



Revista de la Asociación Médica Argentina

EDITORIAL

Educación global digna (II)

ProfDr Elías Hurtado Hoyo

NOTICIA SOCIETARIA

**13° Acto de Homenaje a la Escuela
Quirúrgica Finochietto**
Entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto
al Dr Jorge A Decoud

ARTÍCULO ORIGINAL

**Taquipnea persistente en un lactante por
hiperplasia de células neuroendocrinas
pulmonares**

*Dres Eduardo R Lentini, Megan K Dishop, Alan S Brody,
Julio Oliva, Lic Adriana López Millán*

ARTÍCULO ORIGINAL

**Canon de las proporciones humanas y el
Hombre de Vitruvio**

*Dres Ricardo Jorge Losardo, Diana Margarita Murcia,
Vivian Lacerá Tamaris, Walter Hurtado de Mendoza*

ARTÍCULO ORIGINAL

**Fiebre amarilla. Riesgo epidemiológico de una
patología reemergente**

Dr Jorge Osvaldo Gorodner

ARTÍCULO ORIGINAL

**Consideraciones sobre la historia de
la clasificación de las enfermedades
dermatológicas**

Dras Amalia M Bores, Inés A Bores

ACTUALIZACIÓN

**Vida, obra y legado de Osvaldo Fustinoni
(1909-2000)**

Dr Juan Carlos Fustinoni



VOLUMEN 128

1/2015

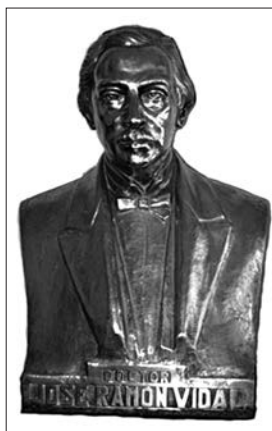
MARZO DE 2015

1891

HOMENAJE AL DR JOSÉ RAMÓN VIDAL

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

El Dr José Ramón Vidal (1821-1871) fue un destacado médico y filántropo que, en cumplimiento de su deber profesional durante la epidemia de fiebre amarilla que azotó al país en 1871, sucumbió víctima del flagelo en ese año en la ciudad de Corrientes, cuando ejercía la Senaduría por Corrientes en el Congreso Nacional. Esta epidemia redujo a la mitad la población de la ciudad de Buenos Aires, ya sea por muerte o por exilio, y murieron entre 2.500 y 2.600 personas en Corrientes. Un grupo de médicos y practicantes se abocó a mitigar el sufrimiento de sus semejantes hasta dejar su vida en la misión. Se los reconoce como “los héroes civiles” correntinos;



entre ellos se destaca José Ramón Vidal, quien despojándose de su alta investidura dio su vida en la noble tarea de luchar contra el flagelo.

Se lo homenajea en Corrientes de muchas maneras.

En el hall de acceso al hospital que lleva su nombre se encuentra un busto de bronce, de tamaño natural, del doctor José Ramón Vidal, realizado por el escultor Luis Perloti en 1937, erigido sobre un pedestal de granito, artísticamente trabajado, que termina en forma de pirámide. Luis Perloti (1890-1969) fue un escultor reconocido por sus magníficas obras, entre las que se destacan los monumentos a Alfonsina Storni en Mar del Plata y al Gral Mitre y las Cautivas en Corrientes. En el busto se lee: “Doctor José Ramón Vidal”.

En el frente, en una placa de bronce de 40 x 40 centímetros, está inscripta la leyenda: “El cuerpo médico de la Municipalidad en homenaje al Dr José Ramón Vidal”. En el costado izquierdo, en una placa del mismo tamaño que la anterior, estas palabras: “Altruismo, Humanidad, Valor, Sacrificio”.

En el costado derecho están, en una placa de bronce semejante, estas palabras: “Política, Representación, Gobierno, Ciencia”.

En el mismo lugar una placa de bronce y mármol con su efigie lo recuerda.

En el frente del citado nosocomio se ha emplazado otra placa de bronce, de 66 x 60



centímetros, que representa en sobrerrelieve a unas mujeres acongojadas sobre una tumba y un médico consolando a otra, con esta leyenda:



“La Municipalidad de Corrientes al Dr José Ramón Vidal, el primero de sus héroes civiles (1821-1871)”.

