

## PATOLOGÍA EXÓTICA EN LA COLECCIÓN FOTOGRÁFICA SANMARTÍN-BARBERI DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA

---

Fernando Suárez-Obando<sup>1</sup>, Alberto Gómez Gutiérrez<sup>2</sup>

### Resumen

El conocimiento y el ejercicio médico se han visto enriquecidos históricamente por la descripción de casos clínicos que se destacan o sobresalen en la práctica diaria. Estos pueden representar enfermedades de baja prevalencia, manifestaciones atípicas de enfermedades comunes o casos floridos de patologías que tan solo ocasionalmente avanzan hasta estadios terminales. El registro fotográfico de la Colección Sanmartín-Barberi del Museo de Historia de la Medicina en la Academia Nacional de Medicina configura una serie amplia de registros iconográficos de gran valor para la historia de la medicina colombiana. Esta sucesión de casos aportará nuevas fuentes y elementos de análisis para la reflexión y el debate diagnóstico, señalando las dificultades padecidas en el pasado por médicos y pacientes en el sistema de salud colombiano.

**Palabras clave:** *Historia de la Medicina; Fotografía; Registros Médicos.*

- 
- 1 MD. Instituto de Genética Humana, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Servicio de Genética, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.
  - 2 PhD. Director Instituto de Genética Humana, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Miembro Correspondiente Academia Nacional de Medicina. Bogotá, Colombia.

## EXOTIC PATHOLOGY IN THE SANMARTÍN-BARBERI PHOTOGRAPHIC COLLECTION OF SAN JUAN DE DIOS HOSPITAL – NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE OF COLOMBIA

### Abstract

Knowledge and medical practice have been enriched by the description of clinical cases that stand out or excel in daily practice. These may represent diseases of low prevalence, atypical manifestations of common diseases, or flowery cases of pathologies that only occasionally progress to terminal stages. The photographic record of the Sanmartín-Barberi Collection of the Museum of the History of Medicine at the National Academy of Medicine forms a broad series of iconographic records of great value for the history of Colombian medicine. This succession of cases will provide new sources and elements of analysis for reflection and diagnostic debate, pointing out the difficulties suffered in the past by doctors and patients in the Colombian health system.

**Keywords:** *History of Medicine; Photography; Medical Records.*

### Introducción a la colección

El conocimiento y el ejercicio médico se han visto enriquecidos históricamente por la descripción de casos clínicos que se destacan o sobresalen en la práctica diaria. Estos pueden representar enfermedades de baja prevalencia, manifestaciones atípicas de enfermedades comunes o casos floridos de patologías que tan solo ocasionalmente avanzan hasta estadios terminales. Se puede afirmar incluso que los reportes de caso representan un referente oportuno, pertinente y significativo para el avance del conocimiento científico médico, especialmente de las enfermedades raras (1). Los casos clínicos floridos despiertan particular interés por sus asociaciones infrecuentes o por manifestarse a través de complicaciones no descritas con anterioridad; este tipo de casuística médica configura un conjunto de representaciones clínicas que difícilmente es vista en la práctica clínica de rutina y solo se comparte excepcionalmente a través del reporte de caso, de su discusión en el ateneo o en su

presentación en la revista clínica como un caso particularmente llamativo.

Las discusiones académicas alrededor del caso clínico de interés generan hipótesis que, dado el momento, dan pie a investigaciones más profundas, orientadas hacia la exploración de nuevas terapias o intervenciones farmacológicas (2). El caso clínico ha recobrado su importancia en la era de las ciencias “ómicas”, puesto que provee un método para describir los mecanismos de la enfermedad, basándose en el análisis de variantes genéticas inusuales. La comprensión de fenotipos extremos, aun cuando sea el de un solo caso, tiene el potencial de revelar su etiología, su fisiopatología y eventuales estrategias de manejo, tanto en enfermedades raras como en patologías de alta prevalencia (3).

El caso clínico corresponde a una fotografía detallada y temporal de la historia del paciente que padece la enfermedad y corresponde a un registro particular de la

historia de la medicina que se enriquece a través de su reconocimiento. En el caso de una intervención temprana sobre el desarrollo o historia natural del evento mórbido, esta repercute en la historia natural de la enfermedad (4-6) y hace que solo una pequeña proporción de los médicos podrán conocer directamente los estadios avanzados de muchas enfermedades, y no se enfrentarán jamás a un buen número de diagnósticos. De tal modo, los casos infrecuentes y los estadios avanzados de cualquier tipo de enfermedad son, en sí mismos, una situación extrema de baja frecuencia que contiene un gran potencial académico de esencia formativa implícita.

El manejo temprano de la enfermedad ha permitido que los estadios avanzados sean cada vez más escasos, como consecuencia del avance médico-quirúrgico de la medicina contemporánea. Esto es especialmente válido para las enfermedades infecciosas e incluso para algunas de las patologías tumorales, en las cuales la detección temprana, el manejo farmacológico, la ablación quirúrgica, la radioterapia y la quimioterapia, modifican las manifestaciones clínicas haciendo que estados severos de destrucción anatómica sean cada vez más infrecuentes (Fotografía 1). Los casos más dramáticos se convierten así en débiles ecos de una época trágica, en una historia eventualmente olvidada para aquellos que pudieron acceder a una atención oportuna. Sin embargo, la deficiencia en la atención médica actual y los diagnósticos tardíos, siguen constituyendo una realidad persistente en países como Colombia, en donde la detección inoportuna y el diagnóstico de etapas avanzadas de diversos tipos de cáncer, por ejemplo, son todavía un fenómeno corriente (7,8).

