

Adiós Samuel Finkielman

Recuerdo un librito de tapas verdes con Finkielman como coautor sobre hipertensión arterial que consultamos siendo estudiantes; después lo conocí integrando un laboratorio reconocido en angiotensina e hipertensión arterial, con publicaciones en importantes revistas y en la formación de numerosos becarios. Ahora, ha muerto en el Instituto Lanari del que formaba parte desde 1960, y recuerdo y extrañaré:

El aroma del tabaco de su pipa, no siempre bien tolerado, y verlo comer un pedacito de pan guardado en su mano.

Su presencia en el consultorio atendiendo a sus pacientes a los que seguía desde hacía mucho tiempo, como en una conversación entre viejos conocidos.

Su gran cultura, su librito en el bolsillo del guardapolvo, la lectura del *Buenos Aires Herald*, sus recomendaciones literarias y su cautela ante las nuevas terapéuticas. Su participación en los ateneos anátomo-patológicos de los viernes, congresos y conferencias, en comidas compartidas. Sus cambiantes fases, llevaron a que el Dr. Croxatto lo apodara "el *mujik* ilustrado" o "el *mujik* enojado", enojo que se desvanecía pronto. Su manera de analizar un tema, seguido de un silencio de pocos segundos y el preciso remate.

Verlo llegar al Lanari en el auto que conducía su esposa, siempre con saco abotonado, aun en pleno verano, su simpatía por San Lorenzo de Almagro y su casa llena de libros a la que me abrió sus puertas en numerosas ocasiones para compartir con otros amigos amables tertulias.

Sus comentarios escritos con preciosa caligrafía en los sobres de los manuscritos enviados a la revista Medicina y los consecuentes reclamos de la secretaria por esto. Para escribir, Finkielman rechazaba la máquina mecánica o eléctrica o la computadora y recién hacía pocos años que había comenzado a intimar con internet.

Una historia judía como las que solía contar. Oscurece, es tiempo de reunirse en el templo del pueblo y el rabino no aparece. La primera estrella está plena y los fieles nerviosos por su tardanza vuelven sobre los pasos que el rabino solía dar en su trayecto al templo hasta que escuchan su voz dentro de una casa, arrullando a un niño. Cuando le preguntaron por qué no había ido al templo contestó que los padres de la criatura habían salido presurosos hacia el templo y el niño lloraba cuando justo pasaba; era más importante consolar al niño que officiar la ceremonia. No sé de dónde viene esa historia pero la reflexión es sabia.

Se fue Finkielman y con él una parte de la historia del Lanari y de la mía también. Chau Finki!

Basilio A. Kotsias

e-mail: kotsias@retina.ar

**Samuel Finkielman (1932-2013)
Un humanista**

Con el último día del año 2013 nos dejó físicamente el Dr. Samuel Finkielman. Lo conocí en 1965, fue uno de mis primeros jefes de sala durante mi residencia, luego mi instructor de hemodinamia e hipertensión siendo yo becario de la UBA, con el padrinazgo del jefe de Clínica y de la sección, Dr. Alberto Agrest.

Siempre me impresionó la bonhomía constante de Finkielman, posiblemente el fundamento de la paciencia y el buen trato con los pacientes internados, que despertan tan fuertes emociones en los que los asisten. Un capítulo aparte era su amplia cultura, que lo asemejaba a un hombre del Renacimiento y se reflejaba en artículos sobre Hipócrates, Paracelso, Varrón y tantos otros. No solo en lo escrito, sus conocimientos humanísticos matizaban también las discusiones en las recorridas de sala y transformaban lo que podría devenir rutinario en debates poblados de asociaciones con otros campos. Le interesaban particularmente los temas referidos a la eutanasia o a la medicina basada en la evidencia. Formaba parte activa de distintos grupos, en los que se trabajaba en temas relacionados a la hipertensión arterial ya sea en humanos o en trabajos de investigación básicos.

Lo recuerdo siempre acompañado de su pipa y con un libro en la mano, comprado en alguna librería "de viejo". Durante años hice recorridas de sala bajo su jefatura llevando en brazos, los días domingo, a su pequeño hijo mayor, más tarde alumno y residente del Instituto Lanari. Lo sucedí en la dirección de la cátedra de medicina interna luego de su jubilación. Finkielman siempre estaba dispuesto a escuchar, aconsejar con serenidad que solo perdía por momentos en los que se transformaba en lo que llamábamos "*mujik* ilustrado". Fue investigador principal del CONICET, director del Instituto Lanari, profesor titular y luego emérito (Finki lo traducía a "jubilado"), presidente y luego miembro del comité de redacción de nuestra revista Medicina, etc. Pero por sobre todo un médico de atención semanal de antiguos pacientes del instituto, que

lo amaban. Finkielman citaba a los griegos: “El alma es inmortal por estar siempre en movimiento circular...” “Los hombres son mortales porque son incapaces de juntar el principio con el fin, pero en ellos existe un alma...”. Nos quedamos en compañía de su alma.

