

# 144

# centro médico

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

Deposito Legal ppi 201302DC4727



centro  
médico  
de caracas

número 1

2016

## Editorial.

### La comprensión de los lóbulos frontales. Contribución a la Neuropsicología. Accidente de Phineas Gage.

Dr. Abraham Krivoy ..... 1

### Las virtudes en la práctica médica.

Dr. Alfredo Castillo-Valery ..... 4

### Fracturas Atípicas de Fémur por uso prolongado de Bifosfonatos.

Dr. José Rafael Gamboa González..... 18

### Jesús Yerena (1917-1970). Anatomista, Gremialista e Historiador.

Dr. Rafael Romero Reverón..... 25

### Osteopatía de Paget Craneal. Presentación de un caso.

Dr. Jaime Krivoy, Dra. M<sup>a</sup> Lucy De Gouveia, Dr. José David Mota Gamboa, Dra. Rosangela Maduro..... 31

### La palabra.

Jesús Ramón Gandía..... 38

### Citas o frases de Leonardo Da Vinci.

Lic. y Paremiólogo Julián Osca-Soriano..... 39

### ASOCIRPLA: Prevención de accidentes en los infantes.

Dr. Luis Ceballos García ..... 44

### Normas para la publicación en la

Revista Centro Médico..... 47



# centro médico de caracas

144, N°1  
Año 2016

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

#### Presidente

Dr. Aquiles Salas.

#### Vicepresidente

Dr. Mauricio Krivoy Asseo.

#### Tesorero

Dr. Alvaro Sanchez Quijano.

#### Secretaria

Dra. Irene Stulin Rodríguez.

#### 1er. Vocal

Dr. Jorge Morales S.

#### 2do. Vocal

Dr. Antonio Martilelli.

#### Dirección General

Lic. Francisco Pieters.

#### Director - Editor

Dr. Abraham Krivoy.

#### Comité de Redacción

Dr. Ricardo Tobio.

Dr. Ramón Soto Sanchez.

Dr. Pedro Andrade Páez.

Dr. José Rafael Gamboa.

Dr. José Manuel Francisco.

Dr. Ramón Zapata.

Dr. Oscar Colina.

Dr. Héctor Padula.

Dr. Jaime Krivoy.

Dr. Ali Penaloza

Dr. Cristian González

## Junta Directiva período 2014-2016 Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas

### Presidente:

Dr. Fernando Godayol Disario.

### Vicepresidente:

Dr. Ernesto Wydh Garrido.

### Secretaria:

Dra. Irene Stulin Rodríguez.

### Tesorero:

Dr. Javier Manrique Behrens.



## Contenido

### **Editorial.**

#### **La comprensión de los lóbulos frontales. Contribución a la Neuropsicología.**

##### **Accidente de Phineas Gage.**

Dr. Abraham Krivoy ..... 1

#### **Las virtudes en la práctica médica.**

Dr. Alfredo Castillo-Valery ..... 4

#### **Fracturas Atípicas de Fémur por uso prolongado de Bifosfonatos.**

Dr. José Rafael Gamboa González..... 18

#### **Jesús Yerena (1917-1970). Anatomista, Gremialista e Historiador.**

Dr. Rafael Romero Reverón..... 25

#### **Osteopatía de Paget Craneal. Presentación de un caso**

Dr. Jaime Krivoy, Dra. M<sup>a</sup> Lucy De Gouveia, Dr. José David Mota Gamboa,  
Dra. Rosangela Maduro..... 31

#### **La palabra**

Jesús Ramón Gandía..... 38

#### **Citas o frases de Leonardo Da Vinci:**

Lic. y Paremiólogo Julián Osca-Soriano..... 39

#### **ASOCIRPLA: Prevención de accidentes en los infantes.**

Dr. Luis Ceballos García ..... 44

**Normas para la publicación en la Revista Centro Médico..... 47**



## EDITORIAL

### El inicio de la comprensión de los lóbulos frontales. Accidente de Phineas Gage. Contribución a la Neuropsicología.

Dr. Abraham Krivoy

El 13 de Septiembre de 1848, en la ruta ferroviaria de la Unión Free Soil (Ludlow, Vermont) una explosión accidental de una carga que se había colocado disparó una barra de hierro que penetró en la cabeza de Phineas Gage desde la región subcigomática de la base craneal izquierda, atravesó el lóbulo frontal izquierdo hacia arriba y se exteriorizó en la línea media bifrontal.

Phineas Gage se ha hecho famoso por sobrevivir a graves daños en el cerebro. Con los cambios ulteriores de su conducta de base, se aprendió mucho acerca de la relación entre la personalidad y la función de las partes frontales del cerebro.

Phineas Gage era el capataz de una cuadrilla de construcción ferroviaria de trabajo para los contratistas que preparan la cama para el Rutland y Burlington Rail Road, cerca de Cavendish, Vermont.

Phineas P. Gage (1823-1848) Era el capataz de un equipo de construcción ferroviaria y uno de los trabajadores más eficientes y más capaces de la empresa.

En una nota más personal lo describían como un hombre perfectamente sano, fuerte y activo. Sólido de la salud y estatura, así como poseedor de naturales habilidades de las relaciones interpersonales con una armonía y coherencia en sus pensamientos, siempre con una actitud positiva. Bien equilibrado mentalmente, con un sentido de los negocios sagaz.

Después del accidente Gage se convirtió en vengativo, vulgar e irresponsable como consecuencia del accidente.

Su antiguo empleador se negó a volver a contratar para la misma posición debido a las inmensas diferencias de personalidad.

“El equilibrio o balance entre sus facultades intelectuales y propensiones animales, parece haber sido destruido.”

Dr. Harlow lo trataba por sus heridas con tanto cuidado que Gage estaba trabajando de nuevo dentro de los 7 meses del accidente.

En el tiempo de Harlow, nuevas comunicaciones de las investigaciones neurológicas de las áreas del lenguaje en la corteza frontal izquierda estaban siendo abordados en los estudios médicos.

El daño en el cerebro de Gage fue en esta región; sin embargo, Harlow concluyó que la palanca no debe haber tocado la región que fue propuesto por Paul Broca.

Harlow, después de enterarse de la muerte de Gage, tenía el cuerpo exhumado, y el cráneo removido. Salvó esto junto con la barra de hierro en estudio.

A principios de 1990, mediante el uso de un modelo generado por ordenador del accidente,

---

los neurocientíficos han podido confirmar la teoría de que el hierro no tocó las regiones responsables de la función lingüística expresiva.

El lóbulo frontal es un área de la corteza cerebral de los vertebrados. En humanos está localizado en la parte anterior del cerebro. Los lóbulos frontales son los de más reciente adquisición filogenéticamente, los más nuevos. En el lóbulo frontal se encuentra el área de Broca, encargada de la producción del lenguaje oral o expresivo. También están los comandos de los movimientos de los órganos de la articulación de las palabras.

Son el sector anatómico para las funciones ejecutivas que corresponden a dirigir nuestra conducta hacia un fin y comprenden la atención, planificación, secuenciación y reorientación sobre nuestros actos.

Tienen importantes conexiones con el resto del cerebro. Lo comparan como si fuera el director de orquesta; según la cual los lóbulos frontales son los encargados de tomar la información de todas las demás estructuras y coordinarlas para actuar de forma conjunta.

Los lóbulos frontales también están muy implicados en los componentes motivacionales (motivación) y conductuales (conducta) del sujeto; de modo que si se produce un daño en este lóbulo, puede suceder que el sujeto mantenga una apariencia de normalidad al no existir déficits motrices, de habla, de memoria o incluso de razonamiento; existiendo sin embargo un importante déficit en las capacidades sociales y conductuales.

Pueden ser por un lado apáticos, inhibidos... o por el contrario desinhibidos, impulsivos, poco considerados, socialmente incompetentes, egocéntricos, etcétera. Este tipo de déficits, al no ser tan evidentes como otros (pudiendo ser sin embargo mucho más disruptivos para la vida del sujeto) fueron los que llevaron durante mucho tiempo a los médicos a considerar a estos lóbulos como las estructuras “silentes”; es decir, sin función aparente. Solo recientemente se ha reconocido la importancia central del lóbulo frontal en nuestra actividad cognitiva.

En resumen, se describió un cambio de conducta debido a un daño frontal en 1848, el famoso caso de Phineas Gage, compilado por el doctor Harlow. Actualmente está considerado uno de los casos clínicos clásicos dentro de la historia de la neurología y la neuropsicología cognitiva.

Gage sufrió un accidente por el que una barra de metal le atravesó el cráneo. No sufrió secuelas perceptibles a primera vista; sin embargo, los que le conocían dijeron que “Gage ya no era Gage”: le cambió la forma de ser; el carácter; volviéndose irascible, voluble, agresivo, sin capacidad para permanecer en las tareas...

Este caso ha sido extensamente investigado por el matrimonio Hanna y António Damásio, realizando incluso una reconstrucción virtual de la trayectoria de la barra por el cráneo de Phineas (tanto el cráneo como la barra se conservan en el museo de historia de la medicina de Harvard).

Se comenta que si el neurólogo portugués Egas Moniz hubiese penetrado más en el conocimiento neuropsicológico de este caso y lo hubiera tenido fresco en su mente particularmente los cambios conductuales que sufrió después del particular accidente en su lóbulo frontal izquierdo, probablemente no habría desarrollado en 1935 el procedimiento quirúrgico de la lobotomía en el campo de la Psicocirugía. La leucotomía prefrontal consistía en una ablación de los lóbulos prefrontales del cerebro y su objetivo era tratar trastornos



---

mentales como la depresión. Egas Moniz afirmó tener buenos resultados popularizándose en todo el mundo y recibiendo este el premio Nobel por ello en 1949. Sin embargo, la realidad era distinta y muchos de sus pacientes tuvieron fuertes cambios de personalidad que les incapacitaron en gran medida para la vida en sociedad.

#### REFERENCIAS

1. Damasio, H., y A. R. Damasio (1989), "Lesion Analysis in Neuropsychology", Oxford University Press, Nueva York (en inglés)
2. Krivoy A. Conducta. Paseo por la historia: antes y después de Mesmer. Gaceta Médica. 2004. 112,Nº 3: 224
3. Krivoy A. Afasias agnosias y apraxias. Acta Médica Venezolana 12: (5-6) 1965: 152-158
4. Krivoy A. Notas Históricas sobre las localizaciones cerebrales. Frenolog

---

## LAS VIRTUDES EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Dr. Alfredo Castillo-Valery

Entre las Éticas, la más antigua fue la planteada por Aristóteles (384-322 aC), filósofo griego nacido en Estagira. Fue alumno de Platón y su principal obra sobre la ética y sobre las virtudes fue la *Ética a Nicómaco*, dedicada a su hijo del segundo matrimonio. Fue preceptor de Alejandro Magno de Macedonia. En el año 334 egresó a Atenas donde fundó su Escuela o Liceo, nombre éste último en honor a Apolo Licio que era el epónimo del bosque en donde se situaba la escuela la cual fue llamada Peripatética porque sus lecciones las dictaba caminando. Su obra abarcó muchos tópicos del conocimiento de su época y le correspondió ser el iniciador de la Lógica y de la Ética.

En la historia de la Filosofía han existido, a grandes rasgos, dos conjuntos de propuestas éticas que se refieren a los modos en que pueden ubicarse los dos polos de la moral. Unas ponen acento sobre el bien que se desea como fin; y por ello se llaman Teleológicas. Entre éstas destacan: la propuesta de Aristóteles que está orientada hacia la búsqueda prudencial de la felicidad por medio de la práctica de las virtudes; en segundo lugar está la propuesta de Epicuro (341-270 aC), filósofo griego nacido en Samos y quien planteó un hedonismo basado en el cálculo inteligente del placer; y finalmente, el utilitarismo cuyos principales representantes e iniciadores fueron: Jeremy Bentham (1748-1832) y John Stuart Mill (1806-1873), ambos ingleses, y cuya doctrina estaba orientada hacia el alcance del mayor beneficio para el mayor número de personas.

Las otras tienen como énfasis, la norma que se impone como deber y se denominan propuestas Deontológicas. Dentro de éstas se encuentra la Escuela Estoica, fundada por Zenón de Cilio (332-264 aC) y que en sus inicios funcionó en Atenas en el pórtico de las pinturas (stoa poikile) de donde deriva su nombre. Durante 500 años ejerció las mayores orientaciones sobre la ética de la virtud con profundas influencias aristotélicas. El estoicismo fue de gran importancia en la modelación de la ética durante el período helenístico (período histórico comprendido entre el reinado de Alejandro (333-323

aC) y la época de Octavio Augusto (31 aC- 14 dC) y fue la filosofía dominante de los romanos educados. Manuel Kant (1724-1804) es, sin dudas, el mayor representante de la propuesta deontológica. Plantea como la base de la moral, la buena voluntad que deja de lado la inclinación al deseo y que se orienta hacia la dignidad del ser humano como ser racional. En la actualidad los más importantes enfoques con acento en el deber son la Ética del Discurso y una corriente Contractualista. En relación con la primera, llamada también Ética Comunicativa o Dialógica, tiene como principales representantes a Karl O. Apel (1922) y a Jürgen Habermas (1929), ambos alemanes, y quienes plantean que la norma correcta debe surgir del consenso logrado en el diálogo racional de todos los afectados por ella. La segunda propuesta es el Contractualismo planteado por John Rawls (1921), norteamericano, quien se pronunció por una organización social ideal como la que surgiría de una situación hipotética de contrato de individuos que formarán parte de ella y que desconocen (velo de la ignorancia) el rol que les tocaría desempeñar dentro de esa sociedad.

Existe una tercera propuesta en la que se encuentra un conjunto de pensadores cuya orientación apunta hacia la articulación dialéctica de los dos polos de la moral. Uno de sus representantes más conspicuos es Paul Ricoeur (1913), francés, y cuyo pensamiento sirve de método fenomenológico para lograr la afirmación y la reconciliación del hombre entero con su mundo; además de definir la ética como anhelo de vida realizada con y para los otros en instituciones justas.

Xavier Etxeberría (1) nos mostrará que desde el enfoque hacia el bien la ética se nos mostrará como un horizonte de plenitud abordando fundamentalmente los temas de la aspiración a la felicidad, las virtudes, los valores, el marco relacional y comunitario, y la distinción entre ética y religión. Desde el enfoque hacia la norma y el deber la ética será apreciada como ideal de convivencia y los principales temas sobre los que tratará será: la ley natural, la autonomía, deber y normas, dignidad de la persona, justicia y marco institucional, solidaridad y



distinción entre ética y derecho. Como articulación entre plenitud y convivencia en la vía hacia la conciliación entre ambos enfoques los temas que prioritariamente se abordarán son: justicia y comunidad, mínimos y máximos éticos, universalidad y relatividad, y principios orientadores de las acciones y consecuencias de las mismas.

## CONCEPTO DE VIRTUD

La noción central de virtud o de virtudes está enraizada con la síntesis clásico- medieval, siendo las explicaciones más sistemáticas las que desarrolló Aristóteles en el siglo W aC y la mezcla de las filosofías aristotélica y cristiana que desarrolló Sto. Tomás de Aquino en el siglo XIII dC.

Virtud en griego es areté que significa excelencia; esto es, la cualidad que poseen las personas o las cosas para realizar bien su función propia. La versión latina de areté es virtud cuyas raíces vis y vir significan 'fuerza y varón' respectivamente lo cual alude al significado de virtud como valor físico. 'Sólo la persona fuerte y madura —afirmaba Cicerón- es plenamente dueña de si misma'. Aristóteles afirmó que la virtud no se nos da gratuitamente por naturaleza sino que se adquiere por esfuerzo a través del hábito en la realización de acciones concretas en la ejecución de actos que son racionales y dirigidos hacia el bien. La naturaleza juega un papel, en cierto modo secundario. Así, Natura y Cultura, son ambas necesarias. Refiriéndose a las virtudes éticas, el Estagirita expresó: Ninguna de las virtudes éticas se produce en nosotros por naturaleza puesto que ninguna cosa que existe por naturaleza se modifica por la costumbre luego agrega: Si bien las virtudes no son pasiones ni meras posibilidades, sólo queda que sean disposiciones adquiridas. (Et. Nic. 1106 a). ¿Cuál es la excelencia propia del hombre?. La respuesta de Aristóteles hace referencia a aquello que lo distingue de los animales; esto es, la vida racional. (Et. Nic. 1097b-1098a). Pero la razón no es suficiente, es menester añadir el deseo, la educación, la costumbre, la memoria. . . Puede decirse, además, que toda virtud es histórica al igual que toda humanidad y ambas van unidas en el hombre virtuoso. "La virtud aparece en la hominización, como hecho biológico, y en la humanización como hecho cultural, y ésta es nuestra

forma de ser y actuar humanamente, es decir, nuestra capacidad de actuar bien". A lo anterior añade Comte-Sponville: "La virtud, o más bien las virtudes., son nuestros valores morales, si se quiere, pero encarnados, en la medida de lo posible, vividos, en acto: siempre singulares, como cada uno de nosotros, siempre plurales, como las debilidades que las mismas virtudes combaten y corrigen"(2).

La virtud ha sido definida como hábito operativo bueno a diferencia del vicio que viene a ser el hábito operativo malo. Practicando la justicia nos hacemos justos, practicando la moderación, moderados y practicando la virilidad, viriles (3).

Como dijimos al comienzo de este capítulo, en la actualidad clásica, con Aristóteles, se planteó una ética fundamentada en la virtud y en la felicidad (ética de bienes); y en la modernidad, con Manuel Kant, surgió un cambio de paradigma, al dársele prioridad al deber (ética de deberes), lo cual ocurrió 22 siglos más tarde del planteamiento aristotélico.

La definición modelo de virtud contenida en el libro II de la Ética a Nicómaco (1106 a) dice textualmente: "Ya que las virtudes no son pasiones ni facultades; es decir, no son aquello que nos sucede con nuestras pasiones o sentimientos, ni tampoco por lo que podemos o no hacer por nuestras capacidades, habrán de ser: modos de ser libre y conscientemente adquiridos por los sujetos" (rasgos de carácter). En el libro primero de la Retórica (15. 1360 b) Aristóteles se refiere a la Felicidad como un obrar virtuoso o una independencia, por la posesión de bienes de la vida... Considera como partes de una vida feliz: la nobleza de cuna, la amistad con muchos, la amistad provechosa, la riqueza, la buena y múltiple procreación de los hijos, la buena vejez, y además, las virtudes del cuerpo, la buena suerte, y la virtud en sus diferentes clases: la prudencia, la fortaleza, la templanza, la justicia...

Platón había definido la virtud como un conocimiento (episteme) y, tal como el argumentaba, el conocimiento es lo bueno para los hombres y cuando ellos actúan en forma errónea, lo hacen por ignorancia. De esta forma, consideraba a la Sabiduría (Sofía) la virtud por excelencia. En el libro IV de la República (Diálogo sobre la Justicia) enumeró las principales virtudes: fortaleza, templanza, justicia y sabiduría las cuales



posteriormente, en la Escolástica, se denominaron Cardinales (de Cardo, Cardinis que significa gozne). Aristóteles tenía una opinión distinta de la virtud, como hemos venido relatando, puesto que la conceptualizaba como “una ciencia práctica” (moral) y el propósito de la misma, es de índole práctico; esto es, con el objeto de que los hombres sean buenos al igual que sus actuaciones (Et. Nic. 1102 y 1144).

Aristóteles define la virtud como un estado del carácter, que hace que algo adopte una buena condición y que a la vez, eso se desempeñe o trabaje bien. La excelencia de los seres humanos es también un estado del carácter que los hace buenas personas y que a la vez sean el vehículo de buenas acciones (4).

Ethos es la palabra de la cual derivan Ethiqué en griego y Ética en español, y tiene dos grafías: Ethos con épsilon, que significa ‘costumbre’, ‘hábito’, ‘uso’, como también ‘modo de ser’ o ‘carácter’: conducta humana libre y responsable, en cuanto que el hombre mediante sus actos y hábitos, va labrando su propio carácter moral.- Ethos, con eta, es talante o ‘pathos’, que significa ‘lo que se siente’, es el sentimiento fundamental o modo de enfrentarnos emocionalmente con la realidad. Es el tono vital o el temperamento anímicamente vivido. Es, la naturaleza premoral.

La virtud está constituida por los rasgos del carácter, no por los actos particulares de una persona sino por su disposición para realizar sus actos. Las virtudes hacen a la persona, buena y la capacitan para hacer lo bueno y lo correcto, actos que no solo deben ser reconocidos sino, también, elegidos. La virtud es, pues, la disposición para actuar bien. Puede ser enseñada por entrenamiento y práctica (así responde Aristóteles a la pregunta que le hace Menón a Sócrates al inicio del Diálogo ‘El Menón’, y cuya respuesta fue: “no solamente no se si se enseña, sino que no tengo ni la menor idea de lo que ella pueda ser (Platón.- Menón 71 a, b.)

