

A 30 AÑOS DE LA APARICIÓN DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA

30 YEARS AFTER THE FIRST CASE OF ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME
(AIDS) IN THE CITY OF BAHÍA BLANCA

DANIEL FAINSTEIN

*Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Privado del Sur.
Bahía Blanca. Argentina*

Resumen: Se presenta un análisis fáctico e histórico sobre el primer caso del Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en la ciudad de Bahía Blanca. Se describe la relación entre el momento del diagnóstico con el estado de la medicina local y sus posibilidades en el año 1984. Se analizan los avances en el contexto de la ciencia médica nacional e internacional y su influencia en nuestra ciudad.

Palabras claves: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Bahía Blanca.

Abstract: A factual and historic analysis of the the first case of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the city of Bahía Blanca is presented. The relation between the time of diagnosis and the state of local medical practice and possibilities in 1984 is described. The national and international progress made in medical science and the influence of such progress in our city is analyzed.

Correspondencia: Dr. Daniel Fainstein. Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Privado del Sur. Las Heras 164. Bahía Blanca. Argentina.
E-mail:tanka@bvconline.com.ar

Recibido: 10 de octubre de 2014

Aceptado: 20 de enero de 2015

Keyword: Acquired Immunodeficiency Syndrome, Bahía Blanca

PERSPECTIVA HISTÓRICA.

En el año 1984, aún existía la guerra fría entre los Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) y la Unión de Reúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). La República Argentina vivía el reinicio de democracia con el Dr. Raul Alfonsín como presidente y el Dr. Juan Carlos Cabiron como Intendente de la ciudad.

El Dr. César Milstein, bahiense de nacimiento, radicado en Inglaterra, era galardonado con el premio Nobel de Medicina por sus investigaciones y descubrimiento de los anticuerpos monoclonales. Internet aún era una lejana utopía.

El 29 de octubre de 1984, se internaba en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Municipal de Bahía Blanca, un paciente de 35 años con un cuadro caracterizado por insuficiencia respiratoria aguda grave. Resultó ser el primer paciente portador de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en la ciudad y la provincia de Buenos Aires (1).

En la actualidad la tasa de prevalencia de HIV/SIDA en nuestra Zona Sanitaria I, es 10 casos cada 100.000 habitantes. (2). Desde su aparición, hay aproximadamente 2000 casos en los registros disponibles. Según el Center for Disease Control (CDC), el SIDA data de Junio/Julio de 1981, los primeros

enfermos a quienes se les diagnosticó la afección vivían en la costa oeste de los EE.UU. Los pacientes a quienes se les detectaba la afección, morían en su totalidad, a causa de infecciones oportunistas y neoplasias al poco tiempo del diagnóstico. Por lo mismo, la llegada de la afección a la ciudad, generó lógica preocupación en los “pasillos hospitalarios”.

Agente Etiológico.

Al momento del diagnóstico, aún no se conocía con exactitud el agente etiológico de la afección, siendo un virus la principal sospecha. En esos momentos entre los científicos Luc Montagnier de la Unidad Oncológica del instituto Pasteur (Francia), que lo llamaba HIV y Robert Gallo del National Cancer Institute (Bethesda, USA), que lo llamaba HTLVIII, se desarrollaba un famoso pleito con ribetes de marcadas rivalidades políticas y científicas internacionales por la paternidad del hallazgo de agente etiológico. En nuestra publicación en la Revista Científica de la AMBB (1986) ya hacíamos referencia a esa controversia.

Hoy en día es generalmente aceptado que el grupo de Montagnier fue el descubridor del virus del VIH, aunque el grupo de Gallo es reconocido como parte fundamental para que este descubrimiento se llevase a cabo y la demostración de que era la causa principal en el desarrollo del SIDA. El grupo de Gallo fue el primero en conseguir el crecimiento de este virus en una línea celular lo que llevó al desarrollo de test sanguíneos para la detección del virus y la posibilidad de crear técnicas de detección para la sangre de donaciones.

