

# 160

# centro médico

Publicación Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

Deposito Legal ppi 201302DC4727

## Editorial

Dr. Pedro Ignacio Carvalho..... 51

## Semblanza del Dr. José (Pepe) Ochoa (1928-2000)

Dr. Guido Petit Pifano..... 52

## Testículo supernumerario. Reporte de casos.

Dres. Moraima Rojas, Freddy Gamboa, Maria Carolina Delgado,  
Claudia Rinaldi..... 54

## Reconstrucción anatomoclínica de la lesión sufrida por el General Antonio José de Sucre durante el motín de Chuquisaca, Bolivia, en 1828.

Dr. José Rafael Gamboa G..... 58

## Homenaje al Dr. José Gregorio Hernández con motivo de su canonización

Dr. Pedro Ignacio Carvalho..... 67

## Normas para la publicación

en la Revista Centro Médico..... 69



centro  
médico  
de caracas

---

número 2

---

2025

---



# centro médico de caracas

Volumen 64  
160, N°2  
Año 2025

Revista arbitrada dedicada a estudios humanos, animales y de laboratorio relacionados con la investigación biológica y clínica. Publicada semestralmente por la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas".

Dirección: Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas. Av. Juan de Villega, Edif. San Bernardo, Anexo A del Centro Médico de Caracas. Telef. (+58-212) 555-9242 - 555-9190  
[revistacentromedico.org](http://revistacentromedico.org)

ISSN: 2477-9504

Depósito Legal: ppi 201302DC4727

## Publicación Oficial de la Sociedad Médica del Hospital Privado "Centro Médico de Caracas"

### Junta Directiva de la C.A Centro Médico de Caracas

#### Presidente

Dr. José Luis López D.

#### Vicepresidente

Dr. José Luis Cibeira L.

#### Tesorero

Dr. Carlos A. Pereira A.

#### Secretaria

Dra. Eleonora B. García H.

#### Primer Vocal

Dr. Ricardo M. Tobio M.

#### Segundo Vocal

Dra. María F. De Abreu N.

### Junta Directiva de la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas período 2022-2025

#### Presidente:

Dr. Carlos Sánchez Valenciano

#### Vicepresidente:

Dra. Laura Sánchez Traslaviña

#### Secretario:

Dr. Héctor Villarroel

#### Tesorero:

Dr. Ramón Vallenilla

#### Vocal:

Dr. Juan C Catari

### Director – Editor de la Revista Centro Médico de Caracas

Dr. Pedro Ignacio Carvallo

#### Comité Editorial

Dr. Oscar Colina

Dr. Michelangelo Ricciardelli

Dr. Fernando Godayol

Dr. Ricardo Tobio

Dra. María Fátima De Abreu

Dra. Adriana Pizarro

Dr. Jaime Krivoy

Dr. Ezequiel Trejo

Dr. Aldo Stamile

Dr. Saverio Santucci

Dr. Luis Alfonso Colmenares

Lic. Raquel Colina H.



## Contenido

### **Editorial**

Dr. Pedro Ignacio Carvallo..... 51

### **Semblanza del Dr. José (Pepe) Ochoa (1928-2000)**

Dr. Guido Petit Pifano..... 52

### **Testículo supernumerario. Reporte de casos.**

Dres. Moraima Rojas, Freddy Gamboa, Maria Carolina Delgado, Claudia Rinaldi..... 54

### **Reconstrucción anatomoclínica de la lesión sufrida por el General Antonio José de Sucre durante el motín de Chuquisaca, Bolivia, en 1828.**

Dr. José Rafael Gamboa G..... 58

### **Homenaje al Dr. José Gregorio Hernández con motivo de su canonización**

Dr. Pedro Ignacio Carvallo..... 67

**Normas para la publicación en la Revista Centro Médico..... 69**



---

## Contents

### **Editorial**

Dr. Pedro Ignacio Carvallo..... 51

### **Short biography of Dr. José (Pepe) Ochoa (1928-2000)**

Dr. Guido Petit Pifano..... 52

### **Supernumerary testicle. Case report.**

Dres. Moraima Rojas, Freddy Gamboa, Maria Carolina Delgado, Claudia Rinaldi..... 54

### **Anatomic reconstruction of the injury sustained by General Antonio José de Sucre during the Chuquisaca mutiny, Bolivia, in 1828.**

Dr. José Rafael Gamboa G..... 58

### **Honoring Dr. Jose Gregorio Hernandez on the occasion of his canonization**

Dr. Pedro Ignacio Carvallo..... 67

**Rules for publication in Centro Médico Magazine..... 69**



---

## EDITORIAL

Dr. Pedro Ignacio Carvallo

Editor

Correo: Picarvallo@hotmail.com

Siempre he sido un admirador de la comunicación científica escrita, y me llena de asombro cuando estoy en medio de esas maravillosas bibliotecas de universidades famosas o instituciones públicas o privadas, que almacenan tantísimo conocimiento colocándolo a disposición de quienes estén interesados en enriquecer su bagaje científico.

Creo en la importancia de compartir el conocimiento adquirido, bien sea por estudios, lectura, experiencias ajenas o propias, atreviéndome a afirmar que: el conocimiento en salud obliga (a ser compartido).

La revista Centro Médico debe ser entendida como el vehículo idóneo para compartir nuestros conocimientos y experiencias, adquiridos a lo largo del camino. El Centro Médico de Caracas, está cumpliendo 78 años, teniendo como cuerpo médico lo más distinguido en materia de profesionales especialistas en diversas áreas, muchos de ellos profesores universitarios sobresalientes, miembros de la Academia Nacional de Medicina, dirigentes de sociedades científicas, activos cada uno en su área, acumulando una interesante experiencia, que ciertamente debería ser compartida.

El Centro Médico es nuestro, en el más puro sentido de posesión; es nuestro lugar de trabajo, pero también de encuentro con nuestros colegas, y familiares y amigos, para quienes es el lugar a donde van cuando están enfermos. ¡¡¡Allí pasamos más tiempo que en nuestra casa!!! ¿¿Cómo no desarrollar un sentido de pertenencia hacia nuestro Centro Médico?? La Revista es su ventana hacia fuera, su cara científica, por lo tanto, hagámosla nuestra y colaboremos con ella.

Cónsonos con lo que nuestro Hospital ha significado para todos nosotros a lo largo del tiempo, estamos añadiendo a nuestras publicaciones dos segmentos, el primero en el que incluiremos los resúmenes de las charlas que se realizan todos los martes en el auditorio de nuestra Sociedad Médica, durante el semestre correspondiente, ilustrado con alguna fotografía, para que quede registrado en nuestra historia; y el segundo, en el que se compartirán actividades de diverso tipo, llámase social, académico o cualquier otro que valga la pena compartir. Pensamos que estas iniciativas no del todo formales ni habituales en el trabajo editorial y publicaciones médicas, ayudarán a que sintamos que nuestra Revista es de todos.

---

## SEMBLANZA DEL DR. JOSÉ (PEPE) OCHOA (1928-2000) SHORT BIOGRAPHY OF DR. JOSÉ (PEPE) OCHOA (1928-2000)

Dr. Guido Petit Pifano<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Cirujano plástico. Ex presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial  
E-mail: guidopetit26@gmail.com

ADIÓS A PEPE, o al maestro con cariño.

Pocos días antes de su muerte, estando en su lecho de enfermo, hablábamos, y como una forma de llamarle la atención, bastante distraída ya, por su estado terminal, tratando de animarlo, le dije: Dr. Ochoa, Manuela Berrocal nos envió a la Sociedad información en nombre de la Filacp de la recomendación europea, de retirar todos los implantes mamarios de aceite de soya. Se despertó, se inclinó en la silla y me dijo: “Guido, ¿Cuáles son los implantes mamarios?”. Se había despertado el maestro, científico, el curioso, el hombre ávido de conocimiento; pudo esto más que su malestar físico. Así era Pepe. Cuanta falta nos hará a todos los que profesionalmente estábamos más cerca de él y que fácilmente le hacíamos cualquier consulta, la cual, en base a su gran experiencia y años de estudio, era fácilmente respondida. Pepe era una especie de enciclopedia ambulante, con gran capacidad docente. En Ocasiones dudábamos de su respuesta, tal vez por la forma tan exacta y calculada de esta; pero, más adelante, al hacer nuevas investigaciones, nos dábamos cuenta de su veracidad. Espíritu amplio, abierto, dispuesto siempre a ayudar, a dar un consejo oportuno a todo aquel que se le acercara.