Otro reconocimiento importante se encuentra en el centro de la plaza La Cruz en Corrientes (foto tapa). Se trata de un monumento de piedra rosada, arenisca, de las canteras de dicha Provincia, con bajorrelieves en bronce, coronado por la figura en bronce del doctor José Ramón Vidal. Es obra del escultor Juan Carlos Oliva Navarro (1888-1951). Toda la obra fue hecha bajo un estilo de la corriente Artdecó, de principios del siglo XX.

En las caras del basamento se encuentran los siguientes bajorrelieves, en bronce, todos ellos de forma rectangular:

- Una escena en que se revela un cuerpo humano, con inmensa emoción. Debajo de la leyenda: “Dr Javier Puydemasa”.

- Una sala de hospital de infecciosos. Debajo: “Practicantes: Carlos Harvey y Luis Baibiene”.

-En el basamento se encuentran estas leyendas grabadas en la piedra: “Dr José Ramón Vidal. A los médicos caídos en la epidemia del año 1871”.

Al erigirse este monumento, se dio a la plaza el nombre de “Doctor Juan Ramón Vidal”. La denominación de La Cruz, fue restablecida en 1944.

Dra Ofelia Gorodner
Prof. Titular de Histología
Facultad de Medicina UNNE

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

1891 - 2015

I.S.S.N. 0004-4830 - Fundada en agosto de 1891

Considerada de interés legislativo nacional - Resolución 17/05/2000

Av. Santa Fe 1171 - (C1059ABF) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfono: 5276-1040 y líneas rotativas / Fax: (54-11) 4811-1633

E-mail: info@ama-med.org.ar

Página web: <http://www.ama-med.org.ar>

Personería Jurídica N° C. 467 - 4 de agosto de 1914

Entidad exenta, reconocida por la AFIP, en virtud del art. 20, inc. f, de la Ley 20.628

Inscriptos en el Registro Nacional de Entidades de Bien Público. Resolución 536 N° 61842, 10 de abril de 1984

Premio A.P.T.A. - F. Antonio Rizzuto a la mejor revista médica, año 1968

Presidente Honorario de la Asociación Médica Argentina

Dr. Francisco Javier Romano[†] (2508)

Dr. Luis Julio González Montaner[†] (5235)

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente

Dr. Elías Hurtado Hoyo (7390/5)

Prosecretario

Dr. Jorge Gorodner (9128/8)

Vocales Titulares

Dr. F. Juan Domínguez (33933/5)

Dra. Nora Iraola (12435/5)

Dr. Carlos Mercau (33207/4)

Dr. Gustavo Piantoni (13208/5)

Vicepresidente

Dr. Miguel Falasco[†] (10179/6)

Secretario de Actas

Dr. Roberto Reussi (12263/1)

Vocales Suplentes

Dr. Armando E. Guglielminetti (7063/4)

Dr. León Turjanski (5926/1)

Secretario General

Dr. Miguel A. Galmés (16619/1)

Tesorero (a cargo)

Dr. Vicente Gorrini (15732/4)

ADSCRIPTOS A LA PRESIDENCIA: Dr. Tomás Andrés Cortés (11601) - Dr. Eusebio Arturo Zabalúa (13710) - Dr. Bernardo Yamaguchi (23340) - Dr. Enrique Francisco E. Labadie (6268) - Dr. Abraham Lemberg (3498) - Dr. Jorge Mercado (14146) - Dr. Hugo Pablo Sprinsky (20953) - Dr. Rodolfo Jorge Bado (14711) - Dr. Walter Adrián Desiderio (23227) - Dr. Luis Hilarión Flores Sienna (25137) - Dra. Analía Pedemera (14795) - Dr. Alejandro Jesús Diz (16497) - Dr. Néstor Carlos Spizzamiglio (16929) - Dra. Rosa Álvarez de Quantín (11264) - Dr. Carlos Mosca (15076) - Dr. Héctor A. Morra (15183) - Dr. Luis Romero (11227)

TRIBUNAL DE HONOR

Miembros Titulares

Dr. Eduardo Abbate (9314/1)

Dr. Ángel Alonso (10896)

