



Cartas al Director

Enfermedad de Wegener y células Clara: la eponimia y la dignidad médicas en medicina del aparato respiratorio***Wegener's Disease and Clara Cells: Eponyms and Dignity in Respiratory Medicine***

Sr. Director:

Nos gustaría llamar la atención sobre un hecho que en los últimos años ha conllevado la adopción de una serie de acuerdos por parte de las revistas más importantes del campo de la medicina respiratoria (entre ellas, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, *Chest*, *European Respiratory Journal* y *Thorax*) y el *Forum of International Respiratory Societies* (FIRS).

Se trata de la propuesta de dejar de incluir en nuestra práctica profesional, y en especial en todas las publicaciones médicas, los nombres propios de profesionales que colaboraron activamente en actividades consideradas como crímenes contra la humanidad. Debemos recordar que en el período entre 1939 y 1945, se produjo el genocidio programado de los pueblos judío y gitano, la ejecución de homosexuales y de minusválidos físicos y mentales, así como la de un número importante de ciudadanos españoles (unos 5.000) en campos de exterminio. Entre los médicos que colaboraron activamente con el nazismo, se encontraba el Dr. Friedrich Wegener, que describió la enfermedad que hasta ahora ha llevado su nombre¹. Desde 1932, Wegener fue miembro activo del partido nacional-socialista alemán², así como alto oficial de los grupos *Sturm Abteilung* (las denominadas SA, o secciones paramilitares de asalto)^{3,4}, tristemente famosas sobre todo por su ominosa participación en la «noche de los cristales rotos». Ya en 1939, Wegener sirvió como patólogo en Lotz, participando en numerosas necropsias de presos, que eran ejecutados en un edificio cercano. El gobierno polaco lo declaró criminal de guerra al finalizar el conflicto y su caso fue transferido a la Comisión de las Naciones Unidas para Crímenes de Guerra, pero Wegener no llegó a ser procesado y murió en 1990. Cuando estos hechos afloraron décadas más tarde, el *American College of Chest Physicians* (ACCP) le retiró el *Clinical Award* que se le había concedido en 1989, y ya entonces propuso modificar el nombre de la granulomatosis de Wegener⁵, denominándola vasculitis asociada a ANCA³, granulomatosis con poliangeitis (GPA) o incluso granulomatosis respiratoria⁶.

De modo similar, el Dr. Max Clara, que describió las células del mismo nombre, fue también un miembro activo del partido nazi⁷. El propio Clara reconocía en 1937 que su hallazgo de células no ciliadas y secretoras del epitelio bronquiolar, se realizó a partir de muestras obtenidas de prisioneros ejecutados por el régimen. Muestras que, como consta en la metodología de sus artículos, eran preservadas «mediante inyección intravenosa de fijador inmediatamente después de la muerte»⁸. También está demostrado que la producción científica de Clara en esos años estuvo ligada

directamente a la «abundancia de material necrópsico disponible»^{9,10}. Finalmente, parece que tanto él como sus colaboradores participaron directamente en la experimentación con presos del régimen, que eran posteriormente ejecutados^{10,11}. Tras la guerra, Clara fue detenido y tras un breve paso por prisión, no volvió a ser aceptado en ninguna institución académica alemana, ejerciendo en Turquía hasta su jubilación. En este caso se ha propuesto un cambio de denominación de las hasta ahora conocidas como *Clara cells* por *club cells* (células «en cachiporra») o células exocrinas bronquiolares¹⁰. También el de la expresión «proteína de las células Clara» por la de «proteína secretada por las células club».

No debe rebatirse la eventual calidad académica de los dos profesionales mencionados, ya que su carrera se apoyó en ambos casos en actos de dudosa moralidad, en la promoción y soporte político de conocidos criminales⁹, y en su implicación directa en la doctrina racial¹². Por tanto, parece inadecuado reconocerles mediante epónimos en la nomenclatura médica, pues esto último supone una alta distinción dentro de nuestra profesión. En esta, el objetivo principal es la ayuda a los semejantes que sufren enfermedades, siendo el comportamiento ético su guía fundamental. En este sentido, el ACCP consideró que «no se puede separar la vida académica de la vida moral», y que la comunidad médica debe mostrar su repudio al tipo de conductas descritas. Las asociaciones de pacientes también han suscrito diferentes peticiones al mundo médico para que se retiren unas denominaciones epónimas que ellos consideran ofensivas⁹. Por otra parte, el FIRS y los editores jefes de las revistas antes mencionadas también consideran que las denominaciones sin epónimo son más adecuadas y describen con mayor exactitud las enfermedades y otros fenómenos biológicos^{13,14}.