En el artículo “Cronología del descubrimiento del HIV como causa del SIDA”, publicada en la Revista Medicina (Buenos Aires) la Dra. Christiane Dosne Pasqualini, hace una detallada y objetiva revisión histórica del descubrimiento del mismo. Textual: “*El resultado fue un enorme esfuerzo en experimentos y subsidios con una secuencia de descubrimientos que hicieron tambalear paradigmas y merecieron varios Premios Nobel. Entre estos descubrimientos figuran la transcriptasa reversa por Temin y Baltimore, el oncogén celular por Bishop y Varmus, los transposones por Bárbara McClintock y principalmente, para lo que interesa aquí, el factor de crecimiento de los linfocitos T, hoy interleukina 2 o IL-2, y los dos primeros retrovirus humanos HTLV-I y II, estos tres últimos hallazgos debidos a Gallo y colaboradores. Sin este background, hubiera sido mucho más difícil la caracterización del HIV (3)*”.

Pese a que este pleito se resolvió de manera salomónica y ambos son reconocidos como los descubridores del VIH, en el año 2008 a Luc Montagnier, se le entregó el Premio Nobel de Medicina, no así a Robert Gallo.

La revista Science publicó en el año 2006, que se había identificado el origen del virus en África. El mono chimpancé

(pan troglodytes troglodytes) es el reservorio natural del virus SIV (simian inmunodeficiency virus), con una prevalencia en la especie del 29-35%. El grupo M de este virus es el HIV 1, causa de la pandemia (4).

El rastreo genético, lo ubica con origen en El Congo y dataría desde 1920. El primer contagiado, sería oriundo de la localidad de Kinshaya y luego se propagó por ferrocarril a otros estados linderos.

Los monos chimpancés fueron los portadores originales, luego, posibles cazadores de los mismos se contagiaron del virus de la inmunodeficiencia en simios. Solo el grupo M de la inmunodeficiencia humana fue capaz de generar la actual epidemia. El desarrollo, “la globalización”, permitió la expansión de la afección a todos los continentes. De esta manera se cerraría el círculo en esta a apasionante investigación biológica.

Diagnóstico y tratamiento.

Como es de imaginar en la ciudad de Bahía Blanca para arribar al diagnóstico, no se contaba con los medios adecuados. Fue así que luego de contactar a la Dra. María Elena Esteves del Instituto Nacional de Hematología de la Academia Nacional de Medicina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se le envió por vía aérea las muestras de sangre del enfermo para su análisis. La muestra biológica se entregaba a los pilotos de Aerolíneas Argentinas y estos se encargaban de llevarlos a la Academia Nacional de Medicina. Esta práctica hoy, aparte de innecesaria por contar con los medios diagnósticos en la ciudad, está prohibida por los reglamentos de traslados de material biológicos.

La Dra. María Elena Estevez, había sido la encargada de publicar en la Revista Medicina, Buenos Aires los primeros casos demostrados de SIDA en la República Argentina (5). Se muestran cartas al Comité de Redacción.

Los resultados de esos estudios inmunológicos de sangre de nuestro paciente para subpoblaciones de linfocitos T, (relación okt4/okt8: 0,3. VN: 2,5/3), evidenciaban linfopenia de las células helper/inductoras y supresoras /citotóxicas) fueron concluyentes y eran los únicos estudios disponibles para el diagnóstico en el año 1984.

Los tratamientos indicados a nuestro enfermo, fueron muy empíricos. corticoides a altas dosis, y antibioticoterapia en donde el uso de la trimetoprima Sulfametoxazol para tratar el Pneumocystis carinii fue uno de los principales elementos. La asistencia respiratoria la hicimos con respiradores. En esa época contábamos con un respirador tipo Neumovent 800 y los viejos “marcianitos” Benett PR 2.

Sin dudas, en este aspecto hemos progresado en la actualidad, luego de la aparición en décadas recientes de

CARTAS AL COMITÉ DE REDACCION

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS) con sarcoma de Kaposi en homosexuales en la Argentina

El síndrome denominado inmunodeficiencia adquirida (AIDS), comenzó a ser registrado en el *Center for disease control* (CDC) en los Estados Unidos entre junio y julio de 1981¹. Las características clínicas comunicadas eran sarcoma de Kaposi asociado a neumonías por *Pneumocystis carinii* y otras infecciones oportunistas, en varones homosexuales previamente sanos. La agresividad de esta enfermedad, más el incremento en su incidencia (ver Editorial pág. 472) con un rango de duplicación en 6 meses, hizo que adquiriera características alarmantes en diferentes Estados de los Estados Unidos, y poco tiempo después en diferentes países de Europa y Centroamérica²⁻⁴.

En nuestro país hemos encontrado 2 casos de sarcoma de Kaposi con AIDS que se detallan a continuación.