Guillermo B. Semeniuk

e-mail: gsemeniuk@intramed.net

Hepatitis fulminante fatal como presentación de una leucemia linfática aguda

El compromiso hepático en la leucemia linfática aguda es un fenómeno frecuente¹. Dos tercios de los pacientes presentan hepatomegalia como manifestación de compromiso extramedular, usualmente de manera asintomática¹, siendo la insuficiencia hepática aguda extremadamente rara como forma de presentación²⁻⁴. Por esta razón comunicamos un caso de hepatitis fulminante (HF) como manifestación inicial de una leucemia linfática aguda B común (LLA-B común) en un varón de 16 años previamente sano. Ingresó por fiebre, ictericia y coluria de 2 días de evolución. Al examen físico destacaba una hepatomegalia dolorosa y esplenomegalia. En el laboratorio se evidenció pancitopenia con blastos circulantes, TP 23%, TTPK 120”, Factor V 25%, GOT 4463 U/l (normal: 0-38), GPT 3379 U/l (normal: 0-42), FAL 450 U/l (normal: 5-300), BT 13.6 mg/dl, BD 12.4 mg/dl, serología para hepatitis A, B, C, herpes tipo 1, 2, 6 y 8, virus de Epstein Barr, CMV y parvovirus B19 negativos. La punción de médula ósea mostró 95% de blastos linfoides (Fig. 1) con citometría de flujo compatible con LLA-B común. Se inició tratamiento con dexametasona (32 mg/día) y ciclofosfamida (300 mg/m²/día) con persistencia del deterioro de la función hepática, coagulopatía, encefalopatía que ocasionaron la muerte del paciente por edema cerebral y fallo multiorgánico.

Los síntomas iniciales de la LLA son inespecíficos y usualmente son secundarios a citopenias e inmunosupresión resultantes de la infiltración medular leucémica. La presencia de HF le confiere un pronóstico casi uniformemente fatal^{2, 3, 4}. En la mayoría de los pacientes con LLA la afección hepática es usualmente atribuida a infecciones (virales, bacterianas, parasitarias, micóticas) o toxicidad por drogas. Sin embargo, en estudios *post mortem* se ha observado infiltración blástica hepática silente hasta en el 95% de los pacientes con LLA⁴⁻⁵. En este caso la ausencia de hepatopatía previa, sepsis, infecciones virales, evidencia de autoinmunidad y participación de agentes tóxicos, permite suponer que la HF fue secundaria a necrosis masiva o submasiva producida por infiltración leucémica y/o a isquemia secundaria a infiltración sinusoidal. El diagnóstico de la causa de la HF resulta difícil debido

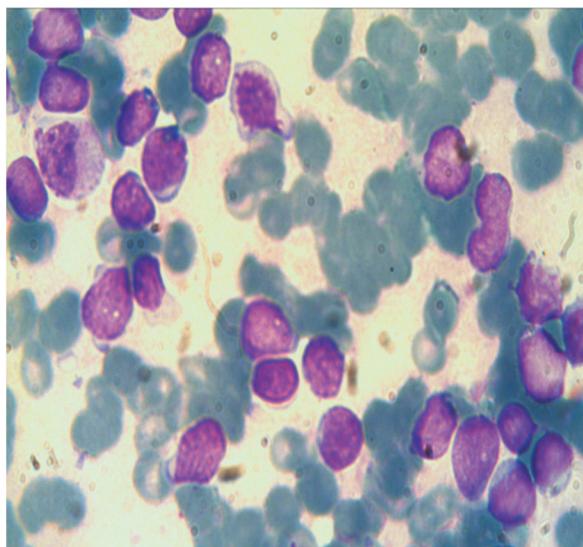


Fig. 1.— Médula ósea que muestra linfoblastos pequeños (MG-G 40X)

La figura puede apreciarse en color en www.medicinabuenaosaires.com

al riesgo que implica la biopsia hepática en un paciente con coagulopatía grave, aunque la biopsia hepática por vía transyugular, de estar la técnica disponible, puede indicarse en pacientes con trastornos de la coagulación. La elección de la quimioterapia inicial en un paciente con insuficiencia hepática no está bien establecida debido a la hepatotoxicidad de las drogas comúnmente utilizadas para el tratamiento, y a que su metabolismo y excreción se altera por la enfermedad hepática. Todo esto aumenta el riesgo de la aparición de efectos adversos. Algunos autores promueven el uso de quimioterápicos en dosis mayores a las recomendadas para el grado de disfunción hepática con el propósito de reducir la infiltración leucémica hepática y recuperar su función al conseguir una rápida remisión de la leucemia⁶. Debe sospecharse la coexistencia de HF y LLA en cualquier paciente que se presente con insuficiencia hepática, citopenias de cualquier tipo, niveles elevados de LDH e hiperlactacidemia, pues el diagnóstico precoz y el tratamiento intensivo de la LLA puede revertir el fallo hepático y, en algunos casos, lograr la supervivencia del paciente.

