

## RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL)

**01TL PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LAS BARRERAS EN ATENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.** Ámbar Yossari Coello Padilla<sup>1,2</sup>, [Laura Suiyen Ham Sarmiento](#)<sup>1</sup>, Marlene Yamaly Leiva Paz<sup>1,3</sup>, Seheji Alejandra Valle Ponce<sup>1</sup>, Santos Marleni Montes Romero<sup>1,4</sup>. <sup>1</sup>Universidad Tecnológica Centroamericana, Gestión de Servicios de Salud; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Complejo Médico Cemesi Microbiología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Mario Catarino Rivas, Microbiología; San Pedro Sula, Honduras. <sup>4</sup>Universidad Tecnológica Centroamericana, Gestión de Servicios de Salud, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) incluyen patologías como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiovasculares, respiratorias crónicas y cáncer, siendo un desafío en Honduras y otros países en desarrollo, por su carga asistencial y desigualdad en la disponibilidad de recursos entre el sector público y privado. El acceso limitado a medicamentos, la sobrecarga laboral y la deficiente infraestructura hospitalaria afectan la atención oportuna y seguimiento de los pacientes. **Objetivo:** Identificar las barreras de atención a pacientes con ECNT, la percepción del personal de salud en lo público y privado, febrero 2025. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal y descriptivo. Se aplicó encuesta estructurada a 131 profesionales de salud en San Pedro Sula. Se evaluaron aspectos sociodemográficos, disponibilidad de insumos, carga laboral, acceso a medicamentos y calidad de atención. Análisis estadístico descriptivo con Microsoft Excel. **Resultados:** 76.47% del personal en lo público reportó disponibilidad de insumos médicos “regular”, 18.82% como “buena” y el 4.71% como “deficiente”. En lo privado, 50% del personal calificó la disponibilidad de insumos como “buena”, 32.61% como “regular” y el 17.39% como “excelente”. En cuanto al acceso a medicamentos esenciales, 93.48% del personal en lo privado indicó que existían “limitaciones”, mientras que en el sector público 92.94% reportó restricciones en el acceso, indicando que la percepción en ambos sectores es similar. La sobrecarga laboral fue percibida como “moderada” por el 88.24% del personal en el sector público y 43.48% en el privado. 94.12% del personal en el sector público indicó que los protocolos de atención “no siempre se aplican”, debido a la falta de capacitación, carga laboral elevada o ausencia de seguimiento y supervisión adecuadas. **Conclusiones/Recomendaciones:** mejoramiento de la gestión de insumos/medicamentos, inversión en tecnología

hospitalaria, programas de seguimiento efectivo para pacientes con ECNT, capacitación continua del personal de salud, y estrategias para reducir la fragmentación del sistema de salud.

**02TL EVENTO VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TORMENTA TIROIDEA** [Jorge Martín Beltrán Lima](#)<sup>1</sup>, Carlos José Melgar Díaz<sup>1</sup>, Vilma Alejandra Gómez Lara<sup>1</sup>, Rocío Fabiola Salgado Hernández<sup>1</sup>, Dulce María Segura Perdomo<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La tormenta tiroidea es una emergencia médica caracterizada por la exacerbación de síntomas de hipertiroidismo, hipercoagulabilidad y la disfunción vascular que conlleva a infartos cerebrales. Estas complicaciones pueden presentarse en un 0.5-1.3 % de los casos, con una mortalidad del 10%. Se trata de una presentación atípica y poco frecuente de la tormenta tiroidea. **Descripción del caso:** Paciente con antecedente de hipertiroidismo con mal apego al tratamiento, acude con historia de hemiparesia faciobraquiocrural izquierda y disartria de aproximadamente 24 horas de evolución, de inicio súbito, con posterior alteración del estado de alerta, caracterizada por agitación y desorientación. Tres días antes del ingreso, presentó fiebre, vómitos y diarrea. Al examen físico con Glasgow 13, con aumento del tamaño de la glándula tiroidea y corazón taquicárdico con ritmo regularmente irregular. Burch Wartofsky: 65 Pts, con hormona estimulante de la tiroidea, TSH 0 uIU/L y T4 libre 5 ng/dL. Se le realiza tomografía cerebral evidenciando evento cerebrovascular isquémico hemisférico derecho, por lo tanto, se inició manejo médico del estado de tormenta tiroidea y del ictus isquémico. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso atípico de tormenta tiroidea, acompañada de fibrilación auricular, se complicó con evento cerebrovascular isquémico, se inició manejo oportuno con tratamiento propio para tormenta tiroidea y complicaciones mencionadas. Es recomendable un extenso plan educacional hacia el paciente sobre la importancia del buen apego al tratamiento de la enfermedad de base, además de indicar los signos y síntomas de alarma, para recibir atención médica oportuna.

