

## Historia de la Nefrología

Daniel N. Manzor

### Entrevista realizada al Dr. Federico Garzón Maceda

**Dr. Daniel Nicolás Manzor:** *Dr. Federico Garzón Maceda gracias por recibirme y si el objetivo es tratar de integrar todo lo que hace a la historia de la Nefrología Argentina, sin duda desde esta provincia mediterránea Ud. fue un profesional que abrió caminos en la especialidad. Me permito con ese pretexto hacer un alto en mi vida y viajar a esta bella provincia que nunca deja de maravillarme.*

*Le pediría que me relate cómo es que comienza su interés en la nefrología.*

Dr. Federico Garzón Maceda: Todo comienza promediando el año 1954, en el que vino de Estados Unidos, el argentino Dr. Alfonso Ruiz Guiñazú y dio una conferencia en el Círculo Médico de Córdoba, hablaba de lo que él había hecho en Boston con el Dr. Merrill, trajo la novedad del uso del riñón artificial diseñado por Kolff, con la modificación que él mismo había hecho en el Hospital Brigham, cuyo riñón modificado se llama Kolff-Brigham; fue en Boston-Mass, trabajando con el Dr. Merrill, profesor de Medicina Interna, es donde el Dr. Ruiz Guiñazú aprende el tratamiento del fallo renal agudo. Cuando vino y dio la conferencia yo era estudiante de medicina en el último año.

**Dr. D.N.M.:** *Fue en el año 1954 en el que el Dr. Ruiz Guiñazú recién llegado de Estados Unidos se instala y construye un riñón artificial a semejanza del que había utilizado en el Peter-Bent-Brigham, incorporándose en el Instituto Lanari. ¿Es para esa fecha entonces que va a dar la conferencia a Córdoba?*

Dr. F.G.M.: En el año 1954, yo estaba por recibirme y en ese momento había un auge de la patología hidroelectrolítica, en todas las revistas y libros se venía hablando del tema, ahí coincide que me recibo y hago un año de internado con el Dr. Agustín Caeiro, quería dedicarme a la medicina interna pero buscando un lugar donde pudiera aprender lo que el Dr. Ruiz Guiñazú había comentado. Intento ir a la ciudad de Boston con Merrill, pero no había becas y era una época en que el Post-grado era prácticamente gratis, por lo que me fue imposible concurrir a ese lugar. Entonces me fui a Boston Massachussets, a hacer medicina interna en New England Deaconess, que es un hospital privado de una congregación metodista de relevancia, donde estaba el Dr. Elliot P. Joslin, uno de los viejos diabéto-logos y en la clínica de su nombre. La Clínica Jos-

lin era filial de la Universidad de Harvard; el Peter Bent-Brigham era el hospital madre junto con el Massachussets General.

Pasa un año y en una conversación con Merrill le comento que tenía ganas de hacer parte de nefrología y como donde trabajaba había muchos diabéticos (no se estudiaban los daños morfológicos iniciales en el riñón) pero si veíamos el cuadro final de la diabetes.

Junto con un médico suizo, el Dr. Moina, nos propusimos hacer un proyecto de investigación con la población de diabéticos juveniles que concurrían a la clínica. Empezamos a investigar las biopsias renales sobre las cuales ya habían comenzado a trabajar unos tres años antes, no se si los suecos o los dinamarqueses en el año 1953.

Fuimos a proponerle el trabajo al Dr. Merrill, que estaba a una cuadra de distancia, le dije si yo podría conseguir un grant para hacer esto y nos contesta que el trabajo es muy interesante, pero a pesar de todo el proyecto se cayó porque Joslin, que ya tenía 90 años, nos dice *"a mis diabéticos no los toca nadie, bastante tienen con su enfermedad para que nosotros le hagamos correr un riesgo más, lo científico queda relegado..."*

Merrill me ofrece un lugar para llevar a cabo el proyecto pero yo carecía de fondos, terminaba dos años de medicina interna y estaba inmerso en la patología del riñón y sobre todo con el tratamiento de la insuficiencia renal aguda que en ese momento estaba en auge.

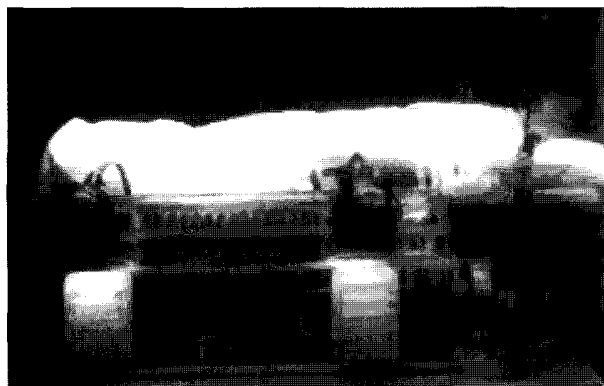
Recién se comenzaba con trasplantes de riñón, se estaba estudiando en Peter-Bent-Brigham con Merrill y con un grupo de cirujanos de trasplante de la Lahey Clinic y ahí se realiza el primer trasplante de dador vivo.

Vino a visitarme un médico, Harvey Knowles, jefe de la Universidad de Cincinnati del departamento de metabolismo, quien en aquella época trataba a la diabetes con insulino-terapia y estricto dieto-terapia. Es lo mismo que se hace ahora, mantener al paciente normoglucémico para evitar complicaciones; en esos años el Dr. Joslin ya era un paladín.

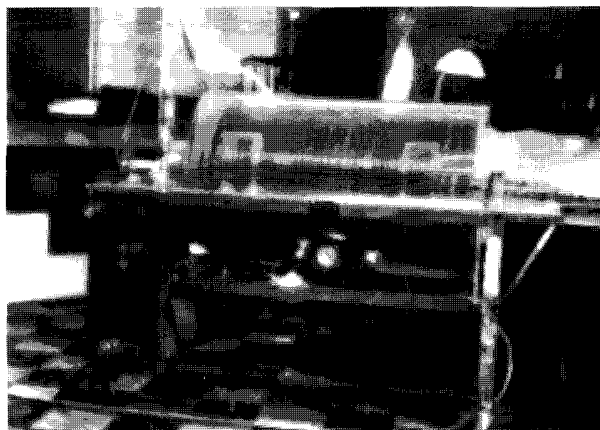
Mientras que en Nueva York, un grupo médico opina que el control no es tan importante, si tener la glucemia dentro de parámetros normales y evitar la hipoglucemia. Yo un día me encolumne en esa escuela, que eran más libres con las dietas, y vimos los resultados a largo plazo sobre las insuficiencias renales en dos poblaciones.

