

ISSN 0121-1021

e. 0121

ANNALES de la ACADEMIA

DE MEDICINA DE MEDELLIN



EPOCA V. VOL. VI. No. 1 MARZO 1993

LICENCIA No. 5129 DEL MINISTERIO DE GOBIERNO
TARIFA POSTAL REDUCIDA No. 496 DE ADPOSTAL - A.A. 52278 MEDELLIN - COLOMBIA

ANALES de la ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

EPOCA V. VOL. VI. No. 1 - MARZO DE 1993

Director: Dr. Fernando Gartner Posada. Presidente
de la Academia de Medicina de Medellín
Editor académico: Dr. Ramón Córdoba Palacio
Gerente administradora: Dra. Astrid Elena Montoya Restrepo
Comité de redacción: Dra. Angela Restrepo Moreno
Dr. Alfredo Naranjo Villegas
Dr. Mario Robledo Villegas
Dr. Fernando Gartner Posada

Artes finales: ediciones ROJO
Impresión: Drupa Editores

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Es el órgano de expresión de esta centenaria institución y tiene como objetivos primordiales la difusión de los conocimientos médicos y de los valores éticos que han inspirado e impulsado desde su origen la medicina hipocrática. Se propone, además, la exaltación de las personalidades médicas cuya vida y obra merezcan ser enaltecidas como ejemplo a las generaciones médicas.

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN se publica con el patrocinio, especialmente del Fondo CEM y FES, y de las siguientes empresas:

ALMACENES EXITO S.A.

CADENALCO S.A.

CAMARA DE COMERCIO DE MEDELLIN

COMPAÑIA NACIONAL DE CHOCOLATES S.A.

COMPAÑIA PINTUCO S.A.

COMPAÑIA SURAMERICANA DE SEGUROS S.A.

CORPORACION NACIONAL DE AHORRO Y VIVIENDA - CONAVI -

ENKA DE COLOMBIA S.A.

CORFINSURA

Contenido

A nuestros colaboradores	4
Editorial: La seguridad social	5
Dr. Fernando Gartner P.	
Tuberculomas del sistema nervioso central	7
Dr. Santiago Eugenio Acebedo A.	
Expresiones del lenguaje que se escuchan con más frecuencia en la Clínica de Alivio del Dolor	21
Dr. Tiberio Alvarez Echeverri	
Dra. Beatriz Eugenia Meneses	
Dra. María Elena Echeverri Delgado	
Dr. José Manuel Barrios Suárez	
La responsabilidad médica	27
Dr. Fernando Gartner P.	
El emblema o símbolo médico	31
Dr. Rodrigo Angel Mejía	
Vida de la Academia	39
Remembranzas:	
Ernesto Peña Quevedo	41
Dr. Alfredo Naranjo Villegas	
"Tauromaquia: Génesis de arte y cultura" -ensayo- ("La cultura y el arte en el toreo")	43
Dr. Iván Jiménez Guzmán	
"El sentido de la muerte en Horacio"	45
Dr. Alberto Betancourt	
Absceso hepático amebiano	47
Dr. Pablo Robles Vergara	

A nuestros colaboradores

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN es el órgano de expresión de esta Academia y tiene como objetivo primordial la difusión de los conocimientos médicos y de los valores éticos que han inspirado desde sus orígenes la medicina hipocrática, además la exaltación de las personalidades médicas cuya vida y obra merezcan enaltecerse.

Todos los artículos enviados para ser publicados en Anales serán sometidos al estudio del Comité Editorial que debe dar su aprobación a los mismos, de acuerdo con su calidad. La publicación de aquellos no implica que la Academia de Medicina de Medellín, el Director de la revista o sus Editores sean responsables de las opiniones expresadas en ellos. La responsabilidad es, siempre, del respectivo autor o autores.

Las colaboraciones pueden ser: artículos originales, presentación de casos, descripción de métodos diagnósticos, notas terapéuticas, revisión actualizada de temas, trabajos sobre historia de la medicina, estudios sobre ética o deontología médica y, por último, cartas al Editor.

Los trabajos, con la ordenación aceptada internacionalmente, deben enviarse en original y dos copias, escritos a máquina a doble espacio, por un solo lado. Las citas o referencias bibliográficas deben ceñirse a las siguientes normas: a) deben señalarse en el texto con números arábigos en orden consecutivo, según la primera aparición; b) al final del artículo, bajo el subtítulo Referencias Bibliográficas, se hará la relación así:

1° Se conservará el orden de aparición en el texto.

2° Las citas de libros y de revistas deben hacerse de acuerdo con las indicaciones del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC). Las fotografías, gráficas, ilustraciones, etc., deben señalarse con números arábigos; los cuadros o tablas deben tener numeración diferente a las anteriores y también en cifras arábigas.

Los trabajos deben acompañarse de un resumen en español, no mayor de 150 palabras, y de su respectiva traducción al inglés, con el título Summary. Al final del Resumen y del Summary deben colocarse las Palabras clave y las Key words que indiquen los temas en los cuales puede indizarse el artículo.

Las colaboraciones deben enviarse a la siguiente dirección:

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Apartado Aéreo 52278
Medellín - Colombia (S.A.)

Editorial

La seguridad social

Durante el año 1993 el país entero estuvo pendiente del trámite del Proyecto de Ley presentado por el Ejecutivo a consideración del Congreso, y que fue finalmente aprobado al término de dicha legislatura, por medio del cual se sientan las bases para una sustancial reforma del régimen de seguridad social, enmarcado hasta entonces dentro de los ordenamientos consignados en la Ley 90 de 1946 que creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales.

Modificada varias veces, adicionada mediante decretos-leyes expedidos al amparo del Artículo 21 de nuestra anterior Constitución Política, lo cierto es que, si fuéramos a hacer un balance de las realizaciones del antiguo ICSS y posterior ISS, tendríamos que llegar a la conclusión de que ellas han sido muy buenas, pero también muy malas.

Buenas, porque indiscutiblemente el Instituto en sus 44 años de existencia ha prestado extraordinarios servicios asistenciales a los afiliados, gracias a la labor de sus médicos, de sus odontólogos, de sus enfermeras; porque en términos generales ha sido cumplido en los pagos de las prestaciones económicas a sus pensionados; porque, en síntesis, ha sabido cumplir sus obligaciones legales. Sobresale la calidad de la atención hospitalaria, la que, al menos en lo que concierne a las instalaciones del Instituto en Medellín, tradicionalmente ha sido excelente.

Sin embargo, son muchos los aspectos que no permiten calificar con un 5 la labor del ISS. En primer lugar, la baja cobertura poblacional que ha hecho que se considere a los derechohabientes como una clase privilegiada, una "oligarquía de overol", frente a una inmensa masa de conciudadanos desprotegidos. La nueva ley pretende subsanar esta injusticia, posibilitando la extensión de los beneficios de la seguridad social a la gran mayoría de la población.

El otro inmenso lunar, para no llamarlo pecado, es el sistema de contratación de los profesionales de la salud. El médico, el odontólogo, que tenga la fortuna de contar con un "padrino" que le ayude a entrar en la nómina de la Institución, es compelido a realizar su delicada labor en forma muy distinta a como lo hiciera bajo otras circunstancias. El amo sólo le exige el cumplimiento de un horario y llenar una "cuota de producción", sin tener en cuenta la calidad del producto final. Consecuencias: Insatisfacción del usuario y burocratización del profesional.

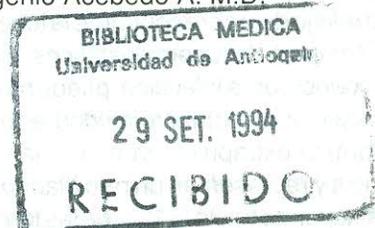
La nueva ley permite el surgimiento de empresas prestatarias de servicios de salud que, en sana competencia con los entes oficiales, obligarán a éstas a replantear sus sistemas. Podemos entonces prever que tanto el ISS como las nuevas empresas habrán de esforzarse por brindar a los pacientes una atención más humana, mejor. Los usuarios podrán escoger la entidad que reciba sus aportes y les presten sus servicios asistenciales. Si bien no se trata de establecer una total libertad de elección del médico por el paciente, al menos éste sí tendrá opción de elegir la entidad que vele por su salud y la de los suyos. -Principio tienen las cosas-

La Ley 100 de 1993 y los decretos reglamentarios que expida el Gobierno, modificarán definitivamente el quehacer médico. -Quiera Dios que ello sea para bien de los profesionales de la salud y de la sociedad en general-

FERNANDO GARTNER POSADA, M.D.

Tuberculomas del sistema nervioso central

Santiago Eugenio Acebedo A. M.D.



RESUMEN

Los tuberculomas del sistema nervioso central se consideran una entidad rara en nuestro medio. Se revisaron todos los casos diagnosticados por biopsia en el Instituto de Patología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en un período de 40 años. Se encontraron 28 casos que corresponden al 1.7% de las biopsias de tumores del sistema nervioso central y meninges.

Hubo 15 casos (54%) en niños menores de 15 años; las manifestaciones principales fueron las de lesión expansiva con hipertensión endocraneana en 72% de los pacientes. La duración de los síntomas fue de tres meses o menos en 68% de los casos. La historia de tuberculosis en otro sitio, o contacto, fue positiva en 13 pacientes (46%). La localización fue múltiple en 5 pacientes (18%) y del total de 40 lesiones 70% fueron supratentoriales, 25% infratentoriales y 5% espinales.

El tratamiento consistió en resección más antituberculosos en diversas combinaciones. Se presentó meningitis pos-operatoria en 4 casos. Hubo tres fallecimientos (10.5%); el tiempo promedio de seguimiento fue de 13 meses. Se comparan los resultados con los de otras series y se destaca la importancia de sospechar la entidad para hacer un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Palabras clave:

Tuberculoma
Sistema nervioso central
Ziehl-Neelsen
Bacilos-acido-alcohol-resistentes
Síndrome de hipertensión endocraneana

SUMMARY

Central nervous system tuberculomas are considered rare in Colombia. Twenty eight histologically verified cases in the Instituto de Patología de la Universidad de Antioquia, from 1951 to 1991 were reviewed; these correspond approximately to 1.7 per cent of the central nervous system tumor biopsies in this period.

Twenty six were intracranial and two intraspinal tuberculomas. There were twenty three isolated and five multiple lesions. From a total of forty lesions, 70 per cent were supratentorial, 25 per cent infratentorial and 5 per cent intraspinal. Fifteen patients were children less than 15 years old.

Most common clinical manifestations were those of raised intracranial pressure in 71 per cent. Personal or family tuberculous history was positive in thirteen patients.

Treatment consisted in surgical excision supplemented with antitubercular therapy for variable time and drug associations. Post-surgical tuberculous meningitis was 14 per cent, and mortality was 10.5 per cent. The mean time follow-up was thirteen months. It is important to keep tuberculoma in mind in the differential diagnosis of central nervous system space-occupying lesions in order to accomplish opportune treatment and to avoid severe impairment.

Key words:

Tuberculoma
Central nervous system
Ziehl-Neelsen, Acid-fast-bacilli
Raised intracranial pressure

INTRODUCCION

La infección tuberculosa continuará como un problema de salud pública en países subdesarrollados mientras persistan las condiciones de extrema pobreza en la mayoría de sus habitantes.

La alta morbimortalidad por la infección tuberculosa del sistema nervioso central en estas comunidades es un claro reflejo del pobre control de la tuberculosis pulmonar^{1, 2, 3}. El empleo de tuberculostáticos, si bien no disminuye la incidencia de la infección, puede modificar los patrones de presentación de la enfermedad; en países desarrollados las formas extrapulmonares no han disminuido en frecuencia y representan un reto diagnóstico y terapéutico, constituyendo hasta el 13% de las formas de tuberculosis (TBC) y de éstas hasta el 8% son formas de infección tuberculosa del sistema nervioso central (IT-SNC)^{4, 5}.

La forma más frecuente de IT-SNC es la meningoencefalitis. En nuestro medio los estudios se centran primordialmente en esta entidad^{6, 7, 8, 9} haciendo poco o ningún énfasis en las formas espinales y formas localizadas de la infección, al parecer dada su baja frecuencia. Sólo los estudios del grupo de la Universidad Nacional en Bogotá mencionan la presencia de tuberculomas cerebrales aislados¹⁰ o haciendo parte del espectro de la IT-SNC^{2, 4, 11}.

Casi por definición de la fisiopatogenia, en toda meningitis TBC se acepta que hay al menos un pequeño granuloma que ocurriría en la primoinfección TBC por siembra hematógena, y que por factores diversos se rompe drenando los bacilos al espacio subaracnoideo, lo cual origina la reacción inflamatoria de la meningitis TBC; así en todos los casos fatales de la TBC meníngea siempre se encontrará el tuberculoma en la autopsia si se lo busca cuidadosamente^{1, 12, 13, 14}. Algunos autores estiman que la asociación clínica de meningitis con tuberculoma ocurre en 10 a 30% de los casos^{1, 2, 4, 13, 15}.

En las series de la Universidad Nacional los tuberculomas constituyen el 7 al 10% de las IT-SNC^{1, 2, 4, 10, 11}.

Sólo con la tomografía "Computarizada" (TC) se han podido documentar más recientemente casos de aparición o expansión paradójica de tuberculomas en el curso del tratamiento de una meningitis TBC¹⁵⁻²⁰.

Los tuberculomas intracraneos también se dan aisladamente sin cuadro de infección meníngea, presentándose como una lesión expansiva intracraneana indistinguible clínica y aun imagenológicamente de otras lesiones expansivas del SNC; de hecho esta es la forma

de presentación más frecuente en algunos países en vía de desarrollo, en donde los tuberculomas constituyen del 15 al 30% de todas las lesiones expansivas intracraneanas^{3, 21}; por el contrario, en los países desarrollados la frecuencia parece estar declinando de alrededor de 2% en los años 50 al 0.15% en los años 70^{22, 23, 24}; la mayoría de los informes incluyen tuberculomas que se manifiestan como lesión que ocupa espacio, mayor de 1 cm de diámetro, pero en muy pocos casos proporcionan datos sobre la confirmación histológica²².

Los tuberculomas intraespinales son aún más raros; hay informes de casos aislados de mielopatía comprensiva secundaria a tuberculoma casi siempre intradural extramedular con o sin aracnoiditis asociada, o más raramente tuberculoma intramedular^{3, 25, 26, 27, 28}.

En vista de la aparente rareza de la entidad, quisimos analizar retrospectivamente los casos de tuberculoma del SNC diagnosticados por biopsia en el Instituto de Patología en un período de 40 años para estimar su frecuencia y determinar sus características clínicas y anatomopatológicas.

MATERIAL Y METODOS

Se buscaron los casos con diagnóstico de tuberculoma del sistema nervioso central en los archivos del Instituto de Patología y del Servicio de Neurología y Neurocirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, en Medellín, desde 1951 hasta 1991. Se encontraron veintiocho casos de pacientes con lesión expansiva del SNC cuya biopsia mostró la típica inflamación granulomatosa crónica con diversos grados de necrosis caseosa, células gigantes tipo Langhans, células epitelioides e infiltrando de predominio mononuclear. Todas las biopsias se revisaron para determinar la presencia de éstas y otras características como arteritis y compromiso de las meninges cuando éstas quedaron representadas en los cortes. También se revisaron las coloraciones de ZIEHL-NEELSEN (ZN) para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR), de metenamina para hongos, según las técnicas establecidas en el Laboratorio de Patología y se recoloraron cuando fue necesario.

En el análisis se incluyeron todos los casos de histología característica y con ZN positivo para BAAR; aquellos con histología característica y ZN negativo sólo se incluyeron si cumplían al menos dos de los siguientes requisitos: Metenamina negativa para hongos, antecedente personal de tuberculosis (TBC) o TBC concomitante en otro sitio, antecedente familiar o contacto TBC, evidencia

clínica o paraclínica de mejoría o resolución asociada al tratamiento antituberculoso y/o comprobación por autopsia.

Se revisaron las historias de los pacientes para obtener datos clínicos, demográficos, de laboratorio, evolución y tratamiento que se anotaron en un formulario diseñado según los objetivos.

RESULTADOS

Los veintiocho casos de tuberculomas del SNC corresponden al 1.7% de las biopsias codificadas como tumores del SNC y meninges en el Instituto de Patología hasta 1991; la frecuencia anual muestra una tendencia a descender en los años 70 con un resurgimiento a fines de los 80 (Figura N° 1).

La distribución por edades: Muestra que 54% de los pacientes tenían menos de 15 años al momento del diagnóstico y la frecuencia de los tuberculomas tiende a ser menor cuando aumenta la edad (Figura N° 2).

La distribución por sexos: No muestra diferencias significativas, aunque hay un ligero predominio de los varones menores de 10 años (Figura N° 2).

La procedencia: Fue de áreas urbanas en 15 casos (54%), rural en 10 casos (36%) y no se pudo confirmar en 3 pacientes.

Manifestaciones clínicas: Se muestran en la Figura N° 3. En 20 pacientes (71%) hubo un síndrome de hipertensión endocraneana (SHEC) como presentación predominante tanto en niños como en adultos; en 18 casos (64%) incluyendo papiledema.

En 12 casos (42%) se presentó déficit motor, 10 de ellos con diversos grados de hemiparesia y 2 pacientes con paraparesia; hubo discreto predominio de déficit motor en los pacientes mayores de 15 años.