Caso 1. Paciente de 35 años, de profesión comensario de bordo en una línea aérea internacional; homosexual con historia previa de hepatitis y sífilis, es visto por primera vez en mayo de 1981 con linfadenomegalias generalizadas y febrícula intermitente desde marzo del mismo año. Al examen físico se detecta además hepatosplenomegalia. Los análisis de sangre revelaron una linfopenia con plaquetopenia.

El paciente refiere haber permanecido en Nueva York, Miami y Colombia por períodos prolongados. Durante sus viajes refiere haber consumido en ocasiones marihuana, cocaína y nitrito de amilo. La biopsia de ganglio demostró sarcoma de Kaposi. Fue tratado empíricamente con levamisol y luego con corticosteroides con remisión parcial de la linfadenomegalia por 2 meses. En enero de 1982 se comenzó con poliquimioterapia incluyendo actinomicina D, adriamicina y vincristina alternando con bleomicina y vinblastina cada 3 semanas, consiguiéndose una disminución del 80 % del tamaño ganglionar y desaparición de la hepatosplenomegalia. En julio se realizó el estudio inmunológico de subpoblaciones T evidenciando una linfopenia de las células helper/inductores y supresoras/citotóxicas. En diciembre de 1982 desarrolló una candidiasis esofágica y de la mucosa estomacal asociada a un cuadro hematológico interpretado como hemólisis aguda que revirtió sin tratamiento. El estado general del paciente empeoró progresivamente con pérdida de 17 kilos de peso, aparición de lesiones cutáneas cuya biopsia mostró sarcoma de Kaposi y progresión de la hepatosplenomegalia y de las linfadenopatías, a pesar de continuar con vinblastina semanal. En febrero de 1983 el paciente falleció. No se realizó autopsia.

Caso 2. Se trata de un varón homosexual de 36 años con estadías reiteradas en las ciudades de Nueva York y Miami. Presentaba como antecedentes previo a su enfermedad amigdalectomía y adenoidectomía a la edad de 5 años. Sífilis tratada en 1972; hepatitis aguda en 1974; psoriasis y dermatitis crónica. Comenzó su enfermedad, AIDS, en enero de 1982 con diarreas y vómitos. Los vómitos desaparecieron en una semana pero la diarrea se mantuvo en forma intermitente. En julio de 1982 desarrolló una conjuntivitis que se

resolvió en 3 semanas; aproximadamente una semana más tarde presentó fiebre de 40°C con síntomas de insuficiencia respiratoria y tos. Los rayos X mostraron un infiltrado intersticial bilateral difuso cuya presunción diagnóstica fue neumonía por *Pneumocystis carinii*; fue tratado con trimetoprima endovenoso y sulfas mejorando su sintomatología respiratoria. En ese momento desarrolló una aplasia medular diagnosticada por punción biopsia, fue tratado con transfusión de plaquetas, luego de lo cual éstas retornaron a las cifras normales. La depresión de la médula ósea fue atribuida a la medicación. En noviembre de 1982 desarrolló una úlcera perianal persistente; por biopsia se diagnosticó como agente causal al virus *Herpes simplex*. En ese momento se realizó un estudio inmunológico que mostró una linfopenia con inversión de las subpoblaciones linfocitarias T4/TS y ausencia de linfocitos B. La respuesta a la fitohemaglutinina fue normal pero no respondió a antígenos específicos (candidina). La actividad lítica de las macrófagos era mala para destruir a la *Candida albicans*. En enero de 1983 perdió repentinamente la visión central de su ojo derecho; se le diagnosticó una retinitis hemorrágica. Desde el 1 al 8 de marzo fue tratado con aciclovir endovenoso. El 20 de marzo notó disminución de la visión en su ojo izquierdo; continuó con diarrea y pérdida de peso. En abril de 1983 viajó a Estados Unidos por su problema ocular y en esa oportunidad la evaluación clínica del paciente fue AIDS; infección diseminada por virus citomegálico, retinitis y enteritis; esofagitis por *Candida albicans*, anemia y la biopsia de estómago reveló un sarcoma de Kaposi. Fue tratado con interferón gamma durante un mes. En junio de 1983 desarrolló una segunda neumonía bilateral con insuficiencia respiratoria aguda presumiblemente por *Pneumocystis carinii* y falleció. No se realizó autopsia.

En la actualidad estamos evaluando 4 nuevos casos de pre-AIDS que se comunicarán en el momento oportuno.