**03TL FACTORES ASOCIADOS EN LOS PACIENTES CON MICOBACTERIOSIS ATÍPICA EN EL INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR, HONDURAS, 2018-2024.** Kevin Edgar-do Lainez<sup>1</sup>, José Emanuel Cueva<sup>2,3</sup>, José Orlando Maldonado<sup>4,5</sup>.

<sup>1</sup>Servicio Materno Infantil; Las Vegas, Santa Bárbara, Honduras.

<sup>2</sup> Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Epidemiología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Salud Pública; Tegucigalpa, Honduras. <sup>4</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

<sup>5</sup>Hospital General San Felipe; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que ha afectado a lo largo de la historia. En los últimos años ha aumentado la prevalencia de micobacterias no tuberculosas (MNT) a nivel mundial, pero continúa infradiagnosticada en Honduras, siendo la última investigación sobre este tema en 1997. **Objetivo:** Caracterizar la infección y el tratamiento de micobacterias atípicas en el Instituto Nacional Cardiopulmonar (INCP). **Materiales y Métodos:** Estudio de casos y controles, de micobacteriosis atípica y tuberculosis respectivamente, utilizando expedientes clínicos que cumplen criterios de inclusión del INCP, con 67 pacientes, siendo 23 casos y 44 controles. Obteniendo datos con encuesta, analizados en Epi Info. El análisis univariable utilizó frecuencias y porcentajes, y el bivivariable chi cuadrado. **Resultados:** Los controles se presentaron en Francisco Morazán con 47.7% (21/44) y casos el 17.4% (4/23) en Francisco Morazán y Valle (4/23). La mayoría de controles carecía de antecedentes patológicos, el 34.1% (15/44) al igual que los casos 43.5% (10/23), diabetes mellitus tipo 2 fue el antecedente personal patológico más reportado en los controles, con 31.8% (14/44). Una infección previa de tuberculosis pulmonar mostró diferencia estadísticamente significativa, controles 11.4% (5/44), mientras que los casos 43.5% (10/23), ( $X^2$  8.965,  $p$  0.003), aumentando el riesgo hasta 8 veces más de infección. La presentación extrapulmonar se asoció a procedimientos estéticos, representando el 17.4% de los casos (4/23) ( $X^2$  8.138  $p$  0,004). La MNT de rápido crecimiento se encontró en el 53.8% (14/26) de los casos. El esquema más utilizado en MNT de rápido crecimiento fue quinolona, macrólido, linezolid, clofamizina, en 28.6% (4/14). **Conclusiones/Recomendaciones:** El antecedente personal de tuberculosis pulmonar aumenta el riesgo hasta 8 veces de infección por micobacteria no tuberculosa. La MNT de rápido crecimiento es la más prevalente en nuestro medio. Aunque en literatura internacional la infección se asocia a VIH, en nuestro estudio ningún paciente presentó coinfección.

**04TL VARICELA ZOSTER DISEMINADA EN ADULTO INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO.** Carlos José Melgar Díaz<sup>1</sup>, Jorge Martín Beltrán Lima<sup>1</sup>, Cinthia Gabriela Madrid García<sup>1</sup>, Vilma Alejandra Gómez Lara<sup>1</sup>, Fabiola Rocío Salgado Hernández<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El herpes zóster es un trastorno neurocutáneo secundario a reactivación de primoinfección por el virus varicela-zóster. Hasta un 20% de la población puede desarrollar herpes zóster, relacionándose principalmente con el estrés, edad avanzada, enfermedades autoinmunes o estados de inmunosupresión. El herpes zóster diseminado se caracteriza por presentación clínica atípica e infrecuente, con presencia de múltiples lesiones herpetiformes que no respetan la distribución en los dermatomas. Este constituye la complicación más grave, generando complicaciones sistémicas pulmonares, hepáticas y cerebrales, muchos casos pueden ser mortales.