Dr. Leonardo H Mc Lean (6885/4)

Dr. Manuel L Martí (7683/0)

Dr. Víctor Pérez (5314/4)

Dr. Román Rostagno (9807/5)

Miembros Suplentes

Dr. Mario Bruno (12357/4)

Dr. Germán Falke (31714/5)

Dr. Horacio López (14518/5)

Dr. Daniel López Rossetti (21392/59)

Dr. Juan J. Scali (27242/0)

Dra. Lidia Valle (16932/3)

TRIBUNAL DE ÉTICA PARA LA SALUD (TEPLAS)

Miembros Titulares

Dra. L. Nora Iraola (12435/5)

Dr. Juan C. García (36953/5)

Dr. Horacio A. Dolcini (9951/5)

Dr. Jorge F. Yansenson[†] (12478/1)

Dr. Miguel Vizakis (35379/9)

Miembros Suplentes

Dr. Fabián Allegro (29815/5)

Dr. Alberto Lopreiato (15535/4)

Dr. Pedro Mazza (7635/2)

Dr. Pedro Morgante (38065/1)

Dr. Juan J. Solari (5920/7)

Secretario del Tribunal

Dr. Heraldo Nelson Donnewald (9043/3)

Asesor Letrado Honorario

Dr. Hernán Gutiérrez Zaldívar (31864/5)

Asesor Letrado Alterno

Dr. Carlos do Pico Mai

Escribana

Sra. María Cristina Soler

Relaciones Institucionales

Lic. Fernando Portiglia Tade (42264)

Administrador

Sr. Guillermo E. Couto

Biblioteca

Dr. Rodolfo Maino (9399-5)

Revista de la Asociación Médica Argentina - Volumen 128, número 1 de 2015. Editor responsable: Asociación Médica Argentina.

Director: Prof Dr Ángel Alonso. Domicilio legal: Av. Santa Fe 1171 (C1059ABF), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Dirección Nacional del Derecho de Autor: N° 294.953



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN 128 - Nº 1 - MARZO DE 2015

SUMARIO

EDITORIAL	Educación global digna (II) <i>Prof Dr Elías Hurtado Hoyo</i>	3
NOTICIA SOCIETARIA	13° Acto de Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto Entrega del Premio Enrique y Ricardo Finochietto al Dr Jorge A Decoud	4
ARTÍCULO ORIGINAL	Taquipnea persistente en un lactante por hiperplasia de células neuroendocrinas pulmonares <i>Dres Eduardo R Lentini, Megan K Dishop, Alan S Brody, Julio Oliva, Lic Adriana López Millán</i>	11
	Canon de las proporciones humanas y el Hombre de Vitruvio <i>Dres Ricardo Jorge Losardo, Diana Margarita Murcia, Vivian Lacera Tamaris, Walter Hurtado de Mendoza</i>	17
	Fiebre amarilla. Riesgo epidemiológico de una patología reemergente <i>Dr Jorge Osvaldo Gorodner</i>	23
	Consideraciones sobre la historia de la clasificación de las enfermedades dermatológicas <i>Dras Amalia M Bores, Inés A Bores</i>	26
ACTUALIZACIÓN	Vida, obra y legado de Osvaldo Fustinoni (1909-2000) <i>Dr Juan Carlos Fustinoni</i>	30

DIRECCIÓN EDITORIAL

Director
Prof Dr Ángel Alonso

Subdirector
Prof Dr Horacio López

Secretarios Editoriales
Dr Daniel Carnelli
Dra Betina Dwek
Dr Miguel Ángel Falasco[†]

Consejo Editorial
Dr Juan Álvarez Rodríguez
Dr Rodolfo J Bado
Dr Alfredo E Buzzi
Dr Silvia Falasco
Dr Carlos Mercau
Dr Juan Carlos Nassif
Dr Federico Pérgola
Dr Néstor Spizzamiglio
Dr León Turjanski
Dr Lidia Valle

Producción Gráfica
Raúl Groizard

Corrector Literario
Dr Hernán Sassi

Las fotografías fueron realizadas por el fotógrafo independiente Sr Enrique Mourgués

Fiebre amarilla. Riesgo epidemiológico de una patología reemergente

Dr Jorge Osvaldo Gorodner

Médico y Doctor en Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Diplomado en Medicina Tropical de la Universidad de San Pablo, Brasil.