María Elena Estevez, S. Bruno, Luisa Sen, Cristina Scaglione, R. A. Diez, A. M. Muso

Instituto de Investigaciones Hematológicas, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires

1. CDC. Kaposi's Sarcoma and *P. carinii* pneumonia among homosexual men. *New York and California. Morbidity Mortal Weekly Rep* 30: 305, 1981.
2. Gerstoft J, Malchow-Møller A, Bygberg J et al: Severe acquired immunodeficiency in European homosexual men. *Br Med J* 285: 17, 1982.
3. Vilaseca J, Arnau JM, Bacardi R et al: Kaposi's sarcoma and *Toxoplasma gondii* brain abscess in a Spanish homosexual. *Lancet* 1: 572, 1982.
4. Rosenbaum W, Coulaud JP, Saimot AC et al: Multiple opportunistic infections in male homosexual in France. *Lancet* 1: 572, 1982.

los nuevos respiradores microprocesados y los nuevos modos respiratorios permitidos por los mismos.

Impacto social y científico.

La afección fue conocida en el mundo en sus inicios como "peste rosa", de hecho muchas publicaciones nacionales que se encargaron de manera amarillista de informar sobre nuestro primer caso, y así lo publicaban (2). Se muestra los títulos del diario Crónica.

La "Sociedad de Medicina Interna de Bahía Blanca" que se había inaugurado el 8 de Marzo de 1985, realizó su primera reunión científica, presentando el caso el día 27 de Marzo de aquel año. Se muestra el acta de la reunión.

Nuestra revista científica, en el Volumen 1 número 4, de octubre de 1986, lo publicó con el título de "Síndrome de inmunodeficiencia adquirida". Primer caso comprobado en la ciudad de Bahía Blanca". Se muestra imagen del mencionado trabajo.

En el mes de noviembre del año 1991, se organizó en Bahía Blanca, con la presidencia de Dr. Francisco Maglio, el Simposio Internacional sobre SIDA. Numerosos e importantes científicos nacionales e internacionales se hicieron presentes en el mismo, como los doctores Ruedi Luthy (Suiza), Laurent Zessler (Francia), Josephine Paredes (EE.UU.), Joao Mendonca (Brasil), Pedro Cahn, Oscar Fay, Osvaldo Libonatti, Eduardo López, Guillermo Muchnik, Ricardo Negroni, Ángel Tulio y Lic. Juan C. Rossi y Raquel P. de Cahn (Argentina).

Avances médicos.

Desde 1980, Bahía Blanca cuenta con estudios diagnósticos por Tomografía Computada.

El avance de la ciencia médica, sobre todo en el campo de las imágenes, permite la precoz detección de afecciones en especial las neurológicas, tan frecuentes en el SIDA. Bahía Blanca dispone desde 1990 con un equipo de Resonancia Magnética Nuclear. El instituto del Dr. José Perez Ibañez fue el precursor de la instalación de dicha aparatología en nuestra ciudad. En la actualidad, la mayoría de los hospitales de la ciudad disponen de esta tecnología.

En lo particular con la afección HIV/SIDA, al disponer de pruebas diagnósticas de última generación y alta sensibilidad como ELISA y PCR, podemos realizar diagnósticos con rapidez y seguridad. Actualmente son accesibles la realización de estudios de carga viral para VIH, citomegalovirus y hepatitis B o C, y CD4. Sus determinaciones, ya sea como screening, diagnósticas o de tratamiento, acrecentaron el arsenal contra la

Cartas al Comité de Redacción de la Revista Medicina



OTRO MUERTO POR LA PESTE ROSA EN ARGENTINA

Falleció en Bahía Humosexual Tras una Larga Agonía

Bahía Blanca, 31 (De nuestro corresponsal) — El primer caso de la enfermedad conocida como SIDA ("Fiebre Rosa") definitivamente comprobado en esta ciudad, se produjo en el Hospital Municipal "Doctor Leonidas Lucero", pero recién se conoció ayer. El enfermo, un homosexual, estuvo internado allí durante algo más de un mes, hasta que se produjo su deceso.

La aparición de este caso inicial del SIDA en este medio dio lugar a un comité organizador por la Sociedad de Medicina Interna de Bahía Blanca dos de cuyos miembros, los doctores Daniel Falciani y Ricardo Ferrery, dirigieron una disertación sobre el particular.