Es así como el médico, especialmente el médico en formación, aprende y ejerce su oficio en un sistema de salud que incluye en la práctica una convivencia de tecnologías de punta con las barreras de acceso a las intervenciones tempranas y exitosas, además de una atención desigual entre las poblaciones rurales y ur-

banas, y, en particular, de una pobre atención médica de las minorías étnicas (9-12). Colombia es un país en donde conviven el progreso y la tecnología en un escenario de práctica clínica que parece recrear el paso a paso de la historia de la medicina a través de los tiempos. Por tanto, bien vale la pena repasar los orígenes de la medicina moderna en el país y traer a la memoria los casos floridos, infrecuentes o con presentación clínica atípica que nos permitan recapacitar sobre el arte y oficio de la medicina, sobre los éxitos de nuestra terapéutica actual, y sobre su promoción.

Esos casos particulares, únicos, esporádicos y excepcionales pueden ser entonces formalmente calificados en un contexto global de la práctica médica como “exóticos”. Casos que le hacen recordar a la medicina y a los facultativos, que detrás de cada momento clínico existe siempre un potencial de desarrollo dramático de la enfermedad (Fotografía 2). Casos que constituyen un espacio de práctica en donde vale la pena girar la mirada y reflexionar sobre el origen de los sucesos contemporáneos de la intervención quirúrgica (Fotografía 3). Un escenario de la medicina que no debe ser ajeno a su deber de asistir a la historia de su propio desarrollo y encontrar en la “patología exótica” un recurso histórico plasmado, ética y estéticamente, en la imagen de los casos llamativos para los médicos de otra época.

El registro fotográfico del Álbum de Patología Exótica, tal y como fue titulado por el académico Ricardo Rueda González (1929-2011), epónimo del Museo de Historia de la Medicina, pertenece hoy a la Colección Sanmartín-Barberi de la Academia Nacional de Medicina.<sup>4</sup> Este álbum doble configura una serie amplia de

---

4 Para acceder a la descripción del “Museo de Historia de la Medicina Ricardo Rueda González” consultar el portal de la Academia Nacional de Medicina de Colombia.