Profesor Honorario de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Miembro de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

Prosecretario de la Asociación Médica Argentina.

Director de las Carreras de Especialización en Infectología y Maestría en Medicina Tropical e Higiene de la Facultad de Medicina-UNNE.

Resumen

Se describe la historia de la Fiebre Amarilla en el mundo y la región del nordeste argentino. Se actualizan datos epidemiológicos de la patología y su riesgo de expansión. Se describen los principales mecanismos de prevención para hacer frente a la FA y se recomiendan acciones sanitarias.

Palabras claves. Fiebre Amarilla, Enfermedades emergentes, Riesgo epidemiológico.

Yellow Fever. Epidemiological risk of a disease reemerging

Summary

Epidemiological pathology information and its risk of expansion are updated. Main preventive mechanisms are described to cope with Yellow Fever and Health actions are recommended.

Key words. Yellow Fever, Emerging diseases, Epidemiological risk.

La representación diplomática de Brasil en Argentina emitió un comunicado el 5 de diciembre de 2014 aclarando la situación respecto a los casos de fiebre amarilla ocurridos en Brasil. Dice el mismo: "No es necesario vacunarse contra la fiebre amarilla para ingresar en el Brasil, ni presentar certificados de vacunación". "No hay casos de fiebre amarilla

en áreas urbanas en Brasil desde 1942. El litoral brasileño está libre de la posible contaminación en la franja que va desde Río Grande del Sur hasta Piauí. Las matas existentes en la región del litoral entre el Norte de Espírito Santo y el sur de Bahía ofrecen bajo riesgo de contaminación". "Según el Ministerio de Salud del Brasil, es recomendable a los turistas vacunarse contra la fiebre amarilla, con diez días de anticipación del ingreso a dicho país si viajan a las siguientes regiones: estados de las regiones Norte y Centro-Oeste de Brasil (Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima, Pará, Tocantins, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul y Brasilia), estados de Maranhão y Minas Gerais, y los municipios localizados al Sur del Estado de Piauí, al Oeste y Sur del Estado de Bahía, al Norte del Estado de Espírito Santo, al Noroeste de São Paulo y al Oeste de los estados de Paraná, Santa Catarina y Rio Grande do Sul".⁸

La fiebre amarilla (FA) es una enfermedad conocida desde hace 400 años y se cuenta con una vacuna efectiva desde hace más de 60 años, formando parte del complejo de enfermedades emergentes-reemergentes.

El virus de la FA es un virus ARN, de 12 a 20 nm, esférico, envuelto, con espículas en su superficie (hemoaglutininas) con propiedades antigénicas. Perteneció al género de los Flavivirus, familia Togaviridae. En África hay 2 tipos genéticos diferentes (topotipos) ubicuos geográficamente en el Este y en el Oeste de dicho continente. Sudamérica tiene 2 tipos diferentes, pero solo uno identificado como causa de enfermedad. El virus es transportado por el mosquito vector de un animal a otro (transmisión horizontal) y/o a través de sus huevos puede pasar la infección a su descendencia (transmisión vertical).

La FA es transmitida entre humanos y primates fundamentalmente por mosquitos hematófagos del género *Aedes*, pudiendo llegar a afectar a áreas distantes debido a cambios ambientales influenciados

Correspondencia: Dr Jorge Osvaldo Gorodner

E-mail: gorodner@hotmail.com

por el calentamiento global. Desde hace dos décadas el número de infectados ha aumentado y hoy es un problema reemergente de salud pública, debido a la mayor concentración de mosquitos vectores en áreas urbanas, infectando regiones en las que estuvo previamente erradicado. El riesgo de epidemias en África y Sudamérica ha aumentado por muchas razones, entre otras, baja cobertura de inmunización, aumento de la densidad y distribución del vector e invasión de sitios urbanos por el *Aedes aegypti*, cambios en el balance demográfico de muchos países, convirtiendo poblaciones que eran principalmente rurales en mayoritariamente urbanas y por los viajes aéreos, que aumentan el riesgo de introducción y diseminación de la enfermedad en Norteamérica, América central, Caribe, Medio Oriente, Asia, Australia y Oceanía.⁵

Las especies de mosquitos *Aedes*, *Sabethes* y *Haemagogus* (este último solo en Sudamérica) transmiten la FA.