Al referirse a las virtudes morales, que son las que tienen que ver con las pasiones y las acciones humanas, la meta que propone Aristóteles es un prudente término medio, entre un defecto y un exceso. . . La virtud es pues, una disposición voluntaria adquirida que consiste en un término medio en relación con nosotros mismos, definida por la razón de conformidad con la conducta de un hombre consciente, y ocupa el término medio

entre dos extremos malos, el uno por defecto y el otro por exceso. (Et. Nic. 1106 a — 1107 a). Ejemplos: el término medio de la virtud de la valentía se encuentra entre dos vicios; la cobardía y la temeridad. En el caso de la generosidad, los dos vicios son, la avaricia y la prodigalidad. Hay virtudes en las que no puede aplicarse el término medio, como son: Justicia, Templanza y Sabiduría.

### FILOSOFÍA CONTEMPORÁNEA Y LOS DOS ENFOQUES FUNDAMENTALES DE LA FILOSOFÍA PRÁCTICA

Para comenzar aclararemos sobre lo que es la filosofía práctica. En sentido general ‘práctica’ es toda actividad que tiene por objeto la acción. Aristóteles clasifica el saber según su objeto, (5) en: saber práctico (dirigido a la acción), saber teórico (dirigido al conocimiento) y saber poético (dirigido a la producción). El saber práctico se refiere fundamentalmente a la Política (que incluye a la Ética). Este planteamiento, según el cual la Ética está incluida dentro de la política, lleva consigo grandes dificultades, aparte de que colide abiertamente con las concepciones de la mentalidad moderna (6).

La sabiduría práctica del individuo es en esencia, la acción moral. A lo largo del desarrollo del pensamiento filosófico, los saberes prácticos aparecen como distintos de los saberes especulativos, siendo considerados estos últimos como ciencias. Kant distingue el uso práctico de la razón, del uso especulativo de ella. Distingue el uso práctico como “lo que es posible mediante la libertad: “lo práctico es lo moral puesto que se refiere al libre albedrío”(7). Mac Entyre, filósofo nearistotélico contemporáneo entiende por práctica: “cualquier forma coherente y compleja de actividad humana cooperativa, establecida socialmente, mediante la cual se realizan los bienes inherentes a la misma, mientras se intenta lograr los modelos de excelencia que le son apropiados a esa forma de actividad”(8). Evidentemente esta es una concepción más general y con acento en lo social y en relación con la producción eficiente de bienes en forma cooperativa.

El concepto de ‘práctica’ nos permite diferenciar, los bienes externos (poder, fama, riquezas etc) que cuanto más los posee una persona, menos quedan para los demás; y los bienes internos que son el resultado de competir por la excelencia, por lo que es propio de los



que los alcanzan y que se traducen en un bien para la comunidad. (p. ej.: el conocimiento y la práctica de la medicina) (9).

En relación con los dos enfoques fundamentales de la filosofía práctica en las épocas más recientes, las Teleológicas, o éticas de los bienes y de la felicidad, y las Deontológicas o éticas del deber y de la norma. A las primeras se les suele llamar Éticas Neoaristotélicas y a las segundas, Éticas Neokantianas. El primer grupo tiene como representantes más conspicuos a Alastair MacIntyre (after virtue, 1981) y a Bernard Williams (Ethics and the Limits of Philosophy, 1985), en el grupo de las éticas del Deber se encuentran, fundamentalmente: John Rawls (necontractualismo) y los representantes de la ética del discurso o dialógica: Karl O. Apel y Jürgen Habermas.

Las críticas formuladas al Kantismo y al Neokantismo se basan en el excesivo formalismo, que las hace inaplicables en el abordaje de los casos concretos más comunes. Estas éticas, desde el punto de vista de su taxonomía, son clasificadas como: subjetivistas, procedimentales, deontológicas, universalistas y de principios. Consideran sus críticos que partir desde la subjetividad, y en particular desde la intención (la máxima) no es posible definir una perspectiva ética, pues esta requiere de los contextos materiales de las morales y de las instituciones sociales concretas en las que los hombres se constituyen como sujetos. Añaden a lo anterior, que el énfasis puesto sobre el deber, por parte de las éticas deontológicas, deja de lado los fines, que son fundamentales para los defensores de las éticas de los bienes y de la felicidad (10).

Las éticas deontológicas ubican la definición desde el punto de vista ético en la Autonomía de la Persona teniendo ésta una prioridad con respecto a sus fines, respecto a los cuales los sujetos morales mantienen una actitud reflexiva. Las éticas neoaristotélicas consideran que los fines son los determinantes desde el punto de vista moral. Las éticas del Deber dejarían de lado desde su enfoque ético las variadas concepciones del bien dentro de la complejidad y la pluralidad de las sociedades modernas; en cambio, las éticas neoaristotélicas, seleccionarían el Bien de acuerdo a lo que sea estimado por los contextos comunales (10).

Evidentemente, las orientaciones actuales que deslindan a las éticas de la virtud y a las del deber

no son tan tajantes como lo fueron las posiciones de Aristóteles y de Kant en sus momentos. Así, las deontológicas, al plantear la reflexividad del sujeto en relación con los fines, lo hacen capaz de elegir entre la diversidad de éstos para definir su propia vida, de lo cual nació el acento que han tenido en los derechos humanos cuyo sustento fundamental se encuentra en las ideas de libertad, solidaridad, igualdad y dignidad. Por otro lado, dentro de los filósofos neoaristotélicos se ha planteado el análisis de las capacidades básicas de un sujeto para el logro de una vida humana deseable, entre los cuales se encuentran: los bienes básicos y las capacidades de autorrealización personal. Ambos están relacionados con los derechos humanos. Las nociones del bien, dejan de estar sujetas exclusivamente a la tradición de una comunidad en particular y se agregan las capacidades y la reflexividad del sujeto.

#### CLASIFICACIÓN DE LAS VIRTUDES

Aristóteles planteó que el alma humana constaba de una parte racional y otra irracional. La parte irracional, a su vez, se divide en un componente vegetativo y otro apetitivo: La parte apetitiva puede ser modulada por el logos (la razón) en los humanos normales; así, en los hombres virtuosos siempre ocurre que el apetito obedece al logos. El filósofo se basó en la división del alma para la clasificación de las virtudes en Dianoéticas (basadas en el intelecto) y éticas (basadas en la voluntad). La parte racional del alma se subdivide en dos facultades principales: la cognoscitiva que es la capacidad para conocer las esencias inmutables, y la reflexiva que permite el dominio de las posibilidades en el mundo visible. Por otro lado, las virtudes dianoéticas se subdividen en dos grupos: el primero pertenece la sabiduría y al otro la prudencia (phronesis o sabiduría práctica).

#### VIRTUDES CARDINALES (11)

El término cardinal viene del latín *cardo-cardinis* (gozne). Quien primero las enunció fue Platón en el libro IV de la República, luego las incorporó Aristóteles, parcialmente como virtudes éticas; posteriormente, los estoicos y la Escolástica, fundamentalmente con Santo Tomás. Por cierto que el término cardinales debe a San Ambrosio de Milán (333- 397) de la patrística latina (De officiis, 1,34; de Sacramenti, 2). Las virtudes cardinales son:



Valentía, templanza, sabiduría y justicia. En muchas de las versiones sobre estas virtudes, se incluye a la prudencia o sabiduría práctica en lugar de la sabiduría. Tanto la areté de Aristóteles, como la virtus de Santo Tomás se refieren a las virtudes, no sólo como de tipo moral o éticas, sino que incluyen también a las artes y a las excelencias de las personas incluyendo las de tipo especulativo que pertenecen más a la teoría que a la práctica. Aristóteles y Santo Tomás consideran que solo tres de las virtudes cardinales son de tipo ético puesto que la prudencia —a la cual nos referiremos específicamente después— la ubican dentro de las virtudes intelectuales.

Como ya se dijo, Aristóteles clasifica las virtudes en base a las diferentes partes del alma del hombre; así, en la Ética a Nicómaco (1, 13, 1 102b y VI, 3, 1 139b) distingue las virtudes dianoéticas que dependen de la parte intelectual del alma, ya para afirmar o negar algo, y éstas son cinco: arte (techné), ciencia (episteme), prudencia (phronesis), sabiduría (Sofía) e intuición (nous). Dos de ellas radican en la razón práctica: arte y prudencia, y el resto en la teórica. El otro grupo lo constituyen las virtudes éticas o morales que son las correspondientes a la parte apetitiva del alma, en cuanto ésta sea moderada o guiada por la razón, y que consisten en el justo medio entre dos vicios extremos, uno por defecto y el otro por exceso (Et Nic. II, 6, 1107 a). Estas virtudes son: valentía, templanza, liberalidad, magnanimidad, humildad, sinceridad, amistad, generosidad, compasión, tolerancia, benevolencia, entre otras, y justicia que es la mayor de todas. (Et. Nic. I y IV). Phillipa Foot considera que las verdaderas virtudes son las morales, dejando de lado las de las excelencias de tipo especulativo.(12)

Santo Tomás, en el s. XIII, siguiendo la división aristotélica de las virtudes, dirá que las virtudes intelectuales solo deben llamarse secundum quid (segundo qué o porqué): es decir, en cuanto hacen al hombre un buen filósofo o un buen artífice, pero que de ellas no puede hacerse un uso moralmente reprochable. En cambio, las virtudes éticas consisten en el buen uso moral de la facultad, por eso son simpliciter (absolutamente) buenas. En razón de ello, el concepto de virtud compete más a las virtudes morales ya que son hábitos operativos que configuran nuestro ethos o carácter moral. Tomás de Aquino, además, agregó a la clasificación de las

virtudes, las virtudes teologales o sobrenaturales, que son: la fe, la esperanza y la caridad, las cuales dependen de dones divinos y se dirigen hacia el logro de una beatitud. A estas virtudes el hombre no puede aspirar con las fuerzas de su naturaleza únicamente (S Th I, q 62 a 1).

La Fe es la creencia religiosa; esto es, la confianza en la palabra revelada (noción testimoniada por la Divinidad).

La Esperanza es la virtud teologal por la cual se espera que Dios dé los dones que ha prometido.

La Caridad es la virtud cristiana fundamental, ya que consiste en llevar a la práctica el precepto proclamado por el mismo Cristo: Amad al prójimo como a ti mismo. San Pablo insiste en la superioridad de la Caridad sobre las otras virtudes teologales: la Caridad (el Amor) todo lo excusa, todo lo cree, todo lo espera, todo lo tolera. Ahora tenemos la Fe, la Esperanza y la Caridad, las tres. Pero la mayor de las tres es la Caridad. (1 Cor XIII, 7 y 13. Sto. Tomás define la Caridad como: la amistad con Dios (13) y Foot la califica como una virtud de afecto (14) y esta simpatía por los demás, hace que sea fácil ayudarlos. La Caridad se relaciona en el lenguaje común, con la Solidaridad, la Generosidad, la Magnanimidad, pero la Caridad verdadera se diferencia porque ella es Amor (15)

## SABIDURÍA Y PRUDENCIA

(Sabiduría Práctica).

Las virtudes sabiduría y sabiduría práctica (phronesis o prudencia) son diferentes, aunque ambas pertenecen, en principio a las virtudes intelectuales o dianoéticas. Refiriéndonos en primer lugar a la Sabiduría debemos preguntarnos ¿qué es lo que sabe y qué es lo que hace el hombre sabio? El punto de vista de la Dra. Foot (12) lo plantea en el sentido de que la Sabiduría tiene dos partes; en primer lugar, el hombre sabio conoce los medios para llegar a determinados fines buenos, y en segundo lugar, sabe cuán valioso es cada fin en particular.

Parece haber ciertos fines que pertenecen a la vida humana y no a técnicas especializadas; se refiere a fines como la amistad, el matrimonio, la educación de los hijos, o la elección de maneras de vivir, y parece que el conocimiento para tomar decisiones relativas a estos asuntos lo poseen algunas personas y otras



no. Llama sabios a los que tienen este conocimiento. En este orden de ideas, Aristóteles y Santo Tomás señalaron que se debía distinguir entre Inteligencia y Sabiduría; la primera es la habilidad para seguir las vías adecuadas al logro de un fin, mientras que la Sabiduría está relacionada sólo con fines buenos y con la vida humana en general más que con los fines de las artes particulares. “La Sabiduría pertenece a esa parte del conocimiento que está al alcance de cualquier ser humano adulto... Algunas personas son sabias sin ser inteligentes en absoluto, y sin tener mucha información: toman buenas decisiones y saben, como suele decirse, qué es que”(12). Fernando Lolas (16) afirma: “La Sabiduría está mas allá de la información y del conocimiento; es mas bien una virtud, y como tal, solo puede predicarse de personas, no de cosas o de procesos, es el logro personal de quienes, además de saber, saben qué saben y qué ignoran, saben porque saben, y también, para que saben”.

En resumen, la Sabiduría, en cuanto a lo que se denominé la primera parte, presupone buenos fines en relación con las decisiones que tienen que ver con la vida humana en sociedad y como dijo Santo Tomás, pertenece a “un poder que está bajo la dirección de la voluntad” ( Sum. Theol. La, 2ac, Q 56, a 3). En relación con la segunda parte de la Sabiduría, ésta tiene que ver con los valores en el sentido de que en las decisiones relativas a la vida humana, algunos objetivos valen más la pena que otros, que suelen ser triviales, al contrario de los que son verdaderamente trascendentes. Así, el hombre sabio tiene claro —y no el insensato- que cosas como la posición social, las riquezas, el boato etc suelen tener, a la larga, repercusiones sobre la salud, la familia y la amistad. Dicho de otra forma, una persona que carece de Sabiduría abraza falsos valores, que son vicios, tales como: la vanidad, la avaricia, la mundanalidad, entre otros; los cuales son contrarios a la virtud de la sabiduría, entendida en esta segunda parte como una virtud moral, por depender de las inclinaciones hacia las cuales se deja atraer el hombre insensato y no el sabio.

Prudencia en griego es Phrónesis (saber práctico), es la virtud del hombre juicioso, de quien se conduce en la vida con buen juicio o con buen criterio racional. Según Aristóteles no es un conocimiento ni un arte, sino un

hábito —hexis- (modo de ser, disposición o actitud) que es la tendencia a actuar de un modo determinado que se adquiere con la repetición de actos, y nos permite actuar conforme a lo que es bueno y conveniente (disposición racional para la acción) (Et. Nic. VI, 5, 1140 a,b). Santo Tomás la considera una de las 4 virtudes cardinales —junto a la valentía, justicia y templanza-, pero la Prudencia es la principal porque dirige a las otras virtudes (17).

La virtud de la Justicia es la primera de todas las virtudes morales; sin embargo, Aristóteles decía, que no hay virtud sin prudencia. Para Tomás de Aquino la Prudencia era la *recta ratio agibilium*, disposición para resolver bien los asuntos prácticos (de acuerdo a la recta razón), pues señala el camino correcto para actuar con respecto a todas las virtudes. Por las razones expuestas, la Prudencia es considerada como la virtud de las virtudes. Es, además, la que aplica el buen juicio o la recta razón a las situaciones concretas como la del establecimiento del término medio.

En la modernidad la prudencia fue ubicada más en la psicología que en la moral. Kant la interpretaba como un amor inteligente o hábil hacia uno mismo, no la consideraba virtud. La Ética de la Responsabilidad (Max Weber) y el Principio de Responsabilidad (Hans Jonas) constituyen dos planteamientos que tienen como base la Prudencia. La primera exige que seamos responsables en relación con nuestras intenciones y principios, y que a la vez, en la manera de lo posible, nos responsabilicemos también por las consecuencias. En el segundo, Jonas preocupado por el creciente desarrollo tecnocientífico actual, propuso reducirlo de tal manera, que se garantice la supervivencia de las futuras generaciones sobre el planeta. Ambas propuestas tienen como fundamento la necesidad de la aplicación de la virtud de la Prudencia. Tanto la ética como el principio de Responsabilidad se incluyen en lo que se ha dado en llamar fidelidad con el futuro.

Comte-Sponville ha afirmado: “Sin la prudencia, las demás virtudes sólo podrían llenar el infierno de buenas intenciones” (18). Por otro lado, Santo Tomás expresó: Para actuar bien, no solo hay que hacer algo, sino también hacerlo como se debe; es decir, hay que actuar después de haber hecho una elección regulada y (realizada solo) por impulso o por pasión. Pero como



la elección se sienta en unos medios en vista de un fin, su rectitud exige dos cosas: que el fin sea debido, y unos medios adaptados a este fin... Por eso es necesario que en la razón exista una virtud intelectual que le proporcione la suficiente perfección para comportarse bien respecto a los medios que se deban tomar. Esta virtud es la Prudencia '(Sum. Theol. 1-II q 57, art5).

La Prudencia no garantiza certidumbre. Reconoce la ansiedad que acompaña a la escogencia frente a circunstancias de gran complejidad. Nos capacita para analizar los problemas tan bien como sea posible y a aproximarnos, tan cerca como sea posible a lo que resultaría, bueno o correcto hacer, y en cuán grado arriesgaríamos lo bueno o frustraríamos las virtudes. (19) Finalmente queremos apuntar que la Prudencia, en lo concerniente a la percepción concreta de la realidad, y la Justicia, como realización concreta del bien percibido, son las dos grandes virtudes objetivas.

#### **PLURALISMO, CIUDADANÍA Y VIRTUDES PÚBLICAS**

La Pluralidad es la existencia de diversos elementos individuales entre sí, pero interrelacionados para constituir un todo. Así por ejemplo, en un país puede haber personas originarias de una pluralidad de países, con diversas lenguas originarias, costumbres y razas, constituyendo un todo, que es ese país. El Pluralismo Moral o Ético parte de aspectos básicos de tolerancia y respeto mutuo, y afirma la coexistencia de diversos proyectos éticos en el seno de una sociedad democrática donde conviven ciudadanos de diversos principios y valores éticos. El pluralismo (político) es sinónimo de democracia y se opone a todo totalitarismo o dogmatismo uniformador. El pluralismo ético es, en realidad, la convivencia sobre distintas concepciones de la felicidad que tenemos los humanos y significa diversidad de cosmovisiones, teorías, doctrinas (educacionales, religiosas, culturales, políticas etc), de normas de integra un comportamiento moral etc, que están vigentes en una sociedad. Las normas constituyen hoy un mínimo de convivencia, con posibilidad de intersubjetivación, esto es, de objetivación. Desde el punto de vista jurídico el pluralismo moral es posible, a pesar de la pretensión de universalización de las morales existentes, sobre la plataforma de una ética cívica, que es exactamente, un acuerdo de mínimos. (20). Los diferentes puntos de vista sobre la felicidad

son concepciones de máximos; lo que quiere decir, son los ideales individuales sobre valores y principios (incluyendo los religiosos), que están dirigidos al logro personal de la felicidad de acuerdo con las convicciones de cada quien.

Tal como lo expresa Adela Cortina, un concepto pleno de Ciudadanía integra un status legal (derechos), un status moral (responsabilidades) y una identidad (sentido de pertenencia a esa sociedad). No hay dudas acerca de que las desigualdades materiales hacen más compleja la integración de los diferentes grupos humanos, y de allí parten los conceptos de Ciudadanía social y de Ciudadanía económica, a los que se refieren la necesidad de un mínimo de bienes materiales y la necesidad de que haya participación en los bienes sociales. Otro elemento de dificultad que se añade a los factores económico- sociales no resueltos es el hecho de la diversidad cultural que es un escollo mas para el logro de la convivencia. "Si la ciudadanía ha de ser un vínculo de unión entre los grupos sociales diversos, no puede ser ya sino una ciudadanía compleja, pluralista y diferenciada y, en lo que se refiere a sociedades de culturas diversas, una ciudadanía multicultural, capaz de tolerar, respetar o integrar las diferentes culturas de una comunidad política, de tal modo que sus miembros se sientan ciudadanos de primera " (21).

La ética intercultural requiere no sólo de la aceptación de las culturas relegadas a la predominante, como tampoco de la coexistencia de las culturas per se, sino que amerita de un diálogo entre los diferentes grupos pertenecientes a las diferentes culturas, el cual debe ser respetuoso y que permita abordar el tema de las diferencias insoldables con miras a contribuir a la convivencia; todo ello desde una perspectiva holística, tomando en cuenta las facetas éticas, antropológicas, psicológicas, políticas y jurídicas.