**Dr. D.N.M.:** *Y cuándo es que vos aprendes a manejar el riñón artificial y qué tipo de riñón?*

Dr. F.G.M.: Fijate la casualidad, en su departamento de



Unidad de Hemodiálisis Universidad de Cincinnati 1957



Riñón artificial de Kolff-Brigham

medicina de Nueva York había un doctor llamado Gordon Margolin que era un muchacho que había estado en el Hospital Peter-Bent-Brigham y había hecho la residencia completa y el fellow de medicina interna. Con Merrill había aprendido el uso del riñón artificial y cuando se va a trabajar con Knowles que era un diabetólogo que estaba en el cuidado de enfermedades metabólicas y por sus conocimientos lo puso Gordon Margolin a cargo para que pusiera en marcha el tratamiento de la insuficiencia renal aguda con hemodiálisis, quién cuando me conoce, me propone continuar juntos yo estaba en el tercer año y acepté la propuesta. Es ahí donde aprendo el manejo del riñón artificial del Kolff-Brigham.

Todo esto fue en el año '56, '57 en la Universidad de Cincinnati departamento de metabolismo con Gordon Margolin en donde además de hacer el trabajo en el laboratorio yo tenía a cargo el uso del riñón artificial.

**Dr. D.N.M.:** *Bueno, me imagino que eso te dio una buena experiencia que fue lo que te permitió después implementarlo en Córdoba, y qué tipo de vía de abordaje utilizaban para dializar?*

Dr. F.G.M.: Poner las cánulas era otra historia, además hacíamos un informe de la diálisis igual que un acto quirúrgico, a tal hora llega el enfermo, tiene tal cosa, se coloca la cánula tal, el riñón, etc., vos hacías una descripción con el dictáfono que luego se incorporaba a la historia clínica.

**Dr. D.N.M.:** *Entonces las vías utilizada para diálisis en esa época eran las cánulas, ya venían hechas o en Estados Unidos las tenían que hacer ustedes?*

Dr. F.G.M.: La vía era directa, las cánulas eran de polivinílico, tubos comunes. Con vaselina líquida que se calentaba y el aceite mineral bien caliente se introducía el tubo que se ablandaba, lo estirabas con lo que se iba afinando hasta cortarse, después con la temperatura ambiente se endurecía, lo cortabas y tenías dos cánulas.

Para esterilizarla las ponía en formol, con formalina, eran unos tubos grandes de acero inoxidable. Elegías de acuerdo a la arteria que tenía el paciente para poner la cánula, vaso que se anulaba y se perdía por lo tanto, una arteria y

una vena en cada diálisis.

La superficie de ese riñón era enorme, entonces producía una caída brusca del volumen circulante sanguíneo e hipotensión, además de descenso en las cifras de nitrógeno ureico, con lo cual se producía el desequilibrio dialítico que era muy común en ese entonces no como ahora que vos estás previendo el estado urémico, en aquella época venía el enfermo muy urémico con hiperpotasemia, lo dializabas cuatro o cinco horas con lo que tenía una importante caída y un desequilibrio brusco.

**Dr. D.N.M.:** *Y me imagino que por la superficie se usaba sangre externa para purgar esos riñones y evitar la hipotensión en pacientes en tal mal estado y depleccionados, yo con los Calvo y los Arce de plancha de acrílico en muchas ocasiones lo tenía que hacer.*



Catéter arteriovenoso de silastic teflón

Dr. F.G.M.: Sí, el riñón tenía que tener 600 centímetros cúbicos de sangre para purgarlo necesitaba tres metros de celofán. Me acuerdo que eran bobinas que estaban en formalina, atabas una punta y con una bomba hacías girar el tambor e ibas enrollando el tubo hasta la otra punta del cilindro que la atabas también, el baño estaba abajo en una bacha y vos lo podías subir y bajar, tenía además una tapa acrílica. Como vos decís, tenías que llenar con sangre porque sino exanguinabas al paciente.

Un año y pico estuve en eso, tiempo en que en Estados Unidos se empieza con la movilización del médico internista hacia la especialización en nefrología, para tratar fundamentalmente dos cosas; la insuficiencia renal aguda y la hipertensión, ya que la insuficiencia renal crónica era un problema que no tenía acceso en esa época a la diálisis. Año 1957-1958, la nefrología era por lo tanto, por un lado el tratamiento de la insuficiencia renal aguda con todos sus problemas y por el otro la hipertensión arterial, es por eso que los grupos nefrológicos salieron del estudio y tratamiento de esas patologías. Tiempo después se desarrolló el tratamiento por el trasplante renal en los grandes centros, como era Boston, en el Peter-Bent-Brigham quien tenía experiencia en insuficiencia renal aguda y trasplante renal, la diálisis crónica no tenía perspectiva para su tratamiento, era el trasplante lo que se avizoraba en el futuro.