**Descripción de caso:** Masculino, 24 años, con historia de fiebre subjetivamente alta, no cuantificada, de aproximadamente siete días de evolución, acompañada de escalofríos. Aparición de lesiones cutáneas, vesículas, inicialmente en tórax diseminado a cara, brazos y miembros inferiores, dolorosas, de carácter urente, pruriginosas, desarrollando costras al tercer día. Posteriormente presenta máculas violáceas de bordes irregulares en flanco izquierdo, evolucionando a bullas. Dos días previos al ingreso, refiere disnea de esfuerzos mínimos durante reposo, acompañado de ictericia en escleras, astenia, adinamia, hiporexia, debilidad generalizada, palidez y fatiga. Dos semanas antes sus hijos presentaron lesiones cutáneas de las mismas características, en menor cantidad, que se resolvieron de forma autolimitada. Recibió manejo multidisciplinario por los servicios de Medicina Interna, Infectología, Dermatología, Neurología y Nefrología. Hospitalizado un total de 17 días con diagnóstico de herpes zoster diseminado donde presentó falla multiorgánica, fascitis necrotizante, neumonitis por varicela, rabdomiólisis que lo llevó a lesión renal aguda que requirió hemodiálisis. Fue tratado con imipenem y vancomicina como cobertura antibiótica por siete días, posteriormente se cambió por ceftriaxona y clindamicina por nueve días, aciclovir durante 14 días y uso de inmunoglobulina humana durante 5 días. Con mejoría clínica y laboratorial se decide egreso. **Conclusiones/Recomendaciones:** Paciente inmunocompetente, con herpes zoster diseminado que presentó complicaciones neurológicas, renales, pulmonares, con una evolución satisfactoria posterior a manejo multidisciplinario.

**05TL NEUMONÍA ATÍPICA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE:** Maira Alejandra Torres<sup>1</sup>, Bayron Josué Degrandes<sup>2</sup>, Julian Figueroa<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Coronarios, Medicina de Urgencia, Emergencia y Catástrofes; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Católica de Honduras, Servicio Social; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El *Mycoplasma pneumoniae* agente etiológico frecuente de neumonía atípica, especialmente en personas que viven en grupos cerrados. Su diagnóstico es desafiante debido a la discrepancia entre los síntomas clínicos y los hallazgos radiológicos. Los síntomas más comunes incluyen tos seca no productiva, fiebre leve, cefalea, disnea y malestar general. Los rayos X de tórax suelen mostrar opacidades unilaterales o bilaterales. La confirmación del diagnóstico se realiza mediante cultivos, PCR o serología. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 42 años, obeso mórbido, sin comorbilidades, acude por tos seca de inicio insidioso durante 5 días, disnea progresiva de esfuerzo y ortopnea. Fue manejado inicialmente en una clínica privada como hiperreactividad bronquial, sin mejoría clínica, por lo que fue referido a nuestra institución. A su ingreso, presentaba taquipnea, mal patrón respiratorio y estertores basales bilaterales. La radiografía de tórax mostró cardiomegalia y pérdida de la vasculatura en el hemitórax izquierdo, lo que llevó a su manejo inicial como falla cardíaca. En la unidad de cuidados coronarios, el paciente presentó pico febril, continuó con dificultad respiratoria y no respondió a cánulas de alto flujo. Se acopla a ventilación no invasiva (VMNI), evidenciándose broncoespasmo e hipercapnia severa. Ecocardiograma mostró FEVI de 61% sin dilatación. Se realizó panel respiratorio FilmArray que detectó infección por *Mycoplasma pneumoniae*. Se inicia tratamiento con azitromicina y broncodilatadores. TAC de tórax evidenció opacidades heterogéneas difusas. A las 48 horas de iniciar el tratamiento, presenta mejoría clínica, lo que permitió reducir la VMNI a cánulas nasales de bajo flujo. Fue trasladado a la sala de neumología, de donde fue egresado 7 días después. **Conclusiones/Recomendaciones:** La neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* es una infección frecuente, y usualmente subdiagnosticada. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar la evolución clínica y evitar complicaciones.