Andrea Suso¹, Alejandro Sola¹, Liliana Osay², Adriana Moreno², Adrián Salvatore¹, José Carena¹

¹Servicio de Clínica Médica, ²Servicio de Hematología, Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

e-mail: joseacarena@yahoo.com.ar

1. Shimizu Y. Liver in Systemic Disease. *World J Gastroenterol* 2008; 14: 4111-9.
2. Litten J, Rodríguez M, Maniaci V. Acute lymphoblastic

leucemia presenting in fulminant hepatic failure. *Pediatr Blood Cancer* 2006; 47: 842-5.

3. Kelleher J, Monteleone P, Steele D, Gang D, Angelides A. Hepatic dysfunction as the presenting feature of acute lymphoblastic leukemia. *J Pediatr Hematol Oncol* 2001; 23: 117-21.
4. Zafrani E, Leclercq B, Vernant J, Pinaudeau Y, Chomette G, Dhumeaux D. Massive blastic infiltration of the liver: a cause of fulminant hepatic failure. *Hepatology* 1983, 3: 428-32.
5. Dada R, Wilop S, Jost E, Galm O, Gassler N. Successful treatment of hepatic encephalopathy in a patient with acute lymphoblastic leukemia. *Acta Haematol* 2009; 122: 216-20.

Sobre la investigación científica en las instituciones de salud de la ciudad de Buenos Aires

He leído con interés el artículo publicado por el Dr. Ferrero y col. en *MEDICINA*¹. El reconocimiento explícito de los autores a la relación directamente proporcional entre actividad académica y calidad de atención médica y a la necesidad de tener un monitoreo de la misma, es una corriente de aire fresco para los investigadores clínicos. Los números presentados y su comparación con el resto del país se completarían, según mi opinión, con algunas informaciones adicionales. Primero, se debería aclarar cuántos médicos y otros profesionales de la salud hay en la nómina del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (MS-GCBA) en sus diferentes categorías. Podría ser, e intuyo que es así, que la producción científica de esta área, dividida por la cantidad de investigadores en el sistema, sea ínfima comparada con, por ejemplo, la del CONICET. Segundo, la presencia de investigadores del CONICET en el área del MS-GCBA produce error por causalidad revertida (*reverse causation*) y sería bueno un

trato de esas citas diferenciado. Tercero, las publicaciones resultantes de estudios de fase no son representativas de pensamiento científico original de los autores y, aunque son de alto impacto también son variables de confusión, y no pueden ponerse en la misma lista que la investigación original. Cuarto, puede ser que las publicaciones dentro de cada institución provengan siempre del mismo grupo de investigadores, siguiendo una distribución no normal, aunque asignando un crédito a la institución que solo hace de locadora, sin contribuir en nada al desarrollo de la actividad científica del lugar. Quinto, el CONICET mantiene una escala de puntos de las publicaciones según la revista en que se hace la misma y, por lo tanto, una publicación en una revista de primera línea puede tener un impacto mucho mayor que 20 en una de bajo impacto, de manera tal que distribuir simplemente porcentajes entre hospitales o entre “de adultos” y “pediátricos” tiene poca relevancia, y los autores deberían hacer justicia en este sentido. Finalmente, en la discusión del artículo, hubiera sido interesante conocer las posibles causas -de acuerdo a los autores- de este, a mi juicio, paupérrimo resultado, luego de 100 años de funcionamiento del sistema, así como sugerencias de acciones correctivas o comentarios sobre las que el MS-GCBA ya ha iniciado. En lo personal creo que el diagnóstico apropiado de una enfermedad y su adecuado tratamiento es lo que garantiza el mejor pronóstico, y no la creación de variadas oficinas, Comités, Direcciones y Consejos.

Alejandro Malbrán

e-mail: amalbran31@hotmail.com

1. Ferrero F, Ossorio MF, Eiguchi K. La investigación científica en las Instituciones de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. *Medicina (Buenos Aires)* 2013; 73: 443-7.