Se presentaron 9 casos (32%) de crisis epilépticas, 8 de comienzo parcial que coincidían con la ubicación de la lesión, 4 asociados a déficit motor permanente y 5

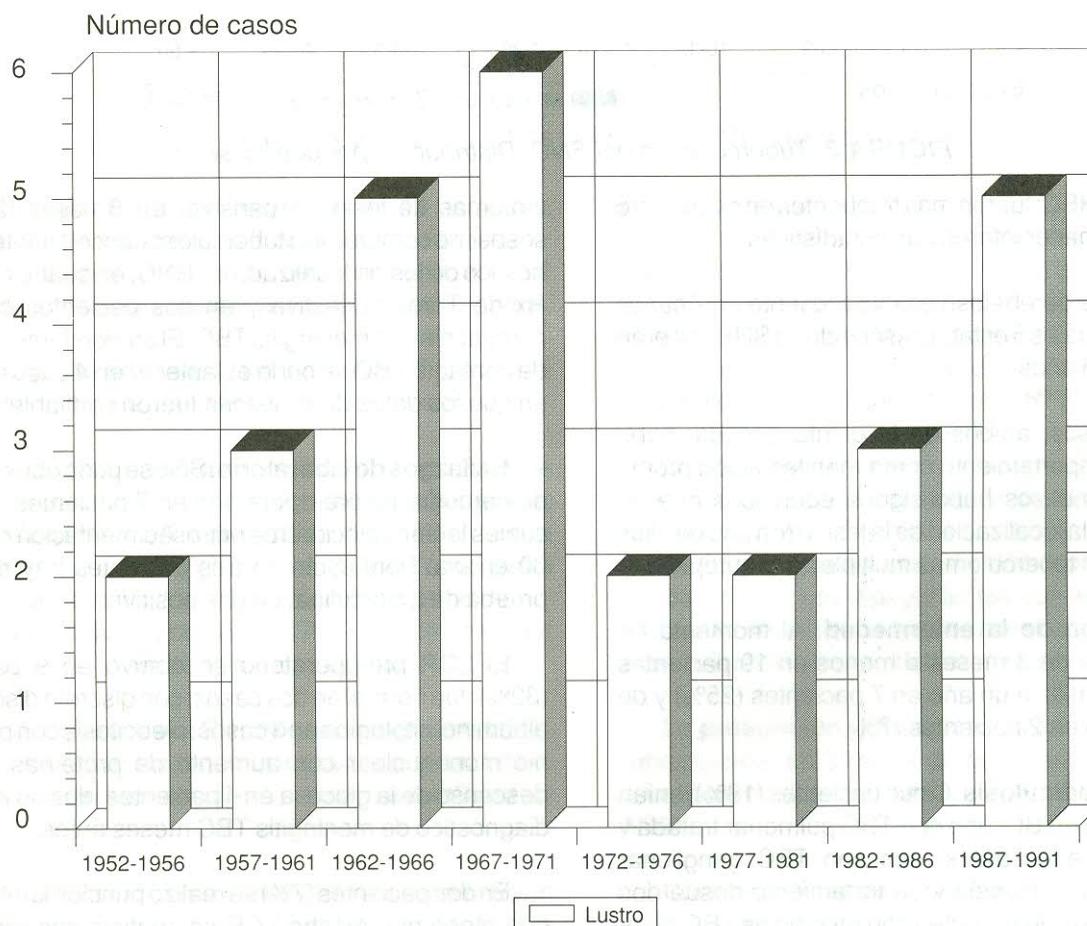


FIGURA 1. Tuberculomas del SNC. Distribución por lustros.

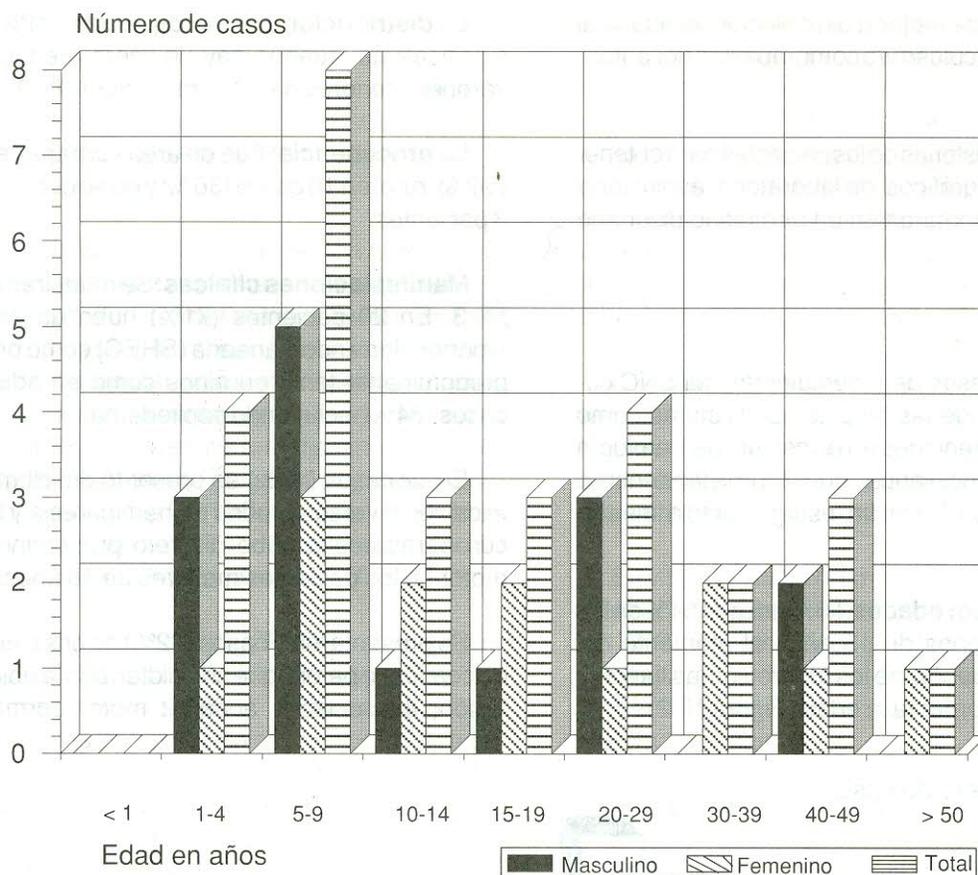


FIGURA 2. Tuberculomas del SNC. Distribución por edad y sexo.

asociados a SHEC; fueron más frecuentes en niños, pero no se pueden hacer inferencias estadísticas.

El síndrome cerebeloso estuvo presente en 7 casos (25%), de los cuales 5 estaban asociados a SHEC; 4 eran menores de 15 años.

En dos casos, ambos de la quinta década, hubo cambio de comportamiento como manifestación prominente. En dos casos hubo signos equívocos que no coincidían con la localización de la lesión (en uno de ellos se encontraron tuberculomas múltiples a la autopsia).

La duración de la enfermedad: Al momento de diagnóstico fue de 3 meses o menos en 19 pacientes (68%), de 4 meses a un año en 7 pacientes (25%) y de más de un año en 2 pacientes (7%).

Historia tuberculosis: Cinco pacientes (18%) tenían antecedentes de TBC; uno con TBC pulmonar tratada y resuelta siete años antes, uno con TBC ganglionar diagnosticada por biopsia y en tratamiento desde dos meses antes, y tres pacientes con meningitis TBC diagnosticada 11, 8 y 3 meses antes del comienzo de los

síntomas de lesión expansiva. En 6 casos (21%) se sospechó compromiso tuberculoso concomitante al diagnóstico de lesión localizada de SNC, en cuatro niños por Rx de Tórax sugestiva y en dos pacientes con LCR compatible con meningitis TBC. El antecedente familiar o de contacto TBC se pudo establecer en 4 casos de los 8 en que los datos de la historia fueron confiables.

Hallazgos de laboratorio: Sólo se pudo obtener datos de hemograma pre-operatorio en 7 pacientes, 6 de los cuales tenían velocidad de eritrosedimentación mayor de 30 en una hora. Sólo en tres pacientes hay datos de prueba de tuberculina, en dos positiva.

El LCR pre-operatorio se obtuvo en 9 pacientes (32%); fue normal en dos casos; con discreta disociación albumino-citológica en 3 casos; pleocitosis con predominio mononuclear con aumento de proteínas y ligero descenso de la glucosa en 4 pacientes, dos de ellos con diagnóstico de meningitis TBC meses antes.

En dos pacientes (7%) se realizó punción lumbar post-operatoria que mostró LCR compatible con meningitis TBC sospechada clínicamente como complicación.

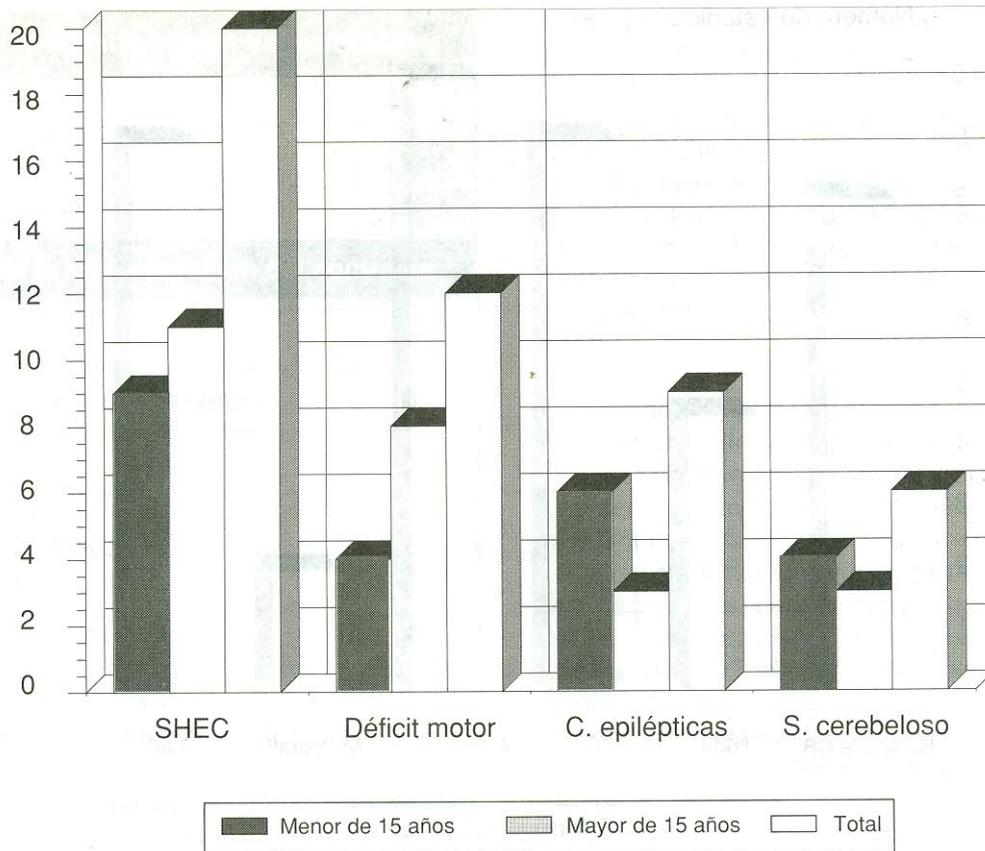


FIGURA 3. Tuberculomas del SNC. Manifestaciones clínicas.

Radiografía del tórax: Hay datos en 14 pacientes (50%), normales 5, con calcificaciones hiliares o parahiliares 5 y compatibles con proceso pulmonar activo 4 (uno ellos con infiltrado miliar), estos últimos todos niños.

Radiografía de cráneo: De 8 estudios, 7 presentan signos indirectos de hipertensión endocraneana.

En 17 casos (61%) el diagnóstico y la localización de la lesión expansiva se hizo con **Neumoencefalografía, Ventriculografía y/o Arteriografía** (hasta 1980) (Figura N° 4). Hubo 9 casos (32%) estudiados con **Tomografía** asistida por computador (TC) cuyos hallazgos se muestran en la Tabla N° 1, y dos casos (7%) de lesión medular que requirieron Mielografía para su estudio.

En 6 casos se practicó **Electroencefalograma (EEG)**, 5 con identificación focal que coincidía con el sitio de la lesión y un paciente con EEG normal (sensibilidad de 84%).

Localización: En 23 pacientes (82%) se demostró un tuberculoma aislado, en 5 pacientes (18%) tuberculomas múltiples, uno con 7 lesiones comprobadas por autopsia,

dos pacientes con 3 lesiones (detectadas en autopsia un caso y en cirugía el otro), y 2 pacientes con 2 lesiones visibles al TC. En 17 pacientes (60%) la localización era supratentorial (2 múltiples). En 7 pacientes (25%) infratentorial (1 múltiple). En 2 casos (7%) con localización supra e infratentorial y dos pacientes (7%) con tuberculoma intrarraquídeo (Tabla N° 2).

La localización según la edad muestra que los tuberculomas supratentoriales se presentaron por igual en niños (8 de 15) que en adultos (9 de 13); los infratentoriales predominan en niños con 5 casos, por 2 en los adultos. Los dos pacientes con lesiones supra e infratentoriales fueron niños, mientras que los 2 con tuberculoma intrarraquídeo eran mayores de 15 años.

La presunción quirúrgica: En los 10 casos fue de tuberculoma, en 3 casos de granuloma, o sea que se reconocieron acertadamente el 46% de los casos (Tabla N° 3).

Características de la lesión: Hay datos del tamaño en 16 lesiones que oscilan entre 1 y 8 cms en su diámetro mayor.

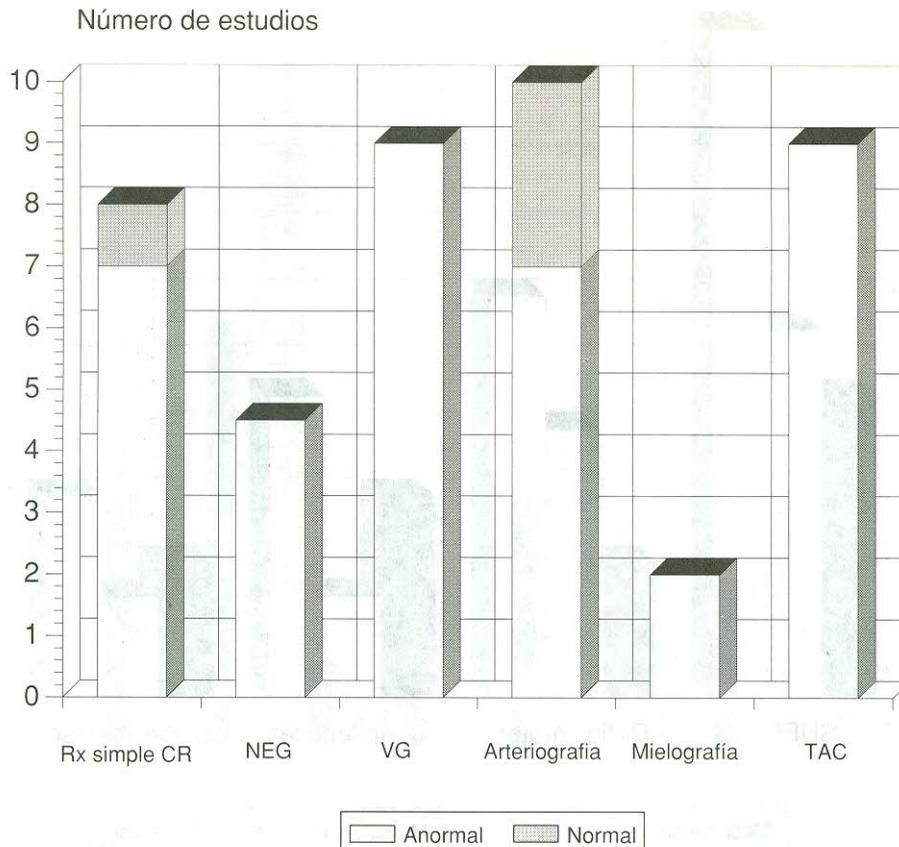


FIGURA 4. Tuberculomas del SNC. Estudios radiológicos practicados.

En 6 casos hubo meningitis crónica local por histología, sin evidencia clínica. En los 5 casos en que había clínicamente meningitis previa o concomitante al diagnóstico de tuberculoma, se corroboró meningitis crónica localizada en el material de biopsia. En 14 casos no había meningitis adyacente al tuberculoma y en 3 casos no quedó representado material suficiente.

Se verificó la presencia de arteritis dentro de o alrededor del tuberculoma en 23 casos (83%); en 8 casos había una arteritis severa y en 15 era moderada o discreta.

Coloraciones especiales: Se realizó coloración de ZN en 24 pacientes, 6 resultaron positivos para BAAR; 4 pacientes con ZN negativo recibían tratamiento antituberculoso desde antes de la cirugía.

En 20 casos se realizó coloración de metenamina, en todos negativa para hongos; 15 de los pacientes con ZN negativo para BAAR, también tenían metenamina negativa para hongos.

Evolución post-operatoria y tratamiento: En 18

pacientes (64%) hubo mejoría clínica. En un paciente no hubo cambios en el estado clínico. Seis pacientes (21%) presentaron complicaciones o déficit neurológico agregado, 3 de estos pacientes fallecieron. En 3 pacientes no se documentó el resultado post-operatorio.

El tratamiento antituberculoso no fue uniforme. Hasta 1970 las principales drogas fueron isoniazida (INH), estreptomina (SM) y ácido para aminosalícico (PAS), después entró en uso la pirazinamida (PZ) y en los años 80 la rifampicina y el etambutol. Los esteroides se utilizaron en el perioperatorio en casos seleccionados, 6 pacientes recibían tuberculostáticos desde antes de la cirugía, todos con evolución satisfactoria. Un paciente había sido tratado para TBC pulmonar y se le reinició el tratamiento en el post-operatorio inmediato con buena evolución, 16 pacientes recibieron tuberculostáticos post-operatorios iniciados en 12 casos durante la primera semana y en 4 entre la segunda a cuarta semana; dos de éstos ya presentaban meningitis TBC como complicación post-quirúrgica. En dos casos no se dio tratamiento antituberculoso y fallecieron antes de 2 meses. En tres casos no se pudo obtener datos del tratamiento.

