo e inmediatez en su proceder y con tradiciones y costumbres arraigadas. Ningún sistema de salud podrá responder al gigantesco y abrumador desafío de “controlar” a los pacientes diabéticos, menos aún a compensar las limitaciones inherentes al transcurrir de la enfermedad. Continuando con el ejemplo de la diabetes mellitus tipo 2, se comprende con lo antes dicho que no es la educación tradicional que “instruye” al paciente acerca de su enfermedad, la estrategia más promisoría para contender con las necesidades de atención de los enfermos diabéticos, sino esa educación que apelando al autoconocimiento motiva, encauza y estimula al paciente hacia formas de ser que impliquen el autocontrol. De hecho, el control exterior que el médico procura y en ocasiones cree haber logrado es en gran medida ilusorio, es en el paciente en quien recae la posibilidad de lograr

hábitos que conduzcan al anhelado control que tan afanosamente persigue el médico. Sin embargo, no perdamos de vista que la educación logra sus efectos a mediano y largo plazos. La educación que infunde poderosas motivaciones para cambiar ocurre preferentemente al interior de las comunidades terapéuticas de pacientes, consideradas como complemento de la labor de las instituciones de salud y que en no pocas ocasiones ven obstaculizada su integración o su funcionamiento, por lo mismo, las comunidades terapéuticas no sólo son escasas, sino que suelen tener una autonomía muy acotada que restringe su desarrollo y maduración. Así, resultan notoriamente insuficientes ante la demanda potencial de los pacientes crónicos, y las que se han configurado suelen tener vidas breves con serios problemas para desplegar todas sus potencialidades en beneficio de sus integrantes porque generalmente nacen y permanecen supeditadas a la institución de salud.²⁰ Después de las consideraciones precedentes resulta necesario enfatizar que *la anticipación* es el verdadero sentido de la educación participativa enfocada al ámbito de las enfermedades crónicas, es decir, el arribo a mejores formas de ser de las colectividades —que implica la superación, en cierta medida, de las condiciones de existencia— que impidan o retarden la aparición de la enfermedad. De ahí que los esfuerzos educativos deben ir mucho más allá de los confines de las instituciones de salud, incursionar en los espacios donde los grupos de niños, adolescentes y jóvenes están en proceso de interiorizar formas de ser propiciadas por el medio ambiente donde se desenvuelven. Es aquí donde las estrategias educativas serán de mayor alcance precisamente porque los niños y jóvenes están poco rigidizados en sus hábitos, son más maleables y susceptibles a las influencias educativas que promuevan mejores hábitos de vida, sobre todo si se les interesa, motiva y encauza; además, es bien conocido el papel de “jueces insobornables e implacables”, que suelen asumir los niños como agentes de cambio de hábitos en el seno familiar cuando están convencidos de ello.

Epílogo

A lo largo de este ensayo he propuesto otra forma de aproximación y de percepción de las enfermedades crónicas, utilizando la diabetes mellitus tipo 2 como ejemplo ilustrativo. La enfermedad como forma de ser —más que desviación del sendero de la salud—, es uno de los conceptos desarrollados en la búsqueda de un entendimiento más penetrante de las enfermedades, que tiene como punto de partida obligado a las características genéricas y particulares de las personas que las padecen. También he criticado el mecanicismo como visión dominante del organismo, destacando algunas de las cualidades más distintivas de la vida. Al proponer el concepto de *historia cultural de la enfermedad* pretendo configurar una alternativa al de historia natural de la enfermedad que ha dominado y dirigido la práctica médica durante muchos decenios. Ubicar a la cultura —con todo lo que implica— como el hilo conductor para explicar las enfermedades crónicas en su manifestación colectiva, pretende hacer evidente cómo las condiciones y circunstancias de vida

de las personas son decisivas en las formas de expresión y evolución de las enfermedades crónicas. Para este propósito especifiqué lo más característico de lo histórico, lo social, lo político, lo económico y lo propiamente cultural de nuestro país, a fin de que nos aproxime al entendimiento de nuestras diferencias respecto a otras culturas de las que solemos tomar acríticamente ideas, formas de organización, técnicas o innovaciones tecnológicas. He destacado el papel de la educación en la problemática de las enfermedades crónicas, formulé una crítica de la educación tradicional de corte instruccional e informativo por sus escasos alcances e intenté mostrar cómo la educación participativa que motiva, encauza y estimula a las personas a cambiar, es superior por sus premisas, sus alcances en los espacios propiamente educativos y sus mayores potencialidades en el ámbito que nos ocupa. Destaqué con especial énfasis el lugar fundamental que tiene el autoconocimiento no sólo como premisa de la perspectiva participativa de la educación, también para replantear la concepción misma de la educación para la salud. De los conceptos propuestos he derivado algunas implicaciones para la práctica clínica y esbozado el tipo de habilidades prioritarias a desarrollar en los médicos en formación.

Mi propuesta de un “descenramiento” de lo institucional en el cuidado de la salud, donde la iniciativa de los pacientes en pro de sus intereses y necesidades sea lo primordial, si bien no tiene factibilidad al corto plazo — por la extrema pasividad social—, constituye otra forma de percibir la problemática de las enfermedades crónicas, un horizonte de lo posible y puede orientar otra forma de actuar de los prestadores de los servicios de salud y de los propios pacientes. El concepto de participación llevado al ámbito de los pacientes crónicos implica el despliegue de su iniciativa colectiva y la edificación paulatina de condiciones sociales más propicias para la vigencia de sus intereses y la satisfacción de sus necesidades. En esa progresión divergente de los usos y costumbres, que deja atrás al iatrocentrismo, resultan imprescindibles las comunidades terapéuticas como estrategia primaria de cuidado de la salud, siempre y cuando representen, hagan valer y respondan a los intereses de los participantes. Conviene insistir en que el equipo cuyo encargo es el cuidado de la salud, debe priorizar otro tipo de educación del paciente crónico,* capaz de motivarlo y encauzarlo para el autoconocimiento, estimularlo para que pueda aproximarse gradualmente hacia otras formas de ser, cuyo significado consista en mejores circunstancias de existencia y hábitos de vida personal y familiar más saludables, lo cual le permitirá arribar a un auténtico autocontrol y asumir lo que le corresponde en su autocuidado. Sólo así, las diversas estrategias de intervención que forman parte del cuidado de la salud es-

tarán dotadas de sentido y podrán tener verdadera efectividad y alcance. Concluiré con una paráfrasis del epígrafe de este ensayo: de lo que se trataría es de que la enfermedad crónica —acompañante cada vez más habitual de los humanos— se constituya en un medio privilegiado para conferirle sentido a la existencia, es decir, nos aproxime a una filosofía de la vida.

Referencias

1. World Health Organization. The Diabetes Program. Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud 2000. México: Secretaría de Salud, DGE; 2001.
3. Aguilar-Salinas C, Velázquez MO, Gómez-Pérez FJ, González CA, Lara EA. Characteristics of patients with type 2 diabetes in México. *Diabetes Care* 2003;26:2021-2026.
4. IMSS. Información Estadística en Salud. México: CodeIM; 2004.
5. Remuzzi G, Schieppati A, Ruggenenti P. Nephropathy in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2002;346:1145-1157.
6. England J, Asbury A. Peripheral neuropathy. *Lancet* 2004;363:2151-2161.
7. Freeman Roy. Autonomic peripheral neuropathy. *Lancet* 2005;365:1259-1270.
8. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden diabetes 1995-2025 prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998;21:1414-1431.
9. Salcedo RA, García-de Alba GJ. Programa de atención integral al paciente diabético tipo 2. México: IMSS/CONACYT/ UISESS; 2004.
10. Viniestra VL. Acerca de la significación biológica. El pensamiento teórico y el conocimiento médico. México: UNAM, Coordinación de Humanidades; 1988. p. 51-92.
11. Capra F. Las conexiones ocultas. Barcelona: Anagrama; 2003. p. 138-143.
12. Viniestra VL. El desafío de la educación en el IMSS: cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional. *Rev Med IMSS* 2005;43:305-321.
13. Leavell HR, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiologic approach. New York: McGraw Hill; 1958. p. 13-39, 205-259.
14. Viniestra VL. Los intereses académicos en la educación médica. *Rev Invest Clin* 1987; 39:281- 290.
15. Viniestra VL. Educación y crítica. El proceso de elaboración de conocimiento. México: Paidós; 2002.
16. Viniestra VL, Aguilar ME. Hacia otra concepción del currículo. Un camino alternativo para la formación de docentes-investigadores. Segunda edición. México: IMSS; 2003
17. Aguilar ME, Viniestra VL. Atando teoría y práctica en la labor docente. México: Paidós; 2003.
18. Viniestra VL. La formación de especialistas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Hacia un nuevo sistema de evaluación. *Rev Med IMSS* 2005;43:141-153.
19. Viniestra VL. Las gestiones de las instituciones privadas y públicas de salud, ¿por qué deben ser distintas? *Rev Med IMSS* 2004;42:37-53.
20. Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 2004;364: 1523-1537. *60 Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006;44: 60

FIRMA DE CONVENIO ENTRE PRONADAMEG Y LA UNIVERSIDAD ANÁHUAC

Fue en el año de 2003 cuando una organización denominada Programa Latinoamericano de Educación Médica, conocido mejor por sus siglas como PLEMED, en la persona del Dr. Jorge Renne, quien desafortunadamente no está el día de aquí para acompañarnos, nuestra Escuela de Medicina hizo su primer acercamiento con la Academia Nacional de Medicina para tratar de colaborar en proyectos de educación médica a distancia.