Se gradúa de Médico en 1953, doctorándose un año más tarde, con la tesis “contribución al estudio de los trastornos de la circulación de retorno”. La sólida formación profesional del Dr. Ochoa, tiene varias raíces. Su padre, Medico, el Dr. Juvencio Ochoa, patólogo clínico fundador del laboratorio del Hospital Universitario de Caracas y con el Dr. Ricardo Baquero Gonzalez su gran maestro, unas de las glorias de la cirugía venezolana, es con quien empieza a trabajar, desde bachiller y como él decía: “comencé de lava frascos”. De el



adquiere gran entrenamiento, transformándose en un brillante cirujano general. Su otro gran maestro, ahora en el campo de la cirugía plástica venezolana es el Dr. Domingo Lucca Romero pionero de la especialidad en Venezuela. Ellos dos junto con el Dr. Antonio Rodríguez De Lima, son los promotores de la fundación de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, en 1956 y de la cual más adelante será Presidente (1966-1968)

Su trayectoria hospitalaria se centra fundamentalmente en el Hospital “Carlos J. Bello” de la Cruz Roja Venezolana, Servicio de Cirugía Uno, en el cual llega hasta Jefe de Servicio, siendo luego Jefe Honorario. Su otro polo fue el Hospital Universitario de Caracas, donde se inicia como Instructor en el Servicio de Traumatología, al lado de otro de sus maestros, el Dr. Pablo Izaguirre, ascendiendo en la carrera universitaria hasta el máximo escalafón: Profesor Titular. Allí comienza a desarrollar la Unidad de Cirugía Plástica, la cual se convertirá posteriormente en Servicio de Cirugía Plástica.



Desarrolla su actividad privada en el Hospital Clínico Centro Médico de Caracas. Trabajando junto al Dr. Roberto Lucca, Anestesiólogo e Intensivista y otro de sus maestros, quien tuvo gran influencia en su formación científica; allí comienzan a tratar los grandes quemados que se generaban en la Electricidad de Caracas, recuperando enfermos que en otra época se hubieran perdido. Lo hacen utilizando métodos como determinación de gases y electrolitos en sangre, método poco conocido en el país para la época. El paciente quemado, siempre fue para Pepe una especie de *primun movens*, una gran motivación para estudiar e investigar. Recordamos su participación en la Declaración de Caracas, evento sobre quemaduras que se realizó en 1964.

La Cirugía Plástica con la posibilidad de reconstrucción de grandes heridas le abre nuevos campos en los cuales creció. Logró realizar excelentes publicaciones que incluyen trabajos relevantes en la cátedra de traumatología: "manual de atención de heridas de la cara" y Cirugía Plástica y reconstructiva de los traumatismos de la mano "realizadas en 1968 y que hoy en día, aún tienen vigencia. También describió muchas técnicas personales en cirugía mamaria; el Mamómetro y técnicas en lipectomía. Fue pionero en la técnica de reconstrucción mamaria por medio del colgajo de Recto Abdominal (Tram). El 16 de noviembre de 1995 logra uno de sus grandes objetivos, al incorporarse

como Individuo de Número a la Academia Nacional de Medicina, con el trabajo "Fracturas de Orbita".

El Dr. Ochoa fue ejemplo en muchas actividades, pero en especial en su vida familiar; al lado de Cristina Solís de Ochoa, ginecóloga, con quien fundó una bella familia de 6 hijos, todos profesionales, entre ellos José Francisco quien escogió el mismo camino de la Cirugía Plástica.

Formador de un gran grupo de cirujanos plásticos, entre quienes me incluyo, primero de manera tutorial, luego desde la Unidad de Cirugía Plástica de Hospital Universitario de Caracas, su capacidad docente que plasmaba en todos los congresos y eventos de la Sociedad. Nos sentimos satisfechos por haberle rendido en vida honores y reconocimientos; en el año 1995, sus amigos y alumnos le hicimos el Homenaje a Pepe Ochoa", en el gran salón del Hotel Caracas Hilton. En 1996, es presidente del XIV Congreso Venezolano de Cirugía Plástica donde se le rinde homenaje con el Premio "Dr. Ochoa", al mejor poster que se presente durante sus congresos, siendo para muchos de nosotros no solo el profesor o maestro, sino el guía, el ejemplo, el compañero, o amigo.





Adiós Pepe. Te fuiste un 12 de septiembre. Te recordaremos siempre.

Al Maestro con cariño



---

## TESTÍCULO SUPERNUMERARIO. REPORTE DE CASOS.

Dra. Moraima Rojas<sup>1</sup> , Dr. Freddy Gamboa<sup>1</sup> , Dra. Maria Carolina Delgado<sup>1</sup> ,  
Dra. Claudia Rinaldi<sup>2</sup> .

<sup>1</sup>Médico Cirujano Pediatra, <sup>2</sup>Médico Radiólogo. Centro Médico de Caracas  
E-mail: rojasmoraima@gmail.com

**RESUMEN:** La duplicación testicular o testículo supernumerario se define como la presencia de más de dos testículos, de localización intra o extra escrotal. En este estudio se presentan dos casos de duplicación testicular izquierda en pacientes preescolares diagnosticados con criptorquidia izquierda. Durante el examen físico, se identificaron testículos en el canal inguinal en ambos pacientes. Uno de los pacientes presentaba antecedentes de cura operatoria de hernia inguinal ipsilateral al momento del nacimiento. Las ecografías realizadas confirmaron la presencia de testículos inguinales de tamaño adecuado. En el momento de la intervención quirúrgica, se encontraron pequeños testículos en el hemiescrotal izquierdo, además del testículo ubicado en el canal inguinal. La duplicación testicular es una anomalía rara, solo 160 casos han sido reportado a nivel mundial, algunos autores sugieren tratamiento conservador y seguimiento, ya que puede causar dolor o criptorquidia, otros autores sugieren la exeresis del testículo porque tiene un 40% de probabilidades de malignización y torsión (1,2). **RCM 2025. 64;160(2): 54-57.**

**Palabras claves:** duplicacion testicular, poliorquidia, testiculo supernumerario.

## SUPERNUMERARY TESTICLE. CASE REPORT.

**ABSTRACT:** Testicular duplication or supernumerary testicle is defined as the presence of more than two testicles, intra or extra scrotal location. We present two cases of left testicular duplication in preschool patients, who consulted for left cryptorchidism. On physical examination the testicle was found in the inguinal canal, one of them with a history of operative treatment of ipsilateral inguinal hernia at the time of birth, both with ultrasound that corroborated the inguinal testicle of good size, in the surgical act we found a small testicle in the left hemiscrotum in addition to the testicle in the inguinal canal. Testicular duplication is a rare anomaly, only 160 cases have been reported worldwide, some authors suggest conservative treatment and follow-up if it does not cause pain or cryptorchidism, other authors suggest exeresis of the testicle because it has a 40% probability of malignancy and torsion (1,2). **RCM 2025. 64;160(2): 54-57.**

**Key words:** testicular duplication, polyorchidism, supernumerary testicle.

### INTRODUCCIÓN

El testículo supernumerario, duplicación testicular o poliorquidismo es una anomalía congénita urológica poco frecuente, que se define como la presencia de más de dos testículos, ya sea de localización intra o extraescrotal. Puede causar complicaciones como torsión y malignidad (1,2).

Cursa generalmente de manera asintomática, pero en ocasiones presentan dolor inguinal, o masa en región

inguinal, se debe diferenciar de criptorquidia, hidrocele, varicocele, quiste de epidídimo y tumores testiculares (1,2).

El ultrasonido, así como la resonancia magnética nuclear, son los medios diagnósticos de elección. La etiología del testículo supernumerario no está clara, pero se cree que se debe a una división anormal de la cresta genital durante el desarrollo embrionario, provocada por factores genéticos o ambientales (2,3).

La variante más común es el triorquidismo (60%), en cuyo caso el testículo extra suele estar situado en el lado izquierdo.

El tratamiento del testículo supernumerario depende de su localización, tamaño, y sintomatología. Las opciones terapéuticas disponibles son la observación, orquidectomía o la orquidopexia.

## CASO CLÍNICO

### Caso 1

Presentamos el caso de un paciente preescolar masculino de 3 años, que acude con testículo localizado en la región inguinal izquierda, después de haber sido sometido a cirugía por una hernia inguinal bilateral al mes de vida.

Antecedentes familiares: Hermano mayor con polidactilia; otros antecedentes no contributorios.

En el examen físico se corroboró la presencia de un testículo en el canal inguinal, y una ecografía doppler mostró un testículo izquierdo en la región inguinal de buen tamaño y con vasculatura conservada. Durante la cirugía, se encontraron los siguientes hallazgos: un testículo con abundante fibrosis, de difícil disección, que pudo ser fijado en el hemiescrotos correspondiente. Además, se identificó una estructura de menor tamaño con características testiculares y buen aspecto, localizada en el hemiescrotos izquierdo. (Fig. 1,2) Se decide no realizar la exeresis de esta estructura y se fijó en dicho hemiescrotos, (Fig. 3) manteniendo una conducta expectante.

Se indicó terapia hormonal para evaluar las respuestas de ambos testículos y se realizaron controles ecográficos, observándose una respuesta adecuada y buena evolución ecográfica (Fig. 4).

Un mes después de la operación, el testículo pequeño (testículo duplicado) había ascendido a la región inguinal, presentando criptorquidia, (Fig. 5) por lo que se decidió la extracción del mismo, para evitar posibles malignizaciones futura y torsión. El resultado de anatomía patológica reporto tejido testicular de consistencia elástica, tamaño reducido, epidídimo rudimentario, ausencia de neoplasia,

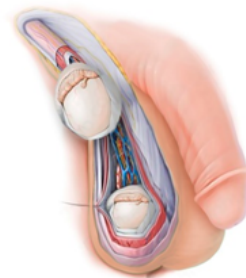


Figura 1. Criptorquidia con Poliorquidismo tipo 2



Figura 2. Hallazgos de la cirugía, compatible con tipo 2.