Hay tres tipos de transmisión: selvática, intermedia y urbana, todas ellas en África, pero en Sudamérica solo se presentan las formas selvática y urbana.

La FA epidémica es excepcional. Es primariamente selvática y comienza en monos infectados por mosquitos salvajes (*Haemagogus sp.*). El virus circula entre los primates y pasa a otros mosquitos que se alimentan de su sangre, quienes a su vez pican a humanos que entran a la selva y generan casos esporádicos de FA. La preocupación se presenta cuando una persona infectada en la selva se desplaza durante la fase de viremia hacia centros urbanos con elevada densidad de *Aedes aegypti*. Si este mosquito vector pica al humano que trajo la enfermedad desde la selva, estos brotes se denominan FA urbana.

La FA se caracteriza por presentar fiebre elevada, ictericia, falla renal, cardíaca y diátesis hemorrágica. Su comienzo es brusco y de evolución aguda, con una ictericia febril por afectación predominantemente hepática.

Se sabe de la aparición de FA a partir del siglo XVII, en que afectaba a los navegantes que atravesaban áreas tropicales. Así se sucedieron epidemias en Guadalupe (1646), Senegal (1778), y también en otros continentes, como el europeo.

España y Portugal fueron la puerta de entrada de la FA en Europa. Desde 1700, Gibraltar, Cádiz, Lisboa y Málaga son las primeras ciudades en sufrir la enfermedad. En 1730, un brote de "vómito prieto" iniciado en Cartagena se expande por todo el continente: ciudades de Francia, Italia, Alemania, Dinamarca, hasta Suecia y Rusia, se verán afectadas durante un quinquenio.

El siglo XIX será pródigo en epidemias, Brest, Cádiz y Marsella (1802) extendiéndose a Córdoba, Granada, Valencia y Cataluña, Livorno, Dublín, Oporto, Swansea y Southampton. La epidemia de Barcelona de 1821 tuvo una fuerte repercusión mediática por los estragos que produjo y el miedo a que se extendiera de nuevo por Europa.^{1, 3}

También la tuvo la ocurrida en 1870 en la misma ciudad, la cual se propagó hacia el Sur, llegando a Alicante y la de 1878 a Madrid.² La península ibérica fue el principal reducto europeo de FA. Y otras tuvieron lugar, siglos más tarde, en Etiopía (1962) con 30.000 muertes y Senegal (1965) con 2.000 decesos.

En 1881, Carlos Finlay expuso su hipótesis sobre la transmisión vectorial. En 1902 Walter Reed describió la transmisión del agente etiológico por el *Aedes aegypti*, así como su sospecha del origen viral, y consigue reproducir la enfermedad. En 1927, Stokes, Bauer y Hudson confirmaron la etiología viral.

La FA es endémica en parte de África tropical y Sudamérica (América Central y del Sur) y en varias Islas del Caribe.

En Argentina existió una importante epidemia urbana en 1871 que mató a más de 20.000 personas en Buenos Aires y a más de 2.000 en Corrientes. En el 2008, Paraguay, después de 34 años del último caso de FA, detectó casos autóctonos en el Centro Norte y Centro de dicho país, considerándose un brote de transmisión urbana, con 25 casos. El último brote urbano de FA en las Américas había ocurrido en 1942.⁴

En 1966 se produjo un brote selvático en el nordeste de Argentina y al año siguiente las provincias de Misiones y Corrientes sufrieron un brote epidémico.

En el periodo comprendido entre 1985 y septiembre de 2004 se han notificado a la OPS un total de 3.559 casos de FA selvática con un saldo de 2.068 defunciones. En ese período se vieron comprometidos: Perú (1.939 casos), Bolivia (684), Brasil (539), Colombia (246), Ecuador (93) y Venezuela (57). En Sudamérica entre 1970 y 2001 se reportaron 4.543 casos; mayormente en Perú (51,5%), Bolivia (20,1%) y Brasil (18,7%).