Antes de la administración del contraste	
Calcificación	0
Ventriculomegalia	2
Efecto de masa	3
Lesión iso o hiperdensa	4
Después de la administración del contraste	
Captación	
Anular	3
Nodular con lucencia central	8
Edema	6
Localización	
Supratentorial	6
Infratentorial	5
Lesiones múltiples	2

TABLA 1. Hallazgos en la tomografía computarizada en 9 pacientes con tuberculoma intracraneano.

El seguimiento de los pacientes por el grupo operatorio fue de una semana a un mes en 9 pacientes (32%), un mes a un año en 11 casos (40%) y más de un año en 5 pacientes (18%). No hay datos de seguimiento en tres pacientes.

Complicaciones: Hubo dos casos de aparición de meningitis crónica (por clínica y hallazgos del LCR), uno con respuesta favorable al iniciar el tratamiento, en el otro con secuelas motoras y cognitivas graves.

En un paciente que falleció al mes de la cirugía, se presume por la historia clínica que tuvo una meningitis TBC post-operatoria, pero no está documentada. Los otros dos casos de fallecimiento ocurrieron en pacientes que se habían perdido del control, regresaron con SHEC aguda y en ambos se encontraron tuberculomas múltiples intracraneanos en la autopsia.

DISCUSION

La proporción encontrada de tuberculomas respecto a los tumores del sistema nervioso central de 1.7% confirma la relativa rareza de la entidad en nuestro medio; se parece más a la de series de la primera mitad de este siglo en EE. UU. (que van de 1.6% a 3.6%), que a la de países subdesarrollados en donde se han encontrado cifras desde 8% hasta 30%^{3,21-24,29-31}; si se le compara con datos más recientes de EE. UU, 0.18%²⁴. Gran Bretaña

0.15% y Nueva Delhi 8%⁷⁰ se puede estimar la importancia real del problema entre nosotros.

La distribución según la edad en esta serie es similar a la encontrada en otros países subdesarrollados, con un mayor porcentaje en menores de 10 años; en países desarrollados los tuberculomas del SNC predominan en adultos, lo que refleja un mejor control de la primoinfección TBC. No hay diferencias por sexos, aunque hay informes discordantes, con predominio en mujeres³⁰ o en varones³².

En prácticamente todas las series se puede observar que el cuadro clínico es indistinguible del de otras lesiones del SNC que ocupan espacio. Si bien se considera una lesión de crecimiento lento, el edema inflamatorio alrededor del tuberculoma lleva a la rápida progresión de un síndrome de hipertensión endocraneana (más aún en lesiones de fosa posterior con hidrocefalia por oclusión del IV ventrículo), siendo ésta la presentación más frecuente^{21, 22, 32, 34-38}. Dependiendo del sitio de la lesión pueden aparecer signos de localización teniendo gran valor las crisis epilépticas de comienzo parcial en 28% y hemiparesia 35%²². Ha sido descrita la aparición de signos equívocos, en esta serie 7%, en otras hasta el 10%³⁰, cuya explicación está por aclarar.

La duración de la enfermedad es muy variada²², pero lo encontrado en esta serie, la mayoría de los casos con una evolución de 3 meses o menos, nos alerta sobre la similitud con otras lesiones expansivas del SNC, especialmente con gliomas³⁰.

El diagnóstico diferencial con otras lesiones se hace aún más difícil, pues la historia para TBC no siempre resulta positiva, del 40%³⁸ al 80%^{35,37,39} según las series; en este estudio, sumando el antecedente personal o familiar de TBC o la evidencia de TBC concomitante en otros sitios (incluyendo meninges), sólo estuvo presente en 13 pacientes (46%).

La velocidad de sedimentación globular preoperatoria puede estar elevada en 45 a 50% de los pacientes^{30,35} si se le compara con 30% en los gliomas³⁰. En la presente serie la VSG preoperatoria estuvo elevada en 86% pero se obtuvo en muy pocos pacientes y no se pueden sacar conclusiones.

Hasta mediados de la década del 70 la angiografía (y en menor medida la ventriculo y la neumoencefalografía) era el principal método para la localización de lesiones intracraneanas que ocupan espacio. Con este examen se localizaban la mayoría de los tuberculomas e incluso

Tuberculomas del sistema nervioso central		Tuberculoma único 23 Ptes.	Tuberculoma múltiple	
Localización en 28 pacientes			Supra o infrat. 3 Ptes.	Supra e infrat. 2 Ptes.
Intracraneano	38 (95%)			
Supratentorial	28 (70%)			
Lóbulo frontal	8	4	2	2
Lóbulo temporal	10	4	5	1
Lóbulo parietal	7	5	2	0
Lóbulo occipital	2	2	0	0
Ganglios basales	1	0	1	0
Infratentorial	10 (25%)			
Hemisferio cerebeloso	7	5	1	1
Vermis cerebeloso	2	1	0	1
Tronco cerebral	1	0	1	0
Intrarraquídeo	2 (5%)			
Intradural extramedular	2 (5%)			
Dorsal	2	2	-	-
Total tuberculomas	40 (100%)		12	5

TABLA 2.

se dividían en dos grupos: tipo vascular, más frecuente, profundo, con bastante efecto de masa, y el tipo vascularizado, poco frecuente, superficial, con poco efecto de masa y cuyo abordaje quirúrgico no sería tan urgente³⁹, aún en la era del TC algunos autores utilizan la demostración de una lesión avascular a la angiografía como un criterio diferencial entre tuberculomas y otras lesiones del SNC³⁸. Se arguye que la arteritis asociada es la responsable del adelgazamiento progresivo de los vasos dentro de la lesión, como hallazgo característico pero no patognomónico del tuberculoma. El diagnóstico por imágenes ha dado un viraje desde la aparición de la tomografía asistida por computador (TC), que por su sensibilidad y poca invasividad representa una ayuda significativa en el manejo y seguimiento de los pacientes^{12, 38, 40-42}. Los hallazgos tomográficos así como los angiográficos, son inespecíficos; se han descrito dos patrones: lesiones de 0.3 a 1 cm con gran edema, representaría tuberculomas inmaduros susceptibles de tratamiento médico y lesiones mayores que captan el contraste en forma anular o nodular, representarían

tuberculomas maduros⁴². En nuestra serie de 9 pacientes con TC sólo se sospechó granuloma en dos casos; la TC por sí sola no hace diagnóstico etiológico y hay casos en que se presta a confusión^{43, 44}. Un punto importante a mencionar es la aparición o expansión de tuberculomas detectados al TC en el curso del tratamiento de una meningitis tuberculosa¹⁵⁻²⁰; en la presente serie el último caso es un ejemplo de esta paradoja terapéutica, y en otros tres se pudiera pensar que ocurrió esta asociación aunque sin seguimiento tomográfico.

Antes de la introducción de la estreptomycin (SM) y la isoniazida (INH) la mortalidad era mayor del 40% casi siempre por meningitis TBC post-operatoria; la combinación del tratamiento quirúrgico con medicamentos antituberculosos redujo la mortalidad a menos del 7%²⁴; en este estudio los 3 pacientes que fallecieron (10.5%) no habían recibido tratamiento anti TBC o lo habían llevado irregularmente; esto demuestra la importancia de sospechar la entidad en el peri-operatorio para iniciar el tratamiento antituberculoso sin pérdida de tiempo y evitar

Presunción operatoria	No. casos	Porcentaje
Tuberculoma	10	36%
Granuloma (etiología en estudio)	3	10.5%
Tuberculoma vs meningioma	3	10.5%
Tuberculoma vs glioma	1	3.6%
Tuberculoma vs astrocitoma cerebelo	1	3.6%
Tuberculoma vs oligodendroglioma	1	3.6%
Meningioma	1	3.6%
Glioma	6	21%
Metástasis	1	3.6%
Lesión expansiva en estudio	1	3.6%
Total	28	100%

TABLA 3. Diagnóstico postoperatorio en 28 pacientes con tuberculoma del SNC comprobado histológicamente.

complicaciones graves. Más recientemente se propone tratamiento médico únicamente, con seguimiento tomográfico, con buenos resultados, lo que ha dado lugar a controversia^{38,45,46}; está por determinarse el papel de la biopsia estereotáxica en el manejo de estas lesiones⁴⁶.

La localización de las lesiones no se aparta de lo encontrado en la mayoría de las series. Merece comentario el hallazgo de un solo tuberculoma del tronco, 3.5%; en otras series constituyen hasta el 8%²¹ lo que indica que a pesar de ser una entidad rara, hay que incluirla en el diagnóstico diferencial de lesiones expansivas del tallo cerebral tanto de niños⁴⁷ como en adultos⁴⁸⁻⁵⁴. Los tuberculomas espinales son más raros aún, encontrándose hasta en 2.5% de los casos⁵⁵; la frecuencia en la actual serie fue tres veces mayor; algunos autores no reconocen como tales a tuberculomas intradurales extramedulares, que representarían una aracnoiditis y paquimeningitis granulomatosa sin la verdadera formación de tuberculoma³, pero hay suficientes casos documentados en la literatura médica^{25-28, 55-63}.

Al estudio histológico la inflamación granulomatosa con necrosis de caseificación es muy característica pero no patognomónica de TBC, y en la mayoría de los estudios no se menciona la confirmación bacteriológica. En la presente serie la positividad del ZN fue del 25% a

diferencia de lo mencionado en otra revisión²⁴, en que llega a 69%. En los casos ZN negativos de la actual serie, a la histología típica se agregó la presencia de otros criterios como la historia positiva de TBC (previa, actual o contacto) en 13 casos (46%), negatividad para hongos en 20 casos (76%), y/o confirmación por autopsia en dos casos.

La presencia de arteritis en la zona reactiva del tuberculoma se comprobó en la mayoría de los casos 82%, y a pesar de ser un hecho reconocido, ha sido objeto de muy pocos estudios⁶⁴. Las meninges estaban involucradas en el proceso inflamatorio en 35% de los casos, en 17% meningitis localizada en el tuberculoma, sin expresión clínica, similar a lo descrito en otros estudios. En ningún caso de la presente serie se cumplieron los criterios para hablar de absceso tuberculoso del SNC^{4, 65-70}.

Agradecimientos

Especial sentimiento de gratitud para el Dr. Francisco Giraldo quien puso a nuestra disposición el archivo del servicio de Neurología y Neurocirugía, a todas las técnicas del laboratorio del Instituto de Patología que recolorearon las placas de biopsia y a las secretarías Luz Mary Castro J. y Astrid Elena Moreno Q. quienes copiaron el texto.



Paciente	Edad/sexo	Duración	Manifestaciones clínicas	Historia de TBC	Localización	Histopatología				Evolución postoperatoria y tratamiento	Seguimiento
						M	A	ZN	Meten.		
1. WJQ	4/M	2 sem.	SHEC	Meningitis TBC, 11 meses antes, hizo tto. completo hasta 2 meses antes	Temporoparietal izquierdo	-	++	No	No	Mejoría INH, PAS, SM desde antes de cgía.	1 m
2. RHZ	18/M	6 m	SHEC Epilepsia motora dcha. Hemiparesia derecha	Negativo	Frontal izquierdo	-	++	No	No	Mejoría. INH, SM, PAS desde el 2º día	2 s
3. AM	6/F	1 m	SHEC	Rx tórax con infiltrado mixto difuso Contacto TBC positivo	Vermis cerebeloso	++	++	No	No	Mejoría. INH, SM, PAS desde el preoperatorio	15
4. DV	30/F	3 m	SHEC Paresia facial central I S. cerebeloso derecho	Negativa	Temporal derecha	++	+++	+	No	Mejoría al 7º día INH, SM, PAS	4 a
5. AE	8/M	2 a	SHEC Hemiparesia izquierda	Negativa	Temporal derecha	++	+++	-	No	¿Mejoría?	SD
6. AFP	60/F	6 m	Epilepsia sensitivo-motora derecha SHEC, hemiparesia d.	Negativa	Occipital izquierdo con extensión parietal	-	++	-	-	Mejoría. INH, PAS, SM al 4º día postoperatorio	1 s
7. AGV	29/M	1 m	S. cerebeloso derecho SHEC	Negativa	Hemisferio cerebeloso derecho	+	+	+	-	Mejoría. INH, PAS, SM al 2º día postoperatorio	5 m
8. GVH	21/M	2 m	S. cerebeloso derecho SHEC	Negativa	Hemisferio cerebeloso derecho	-	-	-	-	Mejoría. INH, PAS, SM 5º día	5 a
9. OOP	10/F	10 m	SHEC Epilepsia tónica gener. Paresia facial central izda. Paresia extrem. dchas.	Negativa	H. cerebeloso derecho resecaado, dos lesiones frontales dchas. (autopsia)	-	++	-	-	Empeora. Se inicia triconjugado al 3er. día irregular. Fallece x HEC	8 m
10. OEV	25/F	2 s	SHEC	Meningitis TBC 8 meses antes, tratada muy irregularmente	Múltiples, 2 frontal der., 2 temporal der., 1 candedado derecho	++	++	No +LCR	No	No mejora. Se pierde del control sin tto. por SHEC agudo, fallece	2 m
11. REL	45/F	1 m	SHEC Hemiparesia izquierda, liberación frontal	Negativa	Frontal derecha	-	+++	-	-	Mejoría. Triconjugado al 4º día	15
12. GG	2/M	2 m	Hemiparesia izquierda	Rx tórax infiltrado apical derecho	Frontal derecha	-	+	-	-	Mejoría. Triconjugado al 1er día. Secuela convulsiones motoras izquierdas	12 a
13. AVC	18/F	1 m	Hemiparesia izquierda, hemianopsia ídem	Negativo	Frontal derecha	++	++	-	-	Mejoría. INH, PAS, SM al 7º día postoperatorio	2 s
14. JAR	8/M	4 m	Epilepsia generalizada tonico-clónica	Negativa	Frontal izquierdo	-	-	-	-	Hemiparesia y afasia INH, PAS, SM al 2º día	2 s

15. AI	11/M	5 a	Epilepsia motora izquierda, hemiparesia izquierda	TBC ganglionar desde 2 meses antes Tra TBC pulmonar	Parietal derecho	+++ ++ - -	Mejoría. INH, PAS, SM, desde el preoperatorio	2 s
16. JSJ	44/M	1 m	Paraparesia espástica	Meningitis concomitante (ascendente)	Intradural extramedular T ₉	++ + - -	Mejoría. INH, PAS, SM desde el 1 día	3 m
17. JR	22/M	4 a	Epilepsia motora derecha SHEC	TBC pulmonar tratada 7 años antes	Temporal izquierdo, tres lesiones	- + + -	Mejoría. Tto. triconjugado desde el 1 día	2 s
18. ICG	6/F	1 m	SHEC Síndrome cerebeloso	SD (-)	Hemisferio cerebeloso	- + + -	SD	SD
19. NB	17/F	4 m	Paraparesia espástica	Meningitis TBC en tto. desde 8 meses antes	Intradural, extramedular T ₅ T ₆	+++ ++ - -	Mejoría. SM, INH, RFM desde antes	5 a
20. LR	3/F	1 m	SHEC, síndrome cerebeloso derecho	Rx tórax infiltrado miliar Abuela materna TBC	Hemisferio cerebeloso derecho, y otro en tronco (irreseccable)	? ? - ¿No?	Igual. INH, RFM desde el 1 día	1 m
21. WAE	4/M	2 m	Síndrome cerebeloso	SD (-)	Hemisferio cerebeloso derecho (< P.C.)	- - + -	SD	SD
22. LCSG	7/M	6 m	SHEC, hemiparesia izquierda, epilepsia motora izquierda	Rx con infiltrado micronodular parahiliar	Parietal derecho	- +++ - No	Mejoría. Desde el 6º día INH, SM, RFM	6 m
23. LESG	36/F	7 m	SHEC hemiparesia derecha	Rx tórax calcificaciones parahiliares; esposo e hijo con TBC pulmonar en tto.	Temporal izquierdo	- + - -	Presentó meningitis, TBC con secuelas graves. Tto. anti TBC 10 días postop.	4 m
24. CAJ	8/M	2 m	SHEC	Negativa	Hemisferio cerebeloso izquierdo	- + - -	Meningitis crónica, fístula LCR x hda. gca. pz. tto. SM, RFM, INH, 1 mes postop.	2 m
25. PV	8/F	2 m	Epilepsia motora izquierda	¿TBC pulmonar? antigua por calcificaciones hiliares bilaterales	Parietal derecho	- + - -	Mejoría. INH, RFM, etambutol 15 días postoperatorio	9 m
26. SG	11/F	1 m	Epilepsia sensitiva derecha, SHEC	Negativa	Parietal izquierdo	- + + -	Mejoría. Recibía RFM, INH, EMB desde preoperatorio	15 m
27. OFA	44/M	3 m	SHEC, hemiparesia derecha, liberación frontal	Negativa	Temporooccipital izquierdo	- + - -	Deterioro. Se perdió del control, sin tto. Fallece probable MTB	1 m
28. ECP	9/M	2 sem	Síndrome cerebeloso	Meningitis TBC en tto. 15 días antes	Hemisferio cerebeloso D. y temporal izquierdo hidrocefalia	++ +++ - -	Mejoría. INH, RFM, PZ, desde preoperatorio	3 m