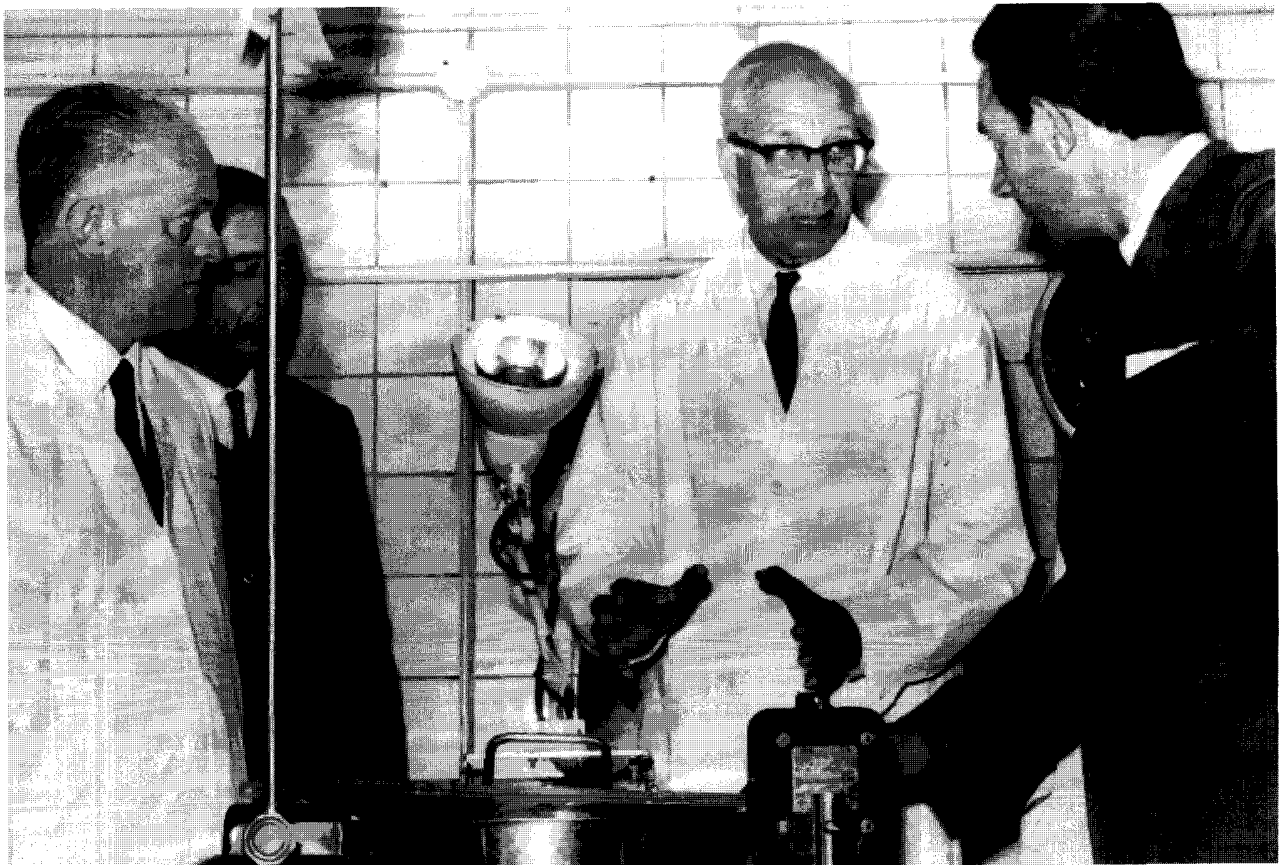
**Dr. D.N.M.:** *Sí y de dador vivo, Federico.*

Dr. F.G.M.: En ese momento estaba el grupo de Boston con Merrill, y por otro lado estaba en Washington George Schriemer profesor de medicina en Estados Unidos y jefe del servicio Nefrología y Hemodiálisis, el tenía si te acordás, no un Kolff-Brigham, el tenía el Kill, que era otro riñón artificial pero de planchas. Y además tenía otro que era el Skeegs – Leonard, cuyas planchas eran de caucho y hojas de celofán. Schriemer en ese momento que llevaba un año y medio trabajando en el Georgetown Hospital, un departamento dependiente de la Universidad del mismo nombre en Washington DC., en un momento tiene la posibilidad de incorporar el modelo que Kolff conjuntamente con un ingeniero alemán habían diseñado un riñón a bobina, que posteriormente fue industrializado por la fábrica Travenol de Estados Unidos.

**Dr.D.N.M.:** *Sí, probablemente estés hablando del Kolff Travenol a bobina, el lavarropas.*

Dr. F.G.M.: La bobina fue una idea de Alemania, Estados Unidos se apropió de la idea y puso el capital y el desarrollo industrial.

Kolff, holandés que había desarrollado el primer riñón que se llamó "Kolff", trae la idea de la bobina, que consistía en que en lugar de arrollar como lo hacía en su primer riñón lo hace en forma de bobina compacta. Es entonces



*Dr. W. Kolff, Biallet Tisseira, Garzón Maceda, Htal. de Clínicas de Córdoba 1968*

que Kolff desarrolla el Coil Artificial Kidney con la casa Travenol subsidiaria de Baxter.

Los primeros modelos de riñón artificial que se usaban para el tratamiento eran muy caros y complicado en el tratamiento de la insuficiencia renal aguda; en cambio el Kidney Coil tenía la particularidad que la unidad era descartable, vos lo sacabas y tirabas.

Me entero por las conferencias y publicaciones que ya habían empezado a ser comercializados y que Schriemer tenía ese riñón. Me pongo en contacto con George Schriemer con fines de pasar por Washington un tiempo antes de volverme para aprender su manejo.

**Dr. D.N.M.: Vos regresas para el fin de la década del '50 a Córdoba a poner en práctica todo lo que habías aprendido.**

Dr. F.G.M.: en 1958, dos meses antes de regresar a la Argentina, resolví pasar unos meses en Washington, en el Hospital de Georgetown, con el Dr. George Schriemer, a fin de habituarme en el uso del riñón a bobina modelo Kolff-Travenol. A la vez en ese servicio tenían una actividad amplia sobre el uso de las biopsias renales percutáneas, y sobre como relacionar los resultados de la misma con datos clínicos y de laboratorio. En la Argentina en esa época el Dr. Victor Miatello había comenzado con la misma actividad.

**Dr. D.N.M.: Sí, en la primer revista de este año le hice la entrevista al Dr. Osvaldo I. Falcón que fue el anatomopatólogo durante toda esa primera etapa de Víctor Raúl Miatello y la comencé, por la importancia y la descripción de esa época, con el prólogo del libro publicado en 1957 "Las nefropatías a través de la biopsia renal por punción" escrito por Tiburcio Padilla.**

Dr. F.G.M.: En el año 1958 en Estados Unidos había otro argentino que realizaba el mismo entrenamiento que yo, Jorge Firmat, quien era residente del Memorial Hospital-NYU. Dado que la principal actividad en esa institución médica, era el tratamiento de enfermedades neoplásicas, tenían una amplia casuística de insuficiencia renal aguda en pacientes con cáncer secundario al uso de quimioterápicos. Con ese motivo, Jorge aprende el uso de riñón artificial de bobina descartable, y vuelve a la Argentina a fines de 1958, meses antes de mi regreso, y se incorpora a la sala 10 del Hospital Rivadavia, cuyo jefe era el Dr. Norberto Quirno. Posteriormente adquieren un riñón modelo Kolff-Travenol. En esa misma fecha en el Hospital Tornú-Instituto de Investigaciones Médicas, estaba el Dr. Ruiz Guiñazú, quien tenía en uso, ya desde algunos años antes, un riñón artificial modelo Kolff-Brigham. Uno de sus colaboradores era el Dr. Rodo.