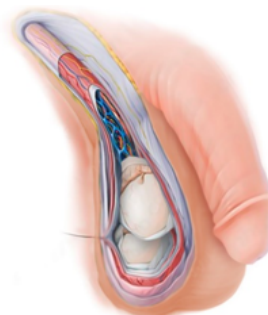


Figura 3. Ambos testículos en bolsa escrotal



Figura 4. Ecosonograma control semana de postoperatorio, ambos testículos en hemiescrotos correspondiente



**Figura 5.** Ecosonograma control al mes de postoperatorio. Se aprecia uno de los testículos ascendido hacia canal inguinal. Señalado con la estrella amarilla

## Caso 2

Se presenta el caso de un paciente preescolar masculino de 4 años, diagnosticado con criptorquidia izquierda y sin antecedentes relevantes. En el examen físico se



**Figura 6.** Segundo paciente. Hallazgos de cirugía.

corroboró la presencia de un testículo en el tercio medio de la región inguinal izquierda, sin otras alteraciones. La ecografía mostró un testículo de buen tamaño en la región inguinal izquierda. Durante la intervención quirúrgica, se evidenció un testículo de buen tamaño y morfología normal, sin persistencia del conducto peritoneovaginal, y un testículo de menor tamaño en la bolsa escrotal ipsilateral (Fig.6). En esta ocasión, se decidió realizar la exeresis del testículo de menor tamaño. El paciente evolucionó satisfactoriamente. No obtuvimos resultados de anatomía patológica, paciente de bajos recursos y no logró procesarlo.

## DISCUSIÓN

El testículo supernumerario es una anomalía congénita urológica poco frecuente, se han reportado 160 casos en el mundo, y es definido como la presencia de más de dos testículos, ya sea de localización intra o extraescrotal (1). La ecografía doppler y la resonancia magnética proveen elementos útiles para diagnosticar la presencia de esta entidad.

El primer caso reportado fue un hallazgo post mortem de Blasius en 1670, pero el primer caso confirmado histológicamente durante una intervención lo realizó Lane en 1895 (2,3). El desarrollo embriológico del testículo comienza en la sexta semana, cuando el testículo primordial se desarrolla de la parte medial de la cresta genital primitiva, en el mesonefro, y el poliorquidismo se puede dar si existe una división longitudinal de esta cresta genital, una división transversa (teoría más aceptada) o debido a la degeneración de partes de los componentes mesofrénicos. (2) La poliorquia puede ser unilateral o bilateral, más común del lado izquierdo, presentando mayor tamaño el de localización caudal (8) y puede variar desde duplicaciones parciales a duplicaciones completas con testes y epidídimos totalmente independientes.

En base a estas características existe una clasificación, que es la más aceptada, y es la propuesta por Leung(4), Hancock(5) y Wolf(6) y basada en la anatomía de los testículos y las estructuras adyacentes. De tal modo, se proponen 4 tipos:



- Tipo 1. El testículo supernumerario carece de epidídimo y vasos deferenciales, sin conexión con el otro testículo.
- Tipo 2. Los dos testículos comparten epidídimo y vasos deferenciales.
- Tipo 3. El testículo supernumerario tiene su propio epidídimo, y comparte los vasos deferenciales.
- Tipo 4. Duplicación completa del testículo con su epidídimo y vasos deferenciales.

Los tipos 2 y 3 son la más frecuente de poliorquidismo, representando aproximadamente el 90% de los casos.

Nuestros pacientes corresponden al tipo II de poliorquidismo de la clasificación, por lo que es el tipo más frecuente.

Generalmente, los testes supernumerarios suelen ser reproductivamente funcionales (7) excepto los tipos 1 que carecen de epidídimo y vaso deferencial.

El poliorquidismo es más frecuente en el lado izquierdo, como en nuestros casos, presentando el testículo mayor tamaño, el localizado más caudal y puede ir asociado a otras anomalías urogenitales. En aproximadamente la mitad de los casos, va asociado a testículos no descendidos, hasta un 30% se acompaña de hernia inguinal indirecta (1,8). Puede presentar torsión testicular, hidrocele, epididimitis, varicocele e incluso, degeneración maligna, como los seminoma anaplásico, rhabdomyosarcoma (9) y coriocarcinoma. (10)

Su diagnóstico diferencial debe incluir otras causas de masas extratesticular o paratesticular (hidrocele, quiste de epidídimo, tumores, etc.).(11) Su manejo quirúrgico es muy discutido, siendo la tendencia actual un manejo conservador, con seguimiento estricto mediante ecografía y RMN,(12) siempre que no exista dolor, dudas en el diagnóstico, criptorquidia, o más excepcionalmente, tumores.(10) En caso de ser criptorquídico, cabe la opción de orquidopexia y vigilancia posterior o extracción por el riesgo de malignización. En cualquier caso, consideramos que el tratamiento o seguimiento ante un caso de poliorquidismo debe ser una decisión consensuada con el paciente y/o sus padres.

## CONCLUSIÓN

El testículo supernumerario es una anomalía congénita urológica rara, La ecografía y la RMN son estudios útiles para diagnóstico, pero lo más importante es conocer que existe esta patología, sus características clínicas, métodos diagnósticos y terapéuticos. El tratamiento es la exploración quirúrgica donde se puede realizar conducta conservadora mediante la fijación del testículo, para así, evitar riesgo de torsión testicular, o la orquidectomía. Se recomienda una evaluación individualizada de cada caso, teniendo en cuenta los beneficios y los riesgos de cada opción terapéutica, y tomar en cuenta la opinión de los padres.

## REFERENCIAS

1. Garza-Montufar, ME, Olvera Posada D. Poliorquidismo presentación de un caso y revisión de la bibliografía. Rev Mex. Urol. 2017; 77(2), 143-150.
2. Park JM. Normal and anomalous development of the urogenital system. En: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED Jr, Wein AJ, Partin AW, Novick AC et al. Campbell's Urology, 8th ed. 2002; WB Saunders, Philadelphia; 1737-1764.
3. Hancock RA, Hodgins TE. Polyorchidism. Urology. 1984; 24: 303-7.
4. Wolf B, Youngson GG. Polyorchidism. Pediatr Surg Int. 1998; 13:65-6
5. Vela Guzmán MJ, Arias Llorente A, Cisneros Jiménez R. Triorquidea y hernia inguinal. Presentación de un niño de 6 años. Rev Cubana Cir 1985; 24:424-9.
6. Barrios Torres E, Eraña Guerra L, Sumano Avendaño E. Testículos supernumerarios. Bol Med Hosp Infant Mex 1989;46(1):56-9.
7. Becerra A, Castillo D, et al. Poliorquidismo. Rev Cubana Pediatr.1998; 70 (4):185-188.
8. J.G. Velázquez, F.R Flores et al. Poliorquidismo: aportación de un caso y revisión de la literatura actual. Actas Urol Esp. Vol 30(4).2006.
9. B. Nuñez García, N Alvarez Garcia M, et al.Poliorquismo en edad pediátrica: a propósito de un caso y revisión de la literatura. Cir Pediatr.2021;34:160-16.
10. Bergholz R, Wenke K. Polyorchidism: A Meta-Analysis. J Urol. 2009; 182:2422.



---

## RECONSTRUCCIÓN ANATOMOCLÍNICA DE LA LESIÓN SUFRIDA POR EL GENERAL ANTONIO JOSÉ DE SUCRE DURANTE EL MOTÍN DE CHUQUISACA, BOLIVIA, EN 1828.

Dr. José Rafael Gamboa G.<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Médico Traumatólogo y Ortopedista. Centro Médico de Caracas.

E-mail: gameca1@hotmail.com

**RESUMEN:** El General Antonio José de Sucre fue uno de los próceres más relevantes de la independencia hispanoamericana. Tras la fundación de Bolivia, fue elegido su primer presidente constitucional en 1826. En 1828, se produjo en la capital de ese país una sublevación conocida históricamente como el Motín de Chuquisaca. El General Sucre acudió personalmente al cuartel a sofocar la insurrección y, como resultado, recibió una herida por proyectil de arma de fuego que le ocasionó una fractura complicada en el brazo derecho (3, 7). La naturaleza de esta lesión, por razones evidentes, no ha sido abordada desde una perspectiva médica en los trabajos biográficos que los historiadores han dedicado al personaje. Por ello, el presente estudio propone una reconstrucción anatomoclínica de dicha herida como contribución al conocimiento integral de este fascinante protagonista de la historia republicana. **RCM 2025. 64;160(2): 58-66.**

**Palabras claves:** Antonio José de Sucre, Motín de Chuquisaca, Reconstrucción anatomoclínica, Fractura complicada de la cúpula radial.