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vergara, I., Saravia, J., Toro, G., Román, G., Navarro LI. Meningitis del adulto. Revisión Clínica y Patológica de 400 casos. Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional Colombia; 37: 321-379, 1971.
2. Vergara, I., Saravia, J., Toro, G., Calderón, A., Román, G., Navarro, LI. La infección tuberculosa del sistema nervioso central. Estudio de 165 casos y revisión del tema. Acta Med. Colomb.; 1: 33-51, 1976.
3. Mathai, KV., Chandy, J. Tuberculous infections of the Nervous System. Clin Neurosurg; 14: 145-177, 1967.
4. Palma, R., Lizarazo, J., Vergara, I. et al. La infección tuberculosa del sistema nervioso central. Estudio de 86 casos. Acta Med Colomb; 13: 106-124, 1988.
5. Alvarez, S., Mc Cabe, WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited, a review of experience at Boston City and other hospitals. Medicine; 63: 25-55, 1984.
6. Arbeláez, LG., Palacio, G. Estudio Clínico Estadístico de las meningitis en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín con especial referencia a la meningitis tuberculosa. Antioquia Med; 8: 63-77, 1958.
7. Barrera, CE. Meningoencefalitis tuberculosa. Estudio de 72 casos. Antioquia Med; 17: 55-61, 1967.
8. Uribe, H., Restrepo, A., Díaz, F. Estudio prospectivo Clínico y Microbiológico de las meningitis subagudas y crónicas. Antioquia Med; 23: 153-164, 1973.
9. Borrego, C., Betancur, S. Meningitis subagudas y crónicas en adultos. Estudio prospectivo de 27 casos. Tribuna Med; oct: 29-32, 1980.
10. Trujillo, J., Toro, G., Corso, C. Tuberculomas cerebrales. Análisis de 13 casos. Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia; 37: 412-416, 1971.
11. Palma, R., Lizarazo, J. Meningitis tuberculosa un informe de 19 casos. Acta Neurológica Colomb; 2: 16-19, 1986.
12. Whelan, MA., Stern, J. Intracranial tuberculoma. Radiology; 138: 75-81, 1981.
13. Bhargava, S., Gupta, AK., Tandon, PN. Tuberculous Meningitis a CT study. Br. J. Radiol; 55: 189-196, 1982.
14. Rich, AR., McCordock, HA. The pathogenesis of tuberculous Meningitis. Bull Johns Hopkins Hosp; 52: 5-37, 1933.
15. Smith, H. Immunology of cerebral tuberculomas. Progress Clin Neurosc; 1: 99-103, 1985.
16. Lees, AJ., MacLeod, AF., Marshall, J. Cerebral Tuberculomas Developing during treatment of tuberculous Meningitis. Lancet; 1: 1208-1211, 1980.
17. Warner, JF. Cerebral Tuberculomas developing during treatment of tuberculous meningitis. Lancet; 2: 84 letter, 1980.
18. Chambers, ST., Hendrickse, WA., Record, C., Rudge, P., Smith, H. Paradoxical expansion of intracranial tuberculomas during chemotherapy. Lancet; 2: 181-184, 1984.
19. Bouchez, B., Arnott, G. Paradoxical expansion of intracranial tuberculoma during chemotherapy. Lancet; 2: 470-471, 1984.
20. Hendrickse, WA. Paradoxical expansion of intracranial tuberculoma during chemotherapy. Lancet; 2: 749-750, 1984.
21. Asenjo, A., Valladares, H., Fierro, J. Tuberculomas of the brain. Report of 159 cases. Arch Neurol Psychiatry; 65: 146-159, 1951.
22. Sibley, WA, O'Brien, JL. Intracranial tuberculomas A review of clinical features and treatment. Neurology; 6: 157-165, 1956.
23. Thrush, DC., Barwick, DD. Three patients with intracranial tuberculomas with unusual features. J Neurol Neurosurg Psychiatry 37: 566-569, 1974.
24. DeAngelis, LM. Intracranial tuberculoma case report and review of the literature. Neurology (Ny) 31: 1133-1136, 1981.
25. Gokalp, HZ., Ozkal, E. Intradural tuberculomas of the spinal cord. Report of two cases. J Neurosurg 55: 289-292, 1981.
26. Compton, JS., Dorsch, NWC. Intradural extramedular tuberculoma of the cervical Spine. Case report. J. Neurosurg; 60: 200-203, 1984.
27. Freilich, D., Swash, M. Diagnosis and management of tuberculous paraplegia with reference to tuberculous radiculomyelitis. J Neurol Neurosurg Psychiatry; 42: 12-18, 1972.
28. Wilkinson, HA., Ferris, EJ., Muggia, AL., Cantu, RC. Central nervous system tuberculosis a persistent disease. J Neurosurg; 34: 15-22, 1971.
29. Higazi, I. Tuberculoma of the brain. A clinical and angiographic study. J Neurosurg; 20: 378-386, 1963.
30. Dastur, HM., Desai, AD. A comparative study of brain tuberculoma and gliomas based upon 107 case records of each. Brain; 88: 375-396, 1965.
31. O'Brien, NC., Van Eys, J., Baram, TE., Starke, JR. Intracranial tuberculoma in children: a new look at an old problem. South Med J. 81: 1239-1244, 1988.
32. Descuns, P., Garré, H., Phéline, C. Tuberculomas of the brain and cerebellum. J Neurosurg; 11: 243-250, 1954.
33. Arseni, C. Two hundred and one cases of intracranial tuberculoma treated surgically. J Neurol Neurosurg Psychiat; 21: 308-311, 1958.

34. **Lieberman, A., Leroy, D., Bennett, R.** Intracerebral tuberculoma. Case report. *J Neurosurg*; 33: 331-333, 1970.
35. **Anderson, JM., MacMillan, JJ.** Intracranial tuberculoma an increasing problem in Britain. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*; 38: 194-201, 1975.
36. **Damergis, JA., Leftwich, El., Curtin, JA., Witorch, P.** Tuberculoma of the brain. *JAMA*; 239: 413-415, 1978.
37. **Mayers, MM., Kavfman, DM., Miller, MH.** Recent cases of intracranial tuberculomas. *Neurology*; 28: 256-260, 1978.
38. **Harder, E., Al-Kawi, Mz., Carney, P.** Intracranial tuberculoma: Conservative management. *Am J Med*; 74: 570-576, 1983.
39. **Ramamurthi, B., Varadarajan, MS.** Diagnosis of tuberculomas of the brain. Clinical and radiological correlation. *J Neurosurg*; 18: 1-7, 1961.
40. **Peatfield, RC., Shawdon, HH.** Five cases of intracranial tuberculoma followed by serial computerised tomography. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*; 42: 373-379, 1979.
41. **Grabman, JP., Kompore, EA.** Computerised Tomography in the management of cerebral tuberculoma. *West J Med*; 133: 345-346, 1980.
42. **Bhargava, S., Tandon, PN.** Intracranial tuberculomas: a CT study. *Br J Radiol*; 53: 935-945, 1980.
43. **Elisevich, K., Arpin, EJ.** Tuberculoma masquerading as a meningioma. *J Neurosurg*; 56: 435-438, 1982.
44. **Whittle, IR., Allsop, JL., Besser, M.** Tuberculoma mimicking a pinealoma. Case report. *J Neurosurg*; 59: 875-878, 1983.
45. **Wadia, RS., Makhale, CN., Kelkar, AV., Grant, KB.** Focal epilepsy in India with special reference to lesions showing ring or disk-like enhancement on contrast computed tomography. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*; 50: 1298-1301, 1987.
46. **Divate, PG., Apte, CA.** Focal epilepsy in India, letter. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*; 51: 1365-1366, 1988.
47. **Holguín, J., Díaz, H., Uribe, A., Cadavid, LC., Marín, Cl.** Lesiones expansivas no neoplásicas del tronco cerebral en niños. *Acta Neurol Colomb*; 8: 46-49, 1992.
48. **Boghen, D., Filiatrault, R., Descarries, L.** Myokymia and facial contracture in brainstem tuberculoma. A Clinico-pathologic report. *Neurology*; 27: 270-272, 1977.
49. **Dierssen, G., Trigueros, F., Sanz, F., Coca, JM., Orozco, M.** Surgical treatment of a mesencephalic tuberculoma, case report. *J Neurosurg*; 49: 753-755, 1978.
50. **Díaz, E., Gimeno, A., Díaz, A., Leiva, C.** Tuberculoma of the pons. Letter. *H. Neurol Neurosurg Psychiatr*; 44: 266, 1981.
51. **Bravo, G., Vaquero, J., Martínez, R., Cabezudo, J.** Conservative Management of a mesencephalic tuberculoma. Case report. *J Neurosurg*; 55: 287-288, 1981.
52. **Selekler, K., Erbenli, A., Saribas, O., Onol, B.** Giant calcified and ossified midbrain tuberculoma. Case report. *J Neurosurg*; 58: 133-135, 1983.
53. **Lyden, PD.** Tuberculoma of the brain stem. *West J Med*; 147: 198-200, 1987.
54. **Talamás, O., del Brutto, OH., García, G.** Brain Stem Tuberculoma an analysis of 11 patients. *Arch neurol* 46: 529-535, 1989.
55. **Arseni, C., Samitca, D.C.T.** Intraspinal tuberculous granuloma. *Brain*; 83: 285-292, 1960.
56. **Bucy, PC., Oberhill, HR.** Intradural spinal granulomas. *J Neurosurg*; 7: 1-12, 1950.
57. **Slade, HW., Glazer, N.** Extramedullary Spinal tuberculoma. *J pediatr*; 46: 288-295, 1955.
58. **Dibble, JB., Cascino, J.** Tuberculoma of Spinal cord. *JAMA*; 162: 461-462, 1956.
59. **Bertrand, I., Guillaume, JM., Samson, M, et al.** Tuberculome intramedullaire dorsal. *Rev Neurol*; 98: 51-54, 1958.
60. **Lin, TH.** Intramedullary tuberculoma of the spinal cord. *J Neurosurg*; 17: 497-499, 1960.
61. **Jakoby, RK., Koos, WT.** Intradural extramedullary tuberculoma of the Spinal cord. *J Neurosurg*; 18: 557-559, 1961.
62. **Jenkins, RB., Hill, C.** Intradural spinal tuberculoma with genitourinary symptoms. *Arch Neurol*; 8: 539-543, 1963.
63. **Parson, M., Pallis, CA.** Intradural Spinal tuberculomas. *Neurology*; 15: 1018-1022, 1965.
64. **Dastur, DK., Dave, UP.** Ultrastructural basis of the vasculopathy in and around brain tuberculomas. *Am J Pathol*; 89: 35-50, 1977.
65. **Bannister, CM.** A tuberculous abscess of the brain. Case report. *J Neurosurg*; 33: 203-206, 1970.
66. **Rab, SM., Bhatti, IH., Ghani, A., Khan, A.** Tuberculous brain abscess. Case report. *J Neurosurg*; 43: 490-494, 1975.
67. **Mata, PR., Vásquez, C., Joachim, GF., Ruiz, Cobo G., Gil, P.** Tuberculous brain abscess. Case report, *J Neurosurg*; 52: 419-422, 1980.
68. **Reichenthal, E., Cohen, M., Schujman, E., Eynan, N., Shalit, M.** Tuberculous brain abscess and its appearance on computerised tomography. *J Neurosurg*; 56: 597-600, 1982.

69. Whitener, DR. Tuberculous brain abscess. Report of case and Review of the literature. Arch Neurol; 35: 148-155, 1978.

70. Prakash, B., Mehta, G., Gondal, R., Kumar, S., Malhotra, V. Tuberculous abscess of the brain stem. Surg Neurol; 32: 445-448, 1989.

Expresiones del lenguaje que se escuchan con más frecuencia en la Clínica de Alivio del Dolor

"La cultura comienza con el estudio de la propia lengua.

Escudriñad la lengua, porque la lengua lleva la presión de atmósferas seculares, el sedimento de los siglos y el más rico aluvión del espíritu colectivo; escudriñad la lengua".

Unamuno

RESUMEN

De julio de 1983 a julio de 1988 se recopilaron 142 expresiones del lenguaje utilizando para ello el **Libro de Huéspedes** donde se anotaron las palabras, frases o testimonios que denotaran los sentimientos de quienes directamente querían manifestar sus experiencias relacionadas con el dolor y el sufrimiento. Las expresiones recopiladas fueron clasificadas y agrupadas así:

Expresiones de agradecimiento (12 frases); de petición, de ayuda (47 frases); de miedo o temor (14 frases); de humor en la desgracia (32 frases); de contenido filosófico (26 frases); de expresión testimonial (11 frases)

De acuerdo con los resultados obtenidos, la mayoría de las expresiones recopiladas, el 67%, pertenecen a la denominada **fase salmódica** (petición, temor, humor) una fase que lleva al desahogo, a la verbalización, al grito de las tensiones, rabias, dudas, temores y dolores. El 33% de las frases pertenece a la **fase de maduración** o de comprensión del proceso del dolor y el sufrimiento (enfermedad) y de la muerte próxima.

El dolor cumple una función de información para el paciente; le informa de que algo en su organismo no marcha bien; de que algo está errado; de que es necesario tomar una determinación; de que es necesario buscar un alivio. Pero también el dolor cumple una

* Director de la Clínica de Alivio del Dolor

** Grupo de estudio - Clínica de Alivio del Dolor Universidad de Antioquia - Hospital San Vicente de Paúl - Medellín.

Tiberio Alvarez Echeverri *

Beatriz Eugenia Meneses **

María Elena Echeverri Delgado **

José Manuel Barrios Suárez **

SUMMARY

Between July 1983 and July 1988 a survey was done in the institution's **Host's Book** searching for those expressions voluntarily and directly written in their own language by patients (?). The exact words, sentences and testimonies of those who wanted to express their sentiments about pain and suffering were classified and grouped as following:

Expressions of appreciation (12 sentences), on the need of help (47 sentences); of being afraid and apprehensive (14 sentences); of humor at time of despair (32 sentences); on philosophical terms (26 sentences) and testimonial expressions (11 sentences).

According to the results obtained, the large majority (67%) of the expressions belong to the so-called **Psalms phase** (petition, fear, humor), a phase that carries along a sense of liberation, of setting feelings into words, of crying aloud tensions, anger, doubt, fears and pains. The remaining (33%) sentences belong to the **phase of maturity** or of understanding the pain and suffering process (illness) and of the coming death.

función de información para el médico; le sirve para estudiar, analizar, interpretar y tratar el problema que aqueja al paciente.

El artista, el escritor y el investigador también se sirven de la información que da el dolor, tanto el propio como el ajeno, para crear sus obras maestras, para escribir y describir la angustia, el miedo y el horror de la sensación dolorosa; y para investigar los cambios que el dolor

produce en el organismo y en la mente (aspectos filosóficos, religiosos, psicológicos).

Como todo proceso informativo, el dolor requiere un **emisor**, en este caso el paciente y su contexto familiar, un **receptor**, que puede ser el médico, el amigo, el familiar, Dios, el hombre en general, la historia misma que recibe el legado de otros hombres; requiere además un medio o **canal de manifestación**, para dar el mensaje que se quiere, para comunicar, para entrar en contacto con otros, para buscar apoyo y explicación. El medio de manifestación puede ser muy variado, y depende del contexto social, religioso, cultural, científico y trascendental de cada paciente y de las facilidades que tenga para demostrarlo; pero además en el proceso del dolor, como en todo proceso informativo, intervienen los fenómenos llamados incidentes, como son:

- a. **La pregnancia**, que se refiere al nivel del mensaje que obliga a tomar una decisión por parte del médico, en relación con los problemas del paciente.
- b. **El ruido** o todo lo que entorpezca la relación médico-paciente: vocabulario especializado, dificultad para manifestar el dolor (pérdida del lenguaje, imposibilidad de comunicar con la mirada).
- c. **La intención** o inclinación hacia determinado aspecto, hasta donde se quiere llegar, y
- d. **La connotación**, que es aquello que surte de significado todo lo que se quiere comunicar (Milton R. en "El proceso de comunicación en el **vocabulario**" mimeografiado 1988).

Los medios que tiene el paciente para comunicar su dolor pueden ser **orgánicos o biológicos** (gritos, llanto, facies dolorosa, agitación, movimientos); **sicológicos** (miedo, ansiedad, angustia, depresión, desesperanza, inquietud, incertidumbre); **fisiológicos** (aumento de la presión arterial, de la frecuencia respiratoria, del pulso, sudoración, aumento del consumo de oxígeno) e **intelectuales**, que con los psicológicos son manifestaciones propias del ser pensante.

El dolor se comunica desde un punto de vista intelectual, a través de la palabra, del diálogo, de la escritura, de la pintura, de la música, de la filosofía. Pero es quizás la palabra hablada y la escritura, una de las formas (medio) más frecuentes para manifestar el dolor, como en el caso de los **salmos**, en especial los de la lamentación, los salmos más numerosos creados por el hombre (salmos individuales), o por la comunidad (salmos colectivos) en las antiguas culturas y que están recopilados en la Biblia; hay salmos para momentos de dolor, de soledad, de abandono... "Los salmos son una invitación a desahogarnos, a **verbalizar**

ante el Señor nuestras tensiones, rabias, dudas, temores" (Solle, Dorothée, en "Sufrimiento". Ediciones Sígueme, Salamanca 1978, pág 180). Por eso se habla en el tratamiento del dolor y del sufrimiento, de la **fase salmódica**, para hacer referencia al momento o mejor al proceso de comunicación, de verbalización, que requieren estos pacientes para manifestar su dolor o los fenómenos relacionados con el mismo.

Un aspecto interesante cuando se estudia el dolor es que este proceso es un acontecimiento subjetivo, solamente experimentado por el paciente y los acontecimientos subjetivos no son observables por nadie, excepto por quien los padece y "sólo pueden ser descritos en el lenguaje de la psicología"¹. Lo anterior significa que los acontecimientos subjetivos, que los describe cada cual en su lenguaje psicológico, deben ser traducidos a un lenguaje físico fácilmente observable y evaluable por otras personas. Es aquí donde aparece el lenguaje del dolor que requiere posiciones, facies, gritos, gemidos, movimientos y sobre todo palabras, frases, sentencias, dichos, testimonios, expresiones, manifestaciones artísticas que sólo buscan **comunicar** el sufrimiento a otras personas.

Es necesario identificar e interpretar el lenguaje del dolor para efectuar una adecuada evaluación y por lo tanto un mejor tratamiento; "El manejo clínico y experimental del dolor y de los mecanismos analgésicos dependen de la descripción verbal de la persona que sufre dolor"². Cada paciente escoge aquellas palabras o frases que describen mejor lo que está sintiendo y que son propias del idioma, de la cultura, de la religión y del contexto de donde proceden; estas palabras o frases, llamadas también **descriptores verbales** son necesarias para la medición y evaluación del dolor y para manejar las relaciones semánticas entre las palabras o grupos de palabras (frases) que describen las cualidades sensitivas, afectivas y evaluativas del dolor percibido.