**Dr. D.N.M.: Sí, de acuerdo a conversaciones que tuve con Rodo, según él me refirió ese primer riñón artificial fue fabricado por Ruiz Guiñazú tomando de muestra el Kolff Brigham. Manuel Arce llega a ese servicio tiempo después, no?**



Riñón, modelo Kolff-Travenol

Dr. F.G.M.: Arce llega en la década del '60 junto con él estaban varios médicos internistas de alto nivel profesional, entre los que se destacaban Agrest, Teitelbaum y otros.

**Dr. D.N.M.: No conocí a Jorge Teitelbaum, sí a Rodo como lo cuento en la primera entrevista que le realicé e indudablemente la parte de diálisis la aprendió de Ruiz Guiñazú. Durante mi jefatura del servicio de Terapia Intensiva de SEGBA en el Sanatorio Güemes tuve la oportunidad de conocer al Dr. Agrest que estaba de jefe de Clínica Médica quien me pareció un brillante clínico.**

Dr. F.G.M.: Cuando regreso a la Argentina y a Córdoba a fin del año 1958 lo hago con la idea de incorporarme al Servicio de Medicina Interna del Dr. Agustín Caeiro en el Hospital Privado, pero con la intención de, en un futuro, realizar las actividades nefrológicas en las cuales me había entrenado.

Previo a mi regreso, me había entrevistado en Nueva York con el Dr. Juan Martín Allende, quien era decano de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba. Él me comunica que el profesor Mauricio Firstater, titular de la cátedra de urología, tenía la idea de adquirir un riñón artificial y que le aconsejaría que se contactase conmigo. Después de un intercambio epistolar entre M. Firstater y yo me comprometo que a mi regreso me incorporaría a su cátedra, en carácter de Jefe de Clínica, a desarrollar una unidad de nefrología y diálisis, en un futuro cercano. En el servicio de urología del Hospital Nacional de Clínicas estaba a la fecha el Dr. Miguel Ángel Villalonga, quien era clínico. Con el integramos un grupo de trabajo, e incorporamos a otros colegas cirujanos, para que nos asistieran en la colocación de las cánulas arteriales y venosas. Se adquirió un riñón artificial Kolff-Travenol, y después de 6 meses de hacer experiencia en animales, comenzamos el trabajo en pacientes.

Se desarrolló un laboratorio de patología hidroelectrolítica y funcionalismo renal a cargo de la Dra. Violeta Zeitune. En el Hospital Privado, a donde yo asistía en el servicio de clínica médica, cuyo jefe era el Dr. Agustín Caeiro, se acordó la compra de otro riñón artificial con el fin de desarrollar una sección nefrológica. Agustín Caeiro además de ser un internista consumado, tenía una formación cien-

tífica excepcional para la época, y le interesaba de sobre manera todo lo inherente a la fisiología, la patología renal y la correlación clínico-laboratorio. Utilizábamos de Homer Smith, de su libro *The Kidney*, que en forma extensa trata esos aspectos y otros.

**Dr. D.N.M.:** *Sí, época de correlación de la fisiología con el laboratorio nefrológico a los que se le agrega, años más tarde, los resultados anatomopatológicos. Era la época de oro de Miatello y su libro de biopsias.*

Dr. F.G.M.: Sí, Miatello a través de la biopsia hacía lo que estas diciendo: “*este paciente tiene tal patología y hacía una correlación clínica-laboratorio con la anatomía patológica*”. Tiene la biopsia y lo compara con el clearance del síndrome nefrótico, de una nefritis proliferativa, etc. nosotros en el Hospital de Clínicas lo hacíamos con la Dra. Zeitune y el servicio de anatomía patológica.

**Dr. D.N.M.:** *El Dr. Miatello hacía sus laboratorios con la Dra. Beatriz F. Carvajal, que fue a quien le dio que escribiera ese capítulo en su libro. ¿Y cómo continúa evolucionando la nefrología en Córdoba?*

Dr. F.G.M.: En el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia renal aguda se va progresando con la biopsia, ya que aparecen otras técnicas y viene el período del microscopio electrónico en la histología e inmunofluorescencia. Empiezan en Córdoba a aparecer otros médicos; Villalonga se va al Sanatorio Allende donde hace nefrología y surge el Dr. José H. Flores, quien cuando era estudiante de medicina ya trabajaba con el Dr. Walter Camussi, bioquímico a quien le interesaban todos los aspectos de la patología hidroelectrolítica.

Flores con Camussi, además de trabajar en otros aspectos de la nefrología, desarrollan un prototipo artesanal de riñón artificial. Posteriormente, Flores adquiere para el Sanatorio Allende otro riñón artificial. Con él colaboraba el Dr. De Cabrera.

**Dr. D.N.M.:** *No lo recuerdo, no creo haberlo conocido. Y qué recordas de los comienzos de la Sociedad de Nefrología acá en Córdoba?*

Dr. F.G.M.: Flores en el Sanatorio Allende y en la actividad privada se asocia con Villalonga durante un tiempo; después éste se separa de ellos y queda Flores en el Hospital Allende, quien es un profesional muy capaz y con mucha iniciativa.

Así empezamos, y comenzaron a adherirse profesionales a nuestro grupo y a otros, y surgiendo la necesidad de hacer una sociedad, se funda la Sociedad de Nefrología. No tengo seguridad pero creo que debe haber sido cerca del año 1970. Antes nos acogía a nosotros la Sociedad de Medicina Interna, la de cirugía y la de urología. Por el hecho de que en el Hospital Nacional de Clínicas, el riñón artificial fue instalado en el servicio de urología, muchas de las experiencias clínicas nefrológicas, se presentaban en la Sociedad de Urología.

El primer Congreso Argentino, alrededor del año 1969-1970, cuando la Sociedad Argentina de Nefrología ya funcionaba, se realizó en la ciudad de Córdoba.