## ANATOMIC RECONSTRUCTION OF THE INJURY SUSTAINED BY GENERAL ANTONIO JOSÉ DE SUCRE DURING THE CHUQUISACA MUTINY, BOLIVIA, IN 1828.

**ABSTRACT:** General Antonio José de Sucre was one of the most prominent leaders of Hispanic American independence. After the founding of Bolivia, he was elected its first constitutional president in 1826. In 1828, an uprising occurred in the capital of that country at the Cuartel de Granaderos, a historical event known as «El Motín de Chuquisaca» (the Chuquisaca Mutiny). General Sucre personally intervened to quell the insurrection and, as a result, sustained a firearm wound that caused a complicated fracture in his right arm (3, 7). For understandable reasons, the nature and medical implications of this injury have not been addressed in the major biographical works written by historians. Thus, through the present study, we aim to offer an anatomoclinical reconstruction of the lesion, as a contribution to the study of this fascinating protagonist of republican history. **RCM 2025. 64;160(2): 58-66.**

**Key words:** Antonio José de Sucre, Chuquisaca Mutiny, Anatomical reconstruction, Complicated fracture of the radial head.

### MARCO TEÓRICO

#### A. RESUMEN HISTÓRICO

Antonio José de Sucre fue un militar, político, diplomático y estadista venezolano, cuya actuación en las guerras de independencia de Suramérica, durante el siglo XIX, fue decisiva. Considerado por Simón Bolívar

como su mejor General, Sucre condujo a los ejércitos patriotas a la victoria en batallas fundamentales, como la de Pichincha, en 1822, que aseguró la independencia del actual Ecuador, y la de Ayacucho, en 1824, que no solo consolidó la libertad del Perú, sino que marcó la derrota definitiva del poder colonial español en América (7).



**Figura 1.** Retrato de cuerpo entero de Antonio José de Sucre. Óleo de Antonio Salaz (1780-1860)

### A.1. La fundación de Bolivia

Después de esta última gesta, que le valió el reconocimiento del Congreso peruano con el título de Gran Mariscal de Ayacucho, Sucre continuó, por orden de Bolívar, su avance hacia los territorios de Charcas, conocidos también como el Alto Perú. En esas tierras persistía un foco de resistencia realista liderado por el general Pedro Antonio Olañeta, quien se autoproclamaba “el último defensor de la corona y del altar”.

Una vez que el General realista fue derrotado, el Mariscal Sucre emitió un decreto mediante el cual convocaba una asamblea con representantes de las cinco provincias que conformaban Charcas (Chuquisaca, La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y Potosí), a fin de que

decidieran libremente el destino que consideraran más conveniente para su territorio.

Las opciones sometidas a votación por los 47 diputados reunidos en la Universidad de Chuquisaca fueron: permanecer unidos a Buenos Aires, fusionarse con el Perú, o declararse independientes. Con una abrumadora mayoría de 45 votos, optaron por constituirse como una nación independiente.

Una vez que el Libertador se retirara de la nueva nación, el Congreso decidió nombrar a Antonio José de Sucre como su primer presidente constitucional (2, 7).

### A.2. El Motín de Chuquisaca

El 18 de abril de 1828, cuando faltaba poco tiempo para que el General Sucre concluyera su periodo presidencial, se produjo, en Chuquisaca, una revuelta en el Cuartel de Granaderos a Caballo. La excusa esgrimida por los amotinados fue el reclamo de sueldos atrasados; sin embargo, en realidad se trataba de una confabulación orquestada por fuerzas opositoras internas, en alianza con el gobierno del Perú, que mantenía un contingente de cinco mil soldados apostados al otro lado de la frontera, listos para invadir Bolivia.

Sucre acudió personalmente al cuartel, acompañado por el coronel Cipriano Escalona, sus edecanes y el Ministro del Interior, con el propósito de informarse directamente de lo que allí acontecía. Pero los sublevados, siguiendo órdenes previamente establecidas, no mediaron palabra y recibieron al Presidente de la República con una ráfaga de disparos. La primera herida rozó su frente y perforó el sombrero de plumas que llevaba. Un segundo proyectil impactó en su antebrazo derecho, provocándole de inmediato la impotencia funcional de la mano. Su caballo, también herido, giró bruscamente y, con el mariscal aferrado a sus crines y sin control, galopó hasta el palacio de gobierno, donde Sucre fue finalmente atendido.

Después de aquellos acontecimientos, el general Sucre fue detenido por las fuerzas invasoras y, con el país bajo el control de las tropas comandadas por Agustín Gamarra, entregó su discurso de despedida ante el Congreso. Acto seguido, se retiró de Bolivia con



destino a Quito, donde lo aguardaba Mariana Carcelén, Marquesa de Solanda, con quien se había casado por poderes.

«Llevo la ingratitud de los hombres en un brazo roto, cuando hasta en la guerra de la independencia pude salir sano», le escribiría un Sucre decepcionado a Simón Bolívar cuando se marchaba definitivamente del país (3, 7).

## B. RESUMEN ANATÓMICO

### B.1. El nervio radial

#### B.1.1. Trayecto

Tiene su origen en el cordón posterior del plexo braquial (fascículos posteriores de los nervios espinales C5-C6-C7-C8 y T1).

Al salir de la fosa axilar se introduce en la región posterior del brazo, discurrendo, de adentro hacia afuera, por el llamado canal de torsión del húmero.

Antes de pasar a la cara lateral del antebrazo, el nervio radial emite ramas destinada a los músculos tríceps, braquiorradial y ancóneo (ubicados en el brazo), así como también otras para el extensor radial largo y el extensor radial corto del carpo que se encuentran en el antebrazo.

Una vez en posición lateral, el nervio radial perfora, de atrás hacia adelante, el tabique intermuscular y llega al compartimiento anterior del antebrazo. Luego, en su descenso, a nivel de la articulación del codo, antes de llegar al músculo supinador, se bifurca o divide en dos ramas: una superficial o sensitiva y otra profunda o motora.

La rama superficial seguirá descendiendo lateralmente, imitando el trayecto del músculo braquiorradial, que se encuentra por fuera, hasta llegar a la muñeca, donde hace un giro, pasa por encima de la tabaquera anatómica y termina en el dorso de la mano donde se distribuye en los dedos.

La rama profunda, por su parte, va a pasar por entre los dos vientres musculares (superficial y profundo) del músculo supinador y, después de inervarlo y cambiar su nombre a nervio interóseo posterior (NIP), gira

alrededor del cuello del radio (por debajo de la cúpula y por encima de la tuberosidad bicipital) y se va hacia atrás, hacia la membrana interósea, la cual perfora, para llegar, finalmente, al compartimiento posterior del antebrazo. Allí inerva a todos los músculos de la región (supinador, abductor largo del pulgar, extensor corto del pulgar, extensor largo del pulgar, extensor propio del índice, extensor común de los dedos, extensor del meñique y el extensor cubital del carpo) (Fig. 2).

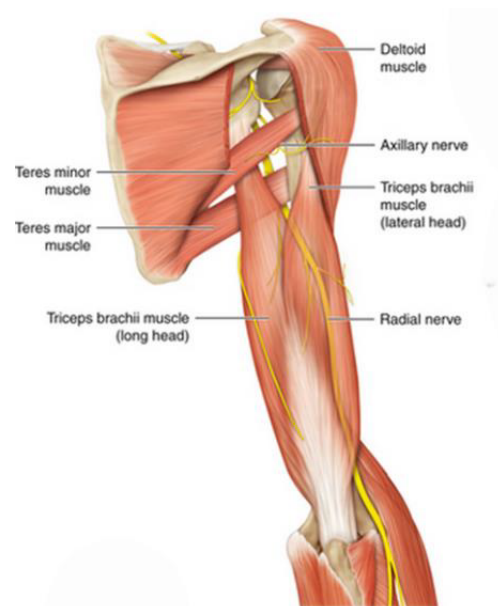


Figura 2. Trayecto del nervio radial (vista posterior)

#### B.1.2. Función

De lo anterior se desprende que el nervio radial inerva todos los músculos extensores del codo, de la muñeca y de los dedos. Por esta razón, existen tres funciones de la mano que son exclusivas de este nervio y no pueden ser compensadas por ninguna otra estructura nerviosa: la extensión de la muñeca, la extensión y retroposición del pulgar, y la extensión de las articulaciones metacarpofalángicas.

Además, el nervio radial cumple funciones sensitivas en distintas regiones: en el brazo, inerva la cara



inferoexterna y la cara posterior; en el antebrazo, la zona central y posterior; y en la mano, la eminencia tenar y la cara dorsal correspondiente a la falange proximal del pulgar, del índice, del dedo medio y de la mitad radial de la falange proximal del anular (2)

### **B.1.3. Clasificación de las lesiones del nervio radial**

Estas lesiones se van a clasificar en altas o bajas, dependiendo de si fueron producidas antes o después del sitio de bifurcación del nervio a nivel del tercio superior del antebrazo.

#### **B.1.3.1. Lesión alta del nervio radial**

Son aquellas que se presentan antes de la división del nervio radial en sus dos ramas (superficial y profunda).