Como las palabras y frases escogidas por cada paciente para manifestar dolor, angustia, desesperación y rabia son propias de cada región, se hace necesario recopilar dichos **descriptores verbales** en las áreas de influencia de una Clínica de Alivio del Dolor.

El **propósito** del presente estudio es proveer una información panorámica general, descriptiva e interpretativa de las palabras, frases y expresiones que con más frecuencia se escuchan en la Clínica de Alivio del Dolor del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de pacientes que provienen en su mayoría del Departamento de Antioquia, Medellín, Colombia, Sur América.

OBJETIVOS

Los objetivos del presente trabajo son los siguientes:

1. **Recopilar** los descriptores verbales más frecuentemente utilizados por los pacientes que viven en el Departamento de Antioquia y zonas de influencia, que consultan a la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
2. **Clasificar** dichos descriptores verbales de acuerdo con el significado, intención y forma de expresión, guardando fidelidad a la forma de manifestación cultural.
3. **Interpretar** estas manifestaciones primitivas de la sensación dolorosa buscando con ello una mayor comprensión del fenómeno para un mejor acercamiento al enfoque terapéutico.

METODOLOGIA

Desde el año de 1983, cuando se abrió el **Libro de Huéspedes** de la Clínica de Alivio del Dolor, del Hospital de San Vicente de Paúl, de la Universidad de Antioquia de Medellín, se empezó a anotar por parte de los pacientes, familiares, médicos, enfermeras, voluntarias y visitantes, las palabras o frases que denotaran los sentimientos de quienes directamente querían manifestar sus experiencias relacionadas con el dolor o las del paciente tratado. También se anotan algunas expresiones relacionadas con el momento histórico y doloroso de violencia que vive el país (asesinatos, desapariciones, secuestros, matanzas, genocidios, amenazas), que ha tocado muy de cerca a la comunidad universitaria y hospitalaria. En ocasiones las frases o expresiones fueron transcritas de la prensa, de los libros o de diferentes artículos, o también de autores conocidos que de alguna forma describieron temas relacionados con el dolor o el sufrimiento.

La mayoría de estas expresiones fueron escuchadas de labios de los pacientes o de sus allegados durante el momento de la consulta o de la conversación coloquial y fueron "pescadas al aire" y anotadas en el diario personal de los autores y luego transcritas al **Libro de Huéspedes**.

Se trató de que al copiar cada expresión se conservara lo más fielmente posible la fonética y la escritura propias del medio, con sus defectos de sintaxis y de ortografía.

Todas estas expresiones del lenguaje fueron escritas en forma voluntaria y sin ninguna explicación previa sobre lo que se pretendía realizar. Cada una de las expresiones anotadas manifiestan un determinado sentimiento, que

depende de las características y de la intensidad del dolor, de los fenómenos asociados, de las experiencias anteriores, de la cultura, de la religión y de la "filosofía popular" de cada paciente; por esto las expresiones se trataron de englobar o encasillar en los siguientes módulos: agradecimiento, petición, miedo, información, "filosofía popular" y testimonio.

Algunas de las expresiones son tan dicientes y explícitas que no requieren ninguna explicación; en otras se hace necesario dar el significado o el sentido de las mismas.

RESULTADOS

De julio de 1983 a julio de 1988 se recopilaron 142 expresiones del lenguaje, que fueron clasificadas y agrupadas de acuerdo con los parámetros descritos anteriormente.

- A. Expresiones de agradecimiento (12 frases).
- B. Expresiones que indican petición de ayuda, información, instrucción (47 frases).
- C. Expresiones que denotan miedo o temor (14 frases).
- D. Expresiones que denotan humor en la desgracia (32 frases).
- E. Expresiones de contenido filosófico (26 frases).
- F. Expresiones testimoniales (11 frases.).

A continuación se transcriben, describen, explican e interpretan las expresiones recopiladas.

A. Expresiones de agradecimiento

Es elemental que cada cual agradezca a Dios, a la Virgen, a los santos, a la corte celestial, al médico, al personal de la salud, a la vida... todo lo que se haga por aliviar o curar el dolor y el sufrimiento; pero también, paradójicamente, se agradece la aparición del dolor, pues sirve para expiar faltas cometidas o para alcanzar la gloria eterna. Las frases de agradecimiento encontradas en el presente trabajo, son las siguientes:

1. Gracias a Dios y a los enviados por El, que nos ayudan a comprender la muerte como parte de la vida y la entrega digna de la existencia a un ser superior para seguir viviendo con El. (Enviado. Se refiere al médico o a la enfermera).
2. Gracias a Dios, a la Clínica del Dolor y a su personal por haber llegado hasta mi dolor con afán, amor y cariño y poder llevar así una vida más resignada.
3. No tengo palabras para expresarle mi agradecimiento por todo lo que hizo por mi papá; sólo un "Dios le pague".

4. Agradezco muy sinceramente las atenciones recibidas con motivo de la enfermedad y muerte de mi mamá.
5. Doctor: ustedes humanizan el dolor. Gracias.
6. No solamente la droga es medicina; es gran **lenitivo** el cariño que brindamos las personas que estamos alrededor del enfermo, cosa que hicieron todos y cada uno de ustedes con mi esposa Ana Berta cada vez que he necesitado de los servicios de la Clínica del Dolor. Dios ha de pagarles a todos. (LENITIVO. Que tiene la propiedad de ablandar, suavizar. Medicamento que suaviza. Medio para mitigar los sufrimientos).
7. Al cuerpo médico y al personal de enfermeras de la institución les entrego mi agradecimiento y el "Dios le pague" por haber llegado hasta mi dolor con afán, con amor y con cariño.
8. Doy gracias a Dios y a la Virgen y después de Dios, a todos los médicos que han salvado mi vida: Dios los bendiga y los proteja de todo peligro.
9. Yo, Berta Rosa, quiero expresar mis agradecimientos de la manera más sencilla pero sincera; gracias a la Clínica del Dolor mi vida la puedo llevar resignadamente.
10. A Dios gracias por existir una entidad como ésta.
11. No tenemos forma de agradecer todos los servicios que nos ha prestado la Clínica de los Dolores.
12. La intensidad del dolor nos da la oportunidad de estar más cerca de Dios, siempre que lo llevemos con valor y resignación; es una manera de expiar nuestras fallas. Gracias te doy, Señor, por darme valor de llevar el dolor. (En esta frase se expresa un sentimiento de agradecimiento por el tratamiento recibido, pero hay también la expresión de considerar el dolor como un acto de expiación por alguna falta real o imaginaria cometida por el paciente o por uno de sus allegados. El dolor puede ser considerado un castigo, una penitencia, una forma de alcanzar el cielo, un acto de expiación; puede servir además, según algunos conceptos religiosos, para probar el alma; puede ser, además, un adelanto para pagar las penas del PURGATORIO).

B. Frases que denotan petición

Es muy frecuente la petición de un milagro, la curación de la enfermedad, la desaparición o el alivio del dolor; también se pide en ocasiones tener un dolor, para cumplir con fines expiatorios o de penitencia; se pide mejor información, instrucción, soporte espiritual, paciencia...

Entre las frases que denotan petición se encontraron las siguientes:

1. Yo pido a Dios la curación o la salvación.
2. ¿Por qué el cáncer no puede ser una especie de villano, al que uno pueda matar? (Frase con la que se pide castigo para el dolor; el mal se objetiva como algo que debe desaparecer por aniquilación).
3. No me gusta que me atiendan las mujeres médicas... los hombres son como más estudiados. (Petición que indica selección de médico tratante).
4. ¿Entonces puedo seguir tomando esta droga hasta que estire el guayo? (Se pide permiso para seguir tomando la droga hasta la muerte. Aquí se emplea la palabraguayo para no mencionar la palabra tabú muerte.) GUAYO: Zapato especial que usan los futbolistas.
5. Yo le pido a Dios que me deje llegar a los 100 años de edad para tener tiempo de enterrar a todos los míos. (Frase donde se pide o se negocia un hecho por otro. En el fondo, el paciente no quiere morir, le teme a la muerte; está en fase de negación implícita de la enfermedad terminal que padece.)
6. Doctor: sólo me tomo esa droga si me la pone como penitencia. (El paciente pide que se le cambie la droga).
7. Yo le pido a Dios que ojalá muera copetoncito y que no me muera de alegría, porque nadie me lo creería. COPETONCITO: Algo alicorado.
8. Yo no quiero ser fuerte... Lo que quiero es morir. (Petición de morir rápido).
9. Doctor: ¿esto me va a llevar rápido? (Puede ser petición de mejor información.)
10. No me gustaría morir sin sentir nada. (El paciente quiere saber que se está muriendo). Una variación de esta expresión es dada por este poeta cuando dice:
**Como aventurero,
cuando muera, quiero saber que muero.**
11. Lléneme para mi pueblo, ahora que estoy vivo, porque después de muerto todo será más difícil. (Petición de traslado del hospital, que está localizado en la ciudad, al pueblo donde vive el paciente. Esta expresión hace parte de la llamada "muerte doméstica", según término acuñado por Phillips Aries para referirse a aquellos casos en que la muerte y todo lo relacionado con ella se manejan en forma familiar. En este caso el paciente estaba consciente de su próximo fin y quería morir en su medio ambiente familiar y social, facilitando con tiempo su traslado al lugar deseado).
12. Entonces, doctor: ¿es que no tengo arreglo? (Petición de mayor información. El paciente quiere saber la verdad de su situación).
13. Doctores: sean ustedes amigos, guías, educadores y compañeros alegres de muchos jóvenes enfermos que necesitan su ayuda. (Petición de ayuda de un joven en fase terminal para que los médicos manejen adecuadamente a los pacientes jóvenes).

14. Doctores: descubran la "ciencia de la Cruz" y el verdadero valor del dolor. A cada uno de ustedes le espera la tarea - con entusiasmo - de ser anunciadores de Cristo a sus compañeros de labor. (Petición de un religioso, paciente de la Clínica de Alivio del Dolor, de comprender el mensaje de Cristo y de compartirlo con otros médicos para llenar de significado espiritual la relación médico-paciente).
15. Yo le pido a Dios que me cure tres días para poder comer de todo... es que hace como cien años que no puedo comer porque me mantengo vomitando. (Petición de alivio para el vómito. Para tener apetito, síntoma frecuente en pacientes cancerosos. Es una muestra del lenguaje hiperbólico propio de los antioqueños: "Hace como cien años"...).
16. Es necesario tener pudor frente al dolor; no lo manifestemos sino cuando sea absolutamente indispensable. (Petición para saber sobrellevar el dolor, de mostrar una cara de estar bien, de no preocupar a los demás. Se pide ser estoico).
17. Me tengo que manejar bien porque de lo contrario Dios no me hace el milagro. (Petición intimista de "cambiar el rumbo de vida" para obtener la curación o el alivio. Frase que tiene un componente de negocio o de promesa: si me manejo bien, Dios me hace el milagro).
18. Doctor: si puedo, lo llamo y si no... que le avisen para que vaya al velorio. (Petición para el médico que esté pendiente y disponible "por lo que pueda ocurrir". Es muy frecuente que el paciente y sobre todo la familia, quieran que el médico vaya al velorio. "Lo estuvimos llamando, doctor, para que fuera a ver a mi mamá, ¡Si viera cómo quedó de linda en la caja!").
19. Me gustaría, mejor, que la muerte fuera más bien rápida. (Petición de morir rápido para no sufrir ni hacer sufrir a los demás. Es una frase indicativa de lo que ha pasado en los últimos años, cuando de una petición generalizada de no morir en forma repentina para tener el tiempo del arrepentimiento, se ha pasado a pedir una muerte instantánea o después de un corto proceso de enfermedad. En Antioquia era frecuente la siguiente expresión: "Pidámosle a Dios que no nos dé una muerte repentina").
20. Mamá, venga yo la llevo al hospital, que yo bregó a que la vean los médicos. Yo no quiero que se muera. (Palabras de un niño campesino, proveniente de una zona de violencia, a quien le habían asesinado al padre y a varios hermanos de menor edad. Es una pequeña historia del heroísmo de un menor de edad, que fue capaz de traer a su mamá, afectada de cáncer en fase terminal, desde una lejana tierra, para que le trataran la enfermedad).
21. Para mí es mejor morir seca que llena de agua.
22. Doctor: brégueme a deshincharme, pues la gente me dice que es mejor uno morir seco que lleno de agua. (Petición para que el médico trate el edema que está sufriendo el paciente. Es bien sabido que la retención de agua aumenta el peso, produce trastornos de la circulación y puede llevar a la insuficiencia cardíaca y al edema pulmonar agudo, que puede producir una muerte con asfixia, una de las más temidas. Es frecuente oír expresiones como "doctor, yo sé que tengo cáncer y que me voy a morir; pero, por favor, bregue a que yo no sienta dolor, ni muera asfixiado. Esta es la petición que hizo el paciente de quien se tomó la expresión inicial. Bregar: luchar, trabajar afanosamente por).
23. Quiero morir de Matusalén. (Petición para tener una larga vida, aunque nunca se menciona el tiempo. El paciente no quiere morir. Aquí se utiliza el nombre de Matusalén, tomado de la Biblia, quien, según el Génesis, vivió 969 años, cifra más simbólica que real).
24. Doctor, vengo a que me ponga el tal gota a gota. (Petición que hacen algunos pacientes para que se les aplique un suero o "gota a gota", llamado así por relacionarlo con la forma como el líquido pasa del frasco, a través de un tubo transparente, a la vena del paciente. Suero en el cual se pueden diluir drogas analgésicas, sedantes e hipnóticos. Los pacientes relacionan esto con la droga utilizada para la eutanasia, que puede ser en el fondo la verdadera petición del paciente).
25. - ¡No quiero volver a la vida!
- ¿Por qué?
- Por la angustia de la muerte.
(Petición de no volver a estar en trance de muerte, estado de muchos pacientes que no han podido madurar en el proceso del fallecimiento. Para muchos el temor y la angustia no es por la muerte propiamente dicha sino por la espera de su llegada).
26. ¡Ojalá Dios lo socorra con los reinos de la gloria!
(Petición en frase exclamatoria; frase salmódica de implorar a Dios la ayuda para alguien que murió o que está en trance de muerte).
27. ¡Ahora verá... ya se va a poner a hablar de la muerte!
(Petición en forma de frase exclamativa y con doble sentido para que los presentes no hablen de la muerte ni de los muertos, lo cual puede ser signo de mal agüero).
28. Si velan a ese muchacho aquí en la casa, mataré más muchachos de la cuadra. (Petición con amenaza de un sicario durante el velorio de un muchacho. "Muchachos de la cuadra" es el término empleado para referirse a los muchachos que se reúnen "en barra" en la esquina de cada bloque o cuadra, las cuales en

- muchos casos se convierten en factor de perturbación de la tranquilidad ciudadana).
29. Quisiera decirles a los jóvenes que uno no es infalible. (Petición a los jóvenes que recuerden que todos pueden equivocarse).
 30. Venga mijita, usted no se va a morir todavía sinó cuando mi Dios quiera. (Petición de resignación, de espera paciente, de consolación, de confianza en Dios).
 31. ¡Pueda ser que Dios mi-oiga! (Frase con contenido religioso, espiritual, que denota confianza en Dios).
 32. Le pido a Dios que no me deje penar... ¡es que ya he sufrido mucho! (Petición a Dios para que dé la curación o el alivio del dolor o para que mande la muerte para dejar de sufrir).
 33. Qué tan bueno, doctor, que yo pudiera cantar la misita aquí en esta pequeña capilla. (Petición de un sacerdote en fase terminal, pidiendo el alivio mínimo que le permitiera cantar la misa diaria).
 34. Yo le pido a Dios que si es voluntad de El de aliviarme, pues que me alivie y si no, pues que me lleve con El. (Petición para terminar con los sufrimientos sea con el alivio o con la muerte. Es signo de resignación o de entrega. También puede significar maduración, paz interior).
 35. No quiero morir sin haber saboreado antes la muerte. (Petición con tintes filosóficos, propia de personas instruidas. Es querer llegar hasta el final, lo cual de por sí es imposible. Gabriel García Márquez dice que su más grande frustración como escritor, es el de no poder escribir el proceso de su fallecimiento y de su muerte, las aventuras más grandes del hombre, las cuales siempre se quedarán sin escribir).
 36. Doctor: ¡Tránquele a ese dolor! (Trancar significa obstruir, cerrar una puerta con una tranca o cerrojo. En Antioquia tiene además el significado de luchar, combatir, adoctrinar).
 37. Tengo cáncer en un seno, pero por favor no se lo digan a mi médico que es muy nervioso. (Petición irónica escuchada a una paciente que la pudo haber leído o visto en alguna caricatura y que hace burla del médico que no quiere decir la verdad al enfermo "porque es muy nervioso").
 38. Yo estoy sufriendo mucho y por eso le pido a Dios que me lleve con El; pero el cura me regañó y me dijo que no echara a perder lo ganado y que mejor me quedara callada. (Petición para que Dios se acuerde del paciente y calme el sufrimiento dándole la muerte, pero al mismo tiempo es una frase de regaño por pedir ayuda, lo cual corresponde a cierto concepto de orden religioso de aceptar las cosas tal como vienen, pues a lo mejor "el sufrimiento es una forma de expiación" y por lo tanto no está bien el no pagar las deudas terrenales).
 39. ¡Usté que me quita este dolor y yo que le bailo en la cuerda!. (Petición de alivio del dolor y del contentamiento futuro cuando se cumpla la promesa. "Bailar en la cuerda" es un acto difícil, casi que imposible, para la mayoría de las personas, salvo los volatineros con lo cual se quiere indicar al mismo tiempo que tal como están las cosas el alivio del dolor también es imposible).
 40. Yo le pido a Dios y a todos los santos y a las cortes celestiales que me curen y que lo iluminen a usted, doctor. (Petición a todos los poderes para encontrar alivio y una mayor ciencia para el médico, para que indirectamente pueda aliviar el dolor. Esta frase también tiene cierto componente de negocio o promesa).
 41. Doctor, revísememe bien y me dice cómo va mi canciller. (Petición de información. Utilización de la palabra canciller por cáncer para evitar mencionar esta palabra, para muchos sinónimo de muerte. Frase con cierto contenido humorístico e irónico).
 42. Señor, me diste la enfermedad y la acepté, pero ¿por qué me vas a acabar de rematar con este dolor? (Frase que tiene un componente de aceptación y de resignación pero al mismo tiempo tiene un componente de petición rabiosa de información sobre por qué, además de la enfermedad, aparece el dolor).
 43. Doctor, yo no quiero morir mártir. (Petición que se hace a Dios para no tener los padecimientos de los mártires, que murieron en medio de los más grandes dolores. Según la tradición, el primer mártir fue San Esteban, santo que es invocado por algunos pacientes. Mártir también es la "persona que padece grandes afanes y trabajos; la que padece muerte por confesar y defender la religión de Jesucristo. Muchos sufrieron vejaciones, torturas, proscripciones y aun la muerte").
 44. Yo quiero morirme y no volver a despertar. (Petición de alivio definitivo al desaparecer. Puede denotar depresión por lo que se acerca. Puede significar finalmente un grado de maduración y deseo de morir).
 45. Yo leo el "credo del sufrimiento" y como que me voy aliviando. (Petición de algo a través de la oración).
 46. Le recé el Rosario irresistible al Corazón de Jesús y ya me siento mejor. (Petición de algo a través de la oración).
 47. Los "Puertas" no pueden ni deben llorar. (Frase escuchada a la esposa de un paciente que murió víctima de enfermedad cancerosa y que prohibió que durante el proceso de fallecimiento y después del deceso toda manifestación de tristeza y mucho menos de llanto, porque es tradicional que la familia de apellido Puerta no debe llorar).