A partir de la modernidad, especialmente con la filosofía de Manuel Kant surgen los conceptos de Dignidad de la Persona y de Igualdad de todos los hombres; de donde se derivan las diferentes formulaciones del Imperativo Categórico; y en particular, la segunda:" Obra de tal modo que uses la Humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y no solamente como un medio" (22)



A este imperativo añade el filósofo, entre sus explicaciones, las siguientes:

- El principio de humanidad expuesto, es consecuencia de la racionalidad humana y convierte al sujeto en un fin en si mismo.
- Igualmente, el imperativo categórico supone que toda voluntad humana es una voluntad legisladora (conduce a obrar de acuerdo a su propia legislación).
- En el reino de los fines todo tiene un precio o una dignidad. “Lo que tiene precio puede ser sustituido por algo; en cambio, lo que se haya por encima de todo precio y por tanto no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad”.
- La Moralidad es la condición bajo la cual un ser racional puede ser fin en si mismo.
- Moralidad y humanidad, en cuanto ésta es capaz de moralidad, es lo único que posee dignidad, la cual supone respeto y autonomía. (23)

El principio de que toda persona es igual en Dignidad hace que todos los integrantes de una sociedad multicultural sean merecedores de respeto. La persona debe indagar sobre su identidad —como tercer elemento del concepto de ciudadanía-, y hacer que los demás reconozcan su identidad como ciudadanos. Al referirnos a la Moralidad y Humanidad, en lo relativo a su vinculación íntima, tendremos que responder dos preguntas esenciales: ¿qué es lo aceptable y qué es lo reprochable? Y ¿qué es lo que humaniza y lo que deshumaniza? Al respecto debemos deslindar entre las cuestiones de justicia (mínimos de justicia por acuerdo) y las cuestiones de buena vida o como ya se ha expresado, calidad de vida (sobre las cuales existen grandes diferencias entre los integrantes de las sociedades pluralistas). Las primeras son obligatorias para todos los grupos, de tal forma que si dejaran de acatarlas, se situarían en una posición deshumanizadora y la conducta de tales individuos será reprochable, por cuanto estarían violando las exigencias de una ética cívica (de mínimos) necesarias para la integración en un sociedad pluralista que, además, es respetuosa y tolerante respecto a los máximos de vida o ideales de cada quien, en el seno de esa sociedad. Las cuestiones de calidad de vida dependen de las idiosincrasias de los individuos y de los grupos, en razón de su plural procedencia, y por ende, de sus culturas originarias.

La ética civil o de mínimos es un modo concreto de regular positivamente la pluralidad y son exigibles en todas las sociedades democráticas como forma de garantizar la convivencia. La ética de máximos, como ya se ha expresado, tiene que ver con las creencias y proyectos de realización de cada quien, individual o familiar, orientados hacia el logro de la felicidad. Estas orientaciones morales pertenecen al ámbito privado, en el cual cada individuo es libre de regular como mejor le parezca.

Hoy día, en razón de conocerse que los hábitos ayudan a cumplir regularmente en el tiempo, inducir hábitos de conducta relacionados con los deberes públicos puede ser un modo efectivo para promover un proceso educativo por parte de los poderes públicos, en orden al logro de la formación en las disposiciones que están orientadas a afianzar los valores que soportan la ciudadanía democrática —en base a la libertad y la igualdad-, y los principios de justicia procedimental y social relacionados con ellos (24).

Victoria Camps considera que las virtudes fundamentales de una moral privada son dos: la fe y la identidad. Afirma que la vida es constitutivamente moral y que ésta es fundamentalmente lo que planteó Aristóteles: una segunda naturaleza, una serie de cualidades que configuran una determinada manera de ser y de convivir con los demás; Así, los seres humanos, en tanto que son personas, han de poseer unas cualidades o virtudes que pongan de manifiesto su humanidad. La ética -o la moral- no es sino el conjunto de las virtudes o la reflexión sobre ellas; dicho con otras palabras, el conjunto de cualidades que deberían ser patrimonio de los seres humanos, para serlos en realidad y para constituir sociedades realmente humanas.

Los Derechos fundamentales son la igualdad y la libertad. Independientemente de cuales sean los logros de cada quien en esos valores, se ha de poder hablar de unas actitudes o disposiciones coherentes que se orienten a la búsqueda de la Igualdad y la Libertad para todos. A estas disposiciones es a las que llama la Profesora Camps Virtudes Públicas, que tienen que ver con la formación del carácter, con el modo de ser, las costumbres y los hábitos. “Aunque nuestras creencias sean dispares o inconmensurables, por muy plural que sea la sociedad contemporánea, si algo significa moral es el compartir un mismo punto de vista respecto a la



necesidad de defender unos derechos fundamentales de todos y cada uno de los seres humanos. Pues bien, la asunción de tales derechos, si es auténtica, ha de generar unas actitudes, unas disposiciones que son las virtudes públicas “ (25).

Las virtudes públicas que enuncia la autora citada son: la Justicia —que es la virtud principal y la que tiene la primera prioridad- por eso no la trata específicamente, sino que deja constancia de que para ser operativa y eficaz, debe materializarse en una legislación y en unas instituciones. La justicia es ese telos o fin último hacia el cual debería estar orientada la sociedad democrática, y tiene como pilares principales los valores de la Igualdad y la Libertad. Los miembros de una sociedad que busca la justicia, deben ser solidarios, responsables y tolerantes que constituyen las virtudes indisociables de la democracia. Añade otra virtud que es la profesionalidad (26).

Es importante que la teoría ética incorpore la reflexión sobre la formación de un interés común, en lo que las éticas aplicadas pueden ser de gran ayuda al pensar y conocer los problemas o conflictos más concretos y que afectan a sectores específicos (27).

Etxeberría (24) considera, por su parte, que las virtudes que tienen una conexión directa con la Igualdad y la Libertad, son dignas de mencionar: la Justicia, la Solidaridad, la Tolerancia, la capacidad de Diálogo y la Razonabilidad, la Responsabilidad Social, la Fidelidad, la Obediencia y la desobediencia civil, llegado el caso- la Prudencia y otras que están dirigidas a la perfección de las personas (Sobriedad y Justicia Distributiva). A estas últimas pueden añadirse algunas virtudes privadas vinculadas, también, con el perfeccionamiento de las personas en el sentido de hacerlas mejores ciudadanos: sinceridad, gratitud, perseverancia y fortaleza, como las principales. Opina que aunque suele hablarse de “educación en valores”, convendría plantearse si no sería más fecundo hablar de “educación en virtudes públicas”, ya que éstas son aquellos hábitos o disposiciones que es importante que tengan los ciudadanos para que se afiancen los valores que sostienen la ciudadanía democrática: Igualdad y Libertad.

## **LAS VIRTUDES EN LA PRÁCTICA MÉDICA**

Ese es el título de la obra más importante que sobre el tema de las virtudes en medicina, ha sido publicado

en años recientes (4). Sus autores son: Edmund E. Pellegrino de la Universidad de Georgetown y David C. Thomas de la Universidad de Loyola de Chicago. A continuación se transcribe el párrafo inicial de dicha obra: “La medicina es una comunidad moral porque es en lo esencial, una empresa moral y por el hecho de que sus integrantes se han reunido con un propósito moral común. Si esto es así, ellos deben ser guiados por alguna fuente de moralidad compartida —algunas normas fundamentales, principios o rasgos de carácter que deben definir una vida moral consistente con los fines, metas y propósitos de la medicina. Durante siglos esta fuente fue el carácter del médico y, en concordancia con la filosofía moral de la época, la ética de la virtud ofreció la fundamentación conceptual de la ética profesional. En los tiempos modernos, por razones que delinearemos brevemente, la virtud ha sido suplantada por la ética basada en principios y reglas “.

La historia del concepto de virtud puede ser dividida en 4 períodos:

El período Clásico-Medioeval: en el cual las virtudes fueron el elemento central de todas las filosofías morales.

Los postmedievales y moderno: en los que la virtud permaneció como algo importante, pero cuya doctrina fue reformulada por la emergencia de nuevos sistemas de filosofías morales.

El período Analítico-Positivista: durante el cual la ética de la virtud declina junto con las éticas normativas.

El período de la actualidad: en el cual ha resurgido el planteamiento de la virtud como base de la moralidad.

El período Clásico-Medioeval tuvo dos figuras predominantes: Aristóteles y Tomás de Aquino. El primero elabora los elementos fundamentales de la ética basada en las virtudes como sustento de la filosofía moral, como ya hemos visto; y con el segundo, ya en la baja edad media, se añade a la doctrina aristotélica la integración del pensamiento cristiano, y en particular, las virtudes teologales. Conviene señalar que entre las escuelas post-aristotélicas tiene especial importancia para el tema que tratamos, la Escuela Estoica que fue fundada por Zenón de Citio (336-264 aC) y en sus comienzos funcionó en Atenas, en el Pórtico de las Pinturas (Stoa Poikile) de donde deriva su nombre. Durante 500 años ejerció la mayor influencia sobre la ética de la virtud. Tomaron mucho de las concepciones



aristotélicas para sus enseñanzas. El estoicismo modeló y dio forma a la filosofía del mundo helenístico y fue la filosofía dominante en los romanos educados. Influyó mucho sobre el desarrollo inicial de la ética cristiana y sus escritores médicos añadieron la Compasión y el Humanismo al ethos médico hipocrático. Para los estoicos el bien y la felicidad humana residen en la benevolencia y en la conformidad con lo natural de donde se traza el camino de la *apatheia* (ausencia de pasiones que alteren) y la *euthymia* (bienestar y paz espiritual). Sus principales integrantes fueron Séneca, Epícteto, Cicerón y Marco Aurelio.

En la baja edad media hubo dos médicos y filósofos importantes: Averroes (1126- 1198) y Maimónides (1135-1204). El primero de ellos, árabe y español, nacido en Córdoba en la época del Califato, en el cual se desempeñó como político, como juez, como médico e incluso como virrey. Tuvo una extensa obra en el campo de la filosofía —junto con Avicena se le considera el mayor nombre de la filosofía árabe- y en medicina. Maimónides era judío y español, nacido en Córdoba. Filósofo y Médico y con una obra escrita muy importante tanto en Medicina como en filosofía. Conviene recordar que así como Nueva York puede considerarse la ciudad más importante del mundo para el año 2000, Córdoba lo fue para fines del primer milenio.(28,29).

En el período postmedieval el concepto de virtud fue sometido a grandes cambios ya que las filosofías correspondientes a esta época plantearon reiteradamente puntos de vista distintos al de la síntesis aristotélico-tomista.

La antropología de Thomas Hobbes (1588-1679) y la ética de John Locke (1632- 1704) reconstruyeron la ética con planteamientos de la moral en términos de derechos, contrato social e individualismo. David Hume (1711-1776) y sus colegas británicos, desplazaron las concepciones de la moral hacia la psicología (emotivismo) y Manuel Kant (1724-1804) realizó una reconstrucción de la metafísica de la moral y, en vez de la virtud planteó el respeto por el deber en términos de máximos morales, y el imperativo categórico. Posteriormente Jeremy Bentham (1748-1832) y John Stuart Mill (1806-1873) plantearon el Utilitarismo el cual asume que la calidad moral de los actos depende de las consecuencias (y no de los medios)

Entre los autores con concepciones opuestas a la virtud (30,3 1,32,33) nos referiremos en primer lugar a Nicolás de Maquiavelo (1469-1527) quien planteó que la virtud no garantiza la sobrevivencia en el mundo real; mas bien se convierte en impedimento cuando se debe tratar con aquellos que ignoran los límites de su propio interés, de allí que aconseja al ‘príncipe’ que utilice cualquier medio que le de seguridad en lo relativo a su supervivencia y a su continuidad en el ejercicio del poder. En resumen, plantea la teoría de un Estado que no se subordina a ninguna instancia superior, sea ésta religiosa, moral o política La tradición maquiavélica se suele ubicar en Bernardo de Mandeville, médico y filósofo holandés, autor de la ‘Fábula de las Abejas’, que lleva como subtítulos: ‘vicios privados, beneficios públicos’. “Afirma que, ni las cualidades sociales, ni los efectos benévolos. . . ni las virtudes (productos de la abnegación y de la razón) son el fundamento de la sociedad, sino que lo que nosotros llamamos mal en este mundo, mal moral o natural, es el gran principio que nos hace criaturas sociables, a la vez de ser la base sólida, la vida y el sostén de todos los negocios y empleos sin excepción.”

Otro autor de importancia en el tema de la anti-virtud es Frederick Nietzsche (1844- 1900) con una extensa obra filosófica en la cual plantea la transmutación de los valores donde se permite acusar principalmente a la cultura cristiana de haber invertido los valores para provecho de la religión. Considera que el bueno es en realidad, ‘el más fuerte’ y los malos (malvados) son los débiles. Plantea que la base moral debe estar en función de los valores originarios, los cuales expone claramente en su libro: la genealogía de la Mora.

Así como Maquiavelo convirtió las virtudes en vicios, Tomás Hobbes trató de conciliar las virtudes con el egoísmo. Su obra principal es El Leviatán \* que es como denomina al Estado absoluto que tiene autoridad para decidir todo, tanto en política como en moral y religión. Para Hobbes, las virtudes clásicas están en función del propio interés. De acuerdo con su punto de vista, no hay lugar para el sacrificio personal pues el bien está confinado al egoísmo.

Un paradigma contemporáneo, médico, es la propuesta de Engelhardt y Rie quienes propugnan por una ‘nueva ética’ en medicina, de acuerdo a los parámetros del libre mercado. (34)



Leviatán.- Monstruo mítico relacionado con el caos originario de las mitologías del Medio Oriente (incluyendo Israel).

La recuperación de la virtud en la filosofía moral contemporánea ha sido denominada 'renacimiento' y la obra más importante es *Tras la Virtud* de Alistair Mac Intyre (8,35) filósofo neoaristotélico. Realiza una revisión histórica sobre la ética que termina en un diagnóstico pesimista, porque para él, la ética ya no existe ni es posible llegar a Acuerdos morales en nuestro mundo actual. Pareciera que el único discurso ético adecuado es el emotivista; esto es, que nuestros juicios morales expresan sentimientos, la reacción individual o grupal a las situaciones que aprobamos o reprochamos. En estas reacciones, obviamente, no hay fundamento racional.

Para Aristóteles y Santo Tomás había un contraste en el hombre tal-como-es y tal- como-debería-ser si realizara su naturaleza esencial (el telos), la cual constituía el puente entre la naturaleza 'ineducada' y la naturaleza 'virtuosa' (la excelencia). De acuerdo con este autor, ya no es posible ya no es posible la concepción espiritual de la virtud, porque ya no se conoce que 'debe ser' el ser humano. Mac Intyre plantea que hoy día, hablar de virtudes es pura ficción. Sólo ve una salida, que no es sencilla, y consiste en el regreso a las sociedades comunitarias donde se podrían compartir unos mismos fines, lo cual haría posible la reconstrucción de la ética o de las virtudes; lo cual en cierta forma, significaría una vuelta al pasado.

Otros autores que han abordado el tema de las virtudes en el mundo actual son:

Philippa Foot (cuya obra es comentada en este capítulo), Stanley Hauerwas: que sostiene una posición cercana a la Mac Intyre, John Casey, autor de 'Pagan Virtue', Edward Wilson, quien relaciona las virtudes con las cargas genéticas y Carol Gilligan que tiene una posición psicóloga y de género, respecto a las virtudes.

¿Aplicar sólo la ética de la virtud para las decisiones médicas? Hay una serie de objeciones que se han hecho en relación a la aplicación aislada de la ética de la virtud en el campo de la medicina (36,37): a) que las virtudes y las cualidades de la práctica médica no son inmediatamente evidentes; b) Que la teoría de la virtud puede ser realmente peligrosa en una sociedad

moderna, pluralística y secular, c) que es innecesario incorporar la virtud en la atención de las personas desconocidas como puede ser el caso de los pacientes que acuden a los servicios de Emergencias y d) que el entrenamiento en virtudes no garantiza buenos resultados.

La aplicación de una ética a la práctica médica debe reunir, como mínimo, deberes, principios y virtudes. Los deberes de los médicos son las obligaciones voluntariamente asumidas por los profesionales de la medicina y que están dirigidas al mejor logro de los fines y propósitos de la profesión. Los principios de la bioética médica son enunciados, los cuales se corresponden con unas normas y que están orientados en el sentido de hacer lo bueno y lo correcto, tanto en los casos concretos, como en el enfoque general de los fines de la medicina. Las virtudes son los rasgos de carácter de que dispone el agente para hacer más fácil y más factible alcanzar los fines de la medicina. (37).

Los principios son enunciados generales que obligan prima facie que guían las acciones de las personas buenas que son seres racionales en capacidad de escoger sus propios valores, fines y propósitos de conformidad, en el ejercicio médico, con los fines de la profesión. Es importante conocer cuáles son los principios a aplicar en cada caso concreto y cuáles son las normas derivadas o relacionadas con ellos, para realizar el juicio clínico, en el cual deben tenerse en cuenta las eventuales consecuencias de las decisiones a adoptar. (38) Todos los humanos poseen la tendencia a hacer lo bueno y evitar lo malo, eso se denomina *sindéresis* o buen juicio innato, el cual puede perfeccionarse en los casos particulares que requieren de decisiones complejas con la utilización de la virtud de la prudencia.

En la relación Médico-Paciente (RMP) una vez que se han practicado los exámenes necesarios, afirmado un diagnóstico y concebido un pronóstico y un plan de tratamiento, el médico necesita, y está obligado a ello, a informar al paciente acerca de sus conclusiones y el plan terapéutico con todas sus implicaciones. El paciente, por su parte y en ejercicio del Principio de Autonomía, tiene el derecho de hacer todas las preguntas y comentarios que desee con el fin de aclarar dudas, despejar temores, completar la información sobre su padecimiento entre otras cosas. Este es un momento dilecto en el acto



clínico que se denomina Diálogo Esclarecedor de la RMP (39). Esa es la oportunidad de transmitir la información indispensable al paciente, de descargarlo de temores y aprensiones, de iniciar su educación, de obtener su consentimiento para los eventuales exámenes que pueda necesitar y motivar su conducta ulterior en función de su condición.

El Diálogo Esclarecedor cumple funciones informativas, educativas, motivacionales, consensuales y psicoterapéuticas y tiene un fundamento múltiple: Antropológico, Psicológico, Sociocultural, Pedagógico y Ético. En relación con este último fundamento es importante señalar que en cualquier circunstancia y ante cualquier enfermo, el médico debe tener como primera consideración que se trata de una Persona, y que por lo tanto, está investida de una Dignidad que la hace merecedora de respeto. Esa condición del paciente es independiente de la edad, sexo, nacionalidad, raza, posición política o social, religión y condición en la sociedad. De más está decir acerca de la necesidad de adecuación del lenguaje del profesional de la medicina, ya sea éste verbal o extraverbal, al paciente. Dos consideraciones motivan esta última consideración: hacerse entender plenamente y evitar la iatrogenia.

#### **VIRTUDES APLICABLES EN LA PRÁCTICA MÉDICA**

**Fidelidad a las Promesas.-** La RMP es una relación asimétrica en el sentido de que el paciente se encuentra en situación menesterosa y el médico tiene los conocimientos y la información sobre su condición. Ante tal escenario es fundamental que el profesional logre la confianza del paciente con el adecuado manejo de la verdad y de las cosas que él pueda ofrecer al enfermo en su beneficio. En el Capítulo 1° del Código de Ética Médica vigente en Venezuela, en el Art. 6 del Juramento dice: “Preservaré en absoluto secreto, las confidencias que se me hagan durante mi actuación profesional, aun después de la muerte del enfermo”, cuestión que es fundamental para mantener la confianza de parte del paciente.

**Abnegación.-** El art. 5 del Juramento, expresa: “No permitiré que motivos de lucro interfiera con el ejercicio libre e independiente de mi juicio profesional”. Así, los intereses personales como lucro, prestigio y poder deben estar subordinados al fin propio de la medicina que es el bien del paciente. Las emergencias graves

tienen que ser atendidas así el enfermo no disponga de los medios para sufragar los honorarios y las tarifas de las clínicas.

**Compasión.-** Debe ser entendida como la simpatía en el dolor y en la tristeza, implica empatía y consideración por la persona del paciente. La simpatía es una cualidad y un sentimiento. Es bueno aclarar que compasión no es piedad ni es sufrimiento. Es, además una etapa previa y necesaria al buen cuidado. El art 10 del Juramento en su parte final “...procurando para los demás aquello que, en circunstancias similares, desearía para mi y para mi seres queridos” que es una de las formulaciones de ‘La Regla de Oro’.

**Benevolencia.-** Es la virtud por la cual el profesional procura el bien integral del paciente. Santo Tomás la definió: “querer al prójimo por causa de él mismo, no porque para mi sea útil o deleitable.” El Juramento en su art. 3 dice: “No permitiré que la satisfacción intelectual derivada de mi capacidad para identificar y tratar las enfermedades y de contribuir al progreso de la ciencia médica, me hagan olvidar los principios humanitarios que rigen nuestra profesión y la consideración prioritaria del paciente como persona.”

**Tolerancia.-** Hace referencia a la comprensión de la situación del enfermo y sus reacciones psicológicas a la enfermedad, las cuales deben tratar de mitigarse. Entre estas reacciones están: el miedo, la agresividad, la depresión, la apatía, la regresión, la negación, entre otras. La atención a las quejas del enfermo requiere de atención prioritaria, sin minusvalorarlas.