Fig. 1. Dr. Manuel de la Llata.

En aquella época, llevábamos dos años de haber iniciado la línea de desarrollo de nuestro primer programa de telemedicina rural, y tuvimos la fortuna de ser visitados por el Dr. Elías Hurtado Hoyo, Presidente de la Academia Médica Argentina, con quien firmamos en esa fecha un convenio de colaboración para proyectos del ámbito de la educación médica a distancia entre nuestras dos organizaciones.

En esa fecha la Academia Nacional de Medicina, bajo la coordinación del Académico Dr. Manuel de la Llata, aquí presente, y por cierto también gran amigo nuestro, decidió incorporar a las nuevas tecnologías de la educación médica a distancia el Programa de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico General, conocido mejor por sus siglas como PRONADAMEG; mismo que a través

del tiempo se ha consolidado como el programa de educación médica continua para médicos generales de mayor impacto en la medicina mexicana.

Apoyado por la excelente colaboración del Académico Dr. Don Juan Urrusti, también buen amigo de nuestra Universidad, además también aquí presente, y a quien mucho agradezco su apoyo en esta gestión, hemos ido incrementando nuestros lazos de colaboración con los programas educación médica continua que la Academia Nacional de Medicina, con la valiosa participación de prestigias Instituciones de educación superior realiza en nuestro país con la finalidad de elevar la calidad de la medicina mexicana.

Gracias a la gestión del Dr. José Antonio Ruy Díaz, nuestro coordinador de Postgrado, Investigación y Extensión, se ha logrado desarrollar un sistema de retroalimentación de muy alta calidad con el equipo del Académico Dr. Urrusti. Lo anterior con el objeto de obtener una evaluación externa independiente sobre la calidad de nuestros programas de extensión, que cada día aumentan en cantidad y calidad.



Fig. 2. Firma del Convenio.

El Dr. Emilio García Procel, presidente de la Academia Nacional de Medicina y hasta hace pocos años catedrático de nuestra escuela de medicina, a pesar de sus deseos, no le ha sido posible acompañarnos el día de hoy.

Para la Universidad Anáhuac, el compromiso con el desarrollo social de México no es solamente un



Fig. 3. Intercambio de documentos.

aforismo, es un compromiso real que le da sentido a nuestros programas académicos. La vinculación con organizaciones como la Academia Nacional de Medicina nos enorgullece por considerarnos asociados a un mismo ideal, y sobretodo a un mismo compromiso, el buscar el máximo beneficio para la medicina mexicana.

Para nuestra universidad es una gran distinción el tener inscrito su nombre en la lista de las universidades que colaboran en el programa de actualización para médicos generales de la Academia. Por lo que pude apreciar de la lista de instituciones participantes en el PRONADAMEG, nuestra universidad es la primera universidad privada de la Ciudad de México que participa con la Academia en esta noble empresa. La Academia Nacional de Medicina de México puede estar segura de que nuestra colaboración será en el marco de la mayor calidad y compromiso académico, en beneficio de los médicos de nuestro país, sobre todo de los médicos en formación que llenan nuestras aulas y que nos confían su orientación para vincularlos con lo mejor de la medicina nacional.

Nuestra intención es la de promover este programa entre los estudiantes de los últimos semestres, sobretodo los estudiantes de quinto y sexto año, que están cursando su internado y servicio social, respectivamente.

Hacia ellos tenemos la firme intención de educarlos en el hábito de la educación médica continua. Hábito que les asegurará la actualización permanente de sus conocimientos y con ello la seguridad de practicar una medicina llena de alegría y humanismo para con sus pacientes y colegas.

Este hábito debe acompañarse de la adquisición de las competencias propias del autoestudio. La tecnología de la educación a distancia proporciona esas herramientas, y permite superar las limitantes de tiempo y espacio para el estudiante, pues con el proyecto que la Academia ha desarrollado, los estudiantes podrán repasar y actualizar sus conocimientos en las principales áreas del saber médico propias del médico general, apoyados por videos, conferencias y textos incorporados a los DVD's que forman la colección de recursos educativos, revisándolos y estudiándolos en los horarios y calendarios que mejor se acoplen a sus actividades en el internado y servicio social.

Nuestros estudiantes no solamente se enriquecerán con estos materiales sino que también se podrán registrar en el PRONADAMEG, para que si desarrollan y aprueban los cursos del mismo, puedan recibir, por parte de la Academia un certificado de término de estudios que les permita registrarse y certificarse ante el Consejo Nacional de Certificación en Medicina General.

Este comité Certifica y Recertifica periódicamente, cada cinco años, a todos los médicos generales del país. Con esto nuestros estudiantes, si se inscriben al programa, como solo lo pueden hacer los estudiantes de las escuelas incorporadas al PRONADAMEG bajo convenio, mismo que a continuación firmaremos con usted, podrán cursar el programa de manera simultánea a sus estudios de internado y servicio social, ya que este programa consta de cuatro módulos trimestrales.

En fin, no quisiera tomar mayor cantidad de tiempo, solamente quise resaltar algunas de las ventajas que para nuestros estudiantes tiene este importante convenio de colaboración.

Una vez más, doctores de la Llata, Urrusti y Herro, agradezco su tiempo para acudir hoy en compañía de sus más cercanos colaboradores a nuestra casa de estudios, para la firma de este convenio, que en lo personal considero como histórico y de gran relevancia, para incrementar con él la calidad de nuestros estudiantes y con ello poder sumar a nuestra lista de relaciones académicas un programa más que vincule a nuestra escuela con la Academia.

Por su confianza y apoyo, muchas gracias.

Dr. Tomás Barrientos Fortes. Febrero 2007

REUNIÓN DEL CONAMEGE EN LA SECRETARÍA DE SALUD

El día 8 de marzo del 2007 los integrantes del comité Normativo Nacional de Medicina General (CONAMEGE), y el pleno del Consejo Nacional de Certificación en Medicina General (CNCMG) conformado por 31 presidentes estatales y su presi-



Fig. 1. Dr. Manuel de la Llata, Dr. José Ángel Córdova Villalobos y Dr. William Humberto Ortiz Briceño.

dente nacional el Dr. William Humberto Ortiz Briceño, se reunieron en el Salón de actos "Dr. Galo Soberón" de la Secretaría de Salud, en la Ciudad de México, con el Dr. José Ángel Córdova Villalobos, Titular de la misma, con el objeto de realizar la presentación formal de ambos organismos.

Durante el acto, el Dr. Manuel de la Llata Romero, Coordinador del CONAMEGE, manifestó al Se-



Fig. 2. Entrega de la documentación del CONAMEGE al Secretario de Salud.

cretario de Salud los objetivos, propósitos y logros en materia de certificación de los médicos generales en el país, así mismo hizo entrega al Dr. Córdova de un documento que contiene los antecedentes, estructura, objetivos, estatutos y reglamentos del CONAMEGE, y un informe detallado por entidad

federativa de los médicos que han obtenido su certificación o la han revalidado, en el período de 2000 a 2006.

En su momento, el Dr. José Ángel Córdova Villalobos estableció un compromiso de apoyo para los dos organismos con el fin de fortalecer una práctica ética y de alta calidad de la medicina general en México a través del proceso de certificación y de las actividades de educación médica continua e hizo votos porque el CONAMEGE y el CNCMG aumenten sus logros en materia de certificación.



Fig. 3. Panorámica de la reunión.

Le entregó también un documento relativo a objetivos, estructura y funciones del Subcomité de Educación Médica Continua de CONAMEGE. El documento incluye, así mismo, la relación de cursos, talleres, seminarios y otras actividades de educa-



Fig. 4. Directivos de CONAMEGE, Presidentes de los Consejos Estatales con el Secretario de Salud.

ción médica continua evaluados y registrados por dicho Subcomité, con la puntuación alcanzada por cada uno de ellos.

SEMBLANZAS Y APORTACIONES DE NUESTROS MÉDICOS

Sección a cargo del Dr. Carlos Viesca Treviño, Jefe del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la UNAM.

DR. GUSTAVO BAZ PRADA

CARLOS VIESCA TREVIÑO,* MARIBLANCA RAMOS DE VIESCA**

Gustavo Baz Prada es, indudablemente, una de las personalidades médicas que ha contribuido de manera definitiva para la configuración de la medicina mexicana de la segunda mitad del siglo XX. A él se debe, ni más ni menos que la estructura general de lo que sigue siendo el sistema nacional de salud.

Pertenciente a una generación que vivió los radicales cambios sociales que trajo como consecuencia la Revolución Mexicana y los más radicales aún cambios científicos que modificaron totalmente el concepto y la práctica de la medicina, Baz fue uno de los visionarios que, convencido de que la unión de ambos factores, el científico y el social, pugnó, más allá del ejercicio excelente de una práctica profesional, por desarrollar instituciones que sirvieran de marco para ella.