En este tipo de lesiones pueden verse comprometidos todos o algunos de los músculos inervados por el radial. Así que, dependiendo de las ramas involucradas, estas lesiones pueden presentarse, clínicamente, con limitación para la extensión y la supinación de la muñeca y, en los casos en que también está comprometido el tríceps, limitación para la extensión del codo.

En este tipo de lesiones, lo primero que nos llama la atención, al observar al paciente, es la presencia de una mano péndula o en “gota”, como la llaman algunos autores. Concomitantemente, los dedos se encuentran flexionados y, además, el pulgar está en aducción.

#### **B.1.3.2. Lesión baja del nervio radial**

Productos de una agresión por debajo del sitio de la bifurcación del nervio, por tanto, en ellas se ve comprometidas la rama profunda o el nervio interóseo posterior (NIP).

Como la inervación de tríceps, del braquiorradial y del extensor largo radial del carpo ya ha sido dada a este nivel, clínicamente los pacientes logran realizar supinación del antebrazo y extensión de la muñeca. Sólo tienen limitación para la extensión de todos los dedos y abducción del pulgar. No hay mano péndula en ellos (2).

## **B.2. Clasificación de las lesiones de los nervios periféricos (Clasificación de Sunderland)**

### **B.2.1. Lesión de primer grado**

- Nervio desmielinizado
- Bloqueo fisiológico de la conducción local
- Neuropraxia en el esquema de Seddon
- Tratamiento conservador
- Recuperación prevista en semanas o meses

### **B.2.2. Lesión de segundo grado**

- Algunos axones interrumpidos.
- Las vainas endoneurales y las capas de tejido conjuntivo circundante permanecen intactas.
- Degeneración walleriana distal.
- Equivalente a axonotmesis en el esquema Seddon.
- El tratamiento es conservador.
- La regeneración de los axones puede seguir clínicamente por un signo de Tinel que avanza.
- Se puede esperar una recuperación completa en meses.

### **B.2.3. Lesión de tercer grado**

- Los axones y las vainas endoneurales se rompen.
- La cicatrización sustituye a las estructuras existentes.
- El perineuro y las capas de tejido conjuntivo externas permanecen.
- La mayoría de las lesiones se recuperan espontáneamente, aunque de forma parcial.

### **B.2.4. Lesión de cuarto grado**

- El axón, el endoneuro y el perineuro están interrumpidos.
- La cicatrización sustituye a las estructuras existentes.
- El epineuro permanece.



- La cicatrización bloquea toda regeneración neuronal.
- No es probable la recuperación sin tratamiento quirúrgico.

#### **B.2.5. Lesión de quinto grado**

- Transección nerviosa.
- División de todas las estructuras, incluido el epineuro.
- No se espera recuperación sin tratamiento quirúrgico (1).

### **C. DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN SUFRIDA POR EL MARISCAL ANTONIO JOSÉ DE SUCRE**

#### **Materiales y métodos**

Para realizar la reconstrucción anatomoclínica de la lesión sufrida por Antonio José de Sucre en el miembro superior derecho, durante los hechos acaecidos el 18 de septiembre de 1828 en Chuquisaca, se recurrió a tres fuentes principales. En primer lugar, a las narraciones de los acontecimientos publicadas por reconocidos historiadores; en segundo lugar, a las cartas escritas por el propio Sucre, especialmente aquellas dirigidas al Libertador, cuya lectura permite extraer datos clínicos de notable interés; y en tercer lugar, al reporte anatomopatológico emitido por la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en 1900, tras la identificación forense de sus restos

Con el propósito de hacer más amena y comprensible la descripción de la lesión sufrida por Antonio José de Sucre, he optado por presentarla como si se tratase del resumen de ingreso a un servicio de Emergencia en nuestros días. Esta aproximación permite traducir el evento histórico en términos clínicos actuales, facilitando su análisis anatomoclínico. Incluso, me he permitido imaginar los hallazgos que podrían haberse obtenido mediante estudios de radiología simple, como parte del protocolo diagnóstico habitual.

#### **Servicio de Emergencia**

#### **Resumen de Ingreso**

Chuquisaca, 18 de septiembre de 1828

Nombre: Antonio José Francisco de Sucre y Alcalá.

Lugar de nacimiento: Cumaná, Colombia.

Fecha de nacimiento: 3 de febrero de 1795.

Edad: 33 años.

Antecedentes personales de importancia: Niega

#### **Enfermedad Actual**

Paciente masculino de 33 años; natural de Cumaná, Colombia, y procedente de esta ciudad. Profesión militar, con el grado de General en Jefe y actualmente ejerciendo el cargo de presidente de la República de Bolivia. Fue traído a este servicio por presentar herida por proyectil de arma de fuego (tercerola) en el antebrazo derecho durante un motín en el Cuartel de Granaderos, el cual acudió a sofocar. Dicho proyectil le produjo inmediatamente, dolor intenso, sangrado e impotencia funcional para la extensión de los dedos de la mano. Concomitantemente, herida, también por proyectil de arma de fuego, aparentemente no penetrante, en la región frontal.

#### **Examen Físico**

Paciente consciente, inquieto, orientado en tiempo, espacio y persona. No se observan signos de déficit neurológico central.

Cabeza: Presencia de herida rasante por proyectil de arma de fuego en región frontal. Sangrado escaso y sensibilidad al tacto.

Miembro superior derecho: Orificio de entrada de proyectil de arma de fuego en el tercio medio con proximal de la cara postero medial del antebrazo derecho.

El orificio de salida se ubica a nivel de la región anterolateral del tercio proximal del antebrazo derecho. Los bordes son irregulares y evertidos, con un diámetro muy superior al que presenta el orificio de entrada y con mayor sangrado.

Al examen neurológico del miembro superior derecho: los dedos se encuentran en actitud de flexión, con el pulgar aducido. Cuando se le solicita extenderlos le resulta imposible. El pulgar tiene también abolida la abducción activa. La extensión de la muñeca se logra, aunque con dificultad por encontrarse muy débil. La fuerza de presión está muy disminuida, afectándole la capacidad para agarrar y soltar objetos.

### Estudios complementarios

Rx de cráneo: Sin lesión ósea aparente.

Rx de antebrazo derecho:

1. Fractura conminuta de la cúpula radial.
2. Fractura del borde interno del radio en su tercio proximal.
3. Fractura del borde externo del cúbito en su tercio proximal.

### Diagnóstico

1. Herida por arma de fuego (tercerola) en antebrazo derecho, con orificio de entrada en la unión del tercio medio con proximal de la cara postero medial y orificio de salida en el tercio proximal de la cara anterolateral, que produce:

1.1 Fractura abierta, conminuta, grado IIIA (Gustilo) de la cúpula radial derecha complicada con:

1.1.1. Lesión baja del nervio radial derecho.

1.2. Fractura abierta del borde externo del cúbito derecho, a nivel del tercio proximal.

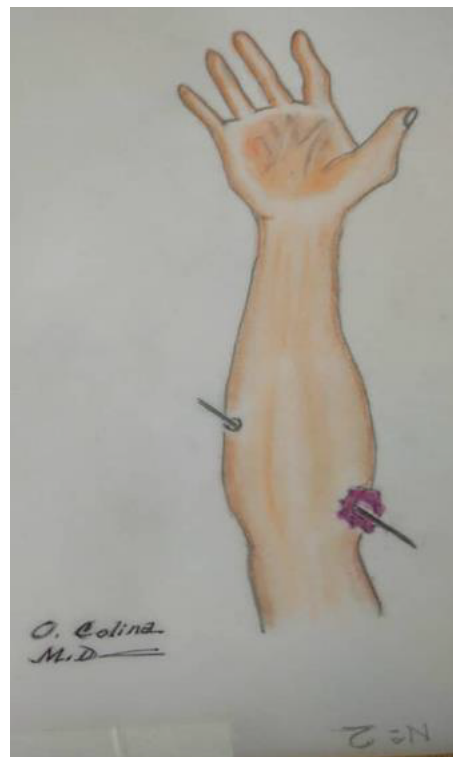
1.3. Fractura abierta del borde medial del radio derecho, a nivel del tercio proximal.

2. Herida por proyectil de arma de fuego, no penetrante, en región frontal.

### DISCUSIÓN

Para determinar el trayecto seguido por el proyectil que provocó la fractura de la cúpula radial y la lesión neurológica sufrida por el General Antonio José de Sucre, fue fundamental vincular los datos clínicos aportados por las propias narraciones del Mariscal de Ayacucho en sus cartas (9), con los hallazgos anatomopatológicos reportados en la necropsia realizada por la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en el año 1900, tras el hallazgo de sus restos en el convento del Carmen Bajo, en Quito.

En dicha necroidentificación se describieron, además de la ausencia de la cúpula radial derecha, dos muescas óseas en el antebrazo: una en el borde externo del



**Figura 3.** Vista anterior del antebrazo derecho. Orificio de entrada y orificio de salida del proyectil. (Ilustración realizada por el Dr. Oscar Colina según indicaciones del autor. Caracas, 2025.)

cúbito y otra en el borde interno del radio, ambas localizadas a nivel de sus tercios proximales (5)

Resulta razonable pensar que esas muescas o fracturas incompletas habían sido causadas por el paso rasante del proyectil en su camino hacia la cúpula radial, y que, además, había seguido una trayectoria oblicua.