**Solidaridad.-** Es un estado de hecho antes que un deber y un estado del alma (se siente o no) antes de ser una virtud o mas bien, un valor. Es el hecho de una cohesión, de una interdependencia, de una comunidad de intereses y destino. Se aplica más al ámbito de lo social pero puede particularizarse en la actitud del médico en su relación con el enfermo y la familia.

**Generosidad.-** Es la virtud de dar, es lo contrario al egoísmo. Está relacionada con la magnanimidad y con la solidaridad. El deber y la virtud son diferentes; el primero es obligación y la segunda, libertad; ambos se complementan como es el caso de la generosidad (virtud) y la beneficencia (obligación). En el art. 9 del Juramento se lee: “No esta estableceré diferencias en



mi dedicación y en la calidad de la atención prestada al enfermo, se trate de servicios médicos contratados, de carácter individual o de índole gratuita.”

**Humildad Intelectual.-** Por el poder que tiene el médico en el encuentro clínico, es fundamental que tenga la suficiente humildad para reconocer los límites de sus conocimientos y admitir su ignorancia cuando no domina un a determinada área del saber médico. El art. 2 del Juramento reza: “Profesaré a mis maestros el respeto y la gratitud a que se hayan hecho merecedores, e intentaré con todos los medios a mi alcance, mantenerme permanentemente informado de los avances del conocimiento médico.”

**Justicia.-** Tiene que ver con la Equidad en la atención médica. Por un lado está la Justicia Conmutativa lo cual tiene que ver con el hecho de que la atención que se presta al enfermo esté estrechamente relacionada con lo que éste necesita, evitando pruebas diagnósticas que no son necesarias y que en ocasiones pueden ser muy costosas. La Justicia Distributiva es de mucha importancia en la medicina de asistencia pública en la cual es frecuente que las necesidades superen a los servicios que pueden dispensarse, sobre todo en las áreas de diagnóstico o de terapéutica de mayor complejidad; en tales casos la selección debe ser hecha con la mayor rigurosidad científica, dejando de lado las recomendaciones o los vínculos de relación interpersonal.

**Prudencia.-** Es la virtud del discernimiento y de la deliberación moral y en el campo de las decisiones médicas complejas. Supone que en los dos campos que se han nombrado, las decisiones sean adoptadas con la mayor ponderación posible, incluyendo las debidas consultas con profesionales de experiencia, buscando, en todo caso, lo mejor tanto desde el punto de vista objetivo, como desde el punto de vista ético.

En resumen, se ha hecho un análisis de la virtud y de las virtudes, desde diferentes puntos de vista: conceptual, filosófico, histórico, su clasificación, las virtudes públicas en una sociedad democrática y su aplicación en el campo médico, en lo relativo a su función como integrante de las decisiones clínicas y a las diferentes virtudes que pueden jugar un papel en el contexto del ejercicio ético de la profesión.

## REFERENCIAS

1. Etxeberria X.- Ética de las Profesiones. 2 edición. Bilbao. Desclée deBrouwer S.A., 2003. pp 25-26.
2. Blazquez Carmona F., Devesa del Prado A., Cano Galindo M. Diccionario de Términos Éticos. Pamplona. Ed. Verbo Divino, 1999. p. 533
3. Comte-Sponville A.- Pequeño Tratado de las Grandes Virtudes. Barcelona, Paidós, 2005. p. 14.
4. Pellegrino ED, Thomasma DC.- The Virtues in Medical Practice. N.Y., Oxford. Oxford University Press, 1993.
5. Blazquez Carmona F.- Op Cit. pp 189-190.
6. Nota de Samaranch F. de P.- En Etica a Nicómaco 1094b. Obras Completas de Aristóteles. Madrid, Aguilar, 1964. p. 1173.
7. Martínez Echeverri L y H. - Diccionario de Filosofía. Bogotá. Panamericana, 1998. pp 456-7.
8. Mc Entyre A.-Tras la Virtud. Barcelona Crítica, 1987, p 233. Original en inglés: Alter Virtue. University of Notre Dame Press, 1981.
9. Etxeberria X. - Op. Cit. p 44.
10. Thiebaut c.-Virtud. En: 10 palabras clave en Ética. Cortina A. (editora). Pamplona, Edit. Verbo Divino, 1994. pp 427-461.
11. Capella M.- Historia de la Filosofía Griega. Madrid. Gredos, 1972. pp 3 85-390.
12. Foot P.- Las Virtudes y los Vicios. En Ensayos de Filosofía Moral. Mexico, UNAM, 1994, pp. 15-33. Original en inglés: Virtues and Vices and other Essays in Moral Philosophy, 1978
13. Blazquez F.- Diccionario de Ciencias Humanas. Pamplona, Verbo Divino, 1997. p.403
14. Lolas Stepke.- Bioética y Antropología Médica. Edit. Mediterráneo, 2000. pp 19-24.
15. Comte-Sponville.- Op. Cit. p 40.
16. Pellegrino ED, Thomasma DC.- Op. Cit. p. 85.
17. Foot P.-OpCit.p26
18. Comte-Sponville. Op.Cit p 106.
19. Abbagnano. - Diccionario de Filosofía. México. FCE. 1980
20. Cortina A.- Ética Mínima. Introducción a la Filosofía Práctica. Madrid, Tecnos S.A.,1996. pp 166-167,
21. Cortina A.- Ciudadanos del Mundo. Madrid, Alianza Editorial S.A., 1997, 177-178.
22. Kant M.- Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres. 7ª Edición, Espasa Calpe (Austral), 1981.p 84.
23. Kant M.- Op. Cit. pp 85-95.



24. Etxeberría X. - Op Cit. pp 45-47.
25. Camps V.- Virtudes Públicas. 4 edición. Espasa Calpe / Austra), 1990 pp 15-26.
26. Camps V.- Op. Cit. p.29.
27. Camps V.- Una Vida de Calidad. Barcelona. Edit. Ares y Mares, 2001. p. 108.
28. Wilson E.- Filosofía de la Edad Media. 2 edición. Biblioteca Hispánica de Filosofía (Gredos), 1972.
29. Zúñiga Cisneros M. - Historia de la Medicina. Caracas-Madrid, EDIME, 1962.
30. Ferrer CJ; Álvarez JC. - Para Fundamentar la Bioética. Madrid. U.P. de Comillas, 2003 pp 185-186.
31. Marías j.- Historia de la Filosofía. Edición 24a. Madrid, Revista de Occidente, 1972.
32. Historia de la Filosofía. 3 Tomos. Barcelona. Hora s. a., 1982. Título Original en italiano: Storia della Filosofia. UTET.
33. Camps V.- Historia de la Ética. 3 Tomos. Barcelona. Edit Crítica (Grijalbo), 1989.
34. Engelhardt HT, Rie M.-Morality and the Medical-Industry Complex. N. Eng.J. Med (1988) 319: 1086-1089.
35. Camps V.; Thiebaut C.- Presentación y Neoaristotelismos Contemporáneos. En Concepciones de la Etica; Camps y Guariglia o., Salmerón F. Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía. Madrid. Edit. Trotta, 1992 pp 11-5 1
36. Pellegrino ED; Thomasma DC.- Op. Cit. pp 13-15.
37. Veath R.- Against Virtue: A Deontological Critique of Virtue Theory in Medical Ethics. In: Virtues in Ethics, Vol 17 of the Philosophy and Medicines series, Shelp E.E., editor. Dodrecht, Boston: Reidel, 1985 334-340. Citado por Pellegrino ED y Thomasma DC , ReferenciaNº 4. p 16.
38. Castillo Valery A.- Bioética. Caracas, Disinlimed, 2006 pp 58-51
39. Gil Yépez C.-Hablar Al Paciente. En: Tres Estudios sobre Medicina Antropológica. Caracas, Edit. Médica Venezolana, 1977. pp 271-361.

---

## FRACTURAS ATÍPICAS DE FÉMUR POR USO PROLONGADO DE BIFOSFONATOS

Dr. José Rafael Gamboa González\*

### RESUMEN

Los bifosfonatos son los fármacos de primera línea para la prevención de las fracturas ocasionadas por la osteoporosis, sin embargo su uso prolongado está relacionado con la aparición de fracturas de baja energía a nivel del fémur. Por su mecanismo de acción producen huesos con mayor densidad, pero más frágiles. Además presentan una alta potencialidad a la no consolidación, aspecto que debe ser tomado muy en cuenta en el momento de su tratamiento. Este tipo de fractura, que hasta ahora se considera como poco frecuente, se presenta con características clínicas y radiológicas particulares. A propósito de la atención de un caso con fractura atípica de fémur, se decide hacer una revisión del tema y establecer pautas terapéuticas en este sentido. Pareciera no existir un consenso en cuanto a su tratamiento. Sin embargo, la tendencia actual se inclina más hacia la cirugía profiláctica en combinación con el tratamiento médico. **RCM 2016. 144(1):18-24**

**Palabras clave:** Fracturas de cadera, bifosfonato, fracturas atípicas, fracturas femorales.

### ABSTRACT

Bisphosphonates are the first-line drugs in the prevention of fractures caused by osteoporosis. However long-course treatments are associated with low-energy femur fractures. Due to their action mechanism, bisphosphonates make bones become denser but also more fragile. Potentially this type of fractures does not consolidate, a fact that must be taken into account when considering treatment. These fractures have been reported as 'not frequent', and show distinctive clinical and radiological characteristics. After treating a patient with an atypical femur fracture, we decided to review the literature to decide the course of actions. There seems to be no consensus regarding therapy. However the current tendency involves prophylactic surgery combined with medical treatment. **RCM 2016. 144(1):18-24**

**Key words:** Hip fracture, bisphosphonates, atypical fracture, femoral fractures.

\*Médico Traumatólogo. Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

### INTRODUCCION

Los bifosfonatos (BF) son drogas ampliamente utilizadas para la prevención de las fracturas causadas por osteoporosis. Sin embargo, en los últimos años se han reportado, como efecto secundario a su uso prolongado, la ocurrencia de fracturas atípicas del fémur.

Los BF fueron aprobados por la FDA en 1995 y desde entonces se han convertido en el tratamiento de primera línea para la osteoporosis postmenopáusica; su mecanismo de acción consiste en la inhibición de la reabsorción ósea por disminución de la actividad de los osteoclastos, esto a su vez determinará, por un mecanismo de regulación natural, una disminución

en la formación de hueso nuevo; se producirán, por lo tanto, huesos con mayor densidad, pero mucho más frágiles. Cuando este recambio óseo, que es un proceso necesario para el adecuado funcionamiento del hueso, es alterado, las microfracturas que ocurren con regularidad, pero que son normalmente reparadas, podrían acumularse con el paso del tiempo y ser causantes de la aparición de fracturas de baja energía (1). Un gran grupo de médicos y de personas creen que este tipo de medicamento es un "formador de hueso", mientras que se trata verdaderamente de un "endurecedor de hueso". El mineral dentro de él está más compacto y, por ende, los resultados de la tan

mal utilizada densitometría ósea aumentan, dándole tranquilidad al paciente y a su médico tratante (2). En 2005, una década después de comenzar el uso de los BF en los EEUU, Odvida y cols. presentaron el primer trabajo donde se establece una relación directa entre su uso prolongado y la aparición de fracturas atípicas (3). Luego de este importante estudio la literatura médica se ha enriquecido con la publicación de otros tantos reportes que evidencian la clara relación entre el consumo prolongado de BF (más de 5 años como término medio) y la aparición de fracturas.

### PRESENTACIÓN CLÍNICA

Una característica importante de esta patología es su presentación clínica. Se ha observado que en la mayoría de los casos (76%) se puede precisar una historia de dolor inespecífico a nivel de la cara anterior del muslo o en la región inguinal, que mejora con el reposo y aumenta con la actividad, principalmente con el apoyo del miembro afecto, lo cual precede al episodio de fractura entre 3 a 6 meses como término medio. Otro aspecto resaltante lo constituye el hecho de producirse por un traumatismo de baja energía, estar ubicada tanto en la región subtrocantérica como en la diáfisis del fémur y presentarse, en más de la mitad de los casos, en forma bilateral (4).

### HALLAZGOS DE IMAGEN

En cuanto a los métodos de imagen podríamos afirmar que la radiología simple constituye el método de elección para el diagnóstico de este tipo de patología, pudiéndose prescindir de los estudios tomográficos y de resonancia magnética que, aunque con imágenes más detalladas, no nos aportan mucha más información que la obtenida en la radiografía simple, lo que evidentemente disminuirá la exposición radiológica y los costos originados por estos estudios más sofisticados. En el caso de la gammagrafía ósea, sí tiene una gran importancia, porque permite descartar el mismo proceso en otros elementos del esqueleto, como la pelvis y el fémur contralateral, por ejemplo.

Las imágenes radiológicas se presentan de una manera particular: Se puede evidenciar desde un principio, bien sea a nivel subtrocantérico o a nivel de la diáfisis femoral, un engrosamiento de las corticales, principalmente de la cortical externa (Fig. 1), la cual posteriormente presentará una imagen de reacción exofítica (espícula)



Fig 1. Radiografía simple en proyección AP mostrando engrosamiento de la cortical externa del fémur.

(Fig. 2), que al dejarse sin tratamiento evolucionará hasta mostrar una línea radiolúcida transversa (fractura) con dirección de lateral a medial (Fig. 3). Una vez que la fractura se ha hecho completa, el patrón con el cual se presenta generalmente es del tipo transverso u oblicuo,



Fig 2. Radiografía simple en proyección AP mostrando imagen de reacción exofítica (espícula) a nivel de la cortical externa de la región subtrocantérica del fémur (imagen correspondiente al caso presentado).



Fig 3. Radiografía simple en proyección AP mostrando engrosamiento de la cortical externa, presencia de espícula y línea radiolúcida transversa (fractura) con dirección de lateral a medial en la región subtrocantérica del fémur (imagen correspondiente al caso presentado).



Fig 4. Radiografías en proyección AP de fémur mostrando la ubicación característica de las fracturas por BF, a nivel diafisario y subtrocantérico.

muchas veces con pequeño o mínimo desplazamiento de los fragmentos fracturados (3) (Fig. 4).

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de las fracturas atípicas del fémur debe hacerse con las fracturas por insuficiencia (osteoporóticas). Estas fracturas, sin embargo, se pueden diferenciar por algunos aspectos claves, como el mecanismo de la lesión, la localización y la configuración del trazo. Unnanuntana et al. propusieron precisar ciertos hallazgos clínicos y radiológicos para hacer más clara esta diferenciación (3) (Tabla 1).

### OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo, a través de la descripción de un caso típico atendido por nosotros, es el de llamar la atención sobre la existencia de esta complicación y la importancia de realizar un diagnóstico precoz, que permita instaurar un tratamiento lo más temprano posible a fin de disminuir las posibles complicaciones.

### REPORTE DE UN CASO

Se trata de una paciente femenina, de 65 años de edad, natural y procedente de Caracas, quien tiene como antecedente el tratamiento prolongado con BF (diez años continuos). Consultó facultativo el 02 de

Tabla 1. Hallazgos clínicos y radiológicos comunes en las fracturas atípicas y osteoporóticas de fémur

Características	Hallazgos clínicos y radiológicos comunes	
	Fractura Atípica	Fractura Osteoporótica
Asociación con trauma	Sin trauma o de baja energía	De baja energía
Pródromos	Dolor en el muslo	Ninguno
Localización (región)	Subtrocantérica o diafisaria	Cuello de fémur o intertrocantérica
Configuración de la fractura	Transversa u oblicua corta	Oblícua larga o en espiral
Fragmentación	Ninguna	Posible
Morfología de la cortical	Relativamente engrosada	Fina
Otros signos	Reacción perióstica localizada Osteopenia generalizada	Retardo de consolidación Canal medular ensanchado

Fuente: Unnanuntana A. et al. – J. Bone Joint Surg. Am., 2013

septiembre de 2012 por presentar dolor en cara anterior de muslo derecho, hacia su tercio distal, que calmaba con el reposo y se exacerba con la deambulaci3n. Se le indicaron estudios radiol3gicos del f3mur derecho, que a pesar de ser reportados como normal, ya evidenciaban reforzamiento de la cortical externa y presencia de reacci3n exof3tica en la regi3n subtrocant3rica (Fig. 2). Proceden a realizar infiltraci3n en el tercio distal del cu3driceps; la paciente no presenta mejor3a, muy por el contrario, el dolor sigue aumentando con el tiempo hasta producir claudicaci3n de la marcha. Se le indican estudios de TAC con reconstrucci3n 3D, de resonancia magn3tica nuclear y gammagrama 3seo, con la aparente finalidad de descartar patolog3a tumoral. La TAC muestra igualmente el engrosamiento cortical y la imagen en pico (Fig. 5). La resonancia magn3tica muestra un edema localizado, caracter3stico de las fracturas por estr3s (4), sin compromiso de los tejidos circundantes (Fig. 6), y la gammagraf3a evidencia aumento de la captaci3n a nivel del 3rea de la lesi3n y a nivel costal derecho, que se correspond3a con la presencia de fracturas costales que presentaba la paciente por un traumatismo anterior. Se le indica suspender el apoyo, y en un nuevo control radiol3gico, 20 d3as despu3s, se evidencia la presencia de una l3nea radiol3cida, transversa y de direcci3n de lateral hacia medial, que correspond3a al trazo de fractura (Fig. 3). La paciente contin3a sin apoyo. El 08 de noviembre de 2012 (nueve semanas despu3s de iniciar su enfermedad actual), presenta, al incorporarse de su cama, dolor s3bito en muslo derecho que produce ca3da y la imposibilidad para volver a la bipedestaci3n. Acude al Servicio de Emergencia, donde la atendimos por primera vez y pudimos constatar, al examen f3sico, que el miembro se encontraba acortado y con rotaci3n externa.

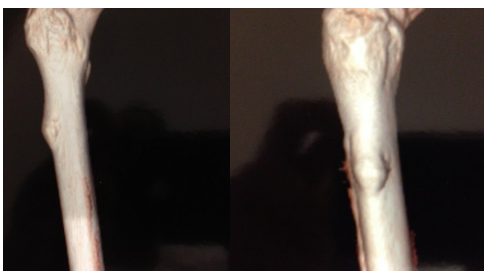


Fig 5. Im3genes tomogr3ficas del caso presentado, no nos ofrece m3s informaci3n que la radiograf3a simple.



Fig 6. Resonancia magn3tica del caso presentado donde se evidencia, adem3s de los hallazgos descritos anteriormente por la radiograf3a simple de engrosamiento cortical y esp3cula a nivel de la cortical externa del f3mur derecho, presencia de edema localizado (caracter3stico de las fracturas por estr3s), sin compromiso de los tejidos circundantes.



Fig 7. Radiograf3a simple en proyecci3n AP que muestra fractura completa subtrocant3rica de f3mur derecho en el caso presentado, el trazo, de direcci3n transversa, pasa a trav3s de la reacci3n exof3lica previa.

Los estudios radiol3gicos mostraron la presencia de una fractura completa, subtrocant3rica y con trazo transverso (Fig. 7). Se le suspenden inmediatamente el tratamiento con bifosfonados y es llevada a quir3fano donde se le realiza: reducci3n cruenta y osteos3ntesis con placa cond3lea de 95° y colocaci3n de aloinjerto 3seo (Fig. 8). Actualmente la paciente contin3a control con endocrin3logo.

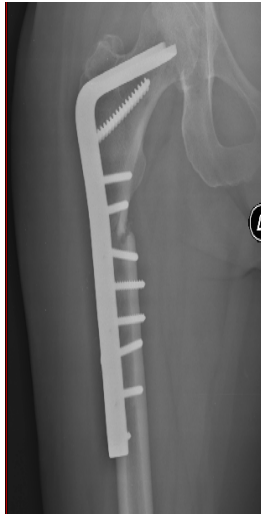


Fig 8. Radiografía simple postoperatoria del caso presentado. Osteosíntesis con placa condílea de 95° y colocación de injerto óseo.

## DISCUSIÓN

Los bifosfonatos son drogas que han demostrado su eficacia en la prevención de las fracturas causadas por osteoporosis. Sin embargo, estamos asistiendo a una complicación por su uso prolongado: Las fracturas por insuficiencia femoral. Esta relación, entre el uso de más de 5 años de BF, como término medio, y la aparición de fracturas femorales por baja energía, de localización subtrocantérica o diafisaria, ha sido efectivamente documentada y su presentación clínica y radiológica son características (4). No deben ser confundidas con las fracturas por osteoporosis que se localizan a nivel del cuello femoral o en la región intertrocantérica y que son típicas del anciano.

Después de 5 años de tratamiento, los efectos fisiológicos del medicamento continúan por lo menos por 5 a 10 años (5,2)

Con el aumento de casos de osteoporosis en los años por venir, el diagnóstico y tratamiento temprano de las fracturas atípicas del fémur como consecuencia del uso prolongado de bifosfonados se hará mucho más frecuente.