Gustavo Baz nació en Tlalnepantla, Estado de México, el 31 de enero de 1894. Habiendo cursado su preparatoria en el Instituto Científico y Literario de Toluca, se inscribió para iniciar sus estudios médicos en 1913. Acedió por concurso a la Escuela Nacional de Medicina, pero, no habiéndose abierto cursos para alumnos civiles y estando la Escuela en inminente riesgo de ser cerrada, como lo fueron otras instituciones educativas sospechosas de no aceptar de buen grado la dictadura de Victoriano Huerta, presentó examen y fue admitido en la Escuela Médico Militar. Ella continuaba con sus cursos, entre los que compartía con la Escuela de Medicina algunas materias y prácticas de laboratorio, de manera que comenzó a cursar su segundo año con el grado de sargento segundo. Además, pertenecer a la escuela Médico Militar le daba acceso a una beca que le era muy necesaria, pues su padre había fallecido desde 1904.

De ideas progresistas y revolucionarias, Baz había participado en reuniones y conciliábulos en los que se discutía la delicada situación política por la que cursaba la nación y la creciente impopularidad e ilegalidad en la que caía el gobierno de Huerta. Ante la amenaza de ser descubiertos, Baz y varios compañeros tuvieron que huir de la ciudad de México y la carrera del empeñoso estu-



dante de medicina se vio cortada para dar sitio a una corta pero brillante carrera de revolucionario. Hombre de confianza de Zapata, por su honradez, el joven que no había aún cumplido los veinte años no tardó en obtener el grado de general y, a la caída de Huerta, gobernador del Estado de México, cargo en el que permanecería dos años, dejándolo al reiniciarse las luchas intestinas entre los grupos revolucionarios.

Durante este corto período demostró una madurez no común a su edad, pues, en el terreno de la educación pública, reestructuró la enseñanza primaria, reorganizó los institutos de educación superior

existentes en Toluca, como lo eran el Instituto Científico y Literario y la Escuela de Artes y Oficios. Renunciando al gobierno del Estado y a su grado de general, Gustavo Baz se reinscribió en la Escuela Nacional de Medicina, contando con un nombramiento de capitán segundo y una pequeña beca por parte de la Escuela Médico Militar. En 1920, a los veintiséis años de edad, se graduaba como médico cirujano, habiendo presentado una tesis recepcional sobre "Cirugía Vasculár", en la que analizaba algunos de los últimos avances sobre el tema, por ejemplo las suturas vasculares que habían hecho merecedor a su inventor, Alexis Carrel, al Premio Nobel de Medicina en 1912. En el laboratorio de Fisiología de José Joaquín Izquierdo, en la Escuela Nacional de Medicina, Baz había realizado toda una serie de experiencias con dichas suturas. El camino estaba claramente elegido. Baz, ya médico, sería cirujano.

Apenas recibido Baz logró un nombramiento como profesor interino de Anatomía en la Escuela de Medicina y para enero de 1923 conjunta los nombramientos de profesor de clínica propedéutica quirúrgica en la propia escuela y en la Escuela Médica Militar y en 1924 toma a su cargo la cátedra de operaciones en cadáver y gana por oposición la de clínica propedéutica. En el ínterin, en 1922, había ingresado como médico adjunto en el Hospital Juárez, en el cual permanecería los siguientes cuarenta años, regresando siempre allí tras los intermedios que

*CARLOS VIESCA TREVIÑO, MIEMBRO TITULAR DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C. Y JEFE DEL DEPARTAMENTO DE HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM.

**MARIBLANCA RAMOS DE VIESCA, PROFESORA INVESTIGADORA DEL DEPARTAMENTO DE HISTORIA Y FILOSOFÍA DE LA MEDICINA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNAM.

significaron los altos cargos políticos y administrativos que desempeñó y que, como refiere alguno de sus biógrafos, ni siquiera imaginaba que alcanzaría. En esos momentos lo que importaba es que estaba perfectamente ubicado en el umbral de lo que había siempre soñado como el camino que debería tener su vida: era médico, trabajaba en un hospital de gran prestigio y que además pertenecía a la Beneficencia Pública e iniciaba su carrera docente en la Escuela de Medicina.

El siguiente paso era viajar al extranjero a fin de ampliar sus conocimientos. Durante el porfiriato, los médicos mexicanos habían acostumbrado ir a París o a Berlín y, en mucho menor proporción a Viena o a los Estados Unidos, a fin de observar la forma en que se trabajaba en sus hospitales y clínicas y poder ser testigos presenciales de la aplicación de algunos descubrimientos recientes. De esa manera Liceaga había visto trabajar a Pasteur y traído la vacuna antirrábica y Manuel Toussaint había estado al lado de Virchow y Koch. No se estilaban aún las residencias médicas para formar especialistas, aún cuando como secuencia del informe Flexner comenzaron a ser promovidas a lo largo de la segunda década del siglo XX, de modo que lo buscaba que los médicos realizaran visitas y estancias breves. Pero en tiempos agitados, como fueron los de la Revolución de 1910, y sin dinero, no se podían mantener políticas que favorecieran ese tipo de acciones que eran necesariamente costosas. El hecho es que una vez estabilizado políticamente el país se volvió a poner la mirada en el extranjero. Baz tenía la ventaja de que uno de sus profesores, don Germán Díaz Lombardo, que había sido director del Hospital Juárez una década antes y habría de ser su suegro poco después, mantenía buenas relaciones con algunos cirujanos eminentes de otros países y no dudó en recomendar a su brillante discípulo. El caso es que en 1925 Baz obtuvo una invitación por parte de Albert Ochner, director del Hospital de Augustana en Chicago y uno de los cirujanos de más renombre en los Estados Unidos, para participar como residente en un curso de especialización quirúrgica. Sumado a ello, obtuvo que la Universidad de México le comisionara para visitar otros hospitales a fin de estudiar los adelantos quirúrgicos que allí se desarrollaban. Es así que visitó la Clínica Mayo en Rochester y los hospitales de la Universidad de Harvard y la ciudad de Boston. De allí, atendiendo a un llamado de su compañero y amigo Ignacio Chávez, continuó a París, en donde se pudo compenetrar de los logros de la cirugía francesa. A lo largo de los dos años que permaneció en Europa, Baz pudo llevar a cabo visitas breves a los principales centros de atención médica de Alemania, Suiza y Bélgica, regresando a México con la más amplia y exquisita preparación que, aunada a sus extraordinarias habilidades, le hacían un cirujano excepcional.

A su regreso, se sumó a la labor de varios médicos mexicanos, más o menos contemporáneos suyos, que habiendo pasado algún tiempo en el extranjero intentaban modernizar a la medicina mexicana y llevarla al nivel de calidad que en otras épocas había tenido en el plano internacional. Entre ellos se contaban Ignacio Chávez, Manuel Martínez Báez, Salvador Zubirán y Raoul Fournier Villada. Todos ellos darían qué decir a la historia de nuestra medicina.

El hospital era ya el sitio en donde se debía de ejercer la nueva medicina. Comenzaba a ser indispensable el cumplimiento de las exigencias requeridas por una tecnificación ya entonces creciente y Baz representaría en nuestro medio el paradigma de una nueva cirugía. Todo comenzaba por la absoluta imposición de un uniforme blanco y la consecuente desaparición de los trajes de calle y los carretes característicos de los médicos jóvenes y estudiantes de medicina. Ya no se usaría la polvosa bata clínica, sino el limpiísimo uniforme y, en el quirófano, la pijama quirúrgica, el gorro y el cubrebocas y los guantes de caucho. Baz estableció una disciplina férrea al interior de su equipo de trabajo y pudieron establecer altísimos raseros para sus intervenciones. Una intensa práctica en el Hospital Juárez, beneficiando pacientes pobres, y a poco tiempo en el Hospital de Jesús, institución que cumplía asimismo con una función benéfica, dieron el marco de compromiso social a una también intensa práctica privada. Baz fue un cirujano de moda, al que la gente adinerada acudía para ser operada de sus dolencias, pero el cual nunca olvidó que se debía, ahora como médico, a la salud del pueblo mexicano. “No hay peor médico – acostumbraba decir – que aquel que olvidando la misión humanista que tiene encomendada pretende tener ingresos rápidos.” El impulso responsable que le llevó a ser uno de los más jóvenes generales revolucionarios, dejando de lado sus incipientes estudios médicos, ahora le exigía trabajar como cirujano e impulsar la enseñanza de esa cirugía moderna, también revolucionaria, que él dominaba. Fueron proverbiales su precisión y velocidad en las intervenciones quirúrgicas y, en una de ellas, la apendicectomía, el empleo de incisiones sumamente pequeñas, al grado que no faltaron meledicentes que dijeron que por esas heridas no era posible extirpar un apéndice enfermo, sólo para ser callados ante la evidencia del virtuosismo quirúrgico de Baz. Y fue justamente un apéndice enfermo el que abrió para Baz las puertas de la influencia política: en 1934 el general Lázaro Cárdenas enfermó de apendicitis y nadie mejor para operarlo que Gustavo Baz y en ningún lugar mejor que en el Sanatorio “Gastón Melo”, pabellón para pacientes privados del Hospital General, que recién había sido estrenado.