La responsabilidad médica

Fernando Gartner Posada *



RESUMEN

En este artículo, el autor se refiere primeramente al vertiginoso progreso que ha experimentado la medicina a partir de la II Guerra Mundial, progreso basado fundamentalmente en el avance de las ciencias afines (farmacología, electrónica, físico-química, etc.). Paradójicamente, la imagen del médico ante la sociedad no es la misma que ostentaba en un pasado no remoto, cuando por su labor eminentemente humana ocupaba un sitio de honor, de cuasidivinidad ante sus congéneres.

Esta situación de privilegio quizás llevó al médico a considerarse inmune, a olvidar que, antes que médico es un ser humano con virtudes y defectos, capaz de obrar bien pero también de atentar contra el bienestar de los demás. -Y, como ser humano, debe responder por sus actos.-

Es por lo tanto absolutamente necesario que el médico ajuste estrictamente su labor a las más puras normas éticas, científicas y humanitarias; debe recibir en las aulas universitarias una sólida información acerca de los derechos del enfermo y de los suyos propios y debe saber respetar los primeros y exigir los segundos.

Sin duda alguna, podemos afirmar que la II Guerra Mundial, aquella hecatombe que vivió la humanidad entre 1939 y 1945, marcó el comienzo de lo que, para usar la expresión de moda en nuestro país, podemos llamar el gran revolcón de la medicina, quizás sólo comparable a los que en su tiempo produjeron los descubrimientos en un Pierre y una Marie Curie, de un

SUMMARY

In this article, the author emphasizes the vertiginous progress that has characterized medicine from the time of the second World War on. Such a progress has been based fundamentally in the advancement of the allied sciences (pharmacology, electronics, physico-chemistry, etc.). Paradoxically, in front of the society the image of the physician has changed and differs from the one he once occupied in a non-too remote past, when on the basis of his fundamentally humanistic tasks he held an honorific post, being almost a deity for his fellows.

This situation of privilege may have contributed to give the physician a sense of immunity, of forgetting that before a physician he was a human being with virtues and defects, capable of good deeds but also of attempting to destroy the well-being of others. And that as a human being he was responsible for his acts.

Consequently, is it absolutely necessary that in order to perform his task with dignity, the physician should strictly adhere himself to the purest ethical, scientific and humanitarian norms. While in the university he should be well instructed on the rights of the sick and on his own and learn how to respect the former and demand the latter.

Leeuwenhoek, de un Jenner, de un Pasteur.

En efecto, la época de la postguerra señala el comienzo de una era de increíbles avances en la industria farmacéutica y electrónica, así como en los campos de la ingeniería genética, de la físico-química, de la imagenología, en fin, en todos los aspectos que tienen influencia decisiva en lo atañadero a la conservación y a la recuperación de la salud individual y colectiva.

* Presidente Academia de Medicina de Medellín.

Todos los días, la literatura médica y también la profana nos informan de nuevas drogas, de nuevos equipos, de nuevas técnicas quirúrgicas que hacen posible afrontar con éxito situaciones previamente incompatibles con la vida.

Se diría que la medicina de hoy logra hacer cosas que nuestros profesores de hace sólo cuarenta años hubieran considerado milagrosas. Y lo son, realmente.

Pero, como logramos hacer milagros nos consideramos semidioses, todopoderosos y nos vamos llenando de soberbia. Y entonces la Justicia Divina, así como confundió las lenguas de quienes pretendieron construir una torre que llegara hasta el cielo, así también dotó a las bacterias del poder de producir beta-lactamasas, e hizo que el sistema inmunológico del hombre pudiera desviarse y producir auto-anticuerpos, y nos mandó el retrovirus de la inmunodeficiencia humana, que tiene hoy en jaque a la humanidad.

¿Podrá el hombre lograr la victoria final en su lucha contra los llamados seres inferiores? Como dicen los anunciadores de los programas dramatizados con que nos atormentan los medios de comunicación: "No se pierda usted el siguiente capítulo de esta emocionante serie"

Pero dejemos a un lado, a fin de no caer en honduras de las que no lograríamos salir, a la Justicia Divina. Y abordemos el tema de la Justicia Humana.

Siendo la misión del médico, y con él, la de todos los profesionales de la salud, la de procurar para sus congéneres "un estado de completo bienestar físico, mental y social", es apenas lógico que la humanidad haya colocado siempre al médico en una especie de pedestal, muy por encima de los demás profesionales en la escala de valores de la sociedad en que se desenvuelven. Ello tiene su razón de ser, siempre, eso sí, que su ejercicio se ajuste a las más estrictas normas de moralidad y de eficiencia.

Ahora bien, el médico, antes que médico, es un ser humano, con todas sus virtudes, pero también con todos sus defectos. La sociedad nos exige ser perfectos, inmaculados, toti potentes. Nos coloca, repito, en un pedestal, Y con frecuencia, con lamentable frecuencia, la altura nos marea. Nos consideramos merecedores de ocupar el pináculo, independientemente de cómo sea nuestro accionar. Caemos, pues, en el pecado de la soberbia, nos sentimos omnímodos, reclamamos pleitesía, exigimos inmunidad, nos volvemos temerarios. Y como la humanidad es iconoclasta, nos está bajando del

pedestal; nos trata como lo que en realidad somos: seres humanos.

Surge entonces el concepto de la responsabilidad civil y penal del médico, del personal y de las instituciones de salud.

Y nos aterramos, no sin razón, porque ya no se nos considera como intocables. No en el sentido que los hindúes dan a este vocablo, sino como seres superiores a quienes nadie puede tratar de golpear bajo ningún pretexto.

Pero resulta que el hombre es responsable de sus actos. Y el profesional de la salud, como el abogado, como el ingeniero, como el arquitecto, al recibir el título que lo acredita como profesional y lo autoriza para ejercer su oficio, "jura por Dios y promete a la patria acatar las leyes de la República, ejercer su profesión dignamente y a conciencia". Y al hacerlo, se le advierte: "Si así lo hiciéreis, Dios y la Patria os lo premien; si no, El y Ella os lo demanden".

Reclamamos, pues, el derecho a que se nos reconozcan los méritos inherentes a un ejercicio profesional, hermoso como el que más por su objetivo, que es el bienestar físico, mental y social del hombre, si ese ejercicio está enmarcado dentro de las más estrictas normas de dignidad, conciencia y eficiencia.

Pero aceptamos también el derecho irrenunciable que tiene la sociedad a juzgar nuestros actos, y a condenarnos cuando quebrantamos el juramento prestado.

No es, pues, un embeleco de última hora lo que haya inducido a los abogados colombianos a entablar demandas contra los médicos, movidos por el afán de lucro y siguiendo el ejemplo de sus colegas norteamericanos que tan jugosos dividendos han derivado de la explotación de este filón, como muchos piensan. Ni es una aberración de nuestro poder judicial el aceptar tales demandas, y proferir fallos, absolutorios o condenatorios.

No. Eso es simplemente administración de justicia. Y no se concibe una sociedad organizada sin que en ella se apliquen a todos sus integrantes las normas universales de equidad, de justicia, que permitan absolver al inocente pero también condenar al culpable de haber causado conscientemente daño físico, económico o moral a un semejante.

Lo que ocurre es que nos llegó tarde este fenómeno, y estamos, como lo expresé hace un momento, temerosos y no sin razón. ¿Por qué digo que no sin razón?

Porque, no obstante haber aceptado, en el momento de recibir el título profesional, el que la Patria no exija ejercer nuestra profesión dignamente y a conciencia, no estamos preparados para afrontar las eventuales consecuencias de nuestros actos, cuando ellos violan los sagrados derechos de los demás.

La universidad no suministra a sus futuros profesionales instrucción alguna acerca de conceptos tan fundamentales como son: La importancia y vigencia de las leyes de ética, la culpa médica y su prueba, el consentimiento informado del paciente, la indemnización de perjuicios, la responsabilidad por contagio de enfermedades, las implicaciones del sistema de medicina prepagada en la relación médico-paciente, la responsabilidad compartida, los factores extra-médicos que pueden afectar el resultado del acto médico (dotación hospitalaria, provisión y aplicación oportuna de las drogas, acatamiento por el paciente de las medidas prescritas, etc.), en fin, acerca de tantos temas que el profesional de la salud debe conocer, tiene que conocer si pretende ejercer su oficio sin sobresaltos.

Segunda razón para nuestro temor: consideramos a los abogados como unos caza-fortunas, y a los jueces como unos prevaricadores. Y, como no vivimos en un país de ángeles, esto es perfectamente posible. De hecho, para nadie es un secreto que más de un colega se ha visto condenado a pagar indemnizaciones y a erogar apreciables sumas como costas de procesos originados en demandas a todas luces injustas. Procesos que, aún en el caso de que terminen en fallos absolutorios, de todas formas el solo hecho de tener que afrontarlos ocasiona severos e irreversibles daños morales al profesional.

Es que no podemos dejar de recalcar en el hecho de que, en medicina no siempre $2 + 2 = 4$.

En efecto, los fármacos no tienen la misma acción en todos los organismos; los procesos patológicos se manifiestan en forma completamente distinta de un paciente a otro. Cada individuo es un mundo único y distinto a los demás; la medicina puede ser todo, menos una ciencia exacta, por lo que los resultados del acto médico dependen de muchísimos factores, previsibles unos e imprevisibles otros.

¿Están nuestros jueces en capacidad de entender esto, de sopesar correctamente todas estas verdades y de proferir unos fallos siempre justos e incontrovertibles?

Por otra parte, la colectivización de la atención en salud derriba dos pilares fundamentales sobre los que se asienta la relación médico-paciente: La libertad de elección y la custodia del secreto profesional. La brevedad del tiempo obliga a no extendernos en este importantísimo tema; digamos solamente que la necesaria confianza del paciente en el médico, y también la de éste en aquel, se afecta profunda, definitivamente.

Para terminar, digamos que los profesionales de la salud creemos, sentimos, sabemos que el desiderátum de SALUD PARA TODOS exige de la sociedad muchas cosas: una, la implantación en las universidades de la cátedra de responsabilidad civil y penal en las facultades de Ciencias de la Salud. Otra, la discusión amplia, desprevenida, de las implicaciones que todo lo esbozado tiene en la atención médica; discusión que, deberá adelantarse en foros amplios en los que participen la universidad, nuestros legisladores, nuestros jueces, las agremiaciones de profesionales, etc.

Ya en la Universidad de Medellín, con el mayor de los éxitos, se realizó en el pasado mes de junio un certamen de esta naturaleza. Sus conclusiones no deben ser letra muerta; por el contrario, de proseguirse la labor, que ojalá lleve a la promulgación de una legislación clara, que no permita esguinces en su cumplimiento por parte de las instituciones y de los profesionales dedicados a la prestación de servicios de salud como también por parte de los administradores de justicia.

Mientras esto ocurre, la sociedad debe saber que los médicos, los demás profesionales de la salud y las instituciones asistenciales que los ocupan, nos estamos viendo impelidos a trabajar a la defensiva, tomando pólizas de seguros, recurriendo a los métodos complementarios de diagnóstico (laboratorio, imagenología, etc.), aún en aquellos casos en que la experiencia, el sentido clínico, los hicieran ver como innecesarios.

Esto se traduce, lógicamente, en un incalculable aumento en el costo de la atención médica, y esos extracostos saldrán, por supuesto, de los bolsillos de los usuarios o de las arcas del Estado.

En resumen: Los profesionales de la salud no queremos eludir nuestras responsabilidades ante la sociedad. Pero demandamos una aplicación justa de la justicia, y séame perdonada la redundancia. Finalmente, invocamos el derecho a contrademandar por los perjuicios materiales y morales que tales procesos nos ocasionen.

El emblema o símbolo médico

Rodrigo Angel Mejía, M.D.

RESUMEN

El auténtico emblema de la medicina se llama Asclepio o vara de Esculapio en honor al dios griego o su equivalente romano Esculapio.

Asclepio, según el mito, es hijo de Apolo, dios de la espiritualidad y la salud, quien lo entrega al Centauro Quirón para ser instruido en el arte de curar. Sobrepasa a su maestro en habilidad y conocimientos y adquiere el poder de resucitar a los muertos. De esta manera viola las leyes naturales y es castigado con la muerte por orden de Zeus, máxima autoridad del Olimpo.

Su atributo es una vara con nudos y una serpiente abrazada a ella. La vara significa autoridad, dignidad, rectitud, es el poder del médico ante la enfermedad. Y la serpiente simboliza la vanidad que es negación de la crítica, es elemento perturbador del equilibrio psíquico y corporal de la salud.

El emblema expresa el triunfo del médico ante la enfermedad.

Voy a hablarles del emblema o símbolo de la medicina que lleva el nombre de Asclepio en honor al dios griego de la medicina, o su equivalente en la versión latina, Esculapio. Dicho emblema está formado por una serpiente enrollada sobre una vara o bastón con nudos. Esta figura aparece hacia el año 200 antes de Cristo, y casi dos mil años después, en 1954, es reconocida oficialmente por la Organización Médica Mundial como emblema legítimo de la profesión médica.

La importancia del tema está dada por la ignorancia y confusión que lo rodea, por la riqueza cultural y mitológica de sus raíces y por las nobles aunque complejas ense-

SUMMARY

The authentic emblem of the medical science is called Asclepius or Aesculapian's rod in honor of the greek god or his roman counterpart Aesculapius.

Asclepio according to the myth, is son to Apollo, god of spirituality and health, who handled him over to the Centaurus Quiron to be instructed in the art of healing. Asclepio surpasses his mentor in both skills and knowledge and acquires the power of resurrecting the dead. By doing so, he contradicts the natural laws and is punished with death by order of Zeus, the greatest authority in the Olympus.

His attribute is a rod with knots and a snake embracing it. The rod signifies authority, dignity, rectitude, it represents the power of the physician facing sickness. And the snake symbolizes vanity and represents the denial of criticism, the perturbing element of the psychocorporal equilibrium, of health.

The emblem expresses the triumph of the physician facing sickness.

ñanzas que de él pueden deducirse.

Emblema o símbolo es una figura con significado preciso cuyo destino final es el hombre. De esta manera el emblema médico representa o significa la vida del médico, su lucha cotidiana para lograr el triunfo sobre la enfermedad, su esfuerzo por mantener sus conocimientos al día, su vocación de servicio, sus alegrías y frustraciones, su éxito o fracaso, en una palabra, su actitud ante la vida y ante la muerte.

El símbolo médico hunde sus raíces en la mitología antigua, la egipcia, la asiriobabilónica y principalmente en

la griega. Son los mitos, leyendas o relatos fabulosos, expresión del hombre primitivo, que personifican en dioses y héroes los hechos relacionados con la creación del mundo, las fuerzas de la naturaleza, las plantas, los animales y fundamentalmente el hombre, su vida y su destino. Se dice que... "todo mito es un drama humano condensado y que quien conoce los mitos conoce el secreto de las cosas"... De otra parte los mitos nos permiten conocer la psicología y la psicopatología del hombre primitivo.

Para entender el simbolismo o significado del emblema Asclepio, debemos analizar el conjunto en sus partes constitutivas a saber: La serpiente, la vara o bastón y el dios mismo, es decir, el mito de Asclepio, el que guarda la relación más estrecha con la medicina.

LA SERPIENTE

Es importante entender lo que el hombre primitivo observó e imaginó acerca de la serpiente: Animal de gran agilidad, hábil cazadora, con capacidad de rejuvenecimiento mediante las mudas periódicas de su piel, inmune a su propio veneno y al de otras especies, dotada de un veneno de naturaleza mortal para otros animales y para el hombre, en síntesis, un ser misterioso que entraña una fuerza sobrenatural que al mismo tiempo genera temor y respeto, odio y veneración. Así nace un simbolismo ambivalente de curación y salud, de inmortalidad, fertilidad o fecundidad, de vida y de muerte, de astucia, de vanidad y de maldad.