Sin embargo, al ser una entidad de descripción reciente, y si se quiere, poco conocida, actualmente no existen criterios de tratamiento, sobre todo desde el punto de vista quirúrgico, que sean totalmente uniformes.

Es por ello que, a propósito de la atención del caso que presentamos con anterioridad, acudimos a la consulta de la literatura médica a fin de tratar de realizar un consenso y precisar cuál sería el mejor abordaje diagnóstico y de tratamiento de estos pacientes, no solo cuando son evaluados precozmente, que sería lo ideal, sino también cuando ya se presentan con la fractura femoral completa.

Antes que nada, pensamos que en la medida en que los médicos nos familiaricemos más con las características clínicas y radiológicas de esta patología, estaremos en mayor capacidad de realizar diagnósticos más frecuentes y en etapas más precoces.

## CONDUCTA

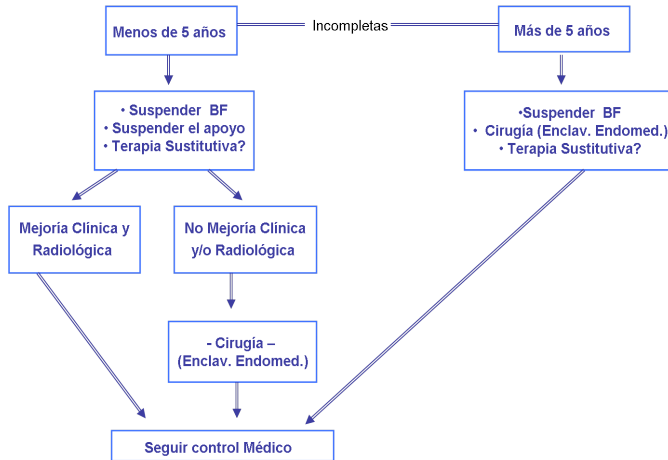
### 1.- Fracturas de trazo incompleto:

A todo paciente, generalmente del sexo femenino, mayor de 50 años, menopaúsica, quien este siendo tratada con bifosfonatos por un período de 3 a 5 años y que consultan por presentar dolor inespecífico en la región del muslo se le debe realizar una radiografía simple del fémur afecto, y de precisarse las imágenes características que fueron mencionadas: engrosamiento de la cortical o presencia de espícula ósea, se le debe indicar también una radiografía del fémur contralateral y una gammagrafía ósea. Seguidamente se recomienda restringir el apoyo, suspender los BF y pedir evaluación conjunta con el médico endocrinólogo para decidir el tiempo que debe estar sin el medicamento y considerar posibles terapias sustitutivas. Recientemente Gomberg et al. reportaron que la asociación de teriparatida con calcio y vitamina D mejoró el metabolismo óseo y la microarquitectura en pacientes que utilizaron alendronato por 13 años (3). Una vez tomadas estas medidas, se puede realizar un seguimiento clínico y radiológico de ocho a doce semanas. En caso de evidenciarse mejoría de estos dos aspectos, autorizar apoyo progresivo y continuar control médico. De no existir mejoría clínica y/o radiológica o ante la presencia de línea de fractura, debe realizarse fijación profiláctica de la fractura mediante enclavijamiento endomedular (6, 7 y 8).

Para los casos de paciente que ingieren la medicación por más de cinco años, debería realizarse tratamiento quirúrgico desde un principio, debido a que es muy



difícil que en estos casos se produzca una mejoría clínica o radiológica, muy por contrario, lo que se ha descrito en la literatura es que la fractura evoluciona hacia el trazo completo (8, 9 y 10) (Flujograma 1).



Flujograma 1. Conducta ante la fractura incompleta de fémur asociada al uso prolongado de BF.

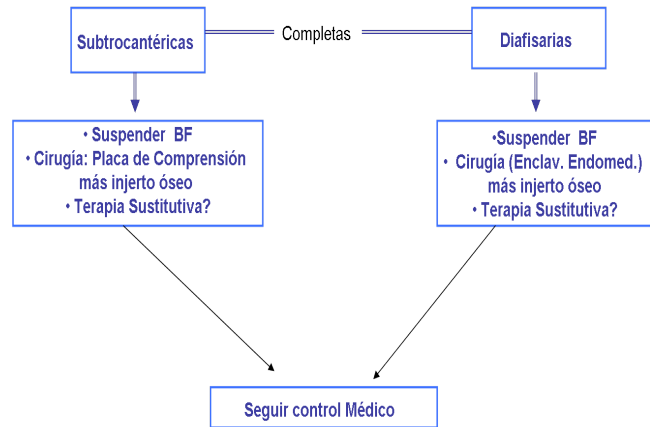
Aunque actualmente no sea una recomendación general y pueda considerarse cuestionable, coincidimos con otros autores, en el sentido de que puede resultar beneficioso indicar radiografías femorales a pacientes con más de tres a cinco años de uso continuo de BF, aún estado asintomáticos (3).

### 2.-Fracturas de trazo completo:

Cuando el paciente acude presentado una fractura de fémur sin traumatismo importante y evidenciándose a los estudios radiológicos los hallazgos característicos a que hemos hecho mención, es indudable que debe instaurarse un tratamiento quirúrgico lo más pronto posible; pero se debe hacer tomando en consideración que estamos ante un fractura con una alta potencialidad a la no consolidación, por lo que se deben abordar como tal, en el sentido de que se debe realizar una fijación sólida y considerar el uso de injerto óseo (11). Esto debe realizarse con el manejo médico conjunto del endocrinólogo y de otros especialistas que sean necesarios.

En los casos en que exista concomitantemente

una fractura incompleta del fémur contralateral se recomienda realizar fijación profiláctica de la misma como se describió anteriormente (8) (Flujograma 2).



Flujograma 2. Conducta ante la fractura completa de fémur asociada al uso prolongado de BF.

## CONCLUSIÓN

Existen estudios epidemiológicos, debidamente confirmados radiológicamente, que establecen una relación causal clara entre el uso de bifosfonatos y fracturas de fémur, cuya frecuencia se verá incrementada con la duración del tratamiento.

Estas fracturas atípicas que ocurren en personas bajo tratamiento prolongado con BF y que han recibido varios nombres en la literatura: hueso congelado, hueso adinámico, síndrome de recambio óseo severamente comprometido (SSBT) y finalmente fracturas por insuficiencia femoral, pertenecen al grupo de las fracturas por estrés, y podríamos considerar que, hasta ahora, no son una patología de aparición frecuente. Sin embargo es de destacar que la frecuencia de aparición y su presentación en forma bilateral se verá decididamente aumentada por el uso concomitante de otros agentes antireabsorcivos, corticoides e inhibidores de la bomba de protones (4).

Así mismo, pensamos que en la medida en que los BF sean más utilizados –porque han probado su eficacia en la prevención de fracturas por osteoporosis- tanto por indicación médica como por automedicación, así como también en la medida en que sea esta una complicación mejor conocida, y por tanto mejor diagnosticada, esta

frecuencia debe hacerse mucho más importante en los años por venir.

Son fracturas que deben considerarse con alto potencial a la no consolidación y obrar en consecuencia. Debe establecerse un equipo de trabajo formado por el traumatólogo, el endocrinólogo y otros especialistas necesarios para la atención de diferentes efectos adversos relacionados con el uso prolongado de BF (12).

## REFERENCIAS

1. Sippy Agarwal, S A, Saurabh Agarwal, Priyank Gupta, et al. Risk of atypical femoral fracture with long-term use of alendronate (Bisphosphonates): A systemic review of literatura. *Acta Orthop. Belg.*, 76, 567-571. 2010
2. Juan Antonio Daccach, Luis Carlos Morales, Camilo Soto, Adolfo Llinás L. C. Fractura subtrocantérica asociada al uso de bifosfonatos: Reporte de caso. *Rev. Col. Or. Tra.*, 25(1), 59-63. Marzo de 2011
3. Vincenzo Giordano, Marco Martins Lages, Rodrigo Pires e Albuquerque, Ney Pecegueiro do Amaral. Fraturas femorais atípicas por uso prolongado de bifosfonatos: Mitos e realidades. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 101(2), 13-18. Marzo/ Abril de 2013
4. Joel A. Horning, John Czajka, Richard L. Uhl. Atypical Diaphyseal Femur Fractures in Patients with Prolonged Administration of Bisphosphonate Medication for Osteoporosis. *Orthopedics*, 33 (12), 902-005. December 2010
5. K.C. Lacati, M.B.L. Lutomia. Subtrochanteric Femoral Fracture in a Patient on Alendronate Therapy: A Case Report. *East Cent. Afr. J. surg. (Online)*. 17, 121-125. March/April; 2012
6. Capeci CM, Tejwani NC. Bilateral low-energy simultaneous or sequential femoral fractures in patients on long-term alendronate therapy. *J Bone Joint Surg Am.* Volumen 91(11), 56-61, 2009
7. Michael B. Banffy, Mark S. Vrahas, John E. Ready and John A. Abraham. Nonoperative versus Prophylactic Treatment of Bisphosphonate-associated Femoral Stress Fractures. *Clin Orthop Relat Res.* 469(7): 2028–2034. July 2011
8. Chang-Wug Oh, Jong-Keon Oh, Ki-Chul Park, Joon-Woo Kim, and Yong-Cheol Yoon. Prophylactic Nailing of Incomplete Atypical Femoral Fractures. *The Scientific World Journal.* 2013: 1-4. 2013
9. Yong-Chan Ha, Myung-Rae Cho, Ki Hong Park, Shin-Yoon Kim and Kyung-Hoi Koo. Is Surgery Necessary for Femoral Insufficiency Fractures after Long-term Bisphosphonate Therapy? *Clin Orthop Relat Res.* 468(12): 3393–3398. December 2010
10. Joel A. Horning, MD; John Czajka, MD; Richard L. Atypical Diaphyseal Femur Fractures in Patients With Prolonged Administration of Bisphosphonate Medication for Osteoporosis. *ORTHOPEDICS | ORTHOSuperSite.com.* 33 (12): 902-905 December 2010
11. Mary K. Grady, BA; J. Tracy Watson, MD; Lisa K. Treatment of Femoral Fracture Nonunion After Long-term Bisphosphonate Use, *ORTHOPEDIC*, 35 (6): 991-995. June 2012
12. Bifosfonatos: Actualización sobre su seguridad. *Boletín Terapéutico Andaluz.* 26 (2): 6. 2010.



---

## JESÚS YERENA (1917-1970). ANATOMISTA, GREMIALISTA E HISTORIADOR.

Dr. Rafael Romero Reverón\*.

### RESUMEN

Jesús Yerena (1917-1970); Doctor en Ciencias Médicas, Profesor Titular de Anatomía Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Fundó y dirigió el museo anatómico que lleva su nombre, especialista en Medicina del Trabajo y del Deporte, Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, presidente de la Asociación Panamericana de Anatomía, realizó trabajos y actuaciones como gremialista e historiador. **RCM 2016. 144(1):25-30.**

**Palabras clave:** Jesús Yerena, Anatomía Humana, museo anatómico, Historia de la Medicina.

### ABSTRACT

Jesús Yerena (1917-1970), Doctor of Medical Sciences, Professor of Human Anatomy, Faculty of Medicine at Central University of Venezuela. He founded and directed the anatomical museum that bears his name, specialist in Occupational Medicine and Sports, Member Number of Venezuelan Society of History of Medicine, president of Pan American Association of Anatomy, He did papers and performances as unionist and historian. **RCM 2016. 144(1):25-30.**

**Key words:** Jesus Yerena, Human Anatomy, Anatomical Museum, History of Medicine.

\*Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Profesor Asociado, Cátedra de Anatomía Normal, Escuela J.M. Vargas, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. Miembro de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina. Miembro de la Asociación Americana de Historia de la Medicina. Especialista en Traumatología y Ortopedia en Centro Médico Docente La Trinidad y en el Urológico San Román.

### INTRODUCCION

En mi condición de miembro numerario de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, así como Profesor Asociado de la Cátedra de Anatomía Normal, Escuela J.M. Vargas, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Miembro de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina y Miembro de la Asociación Americana de Historia de la Medicina, me interese en efectuar esta investigación y recopilación para elaborar el presente artículo sobre algunos aspectos de interés de la vida y los aportes efectuados al estudio de la Anatomía Humana realizados por el Dr. Jesús Yerena, como parte de una área de investigación en desarrollo sobre personas que han realizado contribuciones a la enseñanza y aprendizaje de la Anatomía humana en Venezuela.

---

Solicitar información a: [RafaelRomeroReveron@yahoo.com.ve](mailto:RafaelRomeroReveron@yahoo.com.ve)

Jesús Antonio Yerena Ravelo nació en Tacarigua de Mamporal, Estado Miranda, el 12 de enero 1917, hijo de Jesús Yerena, no hay datos sobre su infancia y adolescencia, desde su juventud mostró un gran interés por el deporte y la educación física. Jesús Antonio Yerena fue alumno directo del destacado profesor de anatomía, Dr. José Izquierdo, de quien adquirió la vocación de anatomista meticoloso y acucioso. Durante sus estudios de Medicina obtuvo varios reconocimientos como el diploma de sobresaliente en varias materias del Pensum Universitario, el diploma de externado por concurso del Hospital Vargas de Caracas y el diploma de Médico Interno por concurso del Hospital Vargas. En la Federación de Estudiantes de Venezuela, fue uno de los que con dignidad y pundonor puso de manifiesto su voz enérgica y comprometida ante las arbitrariedades que contra los estudiantes se cometían. Se graduó de Médico a los 25 años en la Universidad Central de Venezuela el 25 septiembre de 1942, realizó



Dr. Jesús Yerena. (1917-1970).

Detalle del óleo del pintor Roberto Frantuzzi, de 1960, que se encuentra en el Instituto Anatómico "José Izquierdo", en la Facultad de Medicina, de la Universidad Central de Venezuela.

su tesis doctoral titulada "Tricomoniasis Vaginal", posteriormente publicada en la revista "Ciencias", en marzo de 1944. Jesús Yerena contrajo matrimonio en 1942 con Aida Carrasquel, con quien tuvo un hijo: Antonio Yerena Carrasquel. Empezó su carrera médica en 1942 y después de haber sido Médico ad-honorem de la consulta de Ginecología de la Casa de Beneficencia (Caracas), Médico Interno por concurso del Hospital Vargas y de haber ingresado al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, durante año y medio trabajo en la dirección del Hospital "Isaías Herrera" de San Carlos y del Hospital "Manuel Quintana" en el Estado Cojedes. También desempeñó la Presidencia de la Primera Convención de Médicos reunida en el Estado Cojedes. (Briceno-Irragorry 2006). En 1949 viajó a Argentina, en donde continuó cursos de perfeccionamiento para el ejercicio profesional de la Medicina del Trabajo, de Capacitación Industrial para Médicos y además realizó un curso de Patología del Ciclo Sexual femenino con el profesor Ahumada, en el Hospital de Clínica de Buenos Aires. Fue Delegado

de Venezuela al I Congreso Americano de Medicina del Trabajo y Delegado a las Primeras Jornadas Argentinas de Kinesiología, ambos eventos en Buenos Aires en 1949. En 1951 Jesús Yerena fue miembro del Comité Organizador de las Primeras Jornadas de Medicina Deportiva de los Terceros Juegos Deportivos Bolivarianos. Publicó algunas observaciones sobre la actividad deportiva y su repercusión funcional en los deportistas.

En 1952, fue representante ante el Consejo Directivo de la Federación Médica Venezolana, así como Delegado de Venezuela al II Congreso Americano de Medicina del Trabajo, en Rio de Janeiro, Brasil. Con sus compañeros fue siempre consecuente y generoso: como un ejemplo de ello por más de dos años efectuó la suplencia en el trabajo de un compañero encerrado por razones políticas en las cárceles de Caracas y San Juan de los Morros, logrando así que la esposa e hijos de este compañero, llevaran una vida menos penurias, con el aporte del sueldo completo producto del cargo sustituido por Jesús Yerena en el Instituto de los Seguros (Alegría 1972). Yerena fue Director del Primero Curso Universitario de Post-Grado en Medicina del Trabajo en Caracas en 1956, la promoción de médicos de este Curso lleva su nombre.

En 1957 Yerena estaba en el movimiento clandestino de la Junta Patriótica contra la dictadura de Pérez Jiménez. El 10 de Enero de 1958 cuando se firmó el Manifiesto de los Intelectuales, Jesús Yerena colaboró y dio su respaldo para su publicación en la revista "Prensa Médica", Pérez Jiménez ordenó infructuosamente su captura (Alegría 1975). Fue Delegado de Venezuela al IV Congreso Americano de Medicina del Trabajo en México, en 1958. Yerena participó en un partido político: la Unión Republicana Democrática y fue diputado al Congreso de la República en el año de 1959, pero se declaró independiente cuando creyó que su militancia partidista le afectaba su potestad de decisión de acuerdo a su conciencia. Jesús Yerena fue un sobresaliente y eminente profesor de la Cátedra de Anatomía de la Facultad de Medicina desde 1944 cuando ingresó como Instructor bajo la jefatura del Dr. José Izquierdo. Desempeñó luego, el cargo de Jefe de Trabajos Prácticos de Anatomía en 1945 y posteriormente fue ascendiendo en el escalafón



de los docentes e investigadores de la Facultad de Medicina, hasta alcanzar el de Profesor Titular en 1958 (Plaza 1977). Su labor docente se fundamentaba en unas clases con exposiciones claras, objetivas, con excelentes dibujos realizados en el pizarrón, siendo uno de los pioneros en el uso de diapositivas y películas en las clases de anatomía humana. Durante este tiempo, no sólo se dedicó a la enseñanza sino que realizó un trabajo laborioso de disección y estudios minuciosos anatómicos con el fin de fundar el museo Anatómico del Instituto Anatómico de la Ciudad Universitaria en 1963, el cual lleva su nombre como un merecido reconocimiento a su larga dedicación. Las disecciones que realizó el Dr. Yerena, a las cuales le dedicó muchas horas, están actualmente exhibidas en el museo, acompañadas por un cuadro que exhibe el dibujo correspondiente al espécimen disecado con el fin de explicar las estructuras expuestas. Se calcula que fueron más de cien las piezas disecadas y preparadas por el Dr. Yerena y por los profesores que colaboraron en esta significativa labor como el Dr. Ponce, el Dr. Loyo Guerra y el Dr. Plaza Izquierdo (Blandenier 2009). Yerena observó con sus colaboradores, múltiples diversidades en la disposición de las venas tributarias del cayado de la safena interna y la presencia de anastomosis de la vena safena interna con los sistemas venosos regionales. La disposición anatómica de este sistema venoso y sus variedades fue comprobado con la disección anatómica de la región inguino-crural en 60 miembros inferiores de cadáveres y 120 miembros de fetos de 5, 6, 7 y 9 meses de edad (Loyo 1967).

El Dr. Jesús Yerena fue miembro permanente de los jurados de post-grado de Historia de la Medicina, profesor de Neuroanatomía de los cursos de post-grado de Psiquiatría, durante los años académicos 1959-60, 1961-62, 1962-63, profesor de Anatomía del curso de post-grado de Cirugía de 1962-63, profesor de Anatomía de los cursos de Fisioterapeutas durante los años académicos 1.960-61, 1961-1962, así como profesor de Anatomía de los cursos de post-grado de Neurología y Psiquiatría. Jesús Yerena, en su condición de diputado realizó en 1962 una exposición en la Cámara de Diputados de Venezuela para solicitar el traslado de los restos del insigne Dr. Luis Razzetti al Panteón Nacional. Fue delegado del Rectorado de la Universidad

Central de Venezuela al Congreso de la Asociación de Anatomistas franceses celebrado en Madrid, España en 1964 y Presidente del III Congreso Americano de Medicina del Trabajo, en Caracas en 1965. Ocupó diversos cargos en su actividad gremial en las Directivas del colegio de Médicos del Distrito Federal y Federación Médica Venezolana, entre ellos: Presidente del Tribunal Disciplinario, Presidente de la Comisión Tripartita, Presidente de la Comisión de Asesoramiento Científico, Sub-secretario y luego Secretario de la Junta Directiva del Colegio de Médicos del Distrito Federal y Presidente del mismo en los periodos 1957-1958, 1960-1961 y electo en 1970 no ejerciendo el cargo al fallecer ese mismo año.

Jesús Yerena fue comisionado por el Comité Ejecutivo de la Federación Médica Venezolana para numerosos encargos entre ellos contribuir a la creación de un permiso único válido para conducir vehículos y el certificado médico; contribuyó en la elaboración del anteproyecto de contrato de trabajo de los médicos con la Beneficencia y para las modificaciones del reglamento de debates de las Asambleas del Colegio de Médicos. Fue representante del Colegio de Médicos ante el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social para la reorganización de los servicios Médico-asistenciales en el Distrito Federal.