Pero, regresemos un poco en el tiempo. En 1933 Baz hizo frente común con Ignacio Chávez y un nutrido grupo de profesores progresistas, para modificar los planes de estudio y modernizar la enseñanza de la medicina en la Facultad de Medicina de la ya para entonces Universidad Nacional Autónoma de México. Una intensa agitación política, en el curso de la cual todos ellos fueron acusados de comunistas y muchas cosas más, culminó poco más de un año más tarde con la renuncia de Chávez a la dirección y, como acto de solidaridad, de Baz y otros profesores a sus cátedras. El plan innovador quedó como letra muerta y se regresó a esquemas de conocimientos y enseñanza más que sobrepasados. Dos años después, en noviembre de 1935, con Cárdenas bien establecido en el poder presidencial y con una universidad razonablemente tranquila, Baz fue electo sin mayor oposición para dirigir la Facultad en la que fuera formado como médico. Dos fueron sus proyectos centrales: el primero, modernizar la enseñanza de la medicina dando cabida a

los nuevos conocimientos y a la creciente importancia de especialidades que imponía la amplitud misma del saber y la imposibilidad para un solo individuo de abarcar saberes, habilidades y el manejo de aparatos y aspectos tecnológicos cada vez más complejos; el segundo, reafirmar el papel social de primerísima magnitud que tiene la Universidad y demostrar su compromiso frente a un pueblo que surgía de una revolución que había conmovido hasta sus cimientos a la sociedad mexicana. Su respuesta, en este último rubro, fue la creación del servicio social médico. El médico a punto de egresar de la Facultad de Medicina, prestaría servicio de atención profesional durante cinco meses, en sitios del interior del país en los que no hubiera médicos. Con ello se conjugaron dos grandes necesidades: la de formar médicos dotados de conocimientos actualizados y la de enfrentar, con ellos, las necesidades de atención de la salud de un pueblo urgido

de ella. Dos años después, Baz, ya como rector de la UNAM, haría extensivo el servicio social a todas las profesiones universitarias.

Cabe decir que ese mismo año de 1936 Baz conjugó en su persona tres puestos académicos de primer nivel: la dirección de la Escuela Nacional de Medicina, la dirección de la Escuela Médica Militar y la Presidencia de la Academia Nacional de Medicina. Con estos hechos se cierra otra época en la vida de nuestro personaje. Revolucionario y médico, concilió el espíritu de ambos modos de actuar en un marco de servicio y de excelencia profesional; maestro nato, impulsó esos sus afanes para proyectarlos a través de sus innumerables jóvenes discípulos. El Baz médico, cirujano, formador de médicos, comprometido con la atención de los enfermos, pobres y ricos, había alcanzado una cima difícil de igualar.

PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES

Sección a cargo del Dr. Pablo Kuri Morales, Dirección General del Centro Nacional para la Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud

LA VACUNA CONTRA LA VIRUELA Y SUS EFECTOS ADVERSOS

MÓNICA CUREÑO D.,¹ ILSE HERBAS R.,¹ PABLO KURI M.²

La viruela es una enfermedad infecciosa grave, contagiosa y que en algunos casos puede causar la muerte, es causada por el virus variola, especie del género *Orthopoxvirus*, que se cree surgió hace aproximadamente unos 3,000 años; algunos lo sitúan en la India, otros en Egipto y fue la causa de miles de muertes.

En México fue introducida por un esclavo negro del capitán Pánfilo de Narváez, quien desembarcó en 1520 en Veracruz al frente de una expedición compuesta de diecinueve naves, enviada desde Cuba por el gobernador Diego de Velázquez para aprehender a Hernán Cortés.¹ El último caso registrado fue en Tierra Nueva, San Luis Potosí en junio de 1951. En Estados Unidos el último caso de viruela se registró en 1949, mientras que el último caso ocurrido en forma natural en el mundo fue en Somalia en 1977.

Las formas clínicas de la viruela son dos:

a) Variola mayor (clásica) es la forma grave y más común de la viruela, que ocasiona una erupción más extendida y fiebre más alta. Hay cuatro tipos de variola mayor:

- 1.a común (es la más frecuente y se observa en 90% o más de los casos);
- 2.la modificada (leve, y se observa en personas que se habían vacunado);

3.la lisa;

4.la hemorrágica (éstos dos últimos tipos son raros y muy graves).

Históricamente, la variola mayor tuvo una tasa general de mortalidad de 20-50% (promedio 30%); sin embargo, la viruela lisa y la hemorrágica suelen ser mortales.

b) Variola menor (benigna) es un tipo menos común de la viruela y una enfermedad mucho menos grave, cuyas tasas de mortalidad han sido históricamente de 1% o menores.²

No hay tratamiento especial para la viruela y la única forma de prevención es la vacunación.

Durante varios siglos, sucesivas epidemias devastaron a la población, finalmente, en 1979 la OMS certificó la erradicación de la enfermedad después de una campaña intensiva de vacunación. La vacunación contra la viruela tuvo sus orígenes en 1776, cuando Edward Jenner realizó un ensayo con muestras de pústula de la mano de una granjera infectada por el virus de la viruela a través de una vaca, y lo inoculó a un niño de 8 años. Tras un periodo de 7 días el muchacho presentó malestar. Pocos días después, Jenner volvió a realizar varios pinchazos superficiales de la temida viruela, que el muchacho no llegó a desarrollar.

¹MÉDICO RESIDENTE DE EPIDEMIOLOGÍA, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA; SSA

²DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES; SSA

Cuadro I. Tasas de reacciones adversas asociadas a la vacunación contra viruela

| | Encuesta nacional* | Encuesta estatal* |
|--|--------------------|---------------------------|
| Reacciones graves pero que no ponen en peligro la vida | 48.8 | 935.3 |
| Reacciones que ponen en peligro la vida | 14.2 | 52.3 |
| Muertes | 1.1 | No se reportó ningún caso |

Fuente: Vacuna contra la viruela: porcentajes de casos adversos. CDC
*Tasa por 100,000 habitantes.

A pesar de la erradicación de la enfermedad, en 1999 la OMS autorizó la conservación de virus de la viruela en los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés, Centers for Diseases Control and Prevention), en Atlanta, Georgia, Estados Unidos de América y en el Centro Estatal de Investigaciones de Virología y Biotecnología en Koltsovo, Federación de Rusia, en respuesta a la inquietud de que podrían necesitarse virus vivos para investigaciones en caso de que la viruela reemergiera como resultado de diseminación accidental o intencional.³

Hasta hace poco, el gobierno de los Estados Unidos suministraba la vacuna contra la viruela sólo a unos cientos de científicos y profesionales de la medicina que trabajaban con el virus de la viruela y otros similares, en algún establecimiento de investigación; sin embargo, debido al atentado terrorista que sufrió Estados Unidos en septiembre del 2001, las autoridades del país iniciaron, como parte de la estrategia ante un posible ataque bioterrorista, la actualización y divulgación de un plan de respuesta a la viruela y la producción de la vacuna contra la viruela en cantidades suficientes para vacunar a la población estadounidense en caso de un brote; así mismo vacuna a su personal militar.

La vacuna contra la viruela ayuda al cuerpo a crear inmunidad a esta enfermedad y se elabora con un virus llamado *vaccinia* que es otro tipo de virus "pox" relacionado con la viruela, que genera inmunidad sin desarrollar la enfermedad. En esta vacuna, el virus *vaccinia* está "vivo". La vacuna crea un alto nivel de inmunidad contra la viruela durante un período de 3 a 5 años y, de allí en adelante, la inmunidad empieza a disminuir, pero si una persona se vuelve a vacunar, la inmunidad durará todavía más. Se comprobó que la vacuna ha sido eficaz para prevenir la infección con el virus de la viruela en 95% de las personas vacunadas, según la tecnología de ese momento. El virus *vaccinia* puede causar erupción, fiebre, dolores de cabeza y dolores en el cuerpo. En ciertos grupos de personas, las complicaciones del virus *vaccinia* pueden ser graves.