El orden en que se produjeron las lesiones fue determinado a partir de la ubicación de los orificios de entrada y salida del proyectil. Para distinguirlos, se consideraron las características morfológicas que, por lo general, los diferencian.

El orificio de entrada, típicamente redondeado u ovalado, suele ser de menor tamaño que el de salida, e incluso puede ser más pequeño que el calibre del proyectil que lo ocasiona. En contraste, el orificio de salida presenta un diámetro mayor, con bordes irregulares y evertidos (3). Este último es el que genera

mayor daño tisular y, con frecuencia, se asocia a complicaciones como infecciones o dificultades en la cicatrización (8).

Por otro lado, para que se hayan encontrado en la autopsia las muescas en el borde externo del cúbito e interno del radio, particularmente esta última, a pesar de la ausencia de la cúpula radial, el proyectil debió, siguiendo el trayecto oblicuo descrito, haber lesionado el cúbito, no solamente primero, sino en un sitio algo más distal al radio, aunque esto fuera, igualmente, en el tercio proximal. Así que, en resumen, la bala debió producir las lesiones óseas en el siguiente orden: borde externo del cúbito, borde interno del radio y, finalmente, la cúpula radial (Fig. 4 y 5).

Continuando con el análisis balístico, es importante considerar que, para que el proyectil, entrando en el tercio medio con proximal de la cara posteromedial del antebrazo derecho, produjera sucesivamente estas

fracturas, el brazo pudo haber estado levantado (espada en alto) y llevar, en este caso, un trayecto descendente o, contrariamente, tenerlo hacia abajo y, en esa posición, la bala seguir una dirección ascendente.

Basado en la narración de Vicente Pesquera Vallenilla en su obra Rasgos Biográficos del general en jefe Don Antonio José de Sucre, Gran Mariscal de Ayacucho, donde se afirma que el comandante Escalona logró identificar al autor del disparo y lo alanceó (9), puede inferirse que dicha acción solo pudo haber ocurrido si el sargento chileno que efectuó el disparo se encontraba junto con los demás soldados que estaban formados en el patio de la edificación. Es decir, en un plano inferior al blanco, considerando que Sucre se hallaba montado sobre su caballo.

Por otro lado, considerando que la cúpula radial se encuentra en un plano más anterior que el borde externo del cúbito, puede inferirse que el proyectil también llevaba un trayecto de atrás hacia adelante (Fig. 5).

Por tanto, la posición en que debió tener el miembro superior derecho el mariscal Sucre, para que la bala siguiera el trayecto descrito, produciendo las lesiones óseas antes mencionadas, sería con la mano hacia abajo, con el antebrazo en supinación, separado del cuerpo y el codo en 90° o en un ángulo mayor,



**Figura 4.** Vista anterior del antebrazo derecho. Lesiones óseas producidas por el proyectil. (Ilustración realizada por el Dr. Oscar Colina según indicaciones del autor. Caracas, 2025.)



**Figura 5.** Articulación del codo. Trayecto del proyectil



incluso en extensión completa o muy cerca de ella preferentemente.

El mariscal Sucre, en sus correspondencias y discursos, cuando menciona sus problemas personales, notamos que se muestra particularmente preocupado por la herida de su brazo, principalmente en los primeros nueve meses que siguieron a la lesión. En una carta que le dirige a Bolívar desde Chuquisaca, con fecha 27 de abril de 1828, a nueve días de haber sufrido la lesión, no solo le da detalles del tumulto del Cuartel de Granaderos, sino que también le comenta: «Mi brazo está roto y necesitaré tres meses de curación para usar de él. Será una fuerte lección para alejarme del servicio público. Mi herida impide que ejerza el Gobierno y lo delegué el mismo 18 en el Consejo de ministros, conforme a la constitución». Luego, como una nota final, le informa: «Pude salir sano. Como no podré firmar en dos o tres meses, lo hará por mí el Comandante Andrade» (9).

Cinco meses después del atentado, el 18 de septiembre de 1828, vuelve a escribirle al Libertador y, al final de la carta, le comenta que la herida de su brazo al fin cerró el día que llegó al Callao (10 de septiembre). Sin embargo, también le confiesa: «Los dedos están tiesos, la mano muy débil y el brazo con muy poco ejercicio. Dicen los cirujanos que, continuando con la curación para fortificar los músculos, tendré libre uso al cabo de algún tiempo y con mucho ejercicio de la mano, pero que siempre quedaré muy débil» (9).

Ese 10 de septiembre de 1828 también se corresponde con la última carta que aparece firmando el comandante Andrade en su nombre. Se trata de una misiva que le envió al General La Mar, Presidente del Perú, para ofrecerle sus servicios como mediador en el conflicto entre Colombia y el Perú (9). No sabemos si a partir de esa fecha el General Sucre recuperó la capacidad de escribir o si esos documentos no siguieron registrando el hecho de que otra persona le servía de amanuense.

Sin embargo, en sus comunicaciones posteriores, por un buen tiempo, siempre menciona, con cierto sinsabor, las secuelas que le dejara el atentado de Chuquisaca.

En una carta que le envía al General Juan José Flores, a seis meses del accidente, le comenta que ha quedado «medio inválido». De igual manera, cuando tenía nueve

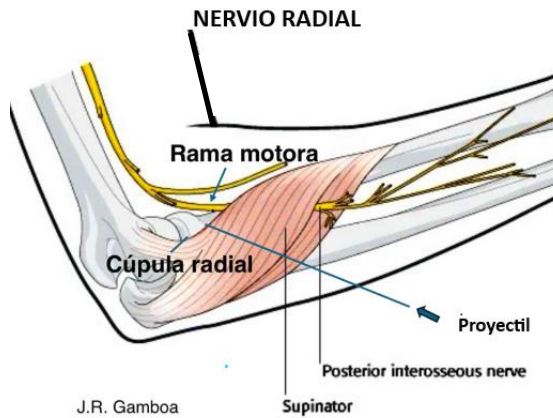
meses de haber sufrido la lesión, le escribe al General Florencio O'Leary para mostrarle su disposición de defender a Colombia de la invasión peruana. En esa carta le dice: «Manco, vejado o de cualquier manera, consentiré muy contento en ser soldado colombiano para defender la Patria con un fusil en la mano, si puedo manejarlo...» (9).

Mucho tiempo después, en una carta que le enviara al Libertador Simón Bolívar desde Villa del Rosario, Cúcuta, el 10 de marzo de 1830, donde se encontraba como parlamentario ante los enviados de Venezuela para tratar de evitar la separación de ese país de la Gran Colombia, le comenta: «Pensé seguir mañana, pero he amanecido hoy con un resfriado tan fuerte que me redujo a la cama, donde estoy, y me hallo tan estropeado que no puedo escribir ni una letra» (9).

Con ese comentario, hecho cuando le faltaba un mes para cumplir los dos años de la lesión y a casi tres meses de su muerte, nos permite inferir, con más seguridad, que para ese momento tenía la capacidad de escribir por él mismo. Pero no sabemos si aún persistía algún tipo de secuela o si se había recuperado completamente porque no encontramos mención al respecto, ni en esa, ni en cualquier otra carta, desde la que le enviara a O'Leary en enero de 1829.

Como se puede ver, el general Sucre se queja, desde un principio, de la impotencia funcional de los dedos y de la debilidad de la mano, pero no describe, en ningún momento, que le sea imposible extender la muñeca o que tenga limitada la supinación del antebrazo. Siendo así, podríamos inferir que la lesión del nervio se produjo después de su bifurcación; en la región donde la rama motora o interóseo posterior (NIP) rodea el cuello de la cúpula radial que, en este caso, resultó fracturada en varios fragmentos. En definitiva, esta ubicación y la sintomatología se corresponderían con una lesión baja del nervio radial (Fig.6).

Por otro lado, el hecho de que el Mariscal Sucre haya recuperado la capacidad para escribir; bien sea a partir de los cinco meses de haber sufrido la herida (última vez que aparece un amanuense firmando por él) o después, nos hace catalogar la lesión como una lesión de tercer grado del nervio interóseo posterior derecho, según la clasificación de Sunderland (1).



**Figura 6.** Relación del nervio radial con los elementos del codo y el trayecto del proyectil

Por último, para llegar a la conclusión de que se trató de una fractura conminuta de la cúpula radial, basta con tomar en consideración que al tercer día de la lesión se le extrajeron 10 fragmentos óseos por la herida del codo y, al quinto o sexto día 4 fragmentos más (7),(3). Esos datos, correlacionados con el reporte anatomopatológico, donde se reporta la ausencia de la cúpula radial, no nos deja ninguna duda (5).