"Entre los meses de marzo y mayo de 2001, la zona fronteriza entre Brasil y Argentina registró una mortandad de monos Macacos, atribuida a FA. A finales de 2007 se desarrolló en Paraguay una extensa epizootia incluyendo un área ecológica compartida por Brasil, Paraguay y Norte de Argentina (Provincia de Misiones), lo que redefinió el área enzoótica de la FA en América del Sur. A principios de 2008, la población de monos carayá rojo en Argentina se vio severamente reducida por brotes de FA y hoy en día sobrevive en los bosques del Centro-Este de Misiones en densidades extremadamente bajas. Una nueva oleada de FA que baja desde Brasil amenaza el futuro de esta especie en Argentina. El carayá rojo es un primate sensible a la FA y no constituye un reservorio del virus sino que actúa como centinela de la enfermedad para la salud pública".⁷

"Actualmente la amenaza de una nueva epidemia de FA puede estar próxima. A mediados de 2013 comenzaron a morir primates en el estado de Tocantins, Brasil, donde el diagnóstico de FA ya fue confirmado por el Ministerio de Salud de ese país. Desde ahí, así como aconteció en el 2008, el virus podría propagarse hacia el Sur llegando hasta nues-

tra región en los próximos meses. Por eso, aunque la situación todavía no sea de emergencia, todos los sectores involucrados tienen que estar particularmente alertas".⁷

Para una adecuada prevención debe establecerse un sistema de vigilancia epidemiológica que detecte casos sospechosos. La vigilancia epidemiológica de la circulación viral de la FA debe intensificarse tanto en las áreas enzoóticas como en las no enzoóticas.⁶

Los principales mecanismos empleados en la vigilancia son:

- Vigilancia de los casos clínicos compatibles con la forma clásica de la enfermedad, según las definiciones de casos de la OMS.
- Vigilancia de los síndromes febriles ictericos.
- Vigilancia de epizootias (aparición de la enfermedad y muerte de monos en áreas selváticas).
- Mantenimiento de los índices de infestación por *Aedes aegypti* por debajo de 5%, a fin de evitar la reurbanización de la FA.
- Vigilancia de eventos postvacunales atribuibles a la vacuna.

Otra estrategia complementaria para la prevención, estimada fundamental, es:

1. Vacunación en áreas de riesgo epidemiológico.
2. Eliminación del *Aedes aegypti* y sus criaderos en centros urbanos.
3. Educación sanitaria.
4. Consulta con el médico, centro de salud u hospital, de forma inmediata ante el comienzo abrupto de fiebre alta (más de 39° C), fuertes dolores de cabeza, escalofríos, hemorragias, mareos, malestar general y dolor muscular, pudiendo añadirse náuseas, vómitos y diarreas.

Tener presente que una vez que estas patologías se establecen en un territorio, tardan mucho tiempo en controlarse. Los programas sanitarios de prevención y lucha, incluidos los educativos, deben llevarse a cabo en forma sostenida y prolongada para alcanzar el éxito esperado, que no es otro que la erradicación. La toma de conciencia de la población sobre estas patologías y su adecuado accionar para su prevención, tienen un alto contenido social y económico.

Bibliografía

1. Jarbas B. da Silva. Brote de Fiebre amarilla en Paraguay. Boletín Epidemiológico OPS/OMS. Julio-2008; Vol 27, n° 1.
2. Fièvre jaune. WHO/EPI/GEN/98.11. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.1.
3. Chastel C. La "peste" de Barcelone. Epidémie de fièvre jaune de 1821. Bull Soc Pathol Exot. 1999; 92: 405-7.
4. Balbachán S. E. Fiebre Amarilla. En: Gorodner J O, Merino D. Patologías Regionales y Enfermedades Emergentes. Rosario: Ed Corpus; 2008: 167-176.
5. Viola H, Gorodner J O. Fiebre amarilla. En: Gorodner J O y col. Enfermedades Infecciosas. Rosario: Ed Corpus; 2004: 632-635.
6. Heyman D L. editor. El control de las enfermedades transmisibles. Publicación Científica y Técnica n° 613. OPS. Fiebre amarilla. 2005: 268-277.
7. Alerta Misiones-Actualidad Sur.-11/XII/2014.
8. AirportNews Ezeiza. 13/XII/2014.