Simbolismo de curación o salud

Sabemos que las mudas periódicas de su piel, sirven como medio de cicatrización de heridas, para eliminar ectoparásitos e infecciones, pero es también un mecanismo de crecimiento y renovación que la transforma en un ser reluciente y nuevo, es como un acto de renacer, de allí surgen probablemente muchas de sus indicaciones terapéuticas utilizadas por el hombre primitivo. La muda de la piel atada al abdomen de una parturienta disminuye el dolor y facilitaría el parto. Algunas tribus indígenas de América del Norte utilizaban el cascabel molido, por ingesta, para acelerar el parto, pues creían que el feto, atemorizado al escuchar el ruido del cascabel, pensaba que la serpiente se acercaba y de esta manera salía rápidamente del útero grávido.

El polvo de cascabel también era indicado en las enfermedades venéreas. La piel mezclada con vino era utilizada contra el dolor de oído, cólicos y la lepra.

La grasa también tenía múltiples usos, entre ellos el

reumatismo, la rigidez muscular y el dolor. Hoy se sabe que el aceite de serpiente puede contener hasta un 20% de ácido eicosapentanoico, lo que podría explicar la supuesta acción antiinflamatoria del producto empírico, debido a la capacidad de inhibir el leucotrieno B4.

Una mezcla de grasa de serpiente y de toro se usaba como pesario para evitar el aborto.

Se decía que cuando la mujer comía carne de serpiente, su piel se volvía más atractiva al verse libre de impurezas. También se utilizó y aun en la época actual se utiliza, como afrodisiaco, bajo la forma de bebidas alcohólicas. La serpiente de Esculapio -*Coluber longissimus*-, la que adorna el emblema médico, es una serpiente no venenosa, constrictora, que habita desde los Pirineos hasta el mar Caspio, y fue llevada por los griegos a los sanatorios de Asclepio para cumplir probablemente la función principal de exterminación de roedores, por lo demás abundantes en aquellos lugares.

Las leyendas le atribuyen propiedades curativas como participe en los incubatios celebrados por Asclepio y muchas veces en forma de epifanía, representando al dios mismo. Se dice que cuando su lengua tocaba los ojos de los ciegos les devolvía la vista y también le servía a modo de escalpelo para drenar abscesos. Higeia, hija de Asclepio, las alimentaba con leche que depositaba en una copa. También se dice que el dios cuando era niño jugaba con serpientes y de ellas, además de las enseñanzas del centauro Quirón, aprendió el arte de curar. El mismo Asclepio transformado en serpiente llega a Roma en el año 291 antes de Cristo y logra exterminar una peste de grandes proporciones que azotaba al pueblo romano.

Merece destacarse el texto bíblico del libro de los Números, 21,9, relacionado con el poder curativo de la serpiente de bronce. Dice el pueblo de Israel a Moisés en su penoso viaje a través del desierto: "... ¿Por qué nos habéis hecho subir de Egipto para morir en el desierto, pues no hay ni pan ni agua y nuestra alma siente hastío de este alimento miserable? Yahvé entonces envió contra el pueblo serpientes abrazadoras, que mordían al pueblo muriendo mucha gente de Israel. El pueblo acudió a Moisés exclamando: Hemos pecado por haber hablado contra Yahvé y contra ti, ruega a Yahvé que aparte de nosotros las serpientes. Moisés suplicó en efecto por el pueblo y Yahvé dijo a Moisés: Hazte una serpiente abrazadora y colócala sobre una pértiga y acaecerá que todo el que haya sido mordido y le mire, vivirá"...

La serpiente simboliza aquí el pecado, Dios se transforma en el pecado, recoge todos los pecados de la

humanidad, se humilla en la Cruz y de esta manera nos ofrece la salvación eterna. Es símbolo de sugestión terapéutica y al mismo tiempo es una visión profética de Cristo, aproximadamente 800 años antes de su nacimiento.

Inmortalidad

Si consideramos nuevamente la capacidad de cambiar o mudar su piel, como un acto cíclico, que la transforma en un ser nuevo de aspecto brillante, limpio y ágil, ello permitiría al hombre de la antigüedad pensar que se trataba de un ser inmortal. Y si recordamos el mito de Gilgamés, el héroe legendario de los persas, vemos cómo una serpiente le roba la planta de la inmortalidad llamada "el viejo se vuelve joven" que éste había conseguido en el fondo del océano con gran sacrificio. Se atribuye además a la serpiente otra particularidad, la de asir su cola con la boca, formando así un círculo viviente que los antiguos llamaron ouroboros, considerado como el emblema de la eternidad.

Fertilidad

Si por este término entendemos la productividad de las cosechas de la tierra, vemos una relación directa con el agua, la lluvia, las nubes, el cielo. Y la serpiente siempre se halla asociada al agua, a los lagos, a los ríos, al arco iris, al mar. Los egipcios creían que la cobra, animal sagrado para ellos, controlaba las aguas del Nilo y sus inundaciones y así establecieron una relación directa con la fertilidad de sus campos. Los indígenas de Colombia en sus mitos consideran los ríos como caminos de boas y son las boas mismas el animal sagrado del cual derivan su origen.

Pero si por fertilidad entendemos la capacidad de concebir, de fecundar, de procrear, entonces la serpiente por su aspecto fálico es símbolo de la fertilidad. Y esta es creencia aceptada en la India donde las mujeres infértiles hacen ceremonias de adoración a la cobra, implorando su fertilidad.

Quiero a continuación referirme a un mito colombiano, el de Bachué, de la cultura Muisca, es un mito antropogónico relacionado con la creación de la humanidad, que expresa un simbolismo de vida y de muerte y además de incesto. Dice Fray Pedro Simón: "En el distrito de la ciudad de Tunja, a cuatro leguas de un pueblo indígena que se llamaba Iguaque (gua = serranía, monte; que = fuerte, vigoroso), se encuentra una laguna situada entre escarpadas sierras. En estas montañas, la temperatura es muy fría y la mayor parte del año, una intensa neblina cubre todo el terruño, ocultando los montes, los cuales son solamente visibles en algunos

días del mes de enero. De esta laguna salió el género humano. Una vez formada la luz y creadas las demás cosas, emergió de las aguas una mujer llamada Bachué".

"La palabra Bachué significa "digna madre", también conocida con el nombre de Furachogua, que significa "mujer buena". Bachué sacó consigo de la mano a un niño de tres años y bajando con él de la laguna, llegaron al pueblo de Iguaque, donde construyeron una casa. Allí vivieron hasta que el muchacho tuvo una edad apropiada para casarse con ella. Una vez realizado el matrimonio, Bachué tuvo partos de cuatro a seis hijos y de esta manera poblaron toda la tierra. Después de muchos años el matrimonio envejeció, y acompañados de mucha gente se dirigieron nuevamente a la laguna, de la cual habían emergido. Bachué le habló a su pueblo, exhortándolo a cumplir fielmente sus preceptos, en especial el cumplimiento del culto a los dioses; se despidió con singulares clamores y llantos de ambas partes, convirtiéndose luego marido y mujer en dos grandes culebras, las cuales desaparecieron en la profundidad de las aguas".

Astucia

Este término significa ser agudo y hábil para engañar o evitar el engaño o para lograr artificiosamente un fin. En el Génesis, cap. 3, vers. 1, se define claramente "... Que la serpiente era el más astuto de todos los animales salvajes que Yahvé había producido" ... así la astucia se confunde con la figura demonio-serpiente.

Vanidad y maldad

La serpiente según la versión bíblica del Génesis, indujo al hombre a la desobediencia y a la soberbia. Y esta es una forma sencilla y clara de asociar su simbolismo con la vanidad. Vanidad, desde el punto de vista psicológico, es la perversión del espíritu, es la negación de la crítica, es el elemento perturbador de la armonía psíquica y corporal. Vanidad es también la exaltación del deseo en sus aspectos espiritual y somático. Y la exaltación del deseo reprimido causa ansiedad y la ansiedad es un trastorno psicoemocional que se expresa en síntomas somáticos que bien conocemos como taquicardia, diaforesis, palidez y opresión torácica. La serpiente vanidad se convierte así en un elemento perturbador de la salud psíquica y somática.

Todas estas creencias están ligadas a los mitos de la antigüedad, pero no por viejas son obsoletas o despreciables a los ojos del hombre del siglo XX, quien con visión científica parece menospreciar esos relatos. El psicoanálisis ha puesto de manifiesto el profundo valor simbólico que se halla oculto en los mitos del pasado y del cual

ya nadie puede dudar. No obstante, la serpiente desde el punto de vista racional debe tomarse como un eslabón importante en la cadena biológica, como depredador de roedores, aves y otras serpientes. Indudablemente en este sentido su papel en la naturaleza es útil para el hombre. En la medicina moderna su veneno ha sido utilizado principalmente en trastornos de coagulación y últimamente como herramienta de investigación en inmunología y bioquímica, y en enfermedades como la miastenia gravis para dilucidar su etiopatogenia como enfermedad autoinmune. Su veneno ha servido además para conocer los inhibidores de la enzima convertidora en angiotensina, fármacos de gran trascendencia en el tratamiento de la hipertensión arterial. Pero la serpiente es fundamentalmente elemento del mal, si no, cómo entonces explicar el profundo impacto emocional del temor que ella despierta en la mayoría de los seres humanos ante su sola presencia, y, ¿qué decir de la morbilidad y mortalidad que generan sus mordeduras? Entonces, ¿por qué su presencia en el emblema médico, ocupando una posición de primera importancia en el simbolismo de curación? Esta respuesta la tendremos más adelante en la exposición.

EL BASTON, BACULO, VARA

Bastón o báculo viene de Baco, dios romano del vino, es la vara en que se apoyaban los hombres que habían bebido vino. El bastón es apoyo para el andar y autoridad en el pastor. El bastón, cuando es metálico, se convierte en cetro, símbolo de soberanía, poder y mando, tanto en el orden intelectual, espiritual como en jerarquía social.

El bastón del jaibaná, anyi jai ara, del sacerdote médico de los Embera del Chocó, es una vara de madera oscura, cuya empuñadura semeja figuras antropomorfas y zoomorfas y simboliza el poder en sus diferentes aspectos espiritual, social y curativo. En dicho bastón están contenidos los jais, que son los espíritus de todas las cosas, de los antepasados; de otros jaibanás, de las enfermedades, de los animales y las plantas. Su poder se mide esencialmente por el número de jais que representa.

La vara significa poder y clarividencia. La vara de Aarón transformada en serpiente ante el faraón, engulle las serpientes de los magos y sabios egipcios demostrando así el poder o la supremacía del Dios de los Hebreos. Y Aarón con su vara golpea la roca del monte Horeb y hace brotar un manantial para calmar la sed del pueblo israelí.

En Grecia la vara era signo de autoridad y mando entre los jueces y generales, pero entre los maestros de

enseñanza superior era signo de dignidad, de tal manera que aquellos que explicaban el texto de la Iliada llevaban un bastón rojo y los que se encargaban de la Odisea lo llevaban de color amarillo.

La vara de oro que Apolo entregó a Hermes a cambio de la lira, era signo de héroes y mensajeros.

Para los druidas, sacerdotes celtas, era instrumento de magia. Una de aquellas deidades misteriosas, de nombre Aesc-hely-hopla, llevaba una vara en la cual se enroscaba una serpiente y su nombre significa "la esperanza de la salvación está en el bosque". Se dice que los griegos tomaron esta figura para crear a Asclepio, el dios curandero que lleva la varita mágica. Así, Asclepio significaría "aquel que empuña la varita mágica".

La vara también puede simbolizar el árbol de la vida, enlazado por la serpiente, principio del mal, lo cual origina la muerte del alma, que es en esencia lo que el médico debe combatir.

Una vara de madera con nudos, probablemente el cerezo, que simboliza las dificultades del quehacer médico, era el instrumento de apoyo o descanso de los Asclepiades, aquellos médicos griegos descendientes de Asclepio, que llevaban vida trashumante de un pueblo a otro en ejercicio de su profesión.

Bochica, deidad del pueblo Muisca, con su varita mágica de oro abre camino a las aguas represadas del altiplano Cundiboyacense y crea el Salto de Tequendama.

En el emblema Asclepio, la vara en la mano del dios-héroe se transforma en arma, en bastón-espectro, símbolo del poder del espíritu sobre lo corporal, y la serpiente-vanidad, negación del espíritu y principio del mal, humillada significa el triunfo sobre la exaltación vanidosa, sobre la trivialidad, sobre la culpabilidad, sobre el mal que causa el desequilibrio psíquico y somático.

EL MITO DE ASCLEPIO

El mito del dios-sanador aparece hacia el año 1260 antes de Cristo. Se dice que era hijo de Apolo y Coronis, una doncella que le fue infiel y por ello mereció la muerte, pero el dios arrepentido extrae del vientre materno a su hijo y luego lo entrega al centauro Quirón, quien se encargará de su tutela y le enseñará el arte de curar. Para comprender en profundidad el simbolismo del dios-curandero, debemos analizar las relaciones con su padre Apolo y con el centauro Quirón.



Asclepio o vara de Esculapio. La vara o bastón y la serpiente son los atributos de Asclepio -Esculapio en la versión latina- y es el emblema auténtico de la medicina.

Apolo es símbolo del Sol, pero no al modo de Helio, sol físico fertilizador de la tierra, sino como sol iluminador del espíritu, de la armonía del alma, como la deidad suprema de la salud. El centauro Quirón en cambio orienta sus prácticas hacia una tendencia puramente organicista, y está señalado por una úlcera incurable, que simboliza la ausencia de toda tendencia espiritualizadora en sus prácticas curativas. Asclepio debe moverse en forma equilibrada entre estas dos líneas de conducta. Como es un discípulo sobresaliente se consagra como hábil cirujano, crea un método curativo basado en alucinaciones hipnagógicas, la incubatio, que se efectuaba en sus sanatorios, con ayuda de sus sacerdotes y de la serpiente. Su poder llegó a tal magnitud que era capaz de resucitar a los muertos, entre ellos se cuenta a Píndaro, Glauco y Capaneo. El dios Zeus, máxima autoridad del Olimpo ante esta violación de las leyes naturales, enfurecido, lo fulmina de un rayo fabricado por sus parientes y amigos, los Cíclopes.

El dios Asclepio es un héroe divinizado, es divinidad y al mismo tiempo hombre, por su naturaleza humana es vulnerable a desviar sus esfuerzos curativos a lo exclusivamente corporal, resucitar a los muertos es como llevarlo a inmortalizar el cuerpo. Violar así la ley biológica es presunción y su castigo es la muerte. Pero su muerte simboliza la muerte del alma, del alma de la medicina y el alma de la medicina se muere cuando se olvida de su principio espiritual supremo (Apolo) y se orienta exclusivamente a la curación del cuerpo. Asclepio es condenado por el espíritu de Zeus, puesto que al pretender abolir la muerte, los esfuerzos se desvían a una medicina exclusivamente corporal, a la materia.

ENSEÑANZAS

Todo médico debe entender a su paciente como una unidad armónica integrada por el soma y la psique, por el cuerpo y el alma. Debe tener conocimientos científicos, habilidad y vocación por sus enfermos. Debe permitir una muerte digna, sin oponerse al desenlace natural, sin prolongar inútilmente una vida llena de sufrimientos. Especialmente cuidadoso deberá ser en evitar costos exorbitantes como los que existen en las unidades de cuidados intensivos donde además los pacientes se sienten solos, abandonados e impotentes.

Debe tener la humildad científica para pedir ayuda a sus colegas cuando la situación así lo requiera, pensando como en la bella oración de Maimónides "... Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia. Aleja de mí la idea que lo puedo todo. Dame fuerza, la voluntad y la oportunidad de ampliar cada vez más mis conocimientos, a fin de procurar mayores beneficios a quienes sufren".

Emblema de la Academia de Medicina de Medellín

Comentario especial merece el emblema de la Academia de Medicina de Medellín, creado por el académico Dr. Alfredo Correa Henao y publicado en Antioquia Médica en el año de 1952. Consiste en un bastón de jaibaná -anyi-jai-ara-, alrededor del cual se enlaza una serpiente, probablemente *Bothrops atrox* -mapaná-, todo el conjunto englobado por un óvalo exornado con una rama de palma y otra de laurel. El bastón significa el poder curativo del jaibaná sobre los espíritus o jais de las enfermedades; y la serpiente vencida, el triunfo del espíritu sobre el mal. El ramo de palma es símbolo de victoria en honor a la mano vencedora. El ramo de laurel era para los griegos símbolo de alabanza en la cabeza del vencedor. La corona de laurel se atribuye a Apolo. Dafne, deidad griega, perseguida por el dios quien trataba de conquis-



tarla, implora ayuda, y es convertida en el árbol de laurel. Quiso entonces Apolo que fuera premio o recompensa a los esfuerzos de artistas, poetas y guerreros.

Hablemos ahora del emblema distractor, el caduceo:

El emblema distractor, usurpador de la representación médica, el que ha creado la confusión, se llama caduceo. Está formado por dos serpientes abrazadas, unidas íntimamente de tal manera que parecen simular una posición coital, se miran frente a frente, están situadas alrededor de un eje central y en su extremo superior van dispuestas dos alas expandidas. Su origen prehistórico hay que buscarlo en Egipto y remontarse casi a seis milenios antes de Cristo. En esa época los antiguos egipcios creían en la cobra como emisario del dios Sol, era por lo tanto animal sagrado y lo reverenciaban bajo el símbolo de una vara con una o dos serpientes.

Pero es hacia el año 3500 antes de Cristo, bajo la dinastía del faraón Menes, cuando se unen los reinos del Alto y Bajo Egipto y surge un emblema representativo de esa unión, el cual estaba formado por dos cobras enlazadas sobre una vara, a su vez engalanada por las alas extendidas del halcón. En el Alto Nilo el halcón era símbolo de lo celeste, de la deidad suprema, del dios Sol.