El doctor Ferrery y el doctor Bernardo Silberstein comentaron a los periodistas algunos aspectos. El primero de ellos definió al SIDA como "un proceso de deterioro de la inmunidad del organismo, producido por diferentes agentes".

El doctor Silberstein dijo que el episodio casual "una pequeña infección dentro del hospital" y después el trabajo efectuado por los servicios de clínica médica y terapia intensiva, así como la colaboración del Servicio de Anatomía Patológica.

Informó que el paciente en cuestión ingresó con un proceso infeccioso, "que es una de las manifestaciones del SIDA y otras enfermedades. A medida que fue evolucionando, se comprobó que se trataba de un caso del SIDA".

En cuanto a los síntomas que han caracterizado al síndrome, dijo el doctor Ferrery que comúnmente pertenecen a hogares "donde existe una gran promiscuidad sexual o cuyos padres son drogadictos".

También subrayó el hecho de los casos de transfusiones sanguíneas, donde algunos donadores han sido portadores del SIDA.

El doctor Ferrery, que ha profundizado sus estudios relacionados con esta síndrome, dijo que "usualmente se ha detectado un virus que podría ser el causante, pero no está totalmente demostrado".

Las comprobaciones iniciales demostraron que en la sangre de los pacientes no estaban afectados los anticuerpos sino los linfocitos, y que la mayoría de los enfermos eran homosexuales expuestos por drogadicción, hemofilia o inmigrantes haitianos.

Cabe resaltar que con este nuevo caso total de "peste rosa" son tres las víctimas fatales que cobró esta enfermedad hasta el momento en nuestro país, ya que en agosto de 1983 había fallecido otras dos personas que fueron tratadas en centros asistenciales de la Capital Federal.

Enfoque de las publicaciones nacionales de la época.



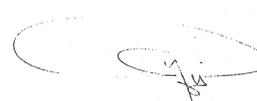
La Sociedad de Medicina Interna de Bahía Blanca lo invita a su reunión inaugural que se realizará en el "Salón de Actos de la Asociación Médica de Bahía Blanca", el día 8 de marzo de 1985 a las 21:30 hs. En la misma harán uso de la palabra un representante de la Universidad Nacional del Sur, el presidente de la A.M.B.B. Dr. Felipe Glasman, el presidente de nuestra sociedad Dr. Raul Gattius y por último el Dr. Osvaldo García Morteo que ofrecerá una conferencia sobre "Avances en Medicina Interna e Inmunología".-

Aprovechamos la oportunidad para comunicarle que en dicho lugar y a la misma hora, el día 27 de marzo de 1985 se llevará a cabo la primera "Reunión Científica" en la cual se tratará el tema "S.I.D.A." expuesto por los Dres. Daniel Fainstein y Ricardo Ferreyra.-

Agradeciendo su participación lo saludamos muy atentamente.-



Dr. RAUL GATIUS
PRESIDENTE
Sociedad Médica Interna
BAHIA BLANCA



Dr. JUAN CARLOS PLUNKETT
SECRETARIO
Sociedad Médica Interna
BAHIA BLANCA

Primera Reunión Científica de la Sociedad de Medicina Interna de Bahía Blanca

Revista de la A.M.B.B. 4: 9 - 12 (1986)

Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. Primer caso comprobado en la ciudad de Bahía Blanca

E.M. PEREZ MARTINETTI, B. KAISER, G.C. ROBIOLIO, D.E. FAINSTEIN*

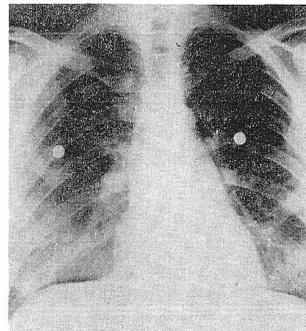
El síndrome denominado inmunodeficiencia adquirida (SIDA), comenzó a ser registrado en Estados Unidos a mediados de 1981, observándose un notable incremento en su incidencia desde su hallazgo hasta la actualidad. En nuestro país, hasta la fecha, se han denunciado 33 casos. En su totalidad habían viajado a países donde este síndrome tiene prevalencia (USA y Brasil), y 32 de ellos eran homo ó bisexuales masculinos activos, excepto uno, que era heterosexual y drogadicto (1). Se ha podido demostrar la etiología viral del SIDA. La misma corresponde a un virus exógeno de la familia Retroviridae, cuya denominación como virus HTLV-III (Human T-cell lymphotropic virus type III), LAV (lymphadenopathy-associated virus) ó AVR (AIDS-related virus); depende de los institutos que los aislaron en forma casi simultánea (2).