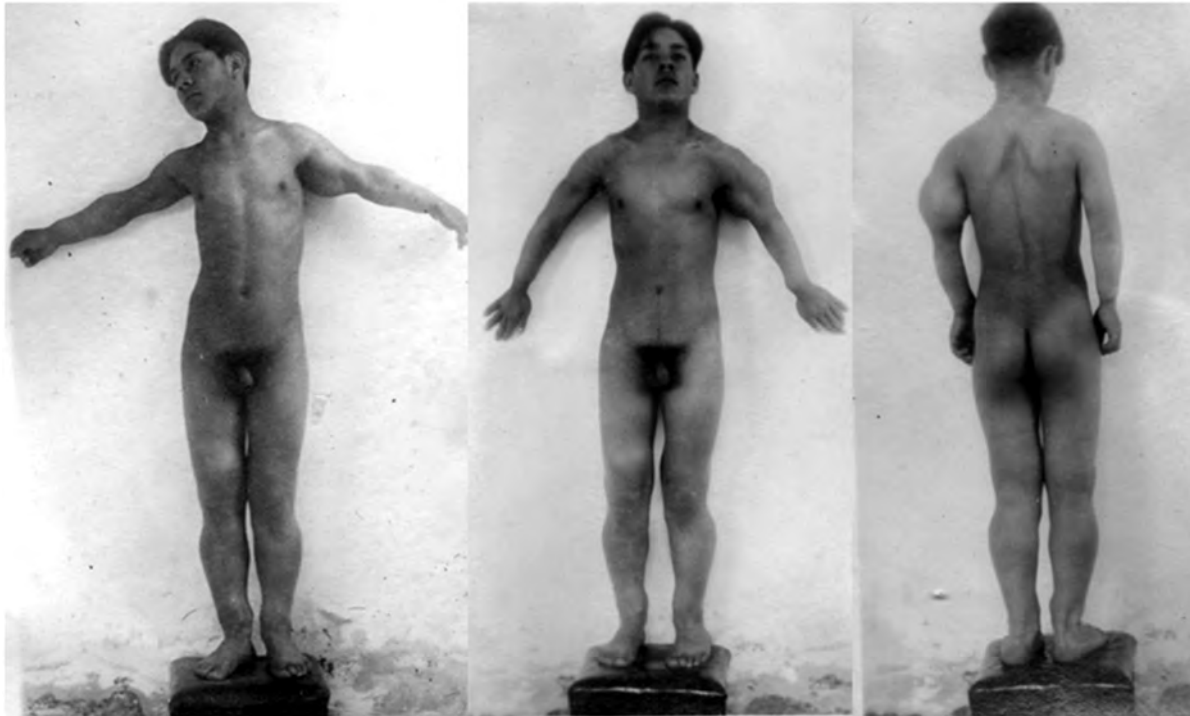


**Fotografía 1.** (51a1/51a3) - Hermanos afectados por Xeroderma pigmentoso.

El Xeroderma pigmentoso es un trastorno autosómico recesivo genéticamente heterogéneo caracterizado por una mayor sensibilidad a la luz solar que conlleva al desarrollo de carcinomas en piel a una edad temprana (13). Algunos pacientes desarrollan síntomas neurológicos, es decir un fenotipo clínico más severo, también conocido como síndrome de Sanctis-Cacchione (14). Es una enfermedad causada por una mutación homocigota o heterocigota compuesta en el gen XPA (9q22) (15). Alrededor del 80% de los pacientes manifiestan una severa hipersensibilidad a la radiación UV (16). El Xeroderma se manifiesta como una reacción de fotosensibilidad aguda que se caracteriza por eritema, inflamación y ampollas en las áreas expuestas al sol, con predominio en la cara, pabellones auriculares, brazos, piernas y cuero cabelludo (17). A medida que se acumula el daño en el epitelio, se presentan máculas pigmentadas y acrómicas, telangiectasias, y xerodermia y atrofia cutánea (18). Posteriormente se presenta la etapa tumoral con lesiones del tipo queratosis actínicas, queratoacantomas, epitelomas basocelulares y espinocelulares e incluso melanoma maligno (19). Los ojos cerrados y la expresión en el rostro de los pacientes de las fotografías, dan cuenta de la fotofobia y de la fotosensibilidad características de la enfermedad. Las manifestaciones oculares son la fotofobia, el lagrimeo, la blefaritis, el simbléfaron, la queratitis, la opacidad corneal, los tumores palpebrales y la ceguera (20). Las lesiones de este par de hermanos son dramáticas, extensas y para la época un misterio etiológico. El Xeroderma pigmentoso fue descrito por primera vez en 1874 por Hebra y Kaposi. En 1882, Kaposi acuñó el término xeroderma pigmentosum para la condición, refiriéndose a su característica piel seca y pigmentada (21, 22). Solo hasta finales de la década de los 80 y principios de los 90 (siglo XX) se demostró que las bases moleculares de la enfermedad correspondían a deficiencias en los mecanismos de reparación del DNA del tipo escisión, luego de lesiones inducidas por rayos UV (23).

registros fotográficos con ilimitado valor para la historia de la medicina colombiana; una sucesión de casos que enriquece la reflexión y el debate diagnóstico, señalando las dificultades padecidas en el pasado por los pacientes y los médicos en el sistema de salud. La me-

dicina ha cambiado para el alivio de muchos, evitando hoy padecimientos que, gracias a las fotografías, nos permiten conocer un fragmento de las rutinas clínicas de otro tiempo, una época sin antibióticos, sin cuidado intensivo, e incluso sin especialidades médico-quirúr-



**Fotografía 2.** (4b4/4b5/4b6) - Exostosis Múltiple Hereditaria - Osteocondromatosis (?)

La Exostosis Múltiple Hereditaria es una enfermedad autosómica dominante caracterizada por múltiples zonas de crecimiento anormales del hueso, principalmente en las metafisis de los huesos largos, aunque también se puede presentar la exostosis en las diáfisis. Ocasionalmente se pueden ver afectados los huesos planos, vértebras y costillas. El cráneo, usualmente, no se afecta. Se presenta clínicamente con discrepancias en la longitud de las extremidades, deformidades en valgo en rodillas y tobillos, asimetría de las cinturas pélvica y escapular, encorvamiento del radio y desviación lunar de la muñeca y se puede asociar a talla baja (24). En esta composición fotográfica, la desnudez del paciente se hace necesaria para los intereses de exposición de la enfermedad. Sin embargo, la obligada exhibición del compromiso de las extremidades y las posiciones que los brazos deben adoptar para presentar el crecimiento óseo anormal, obliga a este joven paciente a posar frente a los médicos: su mirada evade la cámara, sus brazos extendidos, además de visibilizar la anormalidad, evocan una crucifixión (izquierda); las manos contra la pared hacen resaltar la lesión de la muñeca izquierda, pero también evocan resistencia en armonía con una mirada desafiante (centro). Casi en posición anatómica, el paciente está contra la pared, agacha la cabeza y aguarda indicaciones (derecha). La composición se completa con la aparente humedad de la pared y un banco que sirve como el pedestal de un hombre monumental, tal vez prodigioso y sin duda simbólico.

gicas formalmente establecidas; una época que brindó el mejor acompañamiento posible a enfermedades en sus estadios más avanzados, sobre las cuales se mantenía en la mayoría de los casos un halo de misterio etiológico.

Este registro fotográfico permite identificar la relación médico-paciente en el contexto del reconocimiento de enfermedades llamativas e interesantes para los galenos, pero, posiblemente, representa también un motivo de vergüenza, de señalamiento y de carga familiar y



**Fotografía 3.** (3a2/3a3) - Hendidura labio-palatina bilateral.

**La hendidura labio palatina es la malformación** congénita orofacial más frecuente, afectando alrededor de 500 a 1000 recién nacidos alrededor del mundo. Se estima que la primera reparación quirúrgica de este tipo de defectos se remonta al año 390 A.C. El manejo actual de esta anomalía no se limita a la corrección quirúrgica, sino que incluye diversos aspectos de rehabilitación, que abarcan el manejo nutricional, desarrollo del lenguaje, estudio de anomalías relacionadas en otros sistemas y la prevención de morbilidades asociadas como la apnea del sueño y desórdenes de la audición (25, 26). En la imagen se aprecia una paciente con hendidura bilateral antes y después del manejo quirúrgico; el cambio luego de la intervención es impresionante. En la fotografía pre-quirúrgica (izquierda) la cara está totalmente de frente y los bordes de la cofia están plegados hacia atrás para permitir apreciar todo contorno de la cara. En la fotografía de la derecha la paciente no mira hacia la cámara, se advierte además el pabellón auricular derecho, y la cofia está correctamente puesta, destacando el resultado de la intervención.