**Dr. D.N.M.:** *Esto fue en el año 1970 durante la presidencia de la Sociedad Argentina de Nefrología del Dr. Oscar Morelli y se realizó en la Ciudad Universitaria de Córdoba con una gran concurrencia de profesionales, eran 350 de acuerdo a lo que me contó el Dr. Morelli. Y él recordaba en esa entrevista que los colaboradores por Córdoba habían sido vos, Villalonga, Flores, De Cabrera y el anfitrión que era el jefe de urología del Hospital de Clínicas el Dr. Julio Bialek Tizeira.*

Dr. F.G.M.: Sí, exactamente, Morelli fue el presidente del primer congreso. Por ese entonces la Sociedad Internacional de Nefrología ya tenía unos 8 años. Como acá en la provincia los distintos centros íbamos creciendo, se fundó la Sociedad de Nefrología en Córdoba.

**Dr. D.N.M.:** *Cómo era la relación entre los nefrólogos de Córdoba y Buenos Aires en esa primera época, Federico?*

Dr. F.G.M.: Nos llevábamos muy bien; Miatello por ejemplo vino a Córdoba en muchas oportunidades, ya era muy amigo de Agustín Cairo, y yo iba a veces a visitarlo al Hospital Rivadavia donde estaba Firmat. También con Moledo y el otro socio, Morelli, estábamos en permanente comunicación y no teníamos problemas.

**Dr. D.N.M.:** *Moledo ya lo hemos traído muchas veces en los comentarios en las distintas entrevistas, para mí junto con Nesmo Yeyati, son los profesionales padres de la fisiología renal de la nefrología de nuestro país.*

Dr. F.G.M.: El anatomopatólogo era del Hospital Tornú, ¿recuerdas cómo se llamaba?

**Dr. D.N.M.:** *Yo a los que entrevisté para el último número de la revista y que salieron juntos en la publicación, fueron, por ser uno de los pioneros, al patólogo de Miatello, Dr. Osvaldo Falcón, y de los que han trabajado en anatomía patológica del riñón al Dr. Roberto Iotti que junto al Dr. Ibarra a quien no pude entrevistar, han hecho mucho por la especialidad. Pero al que te referís del Htal. Tornú no lo recuerdo.*

Dr. F.G.M.: En fin, volviendo al tema; nosotros con Buenos Aires teníamos una muy buena relación al igual que con Rosario. Creo que la necesidad de crear la Sociedad Argentina de Nefrología surge de Buenos Aires y nosotros acá apoyamos el proyecto, se realizó, como ya dije, en Córdoba el primer congreso.

**Dr. D.N.M.:** *Cambiando de tema a esa primera reunión cuando eras estudiante en que vino el Dr. Ruiz Guñazú, antes que vos viajases a EE.UU., quiénes recordás que participaron por la provincia en esa charla?*

Dr. F.G.M.: Se dio en el seno de la Sociedad de Medicina Interna de Córdoba, que invitó a Ruiz Guiñazú cuando todavía no existía la especialidad de Nefrología, y como tampoco había urólogos, los asistentes eran internistas.

**Dr. D.N.M.: Cuándo se suma en Córdoba el Dr. Luis Juncos?**

Dr. F.G.M.: El Dr. Juncos regresa, creo que entre 1977 y 1980.

**Dr. D.N.M.: En el Clínicas, quienes estaban en esa época?**

Dr. F.G.M.: En el Clínicas estábamos Villalonga y yo, posteriormente se incorporó el Dr. Guillermo Herrera y con él trabajamos casi 20 años hasta la fecha de nuestro retiro.

**Dr. D.N.M.: Y en el privado, quien estaba en aquella época?**

Dr. F.G.M.: En el privado, en el departamento de Medicina Interna estaba el Doctor Agustín Caeiro, de quien ya hemos hablado, y el Dr. Alejandro Chait urólogo, con una formación fisiológica extraordinaria.

**Dr. D.N.M.: Y en el Sanatorio Allende, Miguel Villalonga, que además estaba con vos en el Clínicas.**

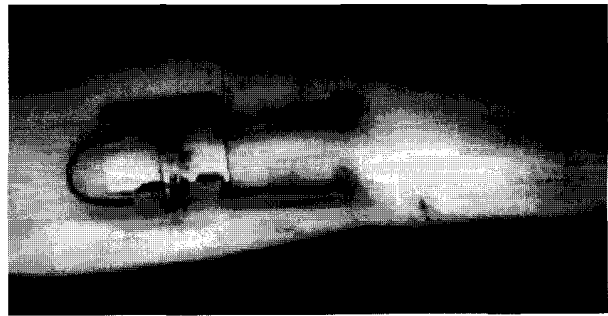
Dr. F.G.M.: Sí, Villalonga y Flores. Pero al retirarse el Dr. Villalonga, Flores queda a cargo.

El servicio de Nefrología en el Hospital de Clínicas en los primeros años estaba dedicado exclusivamente al tratamiento de la insuficiencia renal aguda por medio del riñón artificial. Un problema evidente era las repetidas canalizaciones arteriovenosas que se realizaban para cada diálisis, con la consiguiente anulación de venas y arterias; es decir que después de varias hemodiálisis, nos quedábamos sin vía de acceso. Por eso, un aporte importante fue cuando salieron las cánulas de Quinton en Estados Unidos al principio de la década del 70.

Habían sido publicadas en la revista de órganos artificiales por Scribner, quien había desarrollado las cánulas de teflón y Silastic.

Scribner en un congreso presenta la posibilidad de que la insuficiencia renal crónica pueda acceder a plan de diálisis, ya que las cánulas fijas podían ser un acceso repetido a la diálisis. Te acordás de toda esa época?.