De otra parte y por la misma época, en la antigua Babilonia existía una deidad. Ningishzida, llamada heraldo de la tierra, que cumplía las funciones de mensajero y

mediador entre los gobernantes y los dioses y su emblema estaba formado también por dos serpientes entrelazadas sobre un eje central. Este emblema se ve grabado en un vaso de libación del rey Gudea, gobernante de la antigua población de Lagash, en Persia.

Siglos más tarde este emblema parece que fue copiado por los griegos quienes lo llamaron Kerykeion, que significa heraldo, anunciador y se convierte en el emblema del dios Hermes. Consideremos entonces el mito de Hermes. Hermes es hijo de Apolo, lleva siempre el Kerykeion en su mano izquierda, en su cabeza una gorra alada y en sus pies, sandalias de oro también aladas, lo que le permite desplazarse con gran rapidez de un lugar a otro. El cetro de oro del Kerykeion lo heredó de su padre Apolo a cambio de la lira de la cual fue su inventor. Se cree que tenía el poder de unir a los seres divididos por el odio y se dice además, que una vez en Arcadia, lo arrojó entre dos serpientes que se peleaban y al momento ellas lo



El caduceo, un bastón alado, alrededor del cual se enrollan dos serpientes, es el atributo de Hermes o Mercurio, emblema del comercio, de paz y protector de viajeros.



El caduceo, emblema de Mercurio, protector de comerciantes y viajeros, sobresale en los arcos de la fachada de la estación del Ferrocarril de Antioquia, en Medellín.

abrazaron en firme lazo de amistad. Las alas fueron agregadas hacia el año 250 antes de Cristo, no se sabe si representando las alas del halcón egipcio, las de la paloma mensajera o las de gallo símbolo del heraldo del Sol, del nuevo amanecer. Hermes fue nombrado por Apolo como mensajero de los dioses, impulsador del comercio, de las comunicaciones, protector de viajeros y ladrones y conductor de almas al mundo subterráneo. Dichos atributos confieren a su emblema un significado de unión, paz, tregua, comercio y comunicación, y se atrevería uno a decir que también sería emblema de las funerarias. Hermes significa también el intelecto pervertido y su relación con la medicina, sólo se entiende como el contacto ocasional que él tenía como consorte de Higeia, la hija de Asclepio, dios griego de la medicina.

Habida cuenta de estas consideraciones, no parece honroso para la medicina tener a Hermes y a su símbolo el caduceo como el pariente más cercano en nuestro árbol genealógico.

Cuando el mito de Hermes llega a Roma, se convierte en el mito del dios Mercurio y el emblema Kerykeion toma el nombre de caduceo en todo su significado.

Es interesante, no obstante, destacar la aparición de un personaje romano, el caduceador, quien en tiempos de guerra, enarbolando el caduceo, se encaminaba hacia el enemigo en solicitud de tregua, como negociador de la paz.

Luego de un período de varios siglos de ausencia, en el cual no aparece representación alguna del caduceo, es en los albores del renacimiento, en 1486, cuando un impresor de nombre Erhard Ratdolt lo utiliza como insignia de sus libros. Y en 1518 en Basilea, Johann Froben, quien fuera impresor de algunas obras de Erasmo de Rotterdam, lo imprime en sus libros. Más tarde Sir William Butts, médico de Enrique VIII, también adopta equivocadamente el caduceo, como su emblema.

Desde 1846 el caduceo empieza a verse en las prendas del cuerpo médico de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, utilizado supuestamente por personal neutral, no combativo, en el sentido de tregua y de paz, como lo hacía el antiguo caduceador.

En 1912 la Asociación Médica Americana lo adopta como su emblema oficial lo cual indudablemente contribuye a la difusión amplia de su uso como emblema de la medicina. En los últimos años hemos visto cómo su uso equivocado, su entromisión en la medicina, ha ido difundiéndose en forma extensiva, ya sea impreso como logotipo en el formulario de prescripción médica, como emblema de grupos de médicos asociados en centros de atención primaria, de asociaciones médicas sindicales y también impreso en publicaciones médicas de carácter científico.

Como epílogo de esta exposición yo pienso que cada uno de nosotros es libre de escoger entre el caduceo o la vara de Esculapio -Asclepio-, seguidores de la línea de Apolo, el Sol espiritual o deidad máxima de la salud en la mitología griega, en busca del equilibrio del soma y la psique, del cuerpo y del alma, deber esencial que todo médico debe cumplir.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

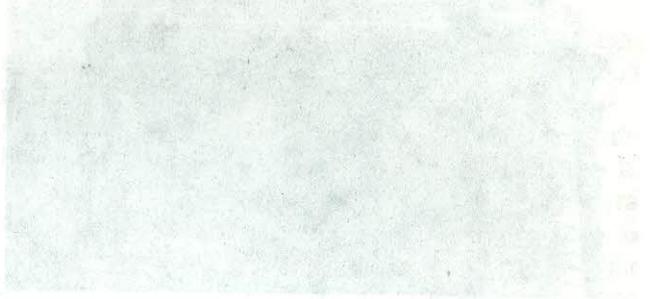
- Bayard, J., P.** Le Caducée. *Medicine de France*. 225: 19-59. Año MCMLXXI.
- Chevalier, J., Gheerbraint, A.** Diccionario de los símbolos. Editorial Herder, Barcelona, 1991.
- Diel, Paul.** El simbolismo en la mitología griega. Editorial Labor, Barcelona, 1985.
- Friedlander, W., J.** The golden wand of Medicine a History of the Caduceus Symbol in Medicine. Greenhova Press.
- Geelhoed, G., W.** The caduceus as a medical emblem: Heritage or Heresy? *Southern Medical Journal*; 81: 1155-1161, 1988.
- Graves, Robert.** Los mitos griegos. Alianza Editorial S.A., Madrid, 1985.

Guirand, F. Mitología general. Editorial Labor S.A., Barcelona, 1971.

Metzer, W. S. The Caduceus an the Aesculapian Staff: Ancient eastern origins, evolution and Western Parallels. Southern Medical Journal 82: 743-748, 1989.

Morris, Ramona and Desmond. Men and suakes. McGraw-Hill Book Company. New York, San Francisco. Printed in the Netherlands by L. Van Leer and Co., 1965.

Triana, Miguel. La Civilización Chibcha. Biblioteca Banco Popular, Santafé de Bogotá, Vol. 4, 1970.



Vida de la Academia



Ernesto Peña Quevedo

Dr. Alfredo Naranjo Villegas *

Lo llamábamos "el negro Peña". Llevaba incorporado en su sangre el ser médico y en el alma, por lo mismo, el más profundo sentido de la caridad. Nunca fue codicioso. Así que en el ejercicio profesional careció de envidia y se enriqueció de nobleza.

Ernesto Peña Quevedo estuvo en permanente disponibilidad de servir. Los que tuvimos el privilegio de conocerlo a fondo podemos atestiguar que la crudeza de su lenguaje, el uso de expresiones que Cervantes puso en labios de los protagonistas de la comedia humana, era en Peña un disfraz de su modestia: para ocultar la transparencia de un alma desbordante de bondad. Bastaba exponerle el caso del desposeído necesitado de intervención quirúrgica para obtener la respuesta inmediata: "tráigalo". Hacía gratuitamente el examen para corroborar el diagnóstico y el camino indicado si la hospitalización era necesaria. Y si él lo afirmaba es porque así era: "búsquese la manera de ir a media pensión en el San Vicente, que yo lo

operaré sin costo alguno". Y el afortunado disfrutaba el privilegio de ser intervenido por uno de los cirujanos de más merecida fama con que contó Medellín desde mediados de la centuria. Más de una religiosa de la Presentación testimoniará lo que escribimos.

Otras veces, si la intervención no precisaba hospitalización, la realizaría en su propio consultorio. Como no lo roía la ambición de dinero, su quehacer de cirujano estuvo despojado de trascendentalidad. Ejercía con sencillez, sin dar al acto adustez de semblante, ni falsos alardes de taumaturgia. Jamás transigió con quien hiciera del paciente o de la profesión sujeto de mercadeo.

En nuestros infortunados países, el acceso de un partido al poder significa alzarse con todo el botín presupuestario. Como si el adversario vencido no pagara impuestos. Como si el vencedor fuera el único contribuyente, convirtiéndose por ende en el solo dispensador de puestos. Es

* Médico cardiólogo, historiador. Miembro honorario de la Academia de Medicina de Medellín y de la Academia Antioqueña de Historia. Miembro de la Sociedad Antioqueña de Historia de la Medicina.

así, por cierre de posibilidades, como se frustran muchas mentes de selección.

De ahí la mediocratización habitual en las profesiones. Y el procedimiento no se detiene en el umbral de lo que debe ser un santuario hipocrático. Claro que hay excepciones. Cuando sus parciales llevaron a Ernesto Peña Quevedo a la dirección del San Vicente, la medicina no

sufrió desdoro. Al contrario: la enaltecíó, enalteciendo así, como se debe, a una colectividad política.

En julio del 89, a los ochenta años cumplidos, fue su tránsito a la eternidad. Quienes gozamos de su amistad, como regalo de la vida, sentimos que se nos despojaba de algo que fue nuestro decoro y será siempre el de la profesión médica.

operaré sin costo alguno. Y el atornillado distintaba el privilegio de ser intervenido por uno de los cirujanos de más mérito fama con que contó Medellín desde mediados de la centuria. Más de una religión de la presentación testimoniará lo que escribimos.

Otras veces, si la intervención no precisaba hospitalización, la realizaba en su propio consultorio. Como no lo era la ambición de dinero, su poder económico estuvo respaldado de trascendentalidad. El éxito con señoras, dar al acto adular de semblante, ni las alabanzas de la prensa. Jamás transigió con quienes hiciera del poder de la profesión sujeto de mercedes.

En nuestros intercambios pasase el acceso de un grado al poder según los sistemas con todo el poder presidencial. Como si el adveniente venía a pagar impuestos. Como si el venecador fuera el único contribuyente, convirtiéndose por ende en el solo dispensador de puestos. Es

La llamé a mi amigo Peña. Llegaba incorporado en su sangre el espíritu y en el alma por lo mismo, el más grande espíritu de la ciudad. Nunca fue codicioso. Y a él me refiero el ejercicio profesional, cuando en los días de entredós a la nobleza.

Ernesto Peña Quevedo era un hombre de excepcionalidad de ser. Los que tuvimos el privilegio de conocerlo y tanto podemos testificar que la ciudad de la lengua, el uso de expresiones que venían presionados de los protagonistas de la comedia humana era en Peña un defecto de su modestia para ocultar la transparencia de un alma que buscaba de bordes. Cuando exponía el caso del diagnóstico necesitado de intervención quirúrgica para obtener la respuesta inmediata: "rápido". Hacía gratuitamente el examen para corroborar el diagnóstico y el camino indicado si la intervención era necesaria. Y si él lo afirmaba es porque así era: "pásese la manera de ir a meditar pensión en el San Vicente, que yo lo

* La obra catódica, editada por el Ministerio de Educación y Ciencia, es una obra de Historia y Filosofía de la Medicina, editada por el Ministerio de Educación y Ciencia.

"Tauromaquia: Génesis de arte y cultura" -ensayo- ("La cultura y el arte en el toreo")

Dr. Iván Jiménez Guzmán

RESUMEN

"La tauromaquia" a través de los siglos en los que se ha desarrollado su devenir histórico, social y cultural, siempre ha sido un factor muy importante y claramente definido como génesis de **arte** y **cultura** y el desarrollo de esta tesis, se basa en:

A: El análisis de su pre-historia, proto-historia, su historia propiamente dicha, hasta llegar a su línea divisoria entre lo antiguo y lo moderno y por último a nuestros tiempos.

B: La tauromaquia y su relación con las "bellas artes", entre otras: la literatura, la poesía, la música, el baile y el ballet, el ensayo, el torero como héroe literario y las artes plásticas: como la pintura y la escultura, además del cine; la polémica taurina-antitaurina y por último las ciencias: médica, genética de selección y la zootecnia.

C: La sociología del toreo y su lugar en la actual civilización contemporánea. Sus simbolismos.

D: Pero ante todo el toreo, su tauromaquia dentro de los cánones y sus reglas clásicas es expresión del más puro arte y sentimiento pero con la connotación de lo trágico y sus simbolismos en cuanto significan desafío y enfrentamiento y la presencia de la muerte del animal, pero burlada por el hombre, **¡no siempre!** Arte puro y difícil de expresar, como el más bello sentimiento y manifestación del alma individual, la del **torero**, para ser sólo captado por el alma colectiva, la de los **aficionados**, con capacidad de apreciar y entender esta bella y compleja manifestación artística, con características únicas y esenciales, como son: su ejecución en movimiento, su geometría clásica de línea vertical e inmóvil: El HOMBRE, **¡ser racional!** y su línea horizontal, siempre móvil: El ANIMAL, **¡ser irracional!**; LOS DOS, unidos en una forma indisoluble, para edificar la máxima estética y belleza de este ARTE, cuando éste es posible **construirlo**, rara vez, sí; pero siempre por intermedio de la ciencia, fruto del conocimiento racional, conocido como: "LA LIDIA".

Palabras claves: Tauromaquia
Arte
Cultura
Toreo
Torero
Animal
Toro

Sentimiento
Belleza
Estética
Lidia
Ciencia
Simbolismo

RESUMEN

La tauromaquia, arte de lidia, es una actividad social y cultural, siempre en el contexto de un espectáculo importante y a su vez, un fenómeno del arte y la cultura y el deporte. El presente artículo se basa en

A. El análisis de la historia, proto-historia, su historia y evolución, desde llegar a su línea dividida entre lo antiguo y lo moderno y por último, a nuestra época.

B. La tauromaquia y su relación con las "bellas artes", entre otras: la literatura, la poesía, la música, el ballet, el ensayo, el teatro como "arte de lidia" y las artes plásticas como la pintura y la escultura, además del cine, la política, la cultura antañuna y por último, las ciencias médicas genéticas de selección y la zoología.

C. La sociología del torero y su lugar en la actual civilización contemporánea. Sus sentimientos

Resumen de la conferencia dictada en la Academia de Medicina de Medellín

"El sentido de la muerte en Horacio"

Dr. Alberto Betancourt



En la célebre oda a Leucóne (I-XI) le dice que "filtra el vino y no abrigues una esperanza desproporcionada a la brevedad del tiempo". Es la célebre oda del "carpe diem". Hay aquí una alusión explícita a la ineluctabilidad de la muerte y que en consecuencia nuestros proyectos y ambiciones deben acomodarse a la brevedad de la vida.

En la epístola a Albio Tíbulo (I-IV) le dice: "entre la preocupación y la esperanza, los temores y las iras, toma cada día como si fuera el último de tu existencia". En la oda dirigida a Delio (III-II) "morituré Delii, oh Delio que has de morir, le aconseja que en la adversidad mantenga una mente serena y en la prosperidad no se deje llevar por una desbordante alegría.

En su oda a Sextio (I-IV): "Oh Sextio feliz, la extrema cortedad de la vida, nos impide abrigar grandes esperanzas".

En su oda "Exegi monumentum aere perennius", convencido de la importancia de su obra poética, al punto lo asaltan los temores de lo precedero de la vida y exclama: "non omnis moriar", no moriré del todo, una gran parte de mí vivirá y se escapará a la acción de Libitina, esto es, de la muerte".

En su oda a Póstumo (II-XIV) le dice: "Ay, Póstumo, Póstumo, los fugaces años se suceden inclementes, no hay piedad en la aparición de las arrugas, ni para la siempre amenazante senectud, ni para la implacable muerte".

Xantia Phoceu se enamora de una esclava y Horacio le escribe una oda exultante para terminar con una triste confesión de su vejez: "no te pongas celoso, pues ya estoy entrando en los cuarenta".

Enhorabuena los que nos hemos alimentado con el pan consolador de tu palabra y el vino embriagador de tu poesía, queremos llegar hasta tu tumba y derramar una férvida lágrima sobre las ya gélidas cenizas de tu cuerpo.



En su oda a Phoceu, Horacio celebra el amor de una esclava por su hijo, pero también se confiesa a sí mismo como un hombre que ya está entrando en los cuarenta años.

En su oda a Phoceu, Horacio celebra el amor de una esclava por su hijo, pero también se confiesa a sí mismo como un hombre que ya está entrando en los cuarenta años.

En su oda a Phoceu, Horacio celebra el amor de una esclava por su hijo, pero también se confiesa a sí mismo como un hombre que ya está entrando en los cuarenta años.

En su oda a Phoceu, Horacio celebra el amor de una esclava por su hijo, pero también se confiesa a sí mismo como un hombre que ya está entrando en los cuarenta años.

En su oda a Phoceu, Horacio celebra el amor de una esclava por su hijo, pero también se confiesa a sí mismo como un hombre que ya está entrando en los cuarenta años.

Absceso hepático amebiano

Dr. Pablo Robles Vergara

Aproximadamente el 10% de la población mundial está infectada por *entamoeba histolytica*. La forma diseminada más frecuente producida por *E. Histolytica* es el absceso hepático amebiano. En Colombia, aunque la amebiasis y el absceso hepático amebiano han sido objeto de investigación desde hace 25 años, no se conoce la prevalencia exacta.

Las características clínicas y de laboratorio del absceso hepático amebiano en 158 casos estudiados por los autores en aproximadamente 15 años, son las siguientes:

Signos y síntomas

Dolor	95%
Fiebre	92%

Hepatomegalia	90%
Matidez pulmonar	60%
Diarrea	20%
Ictericia	7%

Laboratorio	
Aumento de sedimentación	96%
Leucocitosis	80%
Aumento fosfatasas alcalinas	60%
Amibas heces	40%
Serología (Elisa-IHA)	92%

La respuesta en el tratamiento fue:

En el 90% de los casos hubo respuesta satisfactoria al manejo médico exclusivo con medicamentos y en el 10% restante requirieron punción evacuadora y/o cirugía abierta; actualmente se trabaja en drenaje percutáneo bajo indicaciones precisas.