Esta vacuna está contraindicada en las personas con mayores probabilidades de sufrir efectos

secundarios como las que tienen, o han tenido alguna vez, alguna afección de la piel (especialmente eczema o dermatitis atópica) y quienes tienen el sistema inmunológico debilitado, embarazadas y mujeres que están amamantando, niños menores de 12 meses. El Comité Asesor sobre Métodos de Inmunización (ACIP) aconseja que no se aplique la vacuna contra la viruela a personas menores de 18 años de edad, a menos que se trate de una situación de emergencia.^{3,4}

Las reacciones adversas que se presentan secundarias a la vacunación generan temor y desconfianza a la población, pues pueden ser graves e inclusive mortales. Existen reacciones adversas graves, pero que no ponen en peligro la vida como la *inoculación inadvertida*, que se genera porque el virus *vaccinia* se contagia al tocar alguna parte del cuerpo donde se haya aplicado la vacuna antes de que haya sanado, o tocando vendas o ropa que se haya contaminado con el virus vivo presente en el sitio de la vacunación, y se puede evitar lavándose las manos con agua y jabón después de tocar el sitio de la vacuna; otro evento es la *vaccinia* generalizada, que es una erupción generalizada causada por el virus *vaccinia* en la que el virus se propaga a través de la sangre y aparecen llagas que se abren en partes del cuerpo alejadas del sitio donde se aplicó la vacuna; y por último una reacción tóxica o alérgica en respuesta a la vacuna que puede presentarse en diversas formas y se conoce como *eritema multiforme*.^{3,4}

Con respecto a las reacciones adversas que ponen en peligro la vida se tiene registrado que en el pasado, entre 14 y 52 personas por cada millón de las vacunadas por primera vez las experimentaron. Sobre la base de la experiencia acumulada, se calcula que por cada millón de personas vacunadas, podrían morir de 1 a 2, como consecuencia de reacciones graves a la misma.^{3,4}

La reciente información sobre el desarrollo de las vacunaciones contra la viruela son consistentes en atribuir una relación causal entre la vacuna y la miopericarditis, aunque esto no ha sido comprobado. La información más reciente que el MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5305.pdf>) arroja como efectos adversos asociados a vacunación contra viruela es de febrero 13 de 2004 y reporta un caso confirmado por *vaccinia* generalizada, 9 casos confirmados por inoculación inadvertida y 2 casos confirmados por *vaccinia* ocular.

La página web de los CDC contiene información acerca de dos estudios realizados en 1968 en Estados Unidos sobre efectos adversos, utilizando diferentes metodologías. Uno fue la encuesta nacional; en esta la información se recopiló de siete

fuentes en el ámbito nacional. La mayor parte de la información sobre reacciones adversas fue obtenida del sistema de distribución de Inmunoglobulina de *Vaccinia* (IGV) de la Cruz Roja Norteamericana. Es menos probable que las reacciones que no requirieron el uso de IGV (es decir, reacciones menos graves) se hayan reportado mediante este sistema. En la encuesta estatal participaron diez estados, en que los médicos fueron entrevistados directamente para que informaran todas las reacciones adversas, aún aquellas que se consideraban menos graves. Por esta razón, los datos de la encuesta de los diez estados pueden presentar una mejor estimación del número de personas que presentaron reacciones adversas a la vacuna.

Según la encuesta nacional se presentaron 25 casos de reacciones por inoculación inadvertida y 23 casos por *vaccinia* generalizada, por cada 100,000 habitantes en las personas vacunadas por

primera vez. No se tienen registros de reacciones por eritema multiforme. Según la encuesta estatal se presentaron 529 casos por cada 100,000 habitantes de reacciones por inoculación inadvertida, 241 casos de *vaccinia* generalizada y 165 casos de eritema multiforme; todas las reacciones en las personas vacunadas por primera vez³ (Cuadro I):

Por lo anterior, no se recomienda la vacunación masiva, y la indicación de la vacuna contra la viruela debe ser justificada y específica para grupos de personas de alto riesgo.³

Referencias

1. García F., Celis H., Carboney C. Viruela en la República Mexicana. Salud Pública de México 1992; Septiembre-Octubre Vol.34 No.5.
2. Heymann, D. El control de las enfermedades transmisibles. Decimotercera edición. OPS. Págs 715-720.
3. Página WEB CDC: <http://www.bt.cdc.gov/agent/smallpox/es/>
4. Declaración Informativa sobre Vacunas (VIS). Vacuna contra la viruela. CDC.

MONOGRAFÍA

Monografía elaborada para el Ejercicio Clínico Patológico "Varón de 49 años de edad con irritabilidad, palpitaciones, temblor de manos, pérdida de peso y nódulo tiroideo" que se publicó en versión parcial en Vox Médica No. 1 2007 y en toda su extensión en Gaceta Médica de México, Vol. 143, No. 2, Marzo-Abril 2007.

CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES

ASTRID SALCEDO-GÓMEZ, * BALDOMERO GONZÁLEZ-VIRLA, ** CÉSAR LÓPEZ-TARABAY, ***
GUADALUPE VARGAS-ORTEGA ***

El carcinoma medular de tiroides (CMT) es una neoplasia pleomórfica con un estroma amiloide que deriva de las células C de la tiroides, las cuales secretan calcitonina. Aproximadamente el 20% son tumores familiares transmitidos con un patrón autosómico recesivo y asociados a otras neoplasias endocrinas.

Los genes responsables para las formas familiares del CMT se encuentran en la región pericentromérica del cromosoma 10.¹

Síndromes de neoplasia endocrina múltiple tipo 2

El CMT puede ocurrir en 4 formas:

1. CMT esporádico: tumor tiroideo unilateral sin otras lesiones somáticas agregadas.
2. Neoplasia endocrina múltiple tipo 2A (NEM2A):

es de tipo familiar, la presentación del CMT es bilateral y se acompaña de hiperparatiroidismo y feocromocitoma bilateral.

3. Neoplasia endocrina múltiple tipo 2B (NEM2B): puede ser esporádica o familiar y se caracteriza por ser un CMT bilateral, feocromocitoma bilateral, fenotipo anormal con múltiples ganglioneuromas mucosos y anomalías musculoesqueléticas que sugieren un *habitus* marfanoide.
4. CMT familiar no asociado a NEM (CMTF): comprende el CMT bilateral sin otros tumores endocrinos o anomalías somáticas.

NEM2A es siempre transmitido de forma autosómica dominante, mientras NEM2B puede transmitirse con este tipo de patrón u ocurrir esporádicamente. El CMTF es un trastorno autosómico dominante, representa la forma menos común de la enfermedad y se manifiesta a edades tardías.²

*DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. D.F., MÉXICO, **DEPARTAMENTO DE ENDOCRINOLOGÍA CMN SIGLO XXI. HE. UMAE., INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, MÉXICO. D.F. MÉXICO. ***BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN, INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN. MÉXICO, D.F.

Prevalencia

El CMT representa menos del 10% de las neoplasias malignas tiroideas. Aproximadamente 80-90% de los casos ocurren esporádicamente y 10-20% son heredados. El CMT puede ocurrir a cualquier edad, pero la enfermedad esporádica es diagnosticada a edades más avanzadas que el CMTF. NEM2A y CMTF se caracterizan por el desarrollo de CMT bilateral, pero la edad de inicio del CMTF es usualmente más tardía, alrededor de los 40-50 años, comparado con el inicio de NEM2A que oscila entre los 20-30 años. El CMTF ocurre con igual frecuencia en ambos sexos, mientras que el CMT esporádico tiene una relación mujer-hombre de 1.5:1.³

Patología

El CMT esporádico y familiar son histológicamente similares, aunque un amplio espectro de presentaciones clínicas son encontradas en los tumores familiares, que van desde una hipertrofia aislada de las células C a grandes tumores multicéntricos bilaterales, que se localizan usualmente en las porciones superiores de los lóbulos tiroideos. Típicamente el tumor está compuesto por células fusiformes o poligonales rodeadas por amiloide y abundante colágeno. Existen calcificaciones en aproximadamente la mitad de los tumores y ocasionalmente se observan formaciones óseas trabeculares. Usualmente se observa por inmunohistoquímica la presencia de calcitonina.

Los nódulos cervicales metastáticos ocurren tempranamente en la enfermedad y tumores mayores de 1.5 cm de diámetro tienden a metastatizar a distancia.³

Diagnóstico

- *Características clínicas:* pacientes con la forma esporádica de la enfermedad o CMTF no reconocido usualmente presentan uno o más nódulos tiroideos dolorosos, disfagia o ronquera. El signo dominante puede ser el crecimiento de ganglios linfáticos cervicales y ocasionalmente las metástasis, que comúnmente son al pulmón, seguidas del hígado, hueso y cerebro. En aproximadamente la mitad de las pacientes con CMT esporádico las metástasis a ganglios linfáticos cervicales están presentes al momento del diagnóstico; el nódulo tiroideo puede ser hipocaptante o normal durante el rastreo gammagráfico, sólido en la ecografía y maligno, en biopsia por aspiración con aguja fina. La radiografía puede mostrar calcificaciones densas e irregulares en la zona tumoral o en los ganglios linfáticos afectados, correspondientes a las metástasis. Ra-

ramente un síndrome paraneoplásico puede ser la primera manifestación de la enfermedad.⁴