realizado viajes por Capital Federal, Rosario y Brasil (1979). Fue tratado en la sala de Clínica Médica con 8.000.000 unidades de penicilina y 1 g de estreptomina por día. Al ingreso presentaba ortopnea y cianosis central (que por momentos y en forma de rash se transformaba en eritrocianosis de tórax, cabeza y cuello). Se observó también descamación furfurácea en la piel de las extremidades. No se comprobaron edemas ni adenomegalias. En el aparato respiratorio, sibilancias diseminadas y escasos rales finos en ambos campos pulmonares. Normotenso, ritmo de galope, sin soplos. Electrocardiograma: eje -20°, bajo voltaje en standard, alternancia entre ritmo sinusal y fibrilación auricular con alta respuesta ventricular. No había sig-

Descripción del caso

Paciente de sexo masculino, 35 años, homosexual, que ingresa al Servicio de Terapia Intensiva el 29-10-84, por un cuadro de insuficiencia respiratoria grave. El examen clínico y los estudios radiológicos correspondían a una neumopatía de tipo intersticial. La enfermedad había comenzado en forma solapada en los últimos 6 meses, con pérdida de 10 kg de peso y diarrea esporádica. Desde hacía un mes se encontraba febril y con tos seca. En los últimos años había

Figura 1: Radiografía de tórax.



* Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Municipal Dr. Leónidas Lucero - 8000 Bahía Blanca.

RCAMBB, 4:9-12 (1986)

afección. Incluso, es posible gracias a esas determinaciones, determinar pronósticos, tanto en portadores HIV como en enfermos de SIDA.

El tratamiento con drogas antiretroviricas, se realizan en Bahía Blanca desde 1997. Siendo la deserción al tratamiento la principal dificultad de los mismos. (6). Las drogas antiretroviricas, incluidos los inhibidores de proteasas, y los nuevos desarrollos en formulaciones inyectables de acción prolongada, que permitan mejor observancia del paciente al tratamiento, están pronto a aparecer. El tratamiento profiláctico, previa a la exposición hoy es posible. Incluso el avance en vacunas, es ampliamente esperanzador a corto tiempo.

De la misma manera, el avance en nuevos antibióticos, permite tratar con éxito las nuevas formas de infecciones de los viejos agentes etiológicos como la tuberculosis y las diversas micosis que acompañan al SIDA.

Todo esto ha transformado esta afección tan temida en sus inicios, en una afección crónica.

CONCLUSIONES.

Al igual que con otras pandemias, la ciencia médica ha respondido a las expectativas sociales. La peste de la edad media, la viruela del siglo XVII y XVIII, la gripe española de 1918, las epidemias de poliomielitis que azotaron a nuestro país hasta avanzado el siglo XX, todas ellas, son ejemplos de afecciones que la ciencia ha permitido que solo la conozcamos a través de la bibliografía. De continuar así, con el HIV/SIDA, en los próximos años podría suceder lo mismo. Ahora la epidemia por virus ébola plantea nuevos y preocupantes desafíos".

Haciendo referencia al primer caso de SIDA en la ciudad, aglutinamos el pasado reciente de la medicina de la ciudad, con el futuro no tan lejano.

BIBLIOGRAFIA

1. Perez Martinetti E. Revista de Medicina de la AMBB.1986; 1 (4):9-12.
2. Fuentes C y col. 1er Congreso de la Salud de Bahía Blanca. Pag 63. Año 2000.
3. Cristiane Dosne Pasqualini. Priorizar la creatividad sobre el factor de impacto. Revista Medicina (Buenos Aires). 2003; 63 (4).
4. Brandon F. Keele, Fran Van Heuverswyn, Yingying Li et al. Chimpanzee Reservoirs of Pandemic and Nonpandemic HIV-1. Science 2006; 313 (5786):523-526.
5. Estévez ME, Bruno S, Sen L, Scaglione C, Diez RA, Musso AM. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) con sarcoma de Kaposi en varones homosexuales de Argentina. Medicina (Buenos Aires) 1983; 43: 477.

6. Giordano I y Fuentes C. 1er Congreso de la Salud de Bahía Blanca. Página 64. Año 2000