personal para quienes las padecían. Solo cabe imaginar la complejidad de la vida cotidiana soportando el peso de un tumor gigante del cuero cabelludo (Fotografía 4), o la persistente prevalencia del bocio descomunal sin la sal yodada ni el manejo farmacológico actual del hipotiroidismo (Fotografía 5).

En términos generales, estas imágenes representan el lastre del señalamiento por ser diferente, por verse diferente, por estar apartado de la normalidad, por ser llamativo para los médicos. Estos escenarios, a pesar

su dramatismo, condujeron finalmente a enaltecer al médico de la época y a su propio registro fotográfico; las imágenes relatan una historia en la cual, a pesar de lo avanzado de las enfermedades, siempre se presentaba una oportunidad para la aproximación diagnóstica, para el estudio del caso y el acompañamiento del enfermo; una aproximación médica o quirúrgica que brindaba alivio al dolor; su manejo se acompañó de un registro que amplió el significado de la enfermedad hasta convertirse en un antecedente histórico de la medicina colombiana, legado para la academia





**Fotografía 4.** (4a2/4a3) - Osteoma cutáneo (?), Lipoma (?), Quiste epidermoide (?) Neurofibroma difuso (?).

La fotografía tiene un rótulo con el nombre de la paciente y se identifica al Dr. Martínez como el médico que la atiende. Se trata de una lesión tumoral de gran volumen en la región frontal, en una mujer de la tercera edad. La lesión tumoral tensa la piel de la frente, la cual tiene máculas hiperpigmentadas de diferentes tamaños sin úlceras asociadas. Aparentemente es un tumor único sin lesiones satélites. Los diagnósticos diferenciales son diversos, incluyendo, entre otros, el Osteoma cutáneo o la formación de tejido óseo en la piel, que se asocia a síndromes como la osteodistrofia hereditaria de Albright (27); el crecimiento puede deberse también a un Lipoma (28), a un Quiste Dermoide (De herencia autosómica dominante) (29), a Quistes Triquilemales gigantes (30), e incluso, en casos raros, deberse a Neurofibromas difusos (31). La presencia de poliposis intestinal, osteomas y quistes epidermoides, constituye el Síndrome de Gardner una variante de la Adenomatosis Poliposa familiar (de herencia autosómica dominante), descrito por Gardner en 1951 (32) y causado por mutaciones en el gen APC (33). El diagnóstico definitivo solo puede alcanzarse con la histopatología. La fotografía de la izquierda presenta a una paciente que evita la mirada directa a la cámara, tiene el ceño fruncido, sea tanto por la incómoda situación de posar ante los médicos, como por el peso que ejerce la masa sobre sus cejas. Tiene los labios prietos lo que acentúa las arrugas alrededor de los labios, dándole a la mujer un aspecto triste y afligido, tal vez resignada a continuar con una carga que seguramente tiene varios meses, o años, de evolución. A la derecha, está recostada sobre el respaldo de una silla de madera, los ojos cerrados le añaden cierta tranquilidad a su rostro. La paciente parece esperar que un cirujano le extirpe el tumor, y espera de forma similar como si simplemente aguardara a que le recortaran el cabello. No tiene cofia ni bata hospitalaria. Tal vez, luego de la atención ambulatoria, haya sido dirigida al laboratorio fotográfico para registrar el caso, y posteriormente fuese programada para cirugía o para esperar el curso clínico de su afección sin esperanza de curación.

y asombro para las generaciones venideras. El rol del “enfermo” permitió enaltecer a los pacientes que enseñaron su cuerpo y sus calamidades, para contribuir

a una historia en la cual, sin saberlo, se convirtieron en protagonistas esenciales y trascendentes a través de un cuerpo que padecía y hablaba, expandiendo una