En el I congreso Panamericano realizado en México en 1966 Jesús Yerena participó activamente en la redacción de los estatutos de la Asociación Panamericana de Anatomía. Entre el 25 y el 31 de julio de 1969, Jesús Yerena presidió el II congreso Panamericano de Anatomía y el I congreso Venezolano de Anatomía efectuado en Caracas (Losardo 2009). El Dr. Jesús Yerena durante su fructífera carrera médica y académica publicó más de 25 artículos en revistas médicas, la inmensa mayoría como autor único y/o principal (Sosa 1971) y varios artículos en el diario: "El Universal" entre ellos: "Tricomoniasis vaginal" Tesis Doctoral 1.942, publicada en la Revista Ciencias 1944, Raro Caso de Pubertad Precoz, Revista de Obstetricia y Ginecología Latino-Americano, Año V, Nº 5 Vol. 5, 1.947, "Obra Médico-Social a Favor de los Trabajadores", I Congreso Americano de Medicina del Trabajo, Buenos Aires, 1949, Contribución al Estudio de la Patología de los Obreros del Petróleo", I Congreso Americano de Medicina del Trabajo, Buenos Aires, 1.949, "Función



Sexual y Actividad Deportiva”, Jornadas Bolivarianas de Medicina Deportiva, Caracas, 1.951 (Memoria de los III Juegos Bolivarianos), “El Descanso Dominical como causa de Accidentes del Trabajo”, Revista del I.V.S.S. Año 1. Nº 1, 1.952, “Hacia la Rehabilitación de los Inválidos”, Revista del I.V.S.S, año 1, Nº 1 2, 1.952, “Saturnismo”. Revista del I.V.S.S., Volumen II. Nº 1, 1.953., “Medicina del Trabajo” Prensa Medica, 1.954, “Las Minas de Naricual”, Prensa Médica, 1.954, “El Salario del Miedo”: Prensa Médica, 1.954, “Neumoconiosis (Enfermedades Respiratorias, Producidas por la Inhalación de Polvos) Prensa Médica”, “Labor Desarrollada en la Sección de Higiene y Seguridad Industrial, Análisis de Esta y Perspectivas Inmediatas para Intensificar su Acción”, publicado en folleto multigráfico de la División de Medicina del I.V.S.S. , “Accidentes del Trabajo” en el diario El Nacional 23 de Julio de 1.954, Relato Oficial al III Congreso Americano de Medicina del Trabajo titulado: “Accidentes del Trabajo en los Sistemas de Seguros Sociales con los Doctores: Alejandro Rhode, Luis Alvarado y colaboradores, este Trabajo mereció Mención Especial del Congreso. “Ambiente del Trabajo y Enfermedades Profesionales” presentado en el VI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas, Caracas. 1.955, “La Higiene y Seguridad Industrial y la Salud Pública” presentado al I Congreso Venezolano de Salud Pública y Tercera Conferencia de Unidades Sanitarias, Caracas, 1.956, en colaboración con los Dres: Rómulo Pizani Ricci, Alejandro Rhode, Luis Alvarado y colaboradores, Socialización de la Medicina. “La Hora”. Caracas, 1962, Proletariado de la Medicina, revista “La Hora”, Caracas 1962, Exposición en la Cámara de Diputados de Venezuela sobre el traslado de los restos del sabio Luis Razzetti al Panteón Nacional, Gaceta Médica de Caracas, Nos 1-3, p., 143-150, 1962, Vesalio; su obre escrita con excepción de “La Fábrica”, Rev. de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, Nos 26 y 27, p 155-157, 1965, Evolución de los estudios anatómicos en la Universidad Central de Venezuela. Rev Fed Méd Ven.;13: p.12-18, 1966., Perfil del Dr. José Manuel Agosto Méndez, Trabajo de Incorporación a la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, Rev. de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, p. 115-117, 1967, Aspectos anatomicos de la confluencia safeno-femoral, Bol. Soc. Ven. Cir.: 10, p. 717-730, 1967, El ofrecimiento presidencial sobre trasplantes del corazón en: Temas Médicos, en el diario El Universal

Junio 20, 1968, Historia del Colegio de Médicos del Distrito Federal, Imprenta Nacional, 1968, Médicos Precursores y firmante del Acta del 5 de julio de 1811, en el diario. “El Universal”, julio 5, 1968, Médicos Ilustres: Luis Daniel Beauperthuy. en el diario: “El Universal” , 10 agosto, 1968, Médicos Ilustres: Vicente Salías., en el diario: “El Universal”, octubre 1968, Médicos Ilustre: Francisco Lazo Martí, en el diario: “El Universal”, octubre, 1968, Médicos Ilustres: Laureano Villanueva, en el diario: “El Universal”, noviembre, 1968, Médicos Ilustres: José Izquierdo, en el diario: “El Universal”, noviembre 14, 1968, Discurso pronunciado con motivo de las Bodas de Plata profesionales de la Promoción de 1942, Revista órgano del Curso de Médicos Egresados de la U. C. V., el año de 1942, Nº 2, 1968, Médicos Ilustres: Francisco Molina., en el diario: “El Universal”, 26 noviembre de 1968, Médicos Ilustre: Udón Pérez (Viejo Tigre). en el diario: “El Universal”, 11 diciembre 1968, Médicos Ilustres: J.M. Agosto Méndez. en el diario: “El Universal”, enero 19 1969, Médicos Ilustres: José Luis Cabrera, en el diario: “El Universal”, 26 enero 1969, Médicos Ilustres: Narciso Esparragoza y Gallardo, en el diario: “El Universal”, febrero 19 1969, Médicos Ilustres: Calixto González, en el diario: “El Universal”, marzo 13 1969, Atlas de Disección por Regiones, Editorial Salvat 1969 en conjunto con el Dr. Plaza Izquierdo, Médicos Ilustres: Gerónimo Eusebio Blanco, en el diario: “El Universal”, 5 abril 1969, Médicos Ilustres: Siete Ex Presidentes de la República, en el diario: “El Universal”, 11 abril 1969, Médicos Ilustres: Andrés Bello ¿Médico?, en el diario: “El Universal”, 2 octubre 1969, Dr. José Gregorio Hernández, Escritor Místico, en el diario “El Universal”, octubre 1969, Aspectos endoscopicos de la gonada femenina, Anales del II Congreso Panamericano y I venezolano de Anatomía, 1969, Juicio crítico al libro del Doctor Carlos Travieso, titulado Homenaje a los grandes maestros de la Medicina Venezolana y a las Instituciones Médicas Nacionales (leído en la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina), Palabras a nombre de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina en el homenaje rendido por la Academia Nacional de Medicina y dicha Sociedad a la memoria del Doctor José Gregorio Hernández, Gaceta Médica de caracas, Nos 1 a 3, p. 135-138, 1970.

Jesús Yerena fue un escritor didáctico, sencillo y franco en su mensaje, el cual lo hacía llegar a sus lectores



en una forma apropiada y con sagaz penetración. Tenía entre sus aficiones coleccionar obras pictóricas de arte primordialmente de autores venezolanos y fue también un gran filatelico. En el campo de la Historia de la Medicina como ya se señaló previamente el Dr. Yerena, realizó varios trabajos entre otros: La historia del Gremio Médico en la cuatricentenaria Ciudad de Santiago de León de Caracas en 1968, publicó el perfil de médicos venezolanos ilustres como: Luis Daniel Beauperthuy, Vicente Salias, Francisco Lazo Martí, Laureano Villanueva, José Izquierdo, Francisco Molina, Udón Pérez, José Manuel Agosto, José Luis Cabrera, Narciso Esparragoza, Calixto González y Jerónimo Eusebio Blanco, en el diario El Universal y también escribió un artículo sobre Christian Barnard, cirujano que realizó el primer trasplante cardíaco en el mundo y aprovecho la ocasión para reclamar al Ejecutivo Nacional el ofrecimiento sobre la implantación de las estructuras hospitalarias para la realización de los trasplantes cardíacos en Venezuela.

Conjuntamente con el Dr. Luis Plaza Izquierdo escribió varias guías de trabajos para la docencia en anatomía humana referentes a la Topografía descriptiva de superficie y aplicada así como a las técnicas de disección tales como; Lecciones de Neuroanatomía (1964-1965), Anatomía del abdomen y de la pelvis (1969), Anatomía de cabeza y cuello (1969), Anatomía del miembro inferior (1969), Anatomía del miembro superior y tórax (1969). (Loyo 2008). En 1969 el Dr Yerena en conjunto con el Dr. Plaza Izquierdo publicó el notable libro: Atlas de Disección por Regiones, con la editorial Salvat, este libro de docientos veinte y siete paginas fue uno de los primeros libros en utilizar la nomenclatura anatómica internacional, es un atlas muy didáctico y preciso en cuanto al contenido, con noventa y siete ilustraciones excelentes. Se divide este texto en seis capítulos: Miembro Superior, Tórax y Dorso, Abdomen y Pelvis, Cuello y Cabeza y un sexto capítulo dedicado a diez fotografías (realizadas por Dr Yerena) de piezas del Museo del Instituto Anatómico de la Facultad de Medicina, de la Universidad Central de Venezuela. (Yerena 1969).

El Dr. Yerena y el Dr. Rodríguez Armas realizaron en 1969 una investigación en 150 laparoscopias ginecológicas donde describieron varias morfologías gonadales femeninas como: el ovario silente, el ovario anovulador,

ovarios poliquísticos, gónadas disgenéticas y testículos feminizante (Yerena 1969).

El Dr. Jesús Yerena fue Fundador y Presidente de la Sociedad Venezolana de Medicina del Trabajo y del Deporte, Miembro de la Sociedad Venezolana de Salud Pública, Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina sillón # 6, Miembro de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, Miembro Honorario de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría y Neurología, Miembro Fundador y presidente del Ateneo Venezolano de Morfología, Miembro Fundador de la Asociación Venezolana para el avance de la Ciencia (Asovac), Miembro Titular para Venezuela de la Comisión Internacional Permanente para a Medicina del Trabajo, Miembro correspondiente Extranjero de la Sociedad de Medicina Industrial (Asociación Médica Argentina), Delegado Representante en Venezuela de la Unión Americana de Medicina del Trabajo, Presidente Honorario de la asociación Panamericana de Anatomía (Alegria 1966). El Dr. Jesús Yerena fue un gran médico, gremialista y distinguido profesor de Anatomía Humana, trabajador constante, integro, disciplinado, incansable, promotor de la excelencia y del nacionalismo, gentil, cordial, generoso, muy apreciado y admirado. Supo estimar a sus maestros y se hizo querer por sus discípulos, por el Profesor de Anatomía Doctor José Izquierdo mostró siempre una admiración especial. Durante su trayectoria docente el Dr. Yerena recibió múltiples condecoraciones y diplomas entre ellos: diploma y medalla de Oro del Premio "Actividades gremiales Médicas del Año, Federación Médica Venezolana (1958), premio "Armando Castillo Plaza"(1965), diploma y medalla de Oro del Premio "José María Vargas" por mejor Trayectoria Gremial, Federación Médica Venezolana (1962), diploma y medalla de Oro con motivo de 10 años en el I.V.S.S. , diploma y medalla de Oro como Presidente III Congreso Americano de Medicina del Trabajo, diploma de miembro Honorario de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría, diploma y medallas de la Confederación Nacional de Industrias Brasil, diploma y medalla de Oro con motivo de 20 años en el I.V.S.S. La promoción de Médicos Cirujanos egresados en el año 1970 de la Universidad Central escogieron los nombres de Jesús Yerena y de Augusto Díez como padrinos de los egresados.

El Dr. Jesús Yerena falleció a los 53 años en Caracas, el



4 de julio 1970. En un homenaje póstumo el Consejo Universitario de la Universidad Central de Venezuela, le confirió post-mortem la orden José María Vargas, en su primera categoría (Corbata), asimismo la Federación Médica Venezolana, le otorgó la Medalla F.M.V. en su primera clase (Oro), el 10 de marzo de 1971 (Archila 1971).

En su honor varias instituciones médicas llevan su nombre entre ellas: El Museo Anatómico del Instituto Anatómico "Dr. José Izquierdo" en la Facultad de Medicina, de la Universidad Central de Venezuela, El Hospital de Lídice, el Centro del IVSS en Petare y el consultorio médico en el 23 de Enero de la escuela "Carlos Barrios Padilla" en Caracas. El 10 de Enero de 1972; en el Salón B del Colegio de Médicos del Distrito Federal fue develado un busto del Doctor Jesús Yerena. El Dr. Jesús Yerena está considerado entre los más prominentes anatomistas del país, su labor particularmente en el museo que lleva su nombre y sus obras entre ellas el Atlas de Disección por Regiones continúan siendo un aporte significativo en el área de la enseñanza y aprendizaje de la anatomía humana en Venezuela.

## REFERENCIAS

- Alegría C. 1966. Contestación al Trabajo de Incorporación del Dr. Jesús Yerena como Miembro Numerario de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. p. 115-117.
- Alegría C. 1972. Ante el bronce de Jesús Yerena. Federación Médica Venezolana. Colegio de Médicos del Distrito Federal. p.1-17.
- Alegría C. 1975. Figuras que Dejaron Huellas en la Medicina Venezolana. p. 289-301.
- Archila R. 1971. La literatura venezolana y su historia presencia de médicos. Caracas-Venezuela. p. 410-412.
- Blandenier C. et. Al 2009. Los museos y colecciones anatomopatológicas en Venezuela: Sus orígenes y actual existencia I. VITAE. Oct.-Dic. # 40.
- Briceño-Irragorry L. 2006. Jesús Yerena (1917-1970). Diccionario Biográfico Médico Hispanoamericano. Editorial Ateroca. p.1572.
- Losardo R. 2009. Asociación Panamericana de Anatomía: Reseña Histórica y Normativas Vigentes. Int. J. Morphol., 27 (4):1345-1352.
- Loyo D, Yerena J, Martíni J. 1966. Aspectos anatómicos de la confluencia safeno-femoral. Bol Soc. Ven Cir.;10:717-730.
- Loyo D., Blandenier C. 2008. Jesús Yerena: Fundador del Museo Anatómico del Instituto Anatómico de la UCV. Revista de la Facultad de Medicina, Vol. 31, # 1, p.75-80.
- Plaza I. F., Plaza R. F. 1977. Yerena Jesús. Doctores Venezolanos Médicos In Memoriam. p. 170.
- Sosa I. 1971. Jesús Yerena. Bio-biografía. Instituto Anatómico "José Izquierdo". Biblioteca de Ciencias Morfológicas, (compilación).
- Yerena J., Plaza L. 1969. Atlas de Disección por Regiones, Editorial Salvat.
- Yerena J, Rodríguez O. 1969. Aspectos endoscópicos de la gónada femenina. Anales del II Congreso Panamericano y I Venezolano de Anatomía.



---

## OSTEOPATÍA DE PAGET CRANEAL PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Krivoy Jaime<sup>1</sup>, Dra. De Gouveia M<sup>a</sup> Lucy<sup>2</sup>,  
Dr. José David Mota Gamboa<sup>3</sup>, Dra. Maduro Rosangela<sup>4</sup>.

### RESUMEN

La Osteopatía de Paget, Osteítis deformans, es una enfermedad conocida desde 1877, caracterizada por una disarmonía entre la regeneración y destrucción de los constituyentes óseos, con una tasa de recambio óseo rápida que puede afectar a uno o varios huesos, generalmente asintomática y de diagnóstico accidental por imagenología o por sus complicaciones. Se presenta la revisión de la patología en relación a la presentación de un caso clínico de un paciente femenino sobre la década de los 50, con diagnóstico de la enfermedad. **RCM 2016. 144(1):31-37.**

**Palabras clave:** Enfermedad de Paget, tumores óseos craneales, Osteítis deformans.

### ABSTRACT

Paget`s Disease, Osteitis deformans, It is a disease known since 1877, characterized by a disharmony between regeneration and destruction of bone constituents, with a quickly bone refill that may affect one or more bones, usually asymptomatic and diagnostic images accidental or its complications. Review of the pathology is presented in relation to the presentation of a clinical case of a female patient on the 50 year old, diagnosed with the disease. **RCM 2016. 144(1):31-37.**

**Key words:** Paget`s Disease, cranial bone tumors, Osteitis deformans.

<sup>1</sup>Jefe de Cátedra y Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Caracas. <sup>2</sup>Docente asistencial Cátedra y Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Caracas. <sup>3</sup>Anatomía Patológica, Patología Ósea y Tejidos Blandos. <sup>4</sup>Residente de Post-Grado de la Catedra y Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Caracas.

### INTRODUCCION

La historia natural de la enfermedad de Paget fue descrita por primera vez por Sir James Paget en 1877 en su artículo titulado Osteítis deformante. La enfermedad de Paget es un desorden metabólico focal del hueso que generalmente aparece en personas mayores con una tasa aumentada de remodelación del hueso, que resulta en un aumento de volumen del hueso, puede ser de aparición focal o multifocal, generalmente afecta la Pelvis, parte superior de fémur, cráneo, columna vertebral, humero y tibia.

La mayoría de estas lesiones son asintomáticas y muchas de ellas se encuentran como hallazgo incidental en estudios de imágenes o como una elevación de la fosfatasa alcalina en exámenes de laboratorio. Las que son sintomáticas (5% de los pacientes que asisten a consulta médica), se manifiestan por dolor local, deformidad o compresión por crecimiento del hueso.

El hueso neoformado es mucho más débil y permite la aparición de fracturas patológicas. Algunos casos han reportado eritema y aumento de la temperatura en el área del cráneo afectada, con aumento de vascularización de la lesión con la descripción de la presencia de soplos a la auscultación de la lesión. Se ha registrado una frecuencia del 1,3 al 9% de pacientes con edad avanzada y se comienza a observar a partir de los 55 años con leve predominio masculino, más frecuente en Europa, en Inglaterra se ha descrito una prevalencia de hasta 8,3%, rara en Escandinavia y Asia. En Estados Unidos se ha encontrado una prevalencia de 1-2%, siendo la segunda enfermedad del hueso después de la osteoporosis.

Los cambios radiológicos que se ven en la enfermedad de Paget son caracterizados por la destrucción del hueso, seguido por reparación del mismo. Estas dos fases pueden estar presentes en un mismo caso con expansión del hueso. La fase de destrucción se ve



más frecuentemente en el cráneo y se le denomina osteoporosis circunscrita. Mientras que en la etapa de reparación el hueso se ve esclerótico, expandido y con gruesas trabéculas. En el cráneo los cambios suceden al inicio en la tabla externa y luego afecta ambas tablas craneales y se pierde la diferenciación entre ellas, llegando a aumentar el grosor hasta 5 veces su tamaño normal. Las lesiones osteolíticas pueden ser la única manifestación de la enfermedad inicial mientras que la radiodensidad y la trabeculación son características de un proceso avanzado. Se ha descrito afectación de la base del cráneo con Platibasia, impresión basilar que pueden producir síntomas piramidales por compresión del tallo cerebral, crecimiento óseo que atrapa a los nervios que pasan por los forámenes produciendo hipoacusia y atrofia óptica.

Desde el punto de vista del laboratorio se encuentran cifras elevadas de fosfatasa alcalina con valores séricos de calcio y fósforo dentro del rango normal. Otros marcadores de recambio óseo, reabsorción y formación ósea se han utilizado, como son la fosfatasa alcalina específica de hueso, osteocalcina, procolágeno tipo I, C-propéptido y procolágeno tipo N-propéptido (formación) y marcadores urinarios de reabsorción óseas como la deoxipirridiolina y el N-telopeptido corregido con creatinina. Estos valores se correlacionan con los niveles de fosfatasa alcalina y aparentemente no definen mejor la enfermedad o la respuesta al tratamiento. Raramente se ha descrito transformación en osteosarcoma de la enfermedad de Paget, se presenta en el 1% de los casos. En pacientes con historia familiar de Paget, existe la tendencia a la aparición de lesiones en edades tempranas, más sitios con afectación ósea, acentuación de la deformidad y muchas más fracturas. El hecho que existan las 2 modalidades de presentación esporádica y familiar y que existan áreas geográficas delimitadas con mayor incidencia, hace pensar en la posibilidad de factores ambientales o genéticos involucrados en la patología. En estudios genéticos se han encontrado mutaciones genéticas en un porcentaje de los pacientes, hoy en día se sabe que es un desorden autosómico dominante con penetración variable, los factores ambientales que modulan el fenotipo no han sido aislados todavía.