- *Características hormonales:* además de calcitonina el CMT puede sintetizar péptidos relacionados a la calcitonina, L-dopa descarboxilasa, serotonina, prostaglandinas, adrenocorticotropina (ACTH), histamina, antígeno carcinoembrionario y sustancia P. Elevaciones de calcitonina, histamina, L-dopa descarboxilasa y antígeno carcinoembrionario ocurren frecuentemente en el CMT, pero no en otros cánceres tiroideos. Aproximadamente 10% de los pacientes con CMT tienen episodios de bochornos, algunas veces inducidos por la ingesta de alcohol, infusiones de calcio y pentagastrina. Estos episodios pueden ser debidos a la liberación tumoral de prostaglandinas y serotonina. La diarrea ocurre en aproximadamente 30% de los pacientes en los estadios avanzados de la enfermedad, debido a las altas concentraciones séricas de calcitonina. La secreción de ACTH puede ocasionar un síndrome de Cushing típico.⁴
- *Determinación de calcitonina:* el análisis para calcitonina en plasma es de ayuda para el diagnóstico temprano en la hiperplasia de las células C y CMT. Elevadas concentraciones basales de calcitonina se observan en todos los CMT palpables y sus valores se correlacionan directamente con el tamaño tumoral, sin embargo en estadios muy tempranos, los tumores pequeños pueden no correlacionarse tan directamente con las concentraciones basales de calcitonina, por lo que está indicado estimularla con pentagastrina. La estimulación IV con pentagastrina, a dosis de 0.5 µg/kg, aumenta de tres a cinco veces las concentraciones de calcitonina en el caso de hiperplasia y CMT. La infusión combinada de calcio con pentagastrina, muestra mejores resultados en pacientes que no responden a uno u otro estímulo. La prueba combinada consiste en administrar 2 mg/kg de calcio elemental en infusión durante 60 segundos, seguida de la administración de 0.5 µg/kg de pentagastrina infundida durante 5 a 10 segundos. La calcitonina en plasma es determinada antes y a los 1,2,3,5 y 10 minutos después de la infusión. El valor de calcitonina aumenta aproximadamente 5 veces el basal en caso de hiperplasia de las células C o CMT. El diagnóstico familiar se puede realizar con el estudio genético correspondiente, antes de que el tumor se manifieste clínicamente o la calcitonina se eleve.⁴

Pronóstico

El CMT tiene una mortalidad menor del 20% a 10 años. Un número importante de muertes ocurren

de forma secundaria al feocromocitoma. El pronóstico se empeora con tumores esporádicos o bien cuando se encuentran metástasis al momento del diagnóstico en la NEM2B y en pacientes con más de 50 años de edad al momento del diagnóstico. Los más importantes factores pronósticos son la edad y el estadio tumoral al tiempo del diagnóstico así como la presencia de enfermedad residual postoperatoria. El pronóstico es mejor con CMTF y NEM2A.⁵

Tratamiento

La cirugía ofrece la única oportunidad de cura y debe realizarse al momento que se diagnostica la enfermedad. Antes de la tiroidectomía el feocromocitoma debe ser rigurosamente buscado si se sospecha enfermedad familiar. El tratamiento del CMT limitado al cuello es la tiroidectomía total y en caso de evidencia de metástasis ganglionares se debe acompañar de linfadenectomía. La disección radical de cuello no es recomendada, a menos que exista invasión tumoral en la vena yugular, nervios accesorios o músculo esternocleidomastoideo. En caso de enfermedad residual o recurrente, con concentraciones persistentemente elevadas de calcitonina, la reintervención quirúrgica es el tratamiento más adecuado. En caso de pacientes con enfermedad inoperable el tratamiento paliativo mediante radiación externa, doxorubicina u otra forma de quimioterapia puede ser utilizado, sin embargo su beneficio es limitado.⁶

Seguimiento

La eficacia de la cirugía se evalúa con la calcitonina plasmática, la cual requiere aproximadamente 6 meses para normalizarse. Una concentración basal normal y estimulada indica la cura en la mayoría

de los casos. Cuando las concentraciones permanecen extremadamente altas, o aparece diarrea postoperatoria, se deben buscar metástasis a distancia.⁶

Estudio familiar

El estudio familiar debe realizarse en los familiares de primer grado de un paciente con NEM2 o CMTF. En pacientes asintomáticos, donde se encuentren mutaciones de RET protooncogen la tiroidectomía profiláctica, está indicada antes de que se manifieste la enfermedad. En niños con un estudio positivo para NEM2A la tiroidectomía total profiláctica esta indicada a los 6 años de edad y deberá hacerse a cualquier edad en un niño con un estudio positivo para NEM2B, debido a la agresividad del padecimiento. La linfadenectomía debe ser incluida cuando las concentraciones de calcitonina se encuentren elevadas en niños mayores de 10 años de edad.⁷

Referencias

1. Mulligan LM, Kwok JBJ, Healey CS, et al. Germ-line mutations of the RET proto-oncogene in multiple endocrine neoplasia type 2A. *Nature* 1993;363:458.
2. Gagel RF, Robinson MF, Donovan DT, Alford BR. Medullary thyroid carcinoma: recent progress. *J Clin Endocrinol Metab* 1993;76:809.
3. Sizemore GW. Medullary carcinoma of the thyroid gland. *Semin Oncol* 1987;14:306.
4. Mendelson G. Markers as prognostic indicators in medullary thyroid carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1991;95:297.
5. Modigliani E, Cohen R, Campos Jm, et al. Prognostic factors for survival and for biochemical cure in medullary thyroid carcinoma: results in 899 patients. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1998;48:265.
6. Chen HB, Roberts JR, Ball BW, et al. Effective long-term palliation of symptomatic, incurable metastatic medullary cancer by operative resection. *Ann Surg* 1998;227:887.
7. Decker RA, Geiger JD, Cox CE, et al. Prophylactic surgery for multiple endocrine neoplasia type IIa: retrospective French multicentric study. *World Surg* 1996;20:808.

PRINCIPALES ACTIVIDADES 2007 - SEDES PRONADAMEG

ZONA 1

| SEDE | MÓDULO | FECHA | SEDE | MÓDULO | FECHA |
|--------------------------|--------|--------------|-------------------------|--------|-------------|
| Sede 01 Ciudad de México | II | 16 de abril | Sede 26 FM de la UAS | II | 28 de abril |
| Sede 02 Ciudad de México | IV | 10 de abril | Sede 37 FMH de la UNACH | I | 26 de mayo |
| Sede 09 DCBS de la UAT | IV | inicio marzo | Sede 39 EM de la UG | III | 17 de marzo |
| Sede 14 ICS de la UAEH | III | 3 de marzo | | | |

ZONA 2

| SEDE | MÓDULO | FECHA |
|---|--------|-------------------------|
| 16 FM de la U.A.C. Saltillo reinicia | I | 1 de marzo 5 de mayo |

**PROGRAMA DE SESIONES SEMANALES
DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.**

ABRIL 2007
No habrá sesión
Semana mayor

MAYO 2007
MIÉRCOLES 2
Sede: auditorio de la academia nacional de medicina
19:00 hrs.
Presentación del trabajo de ingreso: Diagnóstico y graduación del reflujo gastro-esofágico por ultrasonido: Validación del método entre niños sintomáticos y grupo control.
Dr. Antonio Guardiola Fernández

JUNIO 2007
MIÉRCOLES 6
Sede: auditorio de la academia nacional de medicina
19:00 hrs.
Presentación del trabajo de ingreso: Comparación y metropolol versus clonazepam como tratamiento de intención en pacientes con síncope neurocardiogénico.
Dr. Manlio Fabio Márquez Murillo

Miércoles 11
Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina
19:00 Hrs.
Presentación del trabajo de ingreso: Expresión de receptores hormonales en osteosarcomas de cabeza y cuello: Análisis clínico patológico de una serie de casos.
Dr. Hugo Ricardo Domínguez Malagón

MIÉRCOLES 9
Sede: auditorio de la academia nacional de medicina
Sesión conjunta con el Hospital Infantil de México Federico Gómez
19:00 HRS.
Presentación del trabajo de ingreso: Dermatología Comunitaria. Investigación epidemiológica e impacto en la enseñanza y asistencia dermatológica en el primer nivel de atención a la salud.
Dr. Roberto Augusto Estrada Castañón

MIÉRCOLES 13
Sede: auditorio de la academia nacional de medicina
19:00 hrs.
Presentación del trabajo de ingreso: Concentración del Factor VIII en pacientes mexicanos jóvenes con infarto agudo del miocardio.
Dr. Abraham Salvador Majluf Cruz

MIÉRCOLES 18
Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina
19:00 hrs.
Presentación del trabajo de ingreso: Educación para salud. Una visión del presente hacia el futuro.
Dr. Mariano García Viveros

MIÉRCOLES 16
Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina
Sesión conjunta con la Fundación Mexicana para La Salud Hepática
19:00 hrs.
SIMPOSIO: DÍA NACIONAL DE LA SALUD DEL HÍGADO
Coordinador: Dr. Enrique Wolpert

MIÉRCOLES 20
Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina
19:00 hrs.
Presentación del trabajo de ingreso: En el cerebro diabético existe una deficiencia en la fosforilación de la enzima, triptofano-5 hidroxilasa resistente en el tratamiento con insulina.
Dr. Gabriel Manjares Gutiérrez

MIÉRCOLES 25
Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina
19:00 hrs.
Presentación del trabajo de ingreso: Programa quirúrgico de epilepsia: implementación, resultados, avances e identificación de necesidades.
Dr. Mario Arturo Alonso Vanegas

MIÉRCOLES 23
Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina
19:00 hrs.
Presentación del trabajo de ingreso: Espectro anatómico del defecto de tabicación atriventricular tipo A de Rastelli. Evaluación con ecocardiografía B1 y tridimensional.
Dra. Calara Andrea Vázquez Antona

MIÉRCOLES 30
Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina
19:00 hrs.
SIMPOSIO: LA NUEVA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TABAQUISMO EN MÉXICO
Coordinador: Dr. José Ángel Córdova Villalobos

MIÉRCOLES 6 DE JULIO
Sede: Auditorio de la Academia Nacional de Medicina
19:00 hrs.
SESIÓN SOLEMNE INGRESO DE NUEVOS ACADÉMICOS

SECCIÓN DE AUTOEVALUACIÓN

NOTA:

Corresponde exclusivamente a la presentación del Caso Clínico. El Ejercicio Clínico Patológico, en toda su extensión, aparece en Gaceta Médica de México, Vol. 143, No. 3, Mayo-Junio 2007.