**Fotografía 5.** (10b9/11a11/11a12/13a2) - Bocio

De acuerdo con la recopilación histórica del Bocio en Colombia, realizada por el Dr. Miguel Camacho-Sánchez, Profesor Emérito de la Universidad de Cartagena (34), fray Juan de Santa Gertrudis, en su libro, *Maravillas de la naturaleza*, escrito alrededor de 1.775 (35), describe que “desde Honda hasta la Playa, padece la gente, mayormente las mujeres criando, unas papadas en el cuello, dos, tres, cuatro también, que allá llaman cotos. Afea mucho la naturaleza. Algunos han querido abrírselas y quitarse aquella fealdad y por lo común se han muerto los más”. Por fortuna para el paciente de las fotografías, éste recibió la atención del Dr. Corpas en 1929, y no requirió infringirse ningún daño para corregir su deformidad secundaria al crecimiento anormal de la glándula tiroides. Sin embargo, Colombia tuvo que esperar hasta 1947 para que se aprobara la Ley 44 por medio de la cual se creó el antiguo Instituto Nacional de Nutrición, como dependencia del Ministerio de Higiene y para que se determinara la yodación de la sal (36). Las normas de la yodación de la sal se perfeccionaron a lo largo de los años, de acuerdo con las recomendaciones del ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), la OMS (Organización Mundial de la Salud) y el actual INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos), lo que consiguió cambiar la prevalencia de la enfermedad que, en la década del 50 del siglo XX, era aún del 83%, pasando a ser del 7% en la década de los noventa de ese mismo siglo (36). La prevalencia de alrededor del 80% fue descrita previamente por Humboldt, quien, citado por el profesor Camacho-Sánchez, indicó: “Los habitantes son también (especialmente, la raza blanca y los mestizos) excepcionalmente pálidos, muchas llagas, heridas y cotos, no sólo en cantidad desmesurada (seguramente 80 cotos entre 100 personas), sino deformantemente grandes como no he visto en Valais, ni en Aigle [en Suiza], ni en el Tirol, ni en Salzburgo [en Austria]... ya una bola grande, tirante, colgada hacia adelante o hacia un lado, de 8 a 10 pulgadas de diámetro, ya dos en agradable simetría, ya una protuberancia en forma de morcilla, o bien una cantidad de nudos en forma de racimos sobre la bola grande” (34). En la fotografía se aprecia un paciente con un bocio gigante con una lesión umbilicada en el polo inferior, el estado posquirúrgico y la pieza anatómica, que permite saber la fecha exacta de la rotulación del Bocio, octubre 29 de 1929. A pesar de ser un paciente delgado, no está emaciado o caquéctico de tal modo que no hay indicio de patología oncológica sino meramente carencial. La cicatriz es amplia y ligeramente tensa. La expresión del paciente cambia antes y después del procedimiento, nótese que el pelo del paciente en el posquirúrgico está ligeramente arreglado (peinado), incluso los extremos del bigote fueron rasurados. También en el posquirúrgico, se aprecia que está cubierto por una bata, mientras que, en la fotografía de la extrema izquierda, el paciente se cubre aparentemente con una sábana o cobija.

realidad que iba más allá de los textos y diccionarios médicos, convirtiéndose en un registro vivo de quien padeció los diseños de su época y de su condición.

Además de la ventana histórica que representa el registro fotográfico, este se hace hoy más relevante para

la tradición médica nacional, al leer en las series fotográficas los apellidos de los protagonistas de la práctica clínica que fue moderna en aquellos días: Corpas, Ucrós, Cuellar, Barbieri y Martínez, entre otros pioneros que se han convertido en epónimos institucionales y referentes de la medicina nacional. A través de sus



pacientes, y del juicioso registro fotográfico, los médicos de la primera mitad del siglo XX en el Hospital San Juan de Dios le recuerdan a la medicina moderna que el paciente era el primer compromiso de la práctica y que solo a partir de un sesudo análisis semiológico era posible intervenirlo. La fotografía médica es el mejor recurso de la semiología clínica, y sigue siendo una magnífica manera de aplicar la tecnología para observar y describir un caso patológico, aun cuando el paciente sea solamente una representación en su retrato, y aun cuando este ya no se halle presente físicamente. Su historia clínica se lee en la imagen y persiste en la reminiscencia ilustrada de un médico que reconoce el mensaje que los maestros le envían a través del tiempo. Los médicos de la época legaron sus observaciones dando valor al ser humano que padeció la crueldad de la enfermedad, procurando el aprecio por las enseñanzas que por sí solas, se desprenden de la observación atenta de las enfermedades.

A través de los lentes de la cámara y a través de la visión de los médicos, de esos médicos de principios del siglo XX, es posible observar la enfermedad con una contemplación inocente, pausada, lejana y a la vez pionera de los avances de la medicina moderna. En efecto, al digitalizar y clasificar la colección original en papel -el registro histórico-, se abre una ventana al análisis de la fotografía médica a la luz de la descripción clínica de casos de extrema complejidad, de pacientes atendidos y registrados fotográficamente antes de la era antibiótica, antes de la salud pública y en los albores de la cirugía moderna.

En aquellos días, sin la intervención de la biotecnología, sin el complejo arsenal diagnóstico contemporáneo, sin la cosificación del paciente bajo los códigos alfanuméricos que lo identifican, o mejor, lo anonimizan hoy, se vivió un tiempo en el que la deshumanización de la medicina era difícil de prever. La colección fotográfica nos brinda un privilegio que rara vez se volverá a tener en la medicina de los siglos venideros:

el de una mirada más o menos ilustrada y curiosa del médico que enfrenta la expresión dolida y callada de un paciente que se desnuda frente a él alimentando la esperanza que le brinda el facultativo con perplejidad e incertidumbre en medio de un trance mutuo.

## La colección original

Las fotografías originales de la Colección Sanmartín-Barberi, fueron tomadas por la sección de Fotografía y Anatomía Patológica del Laboratorio Santiago Samper del Hospital de San Juan de Dios.<sup>5</sup> Se trata de un conjunto de imágenes de pacientes y de piezas anatómicas, en donde los médicos de la época registraron diversas enfermedades en estadios clínicos avanzados o enfermedades de particular interés por su baja frecuencia, o bien por sus presentaciones clínicas atípicas o asociaciones particulares. Las fotografías, tomadas en la primera mitad del siglo XX, específicamente entre el año 1929 y el año 1932, se encontraban, antes de su restauración y empastado en dos volúmenes, adheridas a 97 cartulinas de color negro, que medían aproximadamente 47 centímetros de ancho por 33 centímetros de largo. Las 97 hojas estaban en orientación horizontal, legajadas y unidas por un gancho metálico. En cada página se agruparon de 8 a 10 imágenes.