El tratamiento actual es con la nueva generación de bifosfonatos que ayudan al control de la enfermedad.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 51 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, quien presento cefalea biparietal irradiada a región occipital, progresiva, intensa, atenuada con Ketorolac y exacerbada con la actividad física, concomitantemente fotofobia. Valorada por medicina interna quien hospitaliza con los diagnósticos de 1. Gammapatía monoclonal mieloma múltiple; 2. Nódulo pulmonar; 3. Hipertensión arterial; 4. Tabaquismo. Paciente presentaba como antecedentes personales hipertensión arterial desde hace 5 años, en tratamiento con Olmesartan, Midoxomil 20 mg/día, Asma bronquial en la infancia, histerectomía por miomatosis uterina que ameritó transfusión de hemoderivados. Exeresis de lipoma cervical y abdominal en el 2008 y como antecedentes familiares madre viva 85 años hipertensa con demencia senil, padre fallecido por cáncer de pulmón.

Al examen físico paciente presentaba dolor a la palpación en región parietal derecha, adenopatías latero cervicales bilaterales de 1 x 2 aproximadamente, no dolorosas, móviles, no adheridas a planos, resto del examen físico sin alteraciones. Dentro de los paraclínicos hematológicos la fosfatasa alcalina se encontraba elevada (ver Tabla 1). Estudio de rayos X de cráneo en proyección lateral mostraba múltiples imágenes osteolíticas, con engrosamiento del espesor del hueso (Figura 1), estudio de rayos X de torax, humero y femur se encontraban sin alteraciones (Figura 2, 3 y 4).

Tomografía axial computarizada evidenciaba en ventana ósea engrosamiento diploico de los huesos frontales y parietales a predominio del lado derecho, así como imágenes hipodensas, irregulares en los huesos frontal y parietal, a predominio parietal derecho y mientras que ventana parenquimatosa se mostraba sin alteraciones (Figura 5). RMN cerebral con contraste evidencio imagen heterogénea en T1 y T2 que capta contraste en región ósea fronto-parieto-occipital bilateral a predominio derecho, resto sin alteraciones (Figura 6). Es llevada a procedimiento quirúrgico donde se realiza craniectomía parietal derecha evidenciándose aumento de la vascularización ósea y osteolisis acompañada de fragilidad.

Los estudios histopatológicos reportaron enfermedad de Paget, no observándose infiltración por lesión linfoproliferativa ni encontramos criterios para el



Tabla 1. Paraclínicos

Hematológicos	Fecha 2014			
	21-04	22-04	24-04	28-04
WBC	7.8		5.4	8.2
HB	11.4		11	9.4
Hto	36.5		34.9	30.2
Neu	69.6%		40.8%	77.4%
Linf	23.4%		45.8%	17.3%
Mon	6.9%		12.1%	5.2%
Eos	0		1.1%	0
PLQ	312		315	341
Glucemia	106			96
Urea	NR			NR
Creat	0.6			0.62
Calcio	NR		8.5	8.7
Fosforo	NR		3.5	4.0
Magnesio	NR		NR	NR
Sodio	140		141	142
Potasio	4.0		3.7	4.5
Cloro	108		110	110
Prot T	6.70		6.40	6.50
Alb	3.60			NR
Glog	3.1			NR
A/G	1.16			NR
AST	20		25	28
ALP	158		148	147
GGT	40		85	71
Ac. Urico	2.2		2.6	2.4
PT	13.6			13.2
PTT	30.4			28.8
INR	1.05			1.02
VSG	52		100	62
PCR	NR			NR
V.D.R.L	NEG.			
HIV			NEG.	
HBsAg			NEG.	
Anti HBc			NEG.	
HCV			NEG.	
Ig A		166		
Ig G		1554		
Ig M		115		
Complemento C3		130		
P. Bence Jones	NEG.			

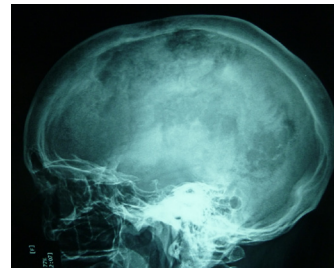


Figura 1. Imágenes osteológicas con áreas de mayor densidad que no respeta la sutura coronal, se aprecia espesor aumentado del grosor del hueso parietal con radiopacidad de la cortical interna y radiolucidez de la cortical externa.

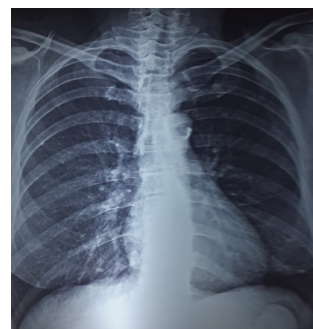


Figura 2. Rayos X de torax, sin alteraciones.



Figura 3. Rayos X de húmero, sin alteraciones.



Figura 4. Rayos X de femur sin alteraciones.

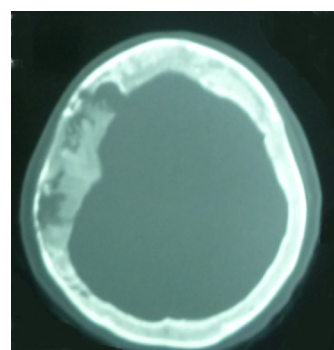


Figura 5. Tomografía axial computarizada en ventana ósea que muestra engrosamiento diploico en huesos frontales y parietales a predominio derecho, imágenes hipodensas, irregulares en huesos frontales y parietales a predominio parietal derecho.

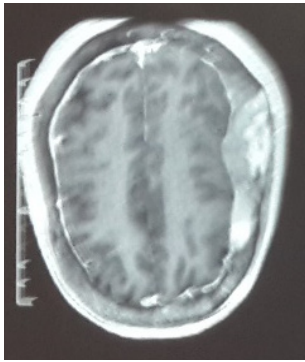


Figura 6. RMN cerebral con contraste donde se evidencia imagen heterogénea que capta contraste en región ósea frontoparieto-occipital bilateral a predominio derecho.

diagnostico de otro tipo de neoplasia (Figura 7, 8 y 9). La inmunohistoquímica del tejido óseo osteoesclerótico fue negativa para el diagnóstico de neoplasia de células plasmáticas.

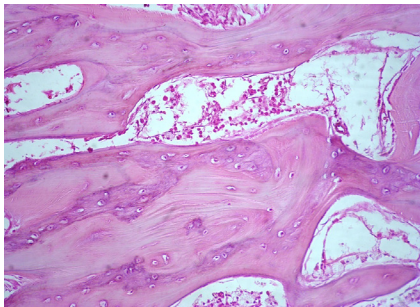


Figura 7. Hiperostosis, trabéculas óseas aumentadas de espesor, presencia de líneas de cemento prominentes.

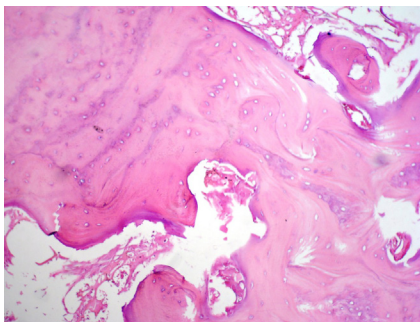


Figura 8. Hiperostosis, trabéculas óseas aumentadas de espesor, presencia de líneas de cemento prominentes. La médula ósea no muestra infiltración por tumor.

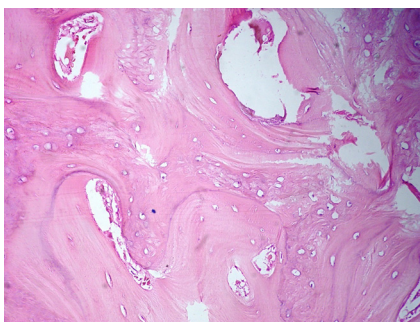


Figura 9. Trabéculas óseas aumentadas de espesor con líneas de cemento prominentes. Los canales de Havers libres de infiltración por neoplasia.

## DISCUSIÓN

La enfermedad de Paget es un trastorno de remodelación ósea crónico, no inflamatorio, que afecta áreas no contiguas del esqueleto, es la segunda enfermedad ósea más frecuente después de la osteoporosis. Su prevalencia muestra una amplia variación geográfica, común en Europa occidental, América y Australia, pero rara en Asia y África. Sin embargo, estudios recientes han informado una reducción inexplicada en la prevalencia y la gravedad de la enfermedad. Esta enfermedad es relativamente común en las personas mayores, se presenta en aproximadamente el 3-4% de la población mayor de 50 años con una ligera predilección del género masculino.

En la actualidad se considera que factores tanto genéticos como ambientales están implicados en la patogénesis de la enfermedad, siendo los factores genéticos el componente más importante de la etiología, donde del 15-40% de los pacientes afectados tienen un familiar de primer grado con la enfermedad. Hasta el momento la enfermedad se comporta como autosómica dominante con penetración variable. Se han determinado 7 loci genéticos, el más documentado es la mutación P392L, asociada a la ubiquitina en el mapa genético PDB3 en locus 5q35, esta mutación está presente en el 46% de los Paget familiar y en 16% de los de aparición esporádica. Se ha propuesto otro loci como 5q31 (locus PDB4) 2q36 y el 10p13.

Histológicamente se observan osteoclastos de apariencia bizarra, multinucleados y en número aumentado, el hueso luce desorganizado con trabéculas de grosor variable rodeado de numerosos osteoblastos, la médula ósea es substituida por tejido estromal altamente vascularizado.

Clínicamente si la enfermedad no está avanzada el hueso puede ser normal, pero en casos avanzados la hipertrofia generada por la constata remodelación ósea puede exponer deformidades, con cambios térmicos importantes en la piel subyacente al fragmento de hueso patológico en el cráneo, es debido al aumento de la vascularización por el recambio óseo elevado. Aunque la mayoría de los pacientes son asintomáticos, los síntomas pueden resultar directamente de la implicación ósea (dolor de huesos, artritis secundaria y fracturas) o secundariamente a partir de la expansión de hueso que causa la compresión de tejido neural



circundante y consecuente presencia de hipertensión endocraneal. El paciente puede además presentar cefalea o pérdida de la audición y estenosis espinal lumbar u otros síndromes de compresión nerviosa con déficits sensoriales o motor. Los síntomas por afectación craneal corresponden a deformidad craneal, pérdida de audición por afectación coclear, cefalea, mareos, vértigo y raramente hidrocefalia con inestabilidad para la marcha, demencia, apatía por robo sanguíneo por la alta vascularización craneal. Puede existir impresión basilar por afectación de la base craneal. Es posible ver venas en el cuello cabelludo dilatadas.

La enfermedad se diagnostica principalmente mediante el examen radiológico. temprano en el curso de la enfermedad, predomina la actividad lítica, causando lesiones osteolíticas focales generalmente en las áreas frontales y occipitales. Posteriormente, las áreas de la esclerosis desarrollan, inicialmente a predominio de la tabla interna más que la externa que se adelgaza por el aumento del diploe, las suturas no son barrera para la enfermedad, lo que conduce a los aspectos característicos de lítico mixtos y áreas escleróticas, con trabéculas engrosadas, expansión ósea, engrosamiento cortical y deformidad. El diagnóstico diferencial se debe establecer con las metástasis escleróticas o líticas deben tenerse en cuenta por ello una exploración ósea con radioisótopo puede ser recomendada en todos los pacientes como parte de la evaluación de diagnóstico inicial para determinar la distribución de la enfermedad, en particular, la participación de los sitios con el potencial de complicaciones, tales como la base del cráneo, la columna vertebral y los huesos largos. La tomografía computarizada es útil para evaluar la participación de la base del cráneo, especialmente para los pacientes con sordera, la estenosis espinal u otras complicaciones neurológicas. En las radiografías de cráneo, se observa osteolisis avanzada como grandes áreas de radiolucidez, generalmente en los huesos frontal y occipital y se designa como "osteoporosis circunscrita". Posteriormente el marcado engrosamiento de la tabla interna de la calota produce importante aumento del espacio diploico conocido como un cráneo "Tam O'shanter". El aspecto clásico de "algodón" es causado por áreas irregulares de osteosclerosis focal como se ha visto en el presente caso.

En el diagnóstico diferencial de las lesiones craneales osteolíticas deben tomarse en cuenta diferentes etiologías: 1.- Congénitas y del Desarrollo, 2.- Traumáticas, 3.- Inflammatorias, 4.- Neoplasias, 5.- Misceláneas. En el grupo de las enfermedades congénitas se encuentran los quistes epidermoides con su borde esclerótico que es característico. La segunda lesión de este grupo sería la displasia fibrosa que es una condición benigna donde el hueso es substituido por tejido fibroso con frecuencia ocurre en el frontal, base craneal, huesos faciales. A diferencia del Paget la edad de aparición más frecuente es adolescentes y adultos jóvenes. En la tomografía de cráneo la imagen de vidrio esmerilado es característica de la displasia fibrosa que histológicamente corresponde a pequeñas calcificaciones sobre un estroma fibroso, Existen 3 variedades de esta lesión: A.- Quística caracterizada por engrosamiento del diploe adelgazamiento de la tabla externa y poca afectación de la tabla interna. B.- Esclerótica que afecta generalmente la base especialmente el esfenoides y los huesos faciales. C.- Mixta donde coinciden las lesiones osteolíticas con las lesiones escleróticas. Algunos de los signos radiológicos que permiten su diferenciación son: imagen vidrio esmerilado en la tomografía computada, la simetría de las lesiones es más frecuente en Paget mientras que la afectación de maxilar, esfenoides, orbita y cavidad nasal.

Los hallazgos de laboratorio generalmente muestran aumento de la fosfatasa alcalina, generalmente es proporcional el aumento al grado de actividad de la enfermedad, pero se pueden encontrar valores normales o ligeramente aumentados en enfermedad monostótica o poliostótica. Se pueden encontrar exámenes normales en lesiones pélvicas aisladas o cuerpos vertebrales afectados o en enfermedades donde predomine la etapa esclerótica en contraste se puede observar valores muy elevados en lesiones craneales.

Existen otros marcadores de laboratorio como son el procolagen tipo I, N-propeptido (PINP), C-telopeptide (CTX), N-Telopeptido urinario (NTx), Hidroxiprolina urinaria aunque se han descrito paciente con gammagrafía que demuestra actividad de la enfermedad



con valores de estas pruebas normales .

Cuando las características clínicas, de laboratorio y radiológicas son características de la enfermedad de Paget, no es necesaria la realización de la biopsia, pero cuando los diagnósticos de enfermedad metastásicas como carcinoma prostático, mieloma múltiple, etc., y estos no están claros se puede realizar. La otra indicación de biopsia es cuando esta enfermedad se presenta en áreas de poca frecuencia, como en este caso.

## CONCLUSIONES

La enfermedad de Paget es una patología que se presenta después de los 50 años, existen áreas geográficas de alta incidencia Inglaterra, Escocia, Europa central. Se caracteriza por un alta tasa de recambio del hueso donde factores genéticos y ambientales están involucrados, múltiples locis genéticos han sido identificados. La mayoría de los pacientes con esta enfermedad son asintomáticos, el cráneo es uno de los sitios afectados con frecuencia, manifestando por cefalea, deformidad craneal, hipoacusia. Las pruebas de laboratorio muestran el aumento del recambio óseo, las lesiones osteolíticas se ven en las etapas tempranas, mientras que en las avanzadas se observa el aumento de grosor y crecimiento óseo. En la mayoría de estos paciente la fosfatasa alcalina esta elevada y otras pruebas de laboratorio no son necesarias, la biopsia está indicada cuando existan dudas en el diagnóstico.

## REFERENCIAS

1. Paget SJ. On a form of chronic inflammation of bones (Osteitis deformans). *Medical Chirurgical Transaction* 29-53(1877).
2. Van Staa TP, Selby P. Incidence and natural history of Paget disease of bone. *England and Wales J. Bone Miner. Res.* 17, 465-471 (2002).
3. Dunphy, L.M., Winland-Brown J.E.. Primary care. *The art and Science of advanced practice nursing Philadelphia* 2001.
4. Altman RD, Bloch DA, Hochberg MC, Murphy WA. Prevalence of pelvic Paget's disease of bone in the United States. *J Bone Miner Res.* 2000; 15:461.
5. Barker D.J, Chamberlain A.T. Paget's disease of bone. The Lancashire focus. *BMJ* 280, 1105-1107 (1980).
6. Barker D.J. The epidemiology of Paget's disease. *Metab Bone Dis Relat Res* 1981; 3:231.
7. Paget's Disease: A Case in Point Nivens, Anita S

- Orthopaedic Nursing; Nov/Dec 2004; 23, 6.
8. Sutton, D. (ed.) (1975) *A textbook of Radiology*, 2nd edn, p. 78. Churchill Livingstone, Edinburgh.
9. Cremers S, Garnero P. Biochemical markers of bone turnover in the clinical development of drugs for osteoporosis and metastatic bone disease; potential uses and pitfalls. *Drugs* 66 , 2031-2058 (2006).
10. Alvares L, Ricos C, Peris P. Components of biological variation of biochemical markers of bone turnover in Paget's bone disease. *Bone* 26, 571-576 (2000).
11. Price C.H. The incidence of osteogenic sarcoma in south West England an its relationship to Paget's disease of bone. *J. Bone Joint Surg Br.* 44-B, 366-376, 1962.
12. Seton M., Choi H.K., Hasen M.F. Analysis of enviromental factors in familial versus sporadic Paget's disease of bone. *The New England Registry for Paget's Disease of Bone. J. Bone Miner. Res.* 18,1519-1524.2003.
13. Seton M. Paget's disease; epidemiology and pathophysiology. *Current. Osteopros Rep* 6, 125-129 (2008).
14. Bastin S, Bird H, Gamble G, Cundy T. Paget's disease of bone: Becoming a rarity?. *Rheumatology (Oxford)* 2009;48:1232-5.
15. Bae KB, Kwon JH, Kim YH, Jung TY, Cho JH. Juvenile Paget's disease with paranasal sinus aplasia. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2008;1:224-6.
16. Karunakaran K, Murugesan P, Rajeshwar G, Babu S. Paget's disease of the mandible. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2012;16:107-9.
17. Chung PY, Beyenes G The majority of the genetic risk for Paget's diseaseof bone is explained by geneticvariants closet o de CSF1, OPTN,TM7SF4 and TNFRSF11 genes. *Hum Genet* 2010;128:615
18. Laurin N, Brown JP Recurrent mutation of the gene encode sequestosome 1 (SQSTM1/P62) in Paget disease of bone. *Am J Hum Genet* 2002;70:1582
19. Lucas GJ,Riches PL Hocking LJ Identification of a mayor locus for Paget disease on chromosome 10p13 in families of British descent. *J Bone Miner Res* 200;23:58
20. Devogelear JP, Bergmann P, Body JJ et al. Management of patient with Paget disease: a consensus document of Belgian Bone Club. *Osteoporos Int* 2008;19:1109
21. Butt ST, Fatima S, Butt R, Nasir W, Jameel G, Irfan J. Polyostotic Paget's disease. *J Coll Physicians Surg Pak.*2012;22:461-3.
22. Bhargava P, Maki JH. Images in clinical medicine. "Cotton wool" appearance of Paget's disease. *N Engl J Med.* 2010;363:e9.



## Osteopatía de paget craneal. Presentación de un caso.

23. Seton M Paget's disease of bone in: Rheumatology 4th Hochberg MC, Silman AJ Elsevier, Philadelphia 2008. P.2003
24. Harink HI, Bijvoet OL, Blanksma HEffacious management with aminobiphosphonate in Paget's disease of bone. Clin Orthop elat Res 1987;79.

---

## LA PALABRA

Jesús Ramón Gandía

### ¿DIÁBETES O DIABETES?

La diabetes *mellitus* es una enfermedad bien conocida desde la antigüedad. De forma sencilla, podríamos definirla como un conjunto de trastornos metabólicos crónicos que se caracteriza por la elevación persistente de la glucosa en sangre y que tiene como una de sus características clínicas más notorias un gasto excesivo de orina.

La palabra tiene su origen en el griego *diabétes*, que a su vez deriva del verbo *diabaíno* “caminar”, formado a partir del prefijo *dia*, “a través de”, y *báino*, “andar, pasar”. Este término, que al castellano llega a través del latín, comenzó a usarse desde el siglo I d.C. por Areteo de Capadocia, con el sentido etimológico de “tránsito, paso”, intentando describir así la excesiva expulsión de orina (poliuria), que era el primer síntoma conocido de la enfermedad. Por muchos siglos la palabra diabetes se hizo sinónimo de poliuria, independientemente de la causa y, posteriormente, otros autores también la utilizaron para referirse a la expulsión de orina azucarada, sin tomar en cuenta la cantidad o composición.

Pero, ¿por qué una palabra esencialmente grave o llana (/diabétes/), tanto en griego como en latín, se ha convertido, especialmente en Venezuela, en una palabra esdrújula? El profesor Ángel Rosenblat nos explicaba, a través de su obra, que la razón era por la influencia de otros esdrújulos que comienzan con *diá-*: *diálogo*, *diámetro*, y sobre todo algunos de la terminología médica, como *diástole*, *diálisis*, *diátesis*, etc.

Por tanto, la palabra debe ser pronunciada en forma llana y escrita con minúscula, como los nombres de todas las enfermedades.