EJERCICIO CLÍNICO PATOLÓGICO

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA, MANUEL VELASCO SUÁREZ, MÉXICO

COORDINADOR: DR. MANUEL DE LA LLATA-ROMERO

COLABORADORES: DR. JUAN URRUSTI-SANZ,

DR. JESÚS AGUIRRE-GARCÍA

DR. ADALBERTO POBLANO-ORDÓÑEZ

MUJER DE 24 AÑOS DE EDAD CON CEFALEA Y DEPRESIÓN SEVERA

CITLALTEPETL SALINAS-LARA,*¹ MARTHA TENA-SUCK,* DANIEL REMBAO-BOJÓRQUEZ,* ROSA ISELA ARCE-ARELLANO,[†] IVONNE GUTIÉRREZ-HERNÁNDEZ,[‡] JUAN E. VÉLEZ**

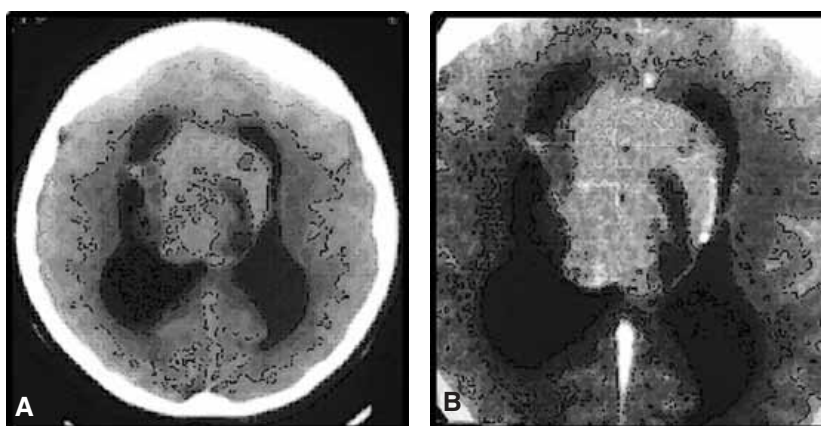
Presentación del caso

Mujer de 24 años de edad, con antecedente de amenorrea de 1 año de evolución. Inició padecimiento con cefalea holocraneana, de moderada intensidad, que cedía mediante analgésicos y depresión. Posteriormente se agregó disminución de la agudeza visual del ojo derecho; 6 meses después, la cefalea se hizo más intensa al igual, que la depresión, acompañándose de disminución de la fuerza en miembros inferiores, y somnolencia. Fue

tratada como paciente psiquiátrica, presentando mejoría de su sintomatología.

Acude al Instituto Nacional de Neurología por presentar cefalea intensa que no cede con analgésicos, alteraciones visuales, depresión severa, abulia y apatía, así como alteraciones en el habla y en la marcha, caracterizada por pasos cortos, también presentó disminución de la motilidad de los miembros inferiores. Un mes después la paciente presentó pérdida del control de esfínteres.

Exploración neurológica: la paciente se encuen-



Figuras 1 A y B. Estudios de imagen (RM), mostraron un tumor sobre la línea media isodenso de características quísticas, que infiltraba los ventrículos laterales y también comprimía a los lóbulos frontales.

*¹DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA. **UNIDAD NEUROPSIQUIATRÍA. INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA, MANUEL VELASCO SUÁREZ. MÉXICO.

**¹CORRESPONDENCIA Y SOBRETITROS. DR. CITLALTEPETL SALINAS-LARA. DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA, INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ", AV. INSURGENTES SUR No. 3788 COL. LA FAMA, DELEG. TLALPAN, 14269, TEL.: (55) 5606-3822 EXT. 2008, FAX 55.56.33, 22 EXT. 2003, MÉXICO, D.F., MÉXICO.

Correo electrónico: citlaexplora@yahoo.com.mx

tra en estupor, con edema de papila grado II, mirada conjugada central, con pupilas de 3 mm bilaterales, respuesta adecuada a estímulos luminosos. La exploración de otros nervios craneales fue normal para la condición de la paciente; sistema motor, al estímulo nociceptivo, respondía con movimientos de descerebración bilateral, se encontraron presentes signos de Babinski, Hoffman y Tromner bilaterales, signos meníngeos ausentes, por la condición de estupor de la paciente los otros aspectos del examen neurológico no fueron valorables. Por hallazgos en imagen y clínica de la paciente se le colocó ventriculostomía parieto-occipital derecha.

El líquido cefalorraquídeo reportó: células: 0, proteínas: 13, glucosa: 72.

La IRM: Se observó, en la secuencia de difusión, hiperintensidad en el tejido subependimario. La cor-

teza cerebral y el cerebelo resultaron normales en la secuencia de FLAIR; presencia de proceso ocupativo hacia la línea media en la base del cráneo, el cual es heterogéneo y se extiende al III ventrículo y en forma secundaria, produce dilatación ventricular (Figuras 1A y 1B).

TAC de cráneo (no se cuenta con el estudio); se observa lesión de aspecto tumoral en la línea media interventricular, con contenido mixto e imágenes predominantemente isodensas al parénquima cerebral y otras de menor densidad (probable necrosis), de contornos lobulados, bien definidos, con reforzamiento moderado por material de contraste, con dimensiones de 70 x 66 mm en sus diámetros rostrocaudal y laterolateral, respectivamente, produce dilatación del sistema ventricular y supratentorial, y el tercer ventrículo ocupa en su totalidad.

CUESTIONARIO DEL ARTÍCULO SELECCIONADO DE GACETA MÉDICA DE MÉXICO

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LA POBLACIÓN MEXICANA CON RESPECTO A LA RADIACIÓN SOLAR. JUAN PABLO CASTANEDO-CAZAREZ,* BERTHA TORRES-ÁLVAREZ, MARIA EUGENIA MEDELLÍN-PÉREZ, GUSTAVO ADOLFO AGUILAR-HERNÁNDEZ Y BENJAMÍN MONCADA, GACETA MÉDICA DE MÉXICO, VOL. 142, No. 6, 2006.

- LA RADIACIÓN SOLAR SE COMPONE POR LUZ VISIBLE, INFRARROJA, ULTRAVIOLETA. EL SEGMENTO NOCIVO PARA EL SER HUMANO COMPRENDE LONGITUDES DE ONDA DE:
 - 290-400 nm
 - 350-450 nm
 - 400-600 nm
 - 600-1000 nm
 - 1000-10000 nm
- LOS FOTOTIPOS DE FITZPATRICK SE USAN PARA ESTIMAR CLÍNICAMENTE LA SENSIBILIDAD SOLAR DE LA PIEL CUANDO ES EXPUESTA AL SOL. EN LA POBLACIÓN MEXICANA EL MÁS FRECUENTE ES:
 - Siempre se quema nunca se broncea
 - Quemadura mínima bronceado progresivo
 - Quemadura mínima bronceado uniforme
 - Nunca se quema, siempre esta bronceado
 - Quemadura rara vez, bronceado inmediato
- EN RELACIÓN A LAS MEDIDAS UTILIZADAS POR LA POBLACIÓN PARA EVITAR LA EXPOSICIÓN SOLAR, LO SIGUIENTE ES CIERTO:
 - Las mujeres usan con mayor frecuencia sombreros
 - El uso de protectores solares es la intervención más común
 - En exteriores, el género masculino suele buscar más la sombra
 - El uso de manga larga y cuello alto es común en adolescentes
 - Una tercera parte no toma precaución alguna
- LOS PROTECTORES SOLARES REPRESENTAN UNA INTERVENCIÓN SECUNDARIA PARA PREVENIR LA SOBRE EXPOSICIÓN SOLAR. CON RESPECTO A LOS HALLAZGOS DE LA ENCUESTA, SEÑALE LO CIERTO:
 - La mayoría de la población ha utilizado fotoprotectores
 - Menos del 5% tiene el hábito de su utilización diaria
 - El FPS que prefiere el grupo femenino es superior a 30
 - Su uso es generalizado entre la población blanca en México
 - El usuario común es el de alto nivel económico.

*CUESTIONARIO ELABORADO POR EL AUTOR. DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA, HOSPITAL CENTRAL "DR. IGNACIO MORONES PRIETO", FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., MÉXICO.