Sus dimensiones y planos variaban según lo que los médicos querían demostrar. Las piezas de anatomía patológica siempre se encuentran en plano entero, de tal forma que es posible apreciar la totalidad de la pieza sin perder las características anatomopatológicas que le corresponden según la enfermedad. Los pacientes fueron retratados siempre de forma individual, a excepción de unos pocos casos y, en general, se presentan en diversos planos, algunos en plano completo,

---

5 Para el contexto histórico del Hospital San Juan de Dios, véase: Restrepo Zea, Estela. *El Hospital San Juan de Dios, 1635-1895. Una historia de la enfermedad, pobreza y muerte en Bogotá*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2011; García-Ubaque y col. "Aportes del Hospital San Juan de Dios a la medicina y a la educación". *Revista de la Facultad de Medicina* 2018, 66(1): 91-96.

sobre todo si la patología involucraba todo el cuerpo o afectaba varios sistemas orgánicos al mismo tiempo. Los planos medios son más frecuentes en los casos en que la patología comprende el tórax o el abdomen; los planos medio, corto y primer plano se presentan en las enfermedades del cuello y el primerísimo primer plano fue utilizado especialmente en el énfasis de las enfermedades de la cara.

Los planos de detalle se presentan fundamentalmente en las enfermedades del área genital o en patologías delimitadas a las extremidades. La composición de las imágenes es muy variada; aunque requiere de discusión para cada una de las imágenes seleccionadas, es claro que, de acuerdo a las enfermedades, se trataba de una composición que lograba en la mayoría de los casos un retrato armónico en la intención de mostrar la magnitud e impacto de la enfermedad, con una adecuada exposición de sus detalles.

El fondo de las fotografías también varía en función de si se trataba de la imagen de una pieza de patología o de un paciente. Las piezas de patología casi siempre estaban expuestas sobre baldosín blanco, colgadas en una pieza de madera o extendidas sobre una tabla. Los pacientes posaban desnudos con camisolas blancas hospitalarias y solo las mujeres usaban cofia de tela plisada. Los pacientes, a veces sentados, a veces de pie sobre un banco, a veces en decúbito, contrastaban con el fondo limitado por un telón negro que confrontaba la figura gris y blanca del enfermo, con el realce de la deformidad y las lesiones.

Las fotografías en blanco y negro sobre papel baritado, marco blanco y borde aserrado varían en su dimensión y orientación. La mayoría de las piezas de patología macroscópica tenían orientación horizontal o apaisada, mientras que las fotografías de los pacientes conservaban la orientación vertical del retrato, a excepción de algunas imágenes en donde el paciente se encontraba en decúbito en la camilla. El tamaño de los retratos oscilaba entre 8x11 y 8x10 centímetros.

Las fotografías, en su mayoría, estaban rotuladas, y el rótulo de los pacientes era sobrescrito a mano en la fotografía. El rótulo contenía el nombre del paciente y el apellido del médico tratante. Salvo escasas excepciones, ningún rótulo del paciente, describía algún aspecto de la historia clínica, la demografía o el tipo de enfermedad que se quería retratar.

El rótulo de la pieza de patología tiene, generalmente, el siguiente encabezado: "Hospital San Juan de Dios. Laboratorio 'Santiago Samper' Anatomía Patológica".

Luego del encabezado, se aprecia el número de la pieza, el nombre del o la paciente, el nombre del médico, la fecha y luego una firma, la cual varía de rótulo en rótulo; se desconoce si es la firma del fotógrafo o del patólogo, pero probablemente no del médico ya que, en diferentes piezas del mismo médico no coincidían los nombres de los médicos y las firmas. El rótulo, en los casos de anatomía patológica, tenía un marco simple en línea negra que en su parte inferior se convierte en una regla en centímetros, proporcionando una referencia para conocer el tamaño real de la pieza.

### **La colección revisitada**

Del conjunto original de fotografías, es posible identificar a simple vista al mismo paciente en diferentes páginas o en diferentes hojas. De igual forma, es posible identificar que algunos casos corresponden a fotografías tomadas antes y después de tratamientos quirúrgicos. Fue necesario organizar las fotografías de tal modo que cada caso pudiera ser estudiado individualmente y que cada paciente contara con la totalidad de imágenes que le corresponden.