**Dr. D.N.M.: Sí, fue una época en que llegamos a poner las cánulas mejor que muchos cirujanos. A mí me enseñó la técnica Norberto Vila, quien fue el primer cirujano que en forma privada trabajó en mi servicio. Tiempo después cuando se comienza a dializar por fístula, Norberto desarrolló una técnica muy interesante que consistía en utilizar los vasos de las cánulas que tenían un mes o más en diálisis y por lo tanto la vena estaba arterializada para realizar la fístula. Lo que permitía que el enfermo que llegaba de quirófano con la fístula recién realizada se pudiera conectar, para ser dializado en el momento,**



Shunt-arteriovenoso Quinton-Scribner 1966

**ya que sus venas estaban arterializadas y al punzar no se iban a romper.**

**Cuándo empiezan a utilizar la diálisis peritoneal?**

Dr. F.G.M.: Entre el '60 y el '70, empieza a surgir la otra modalidad del tratamiento de la insuficiencia renal aguda que es la diálisis peritoneal. Creo que fue cuando Roux Ocefa saca a la venta las bolsas de diálisis peritoneal en sachet de un litro y aparece la cánula rígida para introducir la solución en el abdomen.

**Dr. D.N.M.: Si fue Roux Ocefa las bolsas, la cánula con su mandril descartable lo industrializó el Laboratorio Rivero.**

Dr. F.G.M.: En la insuficiencia renal aguda en el lactante, lo único que podíamos hacerle era la diálisis peritoneal, sobre todo en el síndrome urémico hemolítico, por lo que adaptábamos el catéter y se lo introducíamos.

En esa época fuimos los primeros en el país, aunque no lo presentamos, que dializamos con riñón artificial con bobina a un lactante, una chiquita con síndrome urémico hemolítico, que había sido operada; en aquella época se decía que el síndrome urémico hemolítico era secundario a una invaginación intestinal donde se producía un infarto por mecanismo de coagulación, por lo que no era mecánico sino por un mecanismo obstructivo. Como la niña tenía una operación reciente abdominal, no se le podía hacer diálisis peritoneal.

Por eso, utilizamos el procedimiento que habían desarrollado una firma comercial inglesa. Ellos habían diseñado un riñón artificial, cuya bobina se encontraba sumergida en un recipiente plástico por el que pasaba el líquido dializador. La superficie del coil (la bobina) era adaptada a la superficie del lactante. De este modo, se dializó a la paciente varias veces, hasta que se recuperó. En la actualidad la paciente tiene 40 años y ha sido trasplantada en 2 oportunidades.

**Dr. D.N.M.: Por más que vos anularas uno de los circuitos, igual queda mucha superficie.**

Dr. F.G.M.: Las unidades estándar que usábamos en el riñón Kolff-Travenol eran de una superficie muy grande, por lo tanto no se podían usar en lactantes. Por esto, el modelo que utilizamos en la niña había sido desarrollado por ingleses para los pacientes pediátricos.



*Paciente femenina con IRA por SHU en Hemodiálisis.*

**Dr. D.N.M.:** *Este fue de acuerdo a lo que relatas el primer caso de hemodiálisis pediátrico en la Argentina.*

Dr. F.G.M.: Sí, habría sido por la década del '70. Antes, por el año '68, buscando conductas en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica para evitar la muerte, se llega al trasplante renal, que había sido efectuado con éxito en Buenos Aires, por el grupo del Dr. Lanari en el Hospital Tornú. Nosotros en Córdoba, empezamos a hacer el intento y en enero del 1969, se hace el primer trasplante renal con dador vivo relacionado en la Provincia.

**Dr. D.N.M.:** *¿Quién y dónde se hace?*

Dr. F.G.M.: Lo hace el equipo quirúrgico del Profesor Dr. Jorge Bialek Tizeira con los profesionales del servicio de urología y clínica quirúrgica del Hospital Nacional de Clínicas-UNC.

En aquella época no existía la posibilidad de realizar la histocompatibilidad, por lo tanto se hacía solamente por grupo y Rh. A consecuencia de esto, la paciente pierde el riñón por rechazo a los pocos meses.

**Dr. D.N.M.:** *En qué año aparece trabajando con Uds. Dr. Pablo Massari?*

Dr. F.G.M.: Pablo Massari era el interno y residente del Hospital Privado desde el año 1970 hasta el 1975, en la especialidad de medicina interna; se acerca a mí con el propósito de ayudarme en hemodiálisis. Viendo la experiencia en el Clínicas del trasplante que se habían hecho con dador vivo y sin histocompatibilidad, consideramos que nuestro grupo necesitaba desarrollar la histocompatibilidad, y tener mayor experiencia en la recolección de órganos. Como era una necesidad efectuar trasplantes, y como forma de adquirir la experiencia que nos faltaba, se propuso que el Dr. Pablo Massari viajara al exterior. Como el Dr. Hugo Palmero, cardiólogo, había estado en la Universidad de Medicina de Michigan, él consigue un lugar para que el Dr. Pablo Massari completara su entrenamiento en nefrología y trasplante renal; permanece dos a tres años. En esos años, desarrolla y se fortalece en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica con el grupo de Ann-Harbor y además se interioriza en trasplante renal. Regresa y se incorpora en el departamento de medicina interna del Hospital Privado. A partir de su incorporación, el hospital decide crear un servicio de Nefrología independiente de

medicina interna. En el servicio al principio estábamos el Dr. Massari y yo; después se incorpora otro residente de medicina interna, era el Dr. Javier De Arteaga.

Eran dos caminos que queríamos desarrollar: por un lado hacíamos y poníamos cánulas de teflón o silastic, realizábamos tratamientos con riñón artificial de la insuficiencia renal crónica, y rehusábamos los coil con todos los cuidados. Por otro lado, teníamos que desarrollar trasplante renal, para lo cual necesitábamos de la histocompatibilidad, por lo que del laboratorio se hizo cargo el Dr. Constancio Giraud, que había completado su entrenamiento en medicina interna, y regresaba de Estados Unidos luego de haber adquirido conocimientos de inmunopatología y desarrollado la técnica de histocompatibilidad.

Como Pablo ya tenía el entrenamiento en trasplante renal y hemodiálisis, sólo nos faltaba desarrollar en el equipo diálisis peritoneal continua ambulatoria, de la cual poseíamos algunas experiencias aisladas, pero no programadas. Es entonces que el Dr. Javier De Arteaga va a Francia, con el fin de especializarse, y vuelve para hacerse cargo de la sección de diálisis peritoneal.

**Dr. D.N.M.:** *Sí, pienso que es en esa época y en Francia, es que Javier establece la relación que tiene con Cantarovich.*

Dr. F.G.M.: Con el Dr. Cantarovich estuvimos en el III Congreso Internacional de Nefrología, ¿en qué hospital estaba en Buenos Aires y quienes estaban con él?