RESPUESTAS

RESPUESTAS AL EJERCICIO CLÍNICO PATOLÓGICO

"Varón de 49 años de edad con irritabilidad, palpitaciones, temblor fino de manos, pérdida de peso y nódulo tiroideo"
Vox Médica No. 1, 2007

- | | | | | |
|------|------|------|------|-------|
| 1. c | 2. c | 3. e | 4. a | 5. e |
| 6. d | 7. e | 8. c | 9. c | 10. c |

RESPUESTAS AL CUESTIONARIO DEL ARTÍCULO SELECCIONADO DE GMM

"Fisiopatología de la enfermedad por priones."
GMM Vol. 142. No. 5, 2006
Vox Médica No. 1, 2007

- | | | | |
|------|------|------|------|
| 1. a | 2. e | 3. b | 4. a |
|------|------|------|------|



VOX medica

Órgano de comunicación de los profesores y alumnos
del Programa Nacional de Actualización
y Desarrollo Académico para el Médico General

CUESTIONARIO EJERCICIO CLÍNICO-PATOLÓGICO

“MUJER DE 24 AÑOS DE EDAD CON CEFALEA Y DEPRESIÓN SEVERA”

- EN EL PRESENTE CASO, EL CUADRO CLÍNICO DE LA PACIENTE NOS PERMITE INTEGRAR EL SÍNDROME DE:
 - Lóbulo frontal
 - Lóbulo temporal
 - Lóbulo parietal
 - Lóbulo occipital
 - Lóbulo de la insulina
- ANORMALIDADES MOTORAS, DESÓRDENES DEL LENGUAJE, FALTA DE ATENCIÓN Y DE CONCENTRACIÓN, APATÍA Y DESINHIBICIÓN, SON PARTE DEL CUADRO CLÍNICO DE LESIÓN EN:
 - Lóbulo frontal
 - Lóbulo temporal
 - Lóbulo parietal
 - Lóbulo occipital
 - Lóbulo de la insulina
- BAJO LA MISMA CONSIDERACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO, LA PRIMERA POSIBILIDAD DIAGNÓSTICA ES DE TIPO:
 - Degenerativa
 - Neoplásica
 - Infecciosa aguda
 - Inespecífica
 - Granulomatosa
- LA CEFALEA Y LAS ALTERACIONES VISUALES QUE PRESENTÓ LA PACIENTE, PUEDEN SER PARTE DEL SÍNDROME:
 - Meníngeo
 - Cefalálgico
 - Hipertensión endocraneana
 - Holocraneal
 - Vagal
- LAS CARACTERÍSTICAS ANTERIORES SON CONSECUENCIA DE:
 - Hidrocefalia
 - Trastorno psiquiátrico
 - Tratamiento médico
 - Proceso degenerativo
 - Trastorno infectocontagioso
- SI A LA PACIENTE SE LE COLOCÓ VÁLVULA VENTRÍCULO-PERITONEAL COMO PARTE DEL TRATAMIENTO, PODEMOS LOCALIZAR A LA LESIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA ANATÓMICO EN:
 - Lóbulo frontal
 - Lóbulo parietal
 - Tallo cerebral
 - Sistema Ventricular
 - Base del cráneo
- LAS NEOPLASIAS DE ORIGEN EN PLEXOS COROIDES Y DEL EPÉNDIMO, SON DE LOCALIZACIÓN:
 - Meníngea
 - Intraventricular
 - Intraparenquimatosa
 - Supratentorial
 - Perineural
- ES LA NEOPLASIA INTRAVENTRICULAR MÁS COMÚN:
 - Papiloma de plexos coroides
 - Neurocitoma central
 - Ependimoma
 - Linfoma
 - Meningioma
- DE ACUERDO A LOS HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS (NEOPLASIA COMPUESTA DE DIMINUTOS ELEMENTOS NEURONALES BIEN DIFERENCIADOS Y DE LOCALIZACIÓN INTRAVENTRICULAR) EL DIAGNÓSTICO CORRESPONDE A:
 - Papiloma de plexos coroides
 - Neurocitoma central
 - Ependimoma
 - Linfoma
 - Tumor neuroectodérmico primitivo
- EL ORIGEN POSIBLE DE LA NEOPLASIA ANTERIOR ES:
 - Septum pellucidum
 - Células de la glia
 - Células mesenquimales
 - Epitelio de plexos coroides
 - Células del epéndimo

DATOS DEL MÉDICO:

Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Nombre (s) _____

Sede No. _____

Ciudad _____

No. de registro _____



COMENTARIO PREVENTIVO AL EJERCICIO CLÍNICO PATOLÓGICO

Instituciones de Educación Superior Participantes

Universidad Nacional Autónoma de México
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca
Universidad Autónoma de Nuevo León
Universidad Autónoma de Tlaxcala
Universidad Autónoma de Yucatán
Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Universidad Autónoma de Nayarit
Universidad Autónoma de Chihuahua
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Universidad Juárez del Estado de Durango
Universidad Autónoma de Coahuila
Universidad Autónoma del Estado de México
Universidad de Colima
Universidad Autónoma de Sinaloa
Universidad de Guanajuato
Universidad Autónoma de Chiapas
Universidad Autónoma de Querétaro
Universidad Autónoma de Zacatecas
Universidad Veracruzana
Universidad de Guadalajara
Universidad Autónoma de Guerrero
Universidad Autónoma de Tamaulipas
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto Politécnico Nacional
Universidad Regional del Sureste
Universidad Autónoma de Campeche
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Universidad Autónoma de Baja California Sur
Universidad Valle del Bravo
Universidad Autónoma de Guadalajara

Comité Editorial

Dr. Manuel de la Llata Romero
Editor
Dr. Juan Urrusti Sanz
Co-editor
Dr. Pablo Kuri Morales
Dr. Angel Gracia Ramírez
Dr. Roberto Sánchez Ramírez
Colaboradores

Vox Médica PRONADAMEG

Sótano del Bloque B, Unidad de Congresos
CMN Siglo XXI IMSS
Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores
06725 México D.F.
55 19 29 35 Tel y Fax
01 800 501 92 01
www.pronadameg.anmm.org.mx
vox-medica@pronadameg.com.mx

VARÓN DE 49 AÑOS DE EDAD CON IRRITABILIDAD, PALPITACIONES, TEMBLOR DE MANOS, PÉRDIDA DE PESO Y NÓDULO TIROIDEO

MOISÉS MERCADO*

La idea de que la presencia de hipertiroidismo excluye *per se* la posibilidad de malignidad es falsa y este interesante caso es prueba gráfica de ello. Cuando en el contexto de un bocio tóxico difuso encontramos lesiones focales, ya sea por palpación en el examen físico o gamagráficamente (áreas circunscritas de hipocaptación o zonas "frías") se debe prender un foco de alarma y la búsqueda de cáncer debe ser exhaustiva. La probabilidad de que un nódulo dominante frío sea canceroso es mucho mayor cuando ocurre en el contexto de enfermedad de Graves que cuando lo encontramos en una glándula sana (30% vs. 5%). La biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es el procedimiento diagnóstico de elección, pues nos ayuda a establecer una conducta terapéutica adecuada. Si la BAAF confirma el diagnóstico de carcinoma papilar, el paciente debe ser sometido a tiroidectomía total con disección del compartimiento anterior y posteriormente, ablación con radio yodo. En casos de neoplasia folicular en los que la distinción citológica de carcinoma y adenoma es imposible se debe proceder a la tiroidectomía también, previo control del hipertiroidismo con antitiroideos; si el diagnóstico histológico final es el de una lesión maligna, se opta por la ablación con radio yodo. De manera que la primera lección de este caso es que toda lesión tiroidea focal, particularmente si es fría, debe tomarse muy en serio.

Dos aspectos particulares de este caso llaman la atención. El primero es el hallazgo de carcinoma medular de tiroides (CMT) y el segundo, la existencia de ésta patología no en el nódulo mismo, sino que en el parénquima tiroideo circundante. El CMT es una neoplasia que se origina de la células parafoliculares o células C, las cuales derivan de la cresta neural. Estas células están localizadas en el tercio superior de ambos lóbulos tiroideos. El CMT surge en esta localización primero como hiperplasia y posteriormente como carcinoma, de manera que sorprende que el reporte histopatológico describa "carcinoma medular" en el resto del parénquima. Estas células foliculares sintetizan y secretan calcitonina, proteína que se deposita intracelularmente en forma de amiloide y que también puede medirse en sangre, sirviendo así como un marcador tumoral. Si bien los niveles séricos de calcitonina se encontraban elevados, no se realizó inmunohistoquímica en la pieza quirúrgica, lo cual podría poner en duda el diagnóstico de CMT, aun cuando se describa la presencia de amiloide inespecíficamente. Cuando el CMT ocurre como parte de la neoplasia endocrina múltiple tipo 2 o en la forma familiar, el problema resulta de mutaciones activadoras del proto-oncogen *ret*. Sin embargo, recientemente se ha visto que en los casos esporádicos de CMT la prevalencia de mutaciones somáticas del proto-oncogen *ret* puede alcanzar hasta el 30%.

Creo que sería importante definir más allá de cualquier duda que el presente caso se trata de un CMT, para ello recomiendo se realice en la pieza quirúrgica inmunohistoquímica para calcitonina y de ser posible se busquen mutaciones del proto-oncogen *ret*.

*Dr. MOISÉS MERCADO, JEFE DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CMN SIGLO XXI, IMSS.