## CONCLUSIÓN

De la reconstrucción anatomoclínica de la lesión sufrida por el Mariscal Antonio José de Sucre el 18 de abril de 1828 durante la sublevación del Cuartel de Granaderos a Caballo, conocida históricamente como el Motín de Chuquisaca, podemos concluir que se trató de una fractura conminuta, abierta, por proyectil de arma de fuego de la cúpula radial derecha, complicada con una lesión baja y de tercer grado del nervio radial.

## REFERENCIAS

1. Clasificación de Sunderland de las lesiones nerviosas. (s.f.). GPnotebook. Recuperado el 6 de mayo de 2024, de <https://gpnotebook.com/es>
2. Examen físico normal y patológico de la mano. Lesión del nervio radial. (s.f.). Repositorio Universidad de Ciencias de la Salud. Recuperado el 6 de mayo de 2024, de [https://repositoriouva.fucsalud.edu.co:8443/repositorio/Examen%20fisico%20normal%20de%20la%20mano/lesin\\_del\\_nervio\\_radial.html](https://repositoriouva.fucsalud.edu.co:8443/repositorio/Examen%20fisico%20normal%20de%20la%20mano/lesin_del_nervio_radial.html)
3. Gamboa González, J. R. (2025). El brazo roto: Los últimos cinco años de la vida del Gran Mariscal de Ayacucho Antonio José de Sucre (1.ª ed.). Valera, Venezuela: Ediciones Alborismos.
4. Guzmán, M. (s.f.). Nervio radial: Origen, recorrido y función. Kenhub. Recuperado el 6 de mayo de 2024, de <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/nervio-radial>
5. Orozco, J. L. (1999). Necropsia de los restos mortales del Mariscal Sucre. Archivos Bolivianos de la Historia de la Medicina, 5(2), julio–diciembre.
6. Pesquera, V. (2018). Rasgos biográficos del general en jefe Don Antonio José de Sucre, Gran Mariscal de Ayacucho. Creative Media Partners, LLC.
7. Rumazo González, A. (1978). Sucre. Gran Mariscal de Ayacucho (4.ª ed.). Madrid: Biblioteca Ayacucho.
8. Sánchez, J. A., & Albarrán, M. E. (s.f.). Manual de Medicina Legal y Forense. Tema 3: Lesiones por armas de fuego. Madrid: Editorial Colex. Recuperado el 15 de abril de 2024, de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/107-2017-12-06-Tema%203.%20Lesiones%20originadas%20por%20armas%20de%20fuego.pdf>
9. Sucre, A. J. (1981). De mi propia mano. Caracas: Fundación Biblioteca Ayacucho. Recuperado de <https://es.scribd.com/>

---

## HOMENAJE AL DR. JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ CON MOTIVO DE SU CANONIZACIÓN HONORING DR. JOSE GREGORIO HERNANDEZ ON THE OCCASION OF HIS CANONIZATION

Dr. Pedro Ignacio Carvallo  
Editor  
Correo: Picarvallo@hotmail.com

El pasado 10 de octubre, en el contexto de la celebración del 78 aniversario de nuestro Centro Médico de Caracas, a modo de celebración del mismo, se realizó un evento en nuestro auditorium alrededor de la figura de José Gregorio Hernández Cisneros, eminente médico de origen trujillano, reconocido por su alto desempeño como estudiante de medicina, que lo llevó a ser seleccionado para ser enviado a Francia para adquirir conocimientos en áreas del saber médico occidental del momento, para traerlos al país y difundirlos como docente universitario.

De todos es conocido su carácter afable en su relación con los enfermos, a quienes atendía con amabilidad, atención, comprensión y solidaridad, lo que lo hacía accesible, ganándose de esta manera el cariño y admiración de sus pacientes, además de su generosidad, según se dice, entendiendo las dificultades económicas que los agobiaban.

El Dr. Hernández fue sin duda un hombre polifacético: médico, profesor, académico (“Elementos de Bacteriología”), investigador, intelectual, filósofo (expresado a través de su obra “Elementos de Filosofía”), políglota (hablaba siete idiomas), músico (tocaba el piano y el violín), artista (hizo algunos cuadros de pintura), pero la faceta que más lo diferenció fue su espíritu religioso, que además de su práctica diaria lo llevó a entrar en la vida religiosa en tres oportunidades.

Además, fue un hombre muy familiar, como lo revelan las cartas por él escritas a su familia, y quedando como hermano mayor, luego de la temprana muerte de su hermana mayor Isolina, y posteriormente la de sus padres, asumió con responsabilidad el cuidado y protección de todos sus hermanos.



Fraile : Juan Jose De Paz



El Maestro Miguel Delgado Estévez y su Grupo Musical



Dr. Manuel F. Guzman Blanco

Lamentablemente la muerte se lo llevó antes de tiempo, porque realmente una vida tan productiva como la suya, ha podido extenderse un poco más para beneficio de todos los que lo conocían.

Llama la atención el revuelo que generó su fallecimiento, lo noticia corrió como pólvora, y de todos los rincones salió gente de todos los estratos para acompañar sus restos mortales, reclamando su pertenencia, que cargarían sobre sus hombros hasta el cementerio, porque desde ese mismo momento fue considerado por el común de la gente como un santo. Este evento cubrió la primera página de todos los diarios locales y regionales, declarándose duelo nacional. Los discursos pronunciados por personalidades relevantes de la vida nacional frente a su féretro estuvieron llenos de expresiones de admiración, realmente conmovedor.



Reliquia del Santo José Gregorio Hernandez

En síntesis, el Dr. José Gregorio Hernández fue un hombre admirable.

Hoy, luego 106 años de su muerte, y de 76 de proceso, la Iglesia finalmente lo reconoce como Santo, y lo sube a los altares, como un reconocimiento al hombre noble, honesto, trabajador, generoso, íntegro, que fue en su vida diaria, ejerciendo su profesión y como ciudadano ejemplar, haciendo el bien.

“el Dr. José Gregorio Hernández debe ser un modelo para los médicos”

León XIV. Encuentro IberoLatinoAmericano de médicos. Roma. Septiembre 2025

### PLAZA SAN JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ

La vida de los grandes hombres y mujeres merece ser celebrada, con gestos de admiración y reconocimiento; en consecuencia, la Junta Directiva de nuestro Centro Médico de Caracas, tuvo la iniciativa de asignar un área de su jardín a la memoria del Dr. José Gregorio Hernández, reconocido recientemente como Santo de la Iglesia Católica, designándola como Plaza San José Gregorio Hernández.

Por ese motivo el día 14 de octubre se llevó a cabo un acto para inaugurar dicha plaza, iniciando con la celebración de la Santa Misa, seguido de palabras varias, y cerrando con un concierto de la Sinfónica Gran Mariscal de Ayacucho, ofreciéndose a continuación un brindis que fue disfrutado por los asistentes.

HONOR, A QUIEN HONOR MERECE !!!



Escultura de San José Gregorio realizada por la artista Anita Reyna  
Haga click sobre la imagen para ver el video.



---

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

<https://www.revistacentromedico.org/instrucciones/>

La revista del Centro Médico de Caracas es el órgano oficial de divulgación científica y cultural de la Sociedad Médica del CMC, para la publicación de artículos originales o primarios o los resultados de la investigación de los mismos dirigidos a un comité editorial para su publicación bianual.

El comité editorial está constituido por el editor y miembros seleccionados por la Junta Directiva de la Sociedad Médica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas. Tiene además un comité asesor integrado por especialistas que fungen de árbitros. Estos así como el Comité editorial, deben respetar la confidencialidad de los autores y el contenido de los manuscritos.

El comité editorial puede hacer las correcciones que considere pertinentes informando debida y oportunamente al autor o los autores, así mismo el comité editorial podrá consultar con especialistas en temas ajenos a la competencia de los miembros del comité.

Estos pueden ser inéditos o no, pero deben ser revisados por el editor, comité editorial, o expertos en temas específicos, asegurando la confidencialidad a los autores. Deben contener en forma general una orientación triple de introducción, desarrollo y conclusiones.

### Requisitos formales:

- Formato: Microsoft word, hoja tamaño carta.
- Letra: Arial tamaño 12 puntos
- Espaciado: Texto en un espacio y medio (1,5). Sumario y referencias bibliográficas a un solo espacio.

- Márgenes: uniforme de 3 cms
- Extensión: variable según el material enviado en relación a los subtítulos aceptados (ver abajo). No pasar de 40 cuartillas incluidos todos los anexos, fotos, gráficos, bibliografía, etc.
- Numeración: todas numeradas al pie de página derecha.
- Títulos: Debe expresar la esencia del trabajo con menos de 10 palabras en mayúsculas. Los subtítulos en minúscula.
- Nombres de autor y autores: Apellido y nombre completo.
- Reseña curricular del autor y/o autores: con un asterisco al pie de página señalar la institución o instituciones pertenecientes actualmente. No pasar de 50 palabras.
- Sumario: visión ordenada de los contenidos a espacio sencillo.
- Utilización de cursivas: en palabras, expresiones diferentes para hacer énfasis.