**Dr. D.N.M.:** *En el Militar, con él en el Servicio estaban Locatelli, Pérez Loredo, Brana Fernández y otros. Pero contame como continúa Pablo a su regreso.*

Dr. F.G.M.: En la sociedad de Nefrología de Córdoba el primer presidente había sido Camussi; después fue Miguel Villalonga, el tercero que estuvo a cargo fui yo, y lo propongo al Dr. Pablo Massari; por sus condiciones personales y profesionales como mi sucesor. Fue presidente de la Sociedad de Nefrología de Córdoba y en la década del '80 continuó con la presidencia de la Sociedad de Nefrología Argentina.

Paralelamente a nuestro desarrollo en trasplante, otros equipos también lo estaban realizando en Córdoba, como el Dr. J. H. Flores en el Hospital de Córdoba y el Sanatorio Allende desarrollando diálisis y trasplante renal.

**Dr. D.N.M.:** *Le voy a hacer en esta ocasión una entrevista al Dr. José Humberto Flores ya que tengo la idea de publicarlas sucesivamente.*

Dr. F.G.M.: Nosotros teníamos una buena cantidad de trasplantes renales al igual que Flores, con ese número, la provincia de Córdoba adquirió jerarquía en el medio nefrológico del país.

**Dr. D.N.M.:** *Contame como fue el desarrollo de la anatomía patológica en la nefrología de la provincia de Córdoba.*

Dr. F.G.M.: Anatomía patológica en aquella época en que

no había diálisis, era la fuente del diagnóstico y en base a ella se adecuaba el tratamiento de las glomerulopatías.

Como era importante profundizar el estudio sistemático con la biopsia renal, los clearance y el estado ácido base, vinieron a Córdoba a desarrollar los distintos temas, médicos como Petrolito y otros. Para nosotros era esencial desarrollar la anatomía patológica. El que ayudó mucho en esta especialidad fue el Dr. Mosquera, un hombre excepcional en sus conocimientos, profesor titular de anatomía patológica de la Universidad de Córdoba en el Hospital Nacional de Clínicas.

Mosquera, tenía una importante cosmovisión fisiológica, ya que no sólo pensaba en la histología, sino que también lo hacía en lo morfológico y en el clearance; desarrolló la microscopía electrónica simultáneamente con Buenos Aires, incorporó el microscopio electrónico y formó a profesionales como el Dr. Liback y Dr. Aoki entre otros.

En aquella época se hacía de rutina, microscopía electrónica a las biopsias renales en el Hospital de Clínicas, que en la actualidad se han dejado de hacer por cuestión de costo. Estudiábamos al enfermo con histología, microscopía electrónica e inmunopatología, era un estudio completo de las glomerulopatías y tenía peso e importancia cuando presentábamos un trabajo científico en un Congreso.

**Dr. D.N.M.:** *Lo que estás contando es muy parecido a lo que pasa en Buenos Aires.*

Dr. F.G.M.: Íbamos a la par. En los Congresos ellos tenían más casuística, pero en el estudio sistemático de los

pacientes, era similar. Los médicos del Hospital Italiano venían a Córdoba a ver que estábamos haciendo. Después del '80 se consolidó la nefrología en forma global.

¿Cómo empezó la especialidad en el mundo? Es interesante; surgió del diagnóstico y el tratamiento de la insuficiencia renal aguda.

**Dr. D.N.M.:** *Y desprendiéndose como especialidad de la clínica médica.*

Dr. F.G.M.: Sí, después se fue desarrollando e independizándose. En la actualidad, en mi opinión los nefrólogos que constituyen la Sociedad de Nefrología se van presentando en grupos, que se dedican a tratar la insuficiencia renal crónica y el trasplante renal. Por eso creo que el resto de la patología va a volver eventualmente a la medicina interna.

Por ejemplo, tratamos la hipertensión al igual que muchos otros lo hacen. Creo que los nefrólogos se están centrando en el tratamiento con la diálisis y el trasplante.

A lo que me refiero es que en la primera época se desarrolló el tratamiento de la insuficiencia renal aguda con el riñón artificial, después la diálisis peritoneal, y finalmente el trasplante renal. Pero durante ese periodo también se trataba el resto de las patologías nefrológicas como son las glomerulopatías, y ese es el gran modelo del entorno que teníamos.

**Dr. D.N.M.:** *Esa primera época fue difícil. La mayoría de las veces terminábamos haciendo todo en forma per-*



*Equipo NefroUrológico 1985: Dr. Sergio Metrevian, Dr. Pablo Massari, Dr. Garzón Maceda, Dr. Manuel Goyanes, Dr. Javier De Arteaga.*



*sonal; en el Argerich, dializábamos con el Kolff Travemol, y teníamos un solo técnico que además trabajaba en el Hospital Italiano.*

*Después vino la época en la que yo estaba a cargo de la sesión de diálisis de Terapia Intensiva de dicho Hospital en donde teníamos dos riñones de plancha tipo Calvo, que armábamos, esterilizábamos y dializábamos sin técnicos con la ayuda de alguna enfermera general. En esa época la Terapia Intensiva del Argerich era y fue durante mucho tiempo, el centro de manejo de las diálisis agudas de los Hospitales Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.*

Dr. F.G.M.: Coincido con vos, en aquella época nos tocaba realizar de todo. En esos primeros años en que empezamos con el riñón artificial las sesiones de diálisis, eran cubiertas totalmente por nosotros. En la actualidad esas tareas las llevan a cabo los técnicos.

Cuando yo estuve en Estados Unidos, una diálisis era considerada un acto quirúrgico, con su respectiva foja. Es más, el médico permanecía horas sentado al lado del paciente. Ahora el médico puede no estar.

La medicina interna perdió un caudal de consultas, cuando surge la nefrología como especialidad. El internista se desprendió de un caudal de enfermos porque nos solicitaban que tratáramos a hipertensos graves, nefrosis, insuficiencia renal crónica descompensada. La tendencia actual es a revertir dicha situación.

El diagnóstico y tratamiento de la litiasis es otro ejemplo, así como los trastornos del metabolismo mineral. En nuestro servicio en el Hospital Privado no sólo se efectúan diálisis, trasplante renal, valoración anatomopatológica, sino también todo lo inherente al metabolismo fosfo-cálcico. Estas conductas ocupaban un lugar importante en las prácticas diarias; en la actualidad, la urología trata y estudia lo mismo.