Se procedió entonces a escanear cada una de las fotografías, utilizando un equipo de digitalización de imágenes junto con el software que acompaña al mismo equipo. Cada una de las imágenes se digitalizó en el color original de la fotografía en formato ".TIFF" (Tagged Image File Format), conservando el tamaño original de la fo-

tografía, pero con una resolución de al menos 600 PPI (píxeles por pulgada), con el fin de hacer acercamientos (zoom a la imagen) de exploración a las fotografías, así como para obtener una adecuada calidad para su impresión. Las imágenes digitalizadas tienen, en promedio, un tamaño de 2 MB (megabytes). Luego del proceso de digitalización se realizaron dos copias de seguridad y una copia de trabajo. Cada fotografía fue codificada en la primera copia de trabajo, identificándola así:

- a. A la primera hoja se le asignó el número 1, y se determinó un frente y un revés según el orden original de las cartulinas legajadas.
- b. Al frente de la hoja se le asignó la letra “a” y al revés de la hoja la letra “b”, de tal modo que las páginas de la primera hoja se denominaron “1a” o “1b”.
- c. Luego, siguiendo el sentido de las manecillas del reloj comenzando por la fotografía del extremo superior izquierdo, se enumeró cada fotografía, de tal modo que la primera fotografía, en la primera hoja según el legajado original se denominó: 1a1 (1: primera hoja, a: frente, 1: primera foto), terminando la primera página en 1a8.

Cada numeración consecutiva inicia y termina en cada página. Por tanto, para la página 1b se inició en 1b1 y se terminó en 1b8. En la base de datos digital se almacenó el conjunto de fotografías de cada página en la carpeta con el nombre código 1a y 1b para la primera hoja, 2a y 2b para la segunda hoja, 3a y 3b para la tercera, y así sucesivamente, hasta completar las 97 páginas, finalizando con la carpeta 97a.

Los archivos digitalizados se importaron al software Daminion® versión 4.6, donde se etiquetó cada una de las fotografías. Las etiquetas (tags) permitieron identificarlas una a una, de acuerdo al sistema afectado (Ej. Sistema nervioso central, genitourinario, piel y anexos, etc.), al tipo de lesión (Ej. Tumor, úlcera, prolapso, etc.), a la especialidad médica-quirúrgica (Ej.

Dermatología, urología, cirugía, ginecología, etc.), entre otras categorías. Las etiquetas también permitieron identificar los pacientes y ordenar cada caso con su correspondiente conjunto de imágenes.

Este sistema permitió conservar linealidad entre el legajado original y la base de datos digitalizada, hacer búsquedas de acuerdo a palabras clave, ordenar las imágenes de acuerdo a cada caso o tipo de lesión, e incluso calificar las imágenes según un sistema que otorga 5 estrellas a las imágenes que los autores consideraron como de mayor relevancia. De esta forma se seleccionaron los casos que se incluirán en esta serie de artículos como casos representativos de la colección. Cabe anotar que fuera de la digitalización, no se realizó ninguna edición de las fotografías originales ni se mejoró la imagen mediante software especializado (Ej. Photoshop®), diferente a la de borrar nombre y apellidos de los pacientes. Cada uno de los casos presentados cuenta con un título y una breve descripción de la supuesta patología que el paciente representa. Es importante destacar que, al carecer de datos de la historia clínica, las inferencias diagnósticas parten únicamente de la observación de las imágenes y de la comparación que de cada fotografía se ha hecho con potenciales diagnósticos planteados por los especialistas que han sido consultados o bien a través de libros de referencia.

## Conclusión

El presente texto introductorio expone una selección subjetiva de la colección fotográfica Sanmartín-Barberi del Museo de Historia de la Medicina en la Academia Nacional de Medicina de Colombia, la cual ha sido ya completamente digitalizada. Esta colección amerita una reflexión específica, en entregas sucesivas y a la manera de los cinco ejemplos incluidos en esta primera reflexión, acerca de la importancia de la fotografía médica como representación absoluta de cada caso clínico, y sobre su impacto en el desarrollo de la atención clínica y humanitaria a la que se debe la medicina universal.

## Conflicto de intereses

No se presenta conflicto de intereses en el presente trabajo.

## Financiación

Este trabajo fue financiado con recursos propios de los autores y del Instituto de Genética Humana, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana.

## Agradecimientos

Los autores quisieran reconocer la colaboración del académico Ricardo Rueda González (q.e.p.d.) por su apoyo en la fase inicial de este proyecto, y agradecen muy especialmente al académico Jaime Bernal Villegas por su amplitud y generosidad al abrir sugestivos espacios de discusión humanista en el Instituto de Genética Humana de la Facultad de Medicina en la Pontificia Universidad Javeriana.