En el caso del adjetivo, *mellitus*, debe ser escrito así, *mellitus*, con doble ele y en cursiva por ser el nombre latino y no con mayúscula ni entrecomillado como se encuentra en numerosos textos.

### Bibliografía:

- Rosenblat Ángel. Buenas y malas palabras
- Díaz Rojo, Antonio. El término diabetes: aspectos históricos y lexicográficos
- Fundéu BBVA



---

## CITAS O FRASES DE LEONARDO DA VINCI

Lic. y Paremiólogo Julián Osca-Soriano.

### La Justicia:

1. “Quien no castiga el mal, ordena que se haga.”  
«Fragmentos literarios y filosóficos»: «Frammenti letterari e filosofici».

Da Vinci, Leonardo. Vinci, República de Florencia, Península Itálica (1452 – 1519). Genial artista y humanista italiano. Sus obras: “La Gioconda” (actualmente en el museo del Louvre de París) y “La última cena”. Mantuvo su vida privada en secreto, al escribir sus diarios en código.

### Justicia / Definición:

2. “La justicia requiere poder, inteligencia y voluntad y se asemeja al águila.”  
Da Vinci, Leonardo. (1452 – 1519).

### Música / Pintura / Armonía:

3. “No debemos llamar la música con otro nombre que el de hermana de la pintura, ya que está subordinada al oído, sentido que viene después del de la visión. Ella compone la armonía, mediante la conjunción de sus partes proporcionales en un mismo tiempo. Está obligada a nacer en uno o varios espacios armónicos. Estos espacios circundan la proporcionalidad de los miembros que la componen, a la manera como lo hace el contorno de los miembros que constituyen la belleza humana.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica (1452 – 1519).

### Gastronomía vegetariana:

4. “Llegará un tiempo en que los seres humanos se contentarán con una alimentación vegetal y se considerará la matanza de un animal como un crimen, igual que el asesinato de un ser humano.”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

### Gastronomía / Carne / Ironía:

5. “Verdaderamente el hombre es el rey de las bestias,

pues su brutalidad sobrepasa la de aquellas.

Vivimos por la muerte de otros: ¡Todos somos cementerios!”

Da Vinci, Leonardo (1452 – 1519).

### Vino / Embriaguez / Ironía:

6. “El vino consumido por el borracho, en el mismo bebedor se venga.”

«De las Fábulas»

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica (1452 – 1519).

### Educación / Alumno / Maestro:

7. “Es digno de compasión el alumno que no aventaja a su maestro.”

“Tristo è quel discepolo che non avanza il suo maestro.”

Italiano clásico

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

### Acción / Natural / Camino corto:

8. “Toda acción natural se verifica por el camino más corto, ninguna puede abreviarse, pues la naturaleza genera del modo más breve posible.”

«Aforismos, “Naturaleza”»

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Italia. (1452 – 1519).

### Acción / Inacción / Destrucción intelecto:

9. “Así como el hierro se oxida por falta de uso, también la inactividad destruye el intelecto.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Italia. (1452 – 1519).

### Amistad / Secreto / Público:

10. “Reprende al amigo en secreto y aláballo en público.”



#### La Justicia:

1. “Quien no castiga el mal, ordena que se haga.”  
«Fragmentos literarios y filosóficos»: «Frammenti letterari e filosofici».  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, República de Florencia, Península Itálica (1452 – 1519). Genial artista y humanista italiano. Sus obras: “La Gioconda” (actualmente en el museo del Louvre de París) y “La última cena”. Mantuvo su vida privada en secreto, al escribir sus diarios en código.

#### Justicia / Definición:

2. “La justicia requiere poder, inteligencia y voluntad y se asemeja al águila.”  
Da Vinci, Leonardo. (1452 – 1519).

#### Música / Pintura / Armonía:

3. “No debemos llamar la música con otro nombre que el de hermana de la pintura, ya que está subordinada al oído, sentido que viene después del de la visión. Ella compone la armonía, mediante la conjunción de sus partes proporcionales en un mismo tiempo. Está obligada a nacer en uno o varios espacios armónicos. Estos espacios circundan la proporcionalidad de los miembros que la componen, a la manera como lo hace el contorno de los miembros que constituyen la belleza humana.”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica (1452 – 1519).

#### Gastronomía vegetariana:

4. “Llegará un tiempo en que los seres humanos se contentarán con una alimentación vegetal y se considerará la matanza de un animal como un crimen, igual que el asesinato de un ser humano.”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Gastronomía / Carne / Ironía:

5. “Verdaderamente el hombre es el rey de las bestias, pues su brutalidad sobrepasa la de aquellas. Vivimos por la muerte de otros: ¡Todos somos cementerios!”  
Da Vinci, Leonardo (1452 – 1519).

#### Vino / Embriaguez / Ironía:

6. “El vino consumido por el borracho, en el mismo bebedor se venga.”  
«De las Fábulas»  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia,

Península Itálica (1452 – 1519).

#### Educación / Alumno / Maestro:

7. “Es digno de compasión el alumno que no aventaja a su maestro.”  
“Tristo è quel discepolo che non avanza il suo maestro.”  
Italiano clásico  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Acción / Natural / Camino corto:

8. “Toda acción natural se verifica por el camino más corto, ninguna puede abreviarse, pues la naturaleza genera del modo más breve posible.”  
«Aforismos, “Naturaleza”»  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Italia. (1452 – 1519).

#### Acción / Inacción / Destrucción intelecto:

9. “Así como el hierro se oxida por falta de uso, también la inactividad destruye el intelecto.”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Italia. (1452 – 1519).

#### Amistad / Secreto / Público:

10. “Reprende al amigo en secreto y alábalo en público.”  
“Riprendi l’amico in segreto e lodalo in palese.”  
Italiano clásico  
«Fragmentos literarios y filosóficos» : «Frammenti litterari e filosofici»  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Sexo/Coito/Fealdad/Rostros:

11. “El acto de emparejamiento y los miembros de los que se sirve son de una tal fealdad que, si no hubiese la belleza de los rostros, los adornos de los participantes y el impulso irrefrenado, la naturaleza perdería la especie humana.”  
Vinci, Leonardo da. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Libros / Buenos / Enseñanzas:

12. “Felices los que prestan oídos a los muertos. Leamos los buenos libros y pongamos en práctica sus enseñanzas.”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia,



Península Itálica. (1452 – 1519).

**Arte / Ojo / Belleza / Pintada / Real:**

13. “El ojo recibe la belleza pintada con el mismo placer que el de la belleza real.”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Arte / Definición:**

14. “El arte es el sentimiento más puro y sincero volcado en un papel.”  
Da Vinci, Leonardo. Península Itálica. (1452 – 1519).

**Arte / Pintura / Poesía / Ironía:**

15. “La pintura es una poesía que se ve y no se oye y la poesía es una pintura que se oye y no se ve.”  
«De los pensamientos de Leonardo Da Vinci, coleccionados por Edmundo Solmi»  
• También dijo esta variante: ‘La pintura es una poesía muda y la poesía una pintura ciega’.  
Da Vinci, Leonardo. Península Itálica. (1452 – 1519).

**Arte / Pintor / Genio:**

16. “El pintor que no duda, poco alcanza. Cuando la obra supera al juicio del que la produce, éste logra escasos resultados. Y cuando el genio supera a la obra, esta obra nunca cesa de mejorar, si la ambición no lo impide.”  
“Quel pittore che non dubita poco acquista. Quando l’opera supera il giudizio dell’operatore, esso operante poco acquista. E quando il giudizio supera l’opera, essa opera mai finisce di migliorare, se l’avarizia non l’impedisce.” Italiano clásico  
«Tratado de la pintura»: «Trattato della pittura».  
Da Vinci, Leonardo. Península Itálica. (1452 – 1519).

**Arte / Belleza / Vida:**

17. “La belleza perece en la vida, pero no en el arte.”  
Da Vinci, Leonardo. Península Itálica. (1452 – 1519).

**Bondad / Hombre bueno:**

18. “Si encuentras a un hombre virtuoso y bueno, no lo apartes, hónralo para que no tenga que huir y refugiarse en desiertos y cavernas u otros lugares solitarios, lejos de tus insidias, míralo como a Dios terrenal, merecedor de estatuas y simulacros.”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia,

Península Itálica. (1452 – 1519).

**Bondad / Maldad:**

19. “Quien no castiga el mal, ordena que se haga.”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Filosofía / Conocimiento / Ignorancia / Alabar / Censura:**

20. “Está mal alabar, peor aún censurar aquello que no se comprende adecuadamente.”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Violencia / Amenaza / Ironía:**

21. “La amenaza es el arma del amenazado.”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Dios / Hombre / Perro:**

22. “Si amas a Dios por los bienes que de Él esperas, imitas al perro que agita la cola al que le tira un hueso. Si el animal conociera la superioridad del hombre, lo amaría más y mejor.”  
«Manuscrito Richter»  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Vida dulce / Dulce muerte:**

23. “Una vida bien cumplida siempre es larga.”  
«Aforismos»  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Vida / Amor:**

24. “Quien no ama la vida no la merece.”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Vida / Eterna espera:**

25. “El hombre que sintiendo constantes deseos, vagando espera la nueva primavera y después el nuevo estío, siempre nuevos meses y nuevos años, creyendo que las cosas ambicionadas llegan demasiado tarde, no se apercibe de que solamente desea su propio fracaso.”

“L’uomo che continui desiderii sempre con festa aspetta la nuova primavera e sempre la nuova state, sempre e nuovi anni, parendogli che le desiderate cose venendo sieno troppo tarde, e non s’avvede che desidera la sua disfazione.”

«Fragmentos de obras literarias y filosóficas»  
:«Frammenti letterati e filosofici»



Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Vida / Felicidad / Reposo / Muerte feliz:**

26. “Lo mismo que tras una jornada bien aprovechada es una felicidad entregarse al reposo, de igual forma una vida bien gastada lleva a un feliz morir.”  
 “Si come una giornata bene spesa dà lieto dormire, così una vita bene usata da lieto morire.”

«Fragmentos de obras literarias y filosóficas»  
 :«Frammenti letteratti e filosofoci»

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Muerte / Dulce sueño / Vida y muerte dulce:**

27. “Así como una jornada bien empleada produce un dulce sueño, así una vida bien usada causa una dulce muerte.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Dinero / Fortuna / Calva:**

28. “Cuando la fortuna viene, tómalala a mansalva y por delante, pues por detrás es calva.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Dinero / Miseria humana:**

29. “¡Oh miseria humana, a cuántas cosas te sometes por el dinero!”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Dinero / Enriquecer:**

30. “El que pretende enriquecerse en un día, se verá apremiado durante un año.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Dinero / Rico / Tesoro:**

31. “El renombre del rico termina con su vida. Se recuerda el tesoro, pero no al atesorador.

Muy diferente es la gloria de la virtud de los mortales que la de sus tesoros.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Juventud / Cuarenta / Vejez / Cara:**

32. “En los últimos cuarenta años, un hombre es responsable de su cara.”

“Ultimi quaranta anni, un uomo è responsabile della sua faccia.”

Italiano clásico

“Passé quarante ans, un homme est responsable de son visage.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Juventud / Vejez / Dura / Consuelo:**

33. “Mientras dura tu juventud, adquiere cosas que luego te consolarán del daño de tu vejez.”

“Tant que dure ta jeunesse, acquiers des choses qui ensuite te consoleront du dommage de ta vieillesse.”

“While your youth lasts, acquire things that then will console you of the hurt of your oldness.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Ciencia / Definición / Experiencia:**

34. “La ciencia es hija de la experiencia.”

«Frammenti letterari e filosofici».

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Ciencia / Práctica:**

35. “El que se enamora de la práctica sin ciencia es como el marino que sube al navío sin timón ni brújula, sin saber con certeza hacia dónde va.”

«Aforismos».

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

**Ciencias / Investigación / Demostración / Matemática / Evidencia:**

36. “Ninguna investigación humana puede llamarse verdadera ciencia si no pasa por la demostración matemática.”

• Frase originaria mencionada y modificada posteriormente por: Julius Wilhelm Richard Dedekind (1831 - 1916): “En Ciencia, lo que se puede probar no debe ser creído sin demostración” (Was beweisbar ist, soll in der Wissenschaft nicht ohne Beweis geglaubt werden).

«Aforismos, “Ciencia”».

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica (1452 – 1519).

**Ciencia / Útil / Fruto / Comunicable:**

37. “Una ciencia es tanto más útil cuanto más universalmente pueden comprenderse sus producciones, y al contrario, lo serán menos en la



medida en que éstas sean menos comunicables.”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Ciencias / Experimento / Certidumbre / Evidencias:

38. “Pero vanas y plagadas de errores me parecen aquellas ciencias que no nacen de la experiencia, madre de toda certidumbre, ni terminan en una noción experimental. Es decir, ni su origen ni su medio, ni su fin pasan por ninguno de los cinco sentidos.”

«Aforismos, “Ciencia”».

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Ciencia / Definición:

39. “¿No ves tú que el tesoro no honra a su acumulador, después de su vida, como hace la ciencia, que atestigua y proclama a su creador, porque es hija de quien la genera y no hijastra como la pecunia?”  
Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Amor / Señor:

40. “Yo te bendigo, Señor. Primero, por el amor que, según mi razón, te debo y porque tú sabes abreviar o prolongar la vida de los hombres.”

«Cuadernos de Kensington»

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Medicina / Médicos:

41. “Los hombres deben a los médicos enfermedades que aquéllos no conocían.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Humor / Risa / Muertos:

42. “Si es posible, se debe hacer reír hasta a los muertos.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Humor / Vida / Movimiento de Humores

43. “Donde hay vida hay calor, donde hay calor vital hay movimiento de humores.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Matrimonio / Serpientes / Esperanza / Anguila / Ironía:

44. “Casarse es como poner la mano dentro de una bolsa llena de serpientes con la esperanza de sacar una anguila.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Virtud / Sembrada / Fama recogida:

45. “El que siembra virtudes recoge fama.”

“Chi semina virtù, fama raccoglie.”

«Fragmentos filosóficos y literarios»: «Frammenti filosofici e letterari»

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Virtud / Personalidad / Originalidad:

46. “Toda cosa desea naturalmente mantenerse en su ser.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Vicio / Lujuria / Definición de lujuria:

47. “La lujuria es la causa de la degeneración.”

“La lussuria è la causa della degenerazione.”

Italiano clásico

“Luxure est cause de dégénération.”

“Lust is the cause of degeneration.”

«Libros»: «Carnets».

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

#### Planeta-Tierra / Fuego / Agua / Tierra:

48. “Todos los elementos, cuando están fuera de su sitio natural, desean volver a él, principalmente el fuego, el agua y la tierra.”

Da Vinci, Leonardo. Vinci, cerca de Florencia, Península Itálica. (1452 – 1519).

Osca-Soriano, Julián. Toulouse, Francia. (1940 - ). Paremiólogo y escritor. Venezolano por nacimiento y español de pleno derecho. Licenciado en Administración de Empresas de la Universidad Central de Venezuela. Especialista en Sistemas de computación, seguridad, inteligencia y contrainteligencia. Presidente de SISTECA.

Recopilado por: Julián Osca-Soriano.

Editado por: Julián Osca-Soriano.

Traducciones por: Julián Osca-Soriano.

E-mail: julianosca@gmail.com

www.julianosca.blogspot.com

Teléfono: (0414) 304-6363

## ASOCIRPLA: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LOS INFANTES.



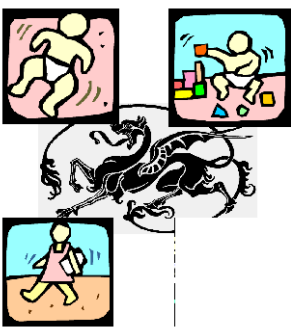

Dr. Luis Ceballos García.

  	<p><b>Avales éticos y científicos</b>          Academia Nacional de Medicina          Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas          Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica Reconstructiva          Sociedad Venezolana de Salud Pública          Fundación Venezuela Sin Límites</p>
<p><b>Síntesis histórica de una organización filantrópica pionera y exitosa</b></p>	
 	<p>El 12 de diciembre de 1956 se fundó en Caracas la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica y Reconstructiva.</p> <p>El 2 de marzo de 1978 se creó en el Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos" una organización de desarrollo social, no gubernamental y sin fines de lucro, denominada ASOCIRPLA para dar apoyo a las labores asistenciales hospitalarias de esta especialidad quirúrgica, en la atención de niños con quemaduras, malformaciones congénitas, neoplasias y traumatismos diversos. <b>(Medicina Curativa)</b></p> <p>En 1986 ASOCIRPLA fundó la Escuela Hogar Luisa Amalia Vegas para la atención social y educacional de niños con secuelas de quemaduras y de escasos recursos económicos. <b>(Medicina Social)</b></p> <p>Desde 1993, a raíz de la obtención del Premio Nacional de Pediatría "Pastor Oropeza" 1992, promueve la prevención de accidentes en los niños <b>(Medicina Preventiva)</b></p>




<p><b>SEDE HOSPITALARIA</b></p>  <p>Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos"</p> <hr/> <p><b>DIRECCIÓN TÉCNICA</b></p>  <p>Asocirpla A.C.</p> <hr/> <p><b>AVALES MORALES Y CIENTÍFICOS</b></p> <p>Academia Nacional de Medicina</p> <hr/>  <p>Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética Y Maxilofacial</p>	 <p><b>Educación a distancia para la comunidad</b></p> <p><b>Trípticos informativos, ilustrados y rimados sobre prevención de accidentes en los niños</b></p> <p><b>Dr. Luis Ceballos García</b>          Individuo de Número, Sillón XXVIII, de la Academia Nacional de Medicina          (Ideas, textos, diagramación y diseño)</p> <p><b>Caracas, Venezuela. 2014</b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Cualidades del Programa Aulas de Vida**

 <p>El Programa Aulas de Vida fue instituido por Asocirpla A.C. en 1993, en el Hospital de Niños "J. M. de Los Ríos".</p> <p>El éxito alcanzado por este programa radica en estas características:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Originalidad</li> <li>2. Simplicidad y brevedad del mensaje</li> <li>3. Calidad de inteligible por los niños</li> <li>4. Replicabilidad ilimitada</li> <li>5. Utilización de rimas para facilitar la internalización de conceptos</li> <li>6. Tradición de 20 años</li> <li>7. Discreción en el envío de la información (Uso de c.c.o.)</li> <li>8. Gratuidad</li> </ol>	  <p>A más prevenir, más y mejor vivir</p>	 <div style="border: 2px dashed blue; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Estos trípticos virtuales: notas, rimas y figuras, muestran acciones vitales, que evitarán desventuras</p> </div> <p>Autor: Dr. Luis Ceballos García Asesor Médico de Asocirpla A.C.</p> <p style="text-align: right; font-size: 24px;"><b>2</b></p>
<b>INFORMACIÓN</b>	<b>ILUSTRACIÓN</b>	<b>RIMAS</b>

I. ACCIDENTES EN GENERAL. Información sobre riesgos: mortalidad		
 <p>Las lesiones de causa externa, entre las que se incluyen las no intencionales (accidentales) causaron en el año 2011, en Venezuela, la muerte de 5.250 menores de 19 años, es decir 14 defunciones cada día.</p>	 	 <div style="border: 2px dashed blue; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Los niños y adolescentes se entregan como carnadas al dragón del accidente, como poco, cual si nada</p> </div> <p>Autor: Dr. Luis Ceballos García Asesor Médico de Asocirpla A.C.</p> <p style="text-align: right; font-size: 24px;"><b>3</b></p>
<b>INFORMACIÓN</b>	<b>ILUSTRACIONES</b>	<b>RIMAS</b>



I. ACCIDENTES EN GENERAL. Información sobre riesgos: morbilidad y discapacidad		
 <p>Cada día es bueno para que la sociedad inicie la prevención de estos dramas que ocasionan discapacidad total y permanente.</p> <p>Si la comunidad organizada no actúa con la urgencia que se requiere, se repetirán estas situaciones a las que están expuestos todos los niños, de todos los estratos económico-sociales, de todo el mundo.</p>	  <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; display: inline-block;">Secuelas de electrocución</div>	  <div style="border: 2px dashed blue; padding: 5px; text-align: center;"> <p><b>El dolor del accidente, duro y difícil de aliviar, tiende a ser permanente: lágrima y sombra del hogar</b></p> </div>  <p style="font-size: small;">Autor: Dr. Luis Ceballos García Asesor Médico de Asocirpla A.C.</p>
<b>INFORMACIÓN</b>	<b>ILUSTRACIONES</b>	<b>RIMAS</b>



---

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

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.

Titulos: 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 anatómo-clínicas, 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 pulsaciones. 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)inicial 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)

Centro Médico de Caracas, Anexo A, Auditorio  
Dr. Joel Valencia Parpacén, Caracas.DC. Venezuela.