A mi parecer la nefrología, ha visto reducir sus perspectivas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que antes eran de su dominio absoluto. Deberá corregir esto, a través de una mayor adquisición de conocimientos en biología molecular y genética

**Dr. D.N.M.: *Cómo está constituida tu familia, tenés algún sucesor en la carrera?***

Dr. F.G.M.: Beatriz, mi señora, cinco hijos, un varón y cuatro mujeres, todos casados, que me han brindado seis

nietos de los cuales uno está en cuarto año de medicina.

**Dr. D.N.M.: *Qué actividades desarrollás en la actualidad?***

Dr. F.G.M.: Consultor en la Universidad de Córdoba, en el Hospital Privado trabajo en la Fundación para el Progreso de la Medicina junto a otros médicos jubilados del hospital.

Soy miembro de la "Comisión de Eméritos", que tiene como tarea la docencia y sirve como referencia para consultas en algunos aspectos del hospital.

Paso muchas horas en la biblioteca del hospital, leyendo y viendo los últimos artículos de las revistas especializadas en medicina.

Al margen de la Nefrología tengo mi cable a tierra yendo una o dos veces a la semana al campo ya que siempre me gustó trabajar en él.

**Dr. D.N.M.: *Fue un placer haber pasado estas horas juntos acá en Córdoba en la biblioteca del Hospital Privado, escuchando tu relato resumido de una vida dedicada a la Nefrología.***



Recibido en forma original: 26 de agosto de 2006

En su forma corregida: 05 de septiembre de 2006

Aceptación final: 16 de septiembre de 2006

Dr. Daniel Manzor

Nefrología Argentina

Hipólito Yrigoyen 1180 piso 1°

(C1086AAT) Buenos Aires - Argentina

Tel.: (54 11) 4381-7301

e-mail: dnmanzor@nefroargentina.com.ar

## CALENDARIOS DE EVENTOS

Asociación Nefrológica de Buenos Aires  
conjuntamente con la Sociedad de Medicina Interna de  
Bahía Blanca

### 29 de Septiembre 2006 Jornadas Nefrológicas de Bahía Blanca

Sede: Salón Auditorio  
Asociación Médica de Bahía Blanca  
Gorriti 770 - Bahía Blanca, Buenos Aires

- ▶ **10.00 a 11.00 horas**  
*Manejo del Paciente Diabético con IRC en  
etapa predialítica y dialítica*  
Dra. Alicia Elbert
- ▶ **11.00 a 11.30 horas:** Café
- ▶ **11.30 a 12.30 horas**  
*Enfermedad Renal Crónica, epidemiología,  
clasificación y evolución*  
Dr. Carlos Blanco - Dr. Gustavo Lancestremere
- ▶ **12.30 a 14.00 horas:** Almuerzo
- ▶ **14.00 a 15.00 horas**  
*Aspectos metabólicos del Paciente Renal  
Diabético y no Diabético*  
Dra. Alicia Elbert
- ▶ **15.00 a 15.30 horas:** Café
- ▶ **15.30 a 16.30 horas**  
*Tratamiento médico conservador de la  
Enfermedad Renal Crónica*  
Dr. Gustavo Lancestremere, Dr. Carlos Blanco
- ▶ **16.30 a 17.30 horas**  
*Presentación de caso clínico a cargo  
del Servicio de Clínica Médica del Hospital  
Penna de Bahía Blanca*

**Informes:** Secretaria de ANBA  
(54 11) 4961-4437 / 4963-7123  
mail: ancba@ancba.org.ar / www.ancba.org.ar  
De lunes a viernes de 11 a 17 horas  
Contacto: Sra. Isabel

**Inscripción sin cargo**

### 25 de Octubre de 2006 Jornadas de Nefrogeriatria 2006

**Organiza:** Consejo de Nefrogeriatria – ANBA

Sede: Auditorio del Hospital Militar Central  
Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich  
Av. Luis María Campos 726, Capital Federal

- ▶ **11.00 a 11.15 hs.**  
¿Es el riñón senil un riñón crónicamente enfermo?  
Dr. Carlos Musso – Htal. Italiano
- ▶ **11.15 a 11.30 hs.**  
Tratamiento de la osteoporosis: su adecuación  
en el riñón senil  
Dra. Zulema Man – Universidad Favaloro
- ▶ **11.30 a 11.45 hs.**  
Litiasis renal en el anciano  
Dr. Eduardo dos Ramos Farías – Htal. Italiano
- ▶ **11.45 a 12.00 hs.**  
Plomo, gota e Insuficiencia Renal Crónica  
Dra. Lucrecia Castro – Htal. Militar Central
- ▶ **12.15 a 12.30 hs.**  
Alteraciones Hemodinámicas en el anciano con  
Insuficiencia Renal  
Coronel Médico D Francisco Gambino  
Htal. Militar Central
- ▶ **12.30 a 12.45 hs.**  
Nefroprotección y adecuación de dosis  
Dra. Alicia Fernández – Policlínico Bancario
- ▶ **12.45 a 13.00 hs.**  
Importancia del metabolismo Ca-P en la  
progresión de la enfermedad renal  
Dr. Jaime Pérez Loredo
- ▶ **13.00 a 13.15 hs.**  
Vasculitis ANCA positiva en mayores de 65 años  
Dr. José Carlos Fernández  
Htal. Militar Central
- ▶ **13.15 a 13.45 hs.**  
Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal  
Dr. Carlos Alberto Bonelli  
Htal. Militar Central  
Dr. Carlos Musso – Htal. Italiano  
Preguntas y discusión
- ▶ **13.45 a 14.15 hs.:** Refrigerio

**Auspician:**

Sociedad Argentina de Nefrología  
Asociación Nefrológica de Buenos Aires  
Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria  
Hospital Militar Central

**Comisión Organizadora Honoraria:**

Director General del Hospital Militar Central  
*Gral. de Brigada D Carlos Pedro Artuzo*  
Director Asistencial del Hospital Militar Central  
*Coronel Médico D Antonio Pingnataro*  
Director Administrativo del Hospital Militar Central  
*Coronel D Fernando Navia*