## Referencias

- Carey, J.C., The importance of case reports in advancing scientific knowledge of rare diseases. *Adv Exp Med Biol* 2010; 686: 77-86
- Nayak, B.K., The significance of case reports in biomedical publication. *Indian J Ophthalmol* 2010; 58(5): 363-4.
- Cook, M.C., Medical case reports in the age of genomic medicine. *Clin Transl Immunol* 2015; 4 (10): e45.
- Markowitz, J., Can we change the natural history of Crohn's disease with early immunomodulation? *Dig Dis* 2014; 32(4): 345-50.
- Matsui, T., T. Yao, and A. Iwashita, Natural history of early colorectal cancer. *World J Surg* 2000; 24(9): 1022-8.
- Chaptini, C. and G. Marshman, Leprosy: a review on elimination, reducing the disease burden, and future research. *Lepr Rev* 2015; 86(4): 307-15.
- Pineros, M., et al., Patient delay among Colombian women with breast cancer. *Salud Publica Mex* 2009; 51(5): 372-80.
- Pineros, M., et al., [Delay for diagnosis and treatment of breast cancer in Bogota, Colombia]. *Salud Pública Mex*, 2011; 53(6): 478-85.
- Arrivillaga, M., et al., [Health services access survey for Colombian households]. *Gac Sanit* 2016.
- Macinko, J., et al., Gaps in Primary Care and Health System Performance in Six Latin American and Caribbean Countries. *Health Aff (Millwood)* 2016; 35(8): 1513-21.
- Vargas, I., et al., Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan* 2016; 31(6): 736-48.
- Norena-Herrera, C., et al., [Ethnic disparities in the use of reproductive health services by indigenous and African-descendant Colombian women]. *Cad Saude Publica* 2015; 31(12): 2635-48.
- Satokata, I., et al., Characterization of a splicing mutation in group A xeroderma pigmentosum. *Proc Natl Acad Sci USA* 1990; 87(24): 9908-12.
- Uribe-Bojanini, E., S. Hernandez-Quiceno, and A.M. Cock-Rada, Xeroderma Pigmentosum with Severe Neurological Manifestations/De Sanctis-Cacchione Syndrome and a Novel XPC Mutation. *Case Rep Med*; 2017: 7162737.
- Satokata, I., K. Tanaka, and Y. Okada, Molecular basis of group A xeroderma pigmentosum: a missense mutation and two deletions located in a zinc finger consensus sequence of the XPAC gene. *Hum Genet* 1992; 88(6): 603-7.
- Lim, R., et al., Ocular solar protection in xeroderma pigmentosum: the role of untinted lenses in blocking ultraviolet radiation. *Br J Dermatol* 2016; 175(3): 625-7.
- Butt, F.M., et al., Xeroderma pigmentosum: a review and case series. *J Craniomaxillofac Surg* 2010; 38(7): 534-7.
- Black, J.O., Xeroderma Pigmentosum. *Head Neck Pathol* 2016; 10(2): 139-44.
- Lai, J.P., et al., The influence of DNA repair on neurological degeneration, cachexia, skin cancer and internal neoplasms: autopsy report of four xeroderma pigmentosum patients (XP-A, XP-C and XP-D). *Acta Neuropathol Commun* 2013; 1: 4.
- Ramkumar, H.L., et al., Ophthalmic manifestations and histopathology of xeroderma pigmentosum: two clinicopathological cases and a review of the literature. *Surv Ophthalmol* 2011; 56(4): 348-61.
- Kraemer, K.H., M.M. Lee, and J. Scotto, Xeroderma pigmentosum. Cutaneous, ocular, and neurologic abnormalities in 830 published cases. *Arch Dermatol* 1987; 123(2): 241-50.
- DiGiovanna, J.J. and K.H. Kraemer, Shining a light on xeroderma pigmentosum. *J Invest Dermatol* 2012; 132(3 Pt 2): 785-96.
- Bootsma, D. and J.H. Hoeijmakers, The genetic basis of xeroderma pigmentosum. *Ann Genet* 1991; 34(3-4): 143-50.
- Stieber, J.R. and J.P. Dormans, Manifestations of hereditary multiple exostoses. *J Am Acad Orthop Surg* 2005; 13(2): 110-20.
- Bhattacharya, S., V. Khanna, and R. Kohli, Cleft lip: The historical perspective. *Indian J Plast Surg* 2009; 42 Suppl: S4-8.

26. Lithovius, R.H. et al., The association of cleft severity and cleft palate repair technique on hearing outcomes in children in northern Finland. *J Craniomaxillofac Surg* 2015; 43(9): 1863-7.
27. Ayaviri, N.A. et al., Isolated primary osteoma cutis of the head: Case report. *Can J Plast Surg*, 2006; 14(1): 33-6.
28. Leung, L.K., Differential diagnosis of soft scalp lumps. *BMJ Case Rep* 2011.
29. Sorenson, E.P., et al., Scalp dermoids: a review of their anatomy, diagnosis, and treatment. *Childs Nerv Syst* 2013; 29(3): 375-80.
30. Perez Lara, F.J., et al., [Giant trichilemmal cysts of the scalp]. *Cir Esp*, 2013. 91(2): p. 121.
31. Macias, V.C., et al., Diffuse neurofibroma--an uncommon cause of alopecia. *An Bras Dermatol*, 2013; 88(6 Suppl 1): 166-9.
32. Gardner, E.J., A genetic and clinical study of intestinal polyposis, a predisposing factor for carcinoma of the colon and rectum. *Am J Hum Genet*, 1951; 3(2): 167-76.
33. Lipton, L. and I. Tomlinson, The genetics of FAP and FAP-like syndromes. *Fam Cancer* 2006; 5(3): p. 221-6.
34. Camacho Sánchez, M., Historia del Bocio en Colombia. *Acta Med Col* 1988; 13(4): 162-6.
35. Pérez, A., A. Segura, and G. Gutiérrez, Observaciones conductuales de Fray Juan de Santa Gertrudis en su viaje al Nuevo Reino de Granada. *Rev Hist Pisco* 2014; 35(2): p. 37-64.
36. Valero-Bernal, M., et al., Políticas sanitarias y situación actual del Bocio Endémico: El caso de Colombia. *Rev. Fac. Med.*, 2012; 60(4): 343-51.

**Recibido:** 3 de mayo de 2018

**Aceptado:** 14 de julio de 2018

**Correspondencia:**

Fernando Suárez-Obando  
fernando.suarez@javeriana.edu.co