En mayo de este mismo año (2012), en una reunión conjunta del FIRS y los editores jefes de las revistas antes mencionadas, se decidió que los términos de a) enfermedad de Wegener, y b) células Clara (con el asociado de proteína de las células Clara) empezarán a ser remplazados por sus denominaciones alternativas en enero de 2013, manteniéndose entre paréntesis el término Clara durante un año más. En ese mismo mes, las diferentes revistas publicarán en un editorial la mencionada resolución, que además implicará que en enero de 2014 ambas expresiones deban desaparecer definitivamente. Al mismo tiempo se instará a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que modifique sus códigos diagnósticos ICD10 e ICD11. Creemos que ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, revista de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), y también órgano de expresión de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT) y de la Asociación Iberoamericana de Cirugía Torácica (AIATC), debería unirse a las otras prestigiosas revistas del ámbito de la medicina respiratoria, y proceder en sus publicaciones al cambio de denominación tanto de la granulomatosis como de las células exocrinas bronquiales. Además, esto se inscribiría en la tendencia creciente al abandono de los epónimos en medicina^{13,14}.

Bibliografía

- Jennette JC, Falk RJ, Andrassy K, Bacon PA, Churg J, Gross WL, et al. Nomenclature of systemic vasculitides: proposal of an international consensus conference. *Arthritis Rheum*. 1994;37:187-92.
- Rosen MJ. Dr. Friedrich Wegener, the ACCP and history. *Chest*. 2007;132:739-41.
- Woywodt A, Haubitz M, Haller H, Matteson EL. Wegener's granulomatosis. *Lancet*. 2006;367:1362-6.
- Woywodt A, Matteson EL. Wegener's granulomatosis - probing the untold past of the man behind the eponym. *Rheumatology (Oxford)*. 2006;45:1303-6.
- Rosen MJ, Irwin R. Dr. Friedrich Wegener and the ACCP, Revisited. *Chest*. 2007;132:1723-4.
- Falk RJ, Jennette C. ANCA disease: Where is this field heading? *J Am Soc Nephrol*. 2010;21:745-52.
- NSDAP membership card of Dr. Max Clara, 1935. Archive: Bundesarchiv, Berlin. Signature: BArch (former BDC), NSDAP- Zentralkartei.
- Clara M. Zur Histobiologie des Bronchalepithels [On the histobiology of the bronchial epithelium]. *Z mikrosk anat Forsch*. 1937;41:321-47.
- Woywodt A, Lefrak S, Matteson E. Tainted eponyms in medicine: the "Clara" cell joins the list. *Eur Respir J*. 2010;36:706-8.
- Winkelmann Y, Noack T. The Clara cell: a "Third Reich eponym"? *Eur Respir J*. 2010;36:722-7.
- Müller R. Untersuchungen über das Vorkommen von Vitamin C im Hoden des Menschen [Investigations of the occurrence of vitamin C in the human testis]. *Z mikr anat Forsch*. 1942;52:440-54.
- Hildebrandt S. Anatomy in the Third Reich: An outline, part 1, National Socialist politics, anatomical institutions, and anatomists. *Clin Anat*. 2009;22:883-93.
- Rosner I. Reiter's syndrome versus reactive arthritis: Nazi-phobia or professional concerns? *Isr Med Assoc J*. 2008;10:296-7.
- Woywodt A, Matteson E. Should eponyms be abandoned? *Yes*. *BMJ*. 2007;335:424.