La revista Centro Médico de Caracas publica editoriales, artículos de revisión, artículos originales (publicados o no), artículos doctrinarios de la Medicina, la Salud pública, de Historia de la Medicina y la comunidad. También publica reportes de casos clínicos, reuniones anatomoclínicas, cartas al editor, artículos sobre temas culturales presentados en la Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas y otros lugares.

En la primera página el título, que no exceda las 40 palabras. Luego el nombre de los autores, con sus grados académicos y sus afiliaciones institucionales, e-mail y teléfonos.



En la segunda página un resumen en español e inglés de un máximo de 200 palabras, que contenga el objetivo, método, resultados y conclusiones, incluyendo entre 3 y 10 palabras claves. Sugerimos para la elaboración del contenido del manuscrito consultar las recomendaciones internacionales: <http://www.español.equatornetwork.org>

Las referencias son las mencionadas en el texto con números entre paréntesis, colocado inmediatamente luego del nombre del autor o autores, y en el orden en que van apareciendo en el texto con las siguientes normas:

1. Para revistas o publicaciones periódicas: apellido(s) del autor (es), inicial del nombre (s). Título del artículo en cursiva. Abreviatura internacional de la revista. año, volumen, páginas, inicial y final.
2. Si se trata de libros: Apellido(s) del autor(es) e iniciales del nombre(s). Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad). Casa editora, año
3. Capítulos de libro: Apellido(s) del autor(es), inicial del nombre(s). Título del capítulo, Apellido(s) e inicial(es) del editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación (ciudad) casa editora, año. páginas inicial y final.
4. Referencia Electrónica: Apellido y nombre del Autor (es). Título o descripción del documento. Dirección electrónica. Fecha de Publicación.

El comité editorial se reserva el derecho de modificar los artículos aceptados, para adaptarlos a las normas de publicación.

Dirección para recepción de los manuscritos [info@sociedadmedica.org](mailto:info@sociedadmedica.org)

### **Redacción de citas bibliográficas según estilo de las Normas de Vancouver**

El actual comité editorial de la Revista de la Sociedad Médica “Centro Médico de Caracas”, que dirige el

Dr. Oscar Colina y que continúa la tarea de su anterior Director el Dr. Abraham Krivoy, quien logró la titánica labor de digitalizar los números de la Revista a partir del Volumen N° 3 del año 1964 hasta el presente, los cuales podemos encontrar en internet en la siguiente dirección electrónica <https://www.revistacentromedico.org/>, queremos seguir aumentando el valor editorial de esta revista hasta conseguir su indexación en Lilacs (<https://lilacs.bvsalud.org/es/>) que desde hace 32 años es el más importante índice de la literatura científica en Salud de América Latina y del Caribe.

Para lograr este objetivo debemos conseguir la publicación regular de los números de la Revista y quienes en ella publican, deben cumplir los Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas ([https://metodo.uab.cat/docs/Requisitos\\_de\\_Uniformidad.pdf](https://metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf)). Por esta razón, hemos incluido en el número actual, el estilo de citas bibliográficas de revistas biomédicas basado en las Normas de Vancouver actualizadas para el año 2019, el cual descargamos de la Biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid [https://biblioguias.uam.es/citar/estilo\\_Vancouver](https://biblioguias.uam.es/citar/estilo_Vancouver) y que a continuación transcribimos. Además el resumen del trabajo a publicar, debe ser entregado tanto en español como en inglés. Esperamos contar con su colaboración, para que nuestra institución y su revista, sigan siendo ejemplo de calidad, superación y compromiso con nuestro país.

### **Citas y elaboración de bibliografía: el plagio y el uso ético de la información: Estilo Vancouver**

Guía para citar respetando los derechos de autor

Los estilos de cita

Es importante hacer un uso responsable, ético y legal de la información que se utiliza cuando se elabora un trabajo académico. Al incluir las referencias bibliográficas identificamos las ideas e información que han sido tomadas de otros autores. Si además empleas un estilo de cita normalizado se favorece el reconocimiento de la fuente empleada para que cualquier otra persona pueda localizar esos documentos.



La elaboración de un trabajo académico o científico requiere de la inclusión de una bibliografía sistemática y estructurada. En su redacción hay dos elementos fundamentales:

1. las citas en el texto: forma de referencia breve entre paréntesis dentro de un párrafo o añadida como nota a pie de página, al final de un capítulo o del documento, según dicte el estilo bibliográfico empleado y
2. las referencias bibliográficas: una nota más extensa y ordenada alfabéticamente al final del documento o siguiendo una sucesión numérica que corresponde al orden de citas en el texto, también dependiendo de las normas del estilo utilizado.

Los gestores de citas bibliográficas son herramientas que permiten recopilar bibliografía, organizarla, comentarla o compartirla, utilizarla para la preparación de un manuscrito con vistas a su publicación o incluso adaptar su estilo a las normas de edición de una determinada revista científica. *RefWorks* es la aplicación recomendada por la UAM para la gestión de bibliografías personales de docentes, investigadores y estudiantes. Las bibliotecas de la UAM ofrecen cursos de formación sobre la elaboración de bibliografías y la utilización de *RefWorks*.

### **Redactar referencias bibliográficas según estilo Vancouver**

#### *Libro completo*

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005

#### *Volúmenes independientes de libros*

1. Volúmenes con título propio pero de los mismos autores/editores

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. Vol. nº. Título del capítulo.

Cicchetti D, Cohen DJ, editors. Developmental psychopathology. Vol. 1, Theory and methods. New York: John Wiley & Sons, Inc.; c1995. 787 p.

#### 2. Monografías seriadas

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. Páginas. (Autor/es. Título de la serie. Vol. nº)

Stephens D, editor. Adult audiology. Oxford (UK): Butterworth-Heinemann; c1997. 657 p. (Kerr AG, editor. Scott-Brown's otolaryngology; vol. 2).

#### *Capítulos de libros*

Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/ Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

Franklin AW. Management of the problem. En: Smith SM, editor. The maltreatment of children. Lancaster: MTP; 2002. p. 83-95.

#### *Artículo de revista*

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

Dawes J, Rowley J. Enhancing the customer experience: contributions from information technology, J Business Res. 2005; 36(5):350-7.

#### *Actas de congresos y conferencias (se citan como un libro)*

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.



### Comunicaciones y ponencias

Autor/es de la comunicación / ponencia. Título de la comunicación / ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación / ponencia.

Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australian. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

### Recursos en internet

#### Libros

Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: url.

Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [revised 2007-2008; cited 2009 Mar 29]. Available from: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.htmlpA>

#### Artículos de revistas

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [Internet] año [consultado]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en:

Aboud S. Quality of improvement initiative in nursing homes. Am J Nurs [Internet]. 2002 [Consultado 22 Nov 2012]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>.

#### Sitios web

Autor/es. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [revisado; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.

European Space Agency. ESA: Missions, Earth Observation: ENVISAT. [Internet]. [Consultado 3 Jul 2012]. Disponible en: <http://envisat.esa.int/>

### Parte de un sitio web

Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Dental health; 2009 May 06 [cited 2009 Jun 16]; [about 7 screens]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/dentalhealth.html>

### Datos de investigación

Veljić M, Rajčević N, Bukvički D. A Revision Of The Moss Collection Of The University Of Belgrade Herbarium (Beou) From The Ostrozub Mountain In Serbia [Internet]. Zenodo; 2016. Available from: <https://doi.org/10.5281/ZENODO.159099>

### Citas en texto según Vancouver

Las citas en el texto se efectúan a través de llamadas con números arábigos entre paréntesis, aunque muchas revistas establecen en sus normas para autores el uso de superíndices.

Cada trabajo citado en el texto debe tener un único número asignado por orden de citación. Si se cita una obra más de una vez conservará el mismo número.

Las citas de un autor se pueden realizar por un número o integrando el nombre del autor seguido de un número en el texto. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone tras el nombre de éste. Si no se nombra al autor, el número aparecerá al final de la frase

Los tumores pueden extenderse desde el pulmón a cualquier parte del cuerpo (1)...

Como indicó Lagman (2) los cuidados de la diabetes...

Si la obra tiene más de un autor se citará en el texto el primer autor *et al.*

Simona *et al.* (5) establecen que el principio



## Información para los autores

Para citar una obra que no tiene un autor conocido, se debe usar lo que se denomina 'autor corporativo'. Por ejemplo una organización o una entidad.

El Ministerio de Sanidad (4) recientemente ha estimado que la hepatitis...

El número de personas que sufren de hepatitis en España ha crecido un 14% en los últimos 20 años (4)....

Algunos libros contienen capítulos escritos por diferentes autores. Cuando se cita el capítulo se citará al autor del capítulo no al editor literario o director de la obra.

Bell (3) identificó que las personas que sufren de diabetes mellitus 2 requieren unos cuidados alimentarios estrictos

Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion

Modern scientific nomenclature really began with Linnaeus in botany (1), but other disciplines (2,5) were not many years behind in developing various systems (4-7) for nomenclature and symbolization

Cita directa: Debe ser breve, de menos de cinco renglones, se inserta dentro del texto entre comillas, y el número correspondiente se coloca al final, después de las comillas y antes del signo de puntuación, se incluye la paginación

"...has been proven demonstrably false." (4, p.23)