Joaquim Gea^{a,b,c,*}, Mauricio Orozco-Levi^{b,c,d} y Rafel Aguiló^a

^a Servicios de Neumología y Cirugía Torácica, Hospital del Mar, Instituto de Investigación del Hospital del Mar (IMIM), Barcelona, España

^b Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Salud Carlos III, Bunyola, Mallorca, España

^d Servicio de Medicina Respiratoria, Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgea@parcdesalutmar.cat (J. Gea).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.07.006>

Tratamiento con drenajes subcutáneos en el neumomediastino y enfisema subcutáneo masivo

Treatment With Subcutaneous Drainage in the Pneumomediastinum and Massive Subcutaneous Emphysema

Sr. Director:

El neumomediastino (NM) y el enfisema subcutáneo (ESC) son entidades generalmente benignas y de curso autolimitado. Existe un potencial riesgo de complicaciones por acumulación masiva de aire que puede comprometer la vida del paciente al interferir en la mecánica respiratoria y dificultar el retorno venoso. En estos casos una opción terapéutica poco agresiva y eficaz es el uso de drenajes subcutáneos. Presentamos el caso de un varón de 75 años con NM y ESC masivo que se resolvió con este tipo de drenajes.

Varón de 75 años, EPOC grado IV de GOLD, intervenido de lobectomía superior derecha por carcinoma epidermoide pulmonar. Acude al servicio de urgencias por agudización de su EPOC y es ingresado, evolucionando favorablemente las primeras 72 h. El cuarto día de ingreso, tras realizar esfuerzo de defecación, presenta disnea y dolor torácico pleurítico izquierdo. En la exploración se aprecia enfisema subcutáneo en la región apical del hemitórax izquierdo. La radiografía de tórax confirmó la presencia de aire a nivel del tejido subcutáneo. Fue tratado con reposo, oxigenoterapia y analgesia, pero el enfisema subcutáneo se extendió por el tórax, la cara, los párpados y el abdomen. Se solicitó una TC torácica, que mostró la presencia de NM y ESC masivo sin evidencia de neumotórax, enfisema pulmonar y ausencia posquirúrgica del lóbulo superior del pulmón izquierdo (fig. 1). Tras 48 h el paciente presentó clínica de molestias torácicas, sudoración y presíncope, objetivándose en el electrocardiograma fibrilación auricular paroxística. En esta situación se decide colocar un drenaje subcutáneo derecho (fig. 2). La mejoría clínica fue casi inmediata, pudiendo ser retirado a los 5 días. Transcurridos 6 meses no se ha producido recidiva.

El NM y el ESC suelen producirse por un desencadenante iatrógeno o traumático, aunque en ocasiones pueden ser secundarios a un aumento brusco de presión intraalveolar, fenómeno

conocido como efecto Macklin¹. La incidencia del NM es baja aunque infradiagnosticada, ya que sus síntomas son inespecíficos y los signos radiológicos resultan difíciles de identificar. La clínica típica de presentación es de dolor torácico, disnea y enfisema

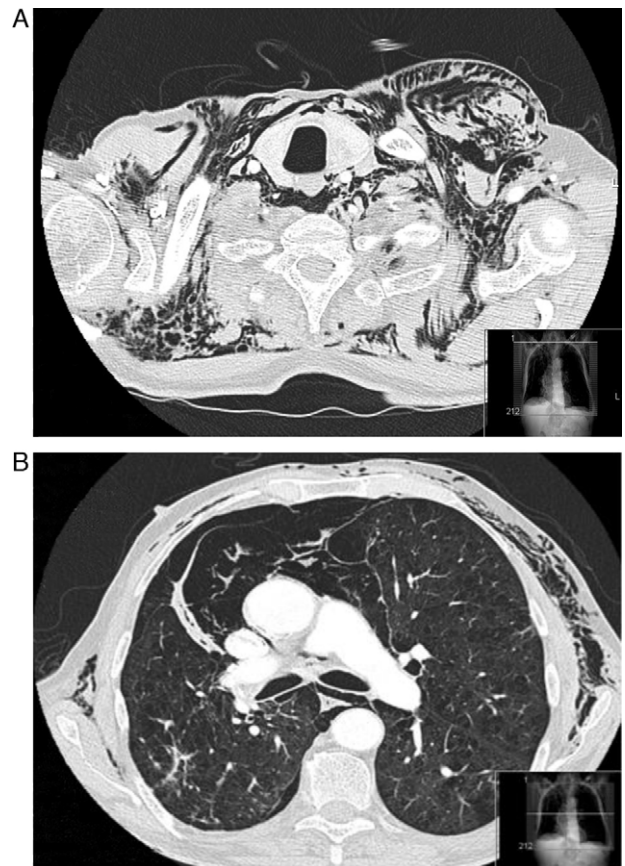


Figura 1. A,B) La imagen de TC torácica muestra presencia de gas a nivel de tejido subcutáneo y mediastínico.