**06TL ENDOCARDITIS POR HONGOS: TERAPIA CONSERVADORA.** Kathleen Verence Nolasco Ferrera<sup>1</sup>, Rene Jemil Santos<sup>1</sup>, Walter Antonio Villeda Escoto<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Infectología; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El diagnóstico de endocarditis infecciosa se basa en datos microbiológicos compatibles y detección de lesiones cardíacas mediante técnicas de imagen. La evidencia de implicación de válvulas cardíacas o material protésico intracardiaco es un criterio diagnóstico mayor. La ecocardiografía es la técnica

de primera línea para el diagnóstico. Los hongos se observan con más frecuencia en la endocarditis de válvula protésica, usuarios de drogas vía parenteral e inmunocomprometidos. *Candida* es más frecuente. El tratamiento antifúngico incluye la administración equinocandina a dosis altas ó anfotericina B. **Descripción del caso:** Se trata de paciente de 41 años de edad, mecánico industrial, con antecedente de cardiopatía reumática, hace 2 años se le realiza reemplazo de válvula aórtica y mitral. Ingresa en marzo 2024 con fiebre de 5 meses de evolución, intermitente, además de manchas violáceas en dedos de las manos, se ausculta soplo holosistólico grado III, foco aórtico y mitral. Ingresa como sospecha de endocarditis infecciosa, se obtienen 2 hemocultivos positivos por *Candida Parapsilosis*, inicia tratamiento con caspofungina y fluconazol, ecocardiograma transtorácico, no se observa vegetaciones; ecocardiograma transesofágico, se observa vegetación de 14x5mm en prótesis mitral. Egresada el 3 junio posterior a cinco hemocultivos negativos, con terapia oral fluconazol 600 mg día. Noviembre 2024 hemocultivo único positivo por *Candida parapsilosis*, recibe anfotericina B y caspofungina, hospitalizado durante 42 días, hemocultivo negativo, egresa con terapia oral fluconazol 600 mg día, actualmente seguimiento en consulta externa de infectología, cardiología y medicina interna. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las tasas de supervivencia a largo plazo para los pacientes con endocarditis infecciosa se aproximan al 85-90% a 1 año, y 70-80% a 5 años. Es importante educar al paciente sobre el riesgo de recurrencia y las estrategias de prevención. En casos que la cirugía no sea posible, la terapia supresora con azoles de por vida constituye una opción de tratamiento.

**07TL PANCREATITIS POR TUBERCULOSIS EN PACIENTE INMUNO COMPROMETIDO: REPORTE DE CASO.** Génesis Sarahí Chávez Paredes<sup>1</sup>, Juan Antonio Mejía Godoy<sup>1</sup>, Cinthia Gabriela Madrid García<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La tuberculosis pancreática es una forma rara de tuberculosis extrapulmonar. La primera descripción fue en el siglo XIX, pero sigue siendo una entidad poco común. Se ha propuesto que el *Mycobacterium tuberculosis* llega al páncreas por diseminación hematogena, linfática o por extensión desde ganglios linfáticos cercanos. Debido a su rareza, suele diagnosticarse erróneamente como cáncer de páncreas o pancreatitis crónica. **Descripción del caso:** Se trata de paciente hombre de 30 años, antecedente de inmunocompromiso por virus VIH, carga viral 101,000 copias/ml, CD4+121 cel/uL, acude con historia de dolor en epigastrio de 1 semana de evolución, tipo cólico, intermitente, acompañado de ictericia del mismo tiempo de evolución, fiebre predominio nocturno. Examen físico Presión Arterial 110/80 mmHg, FC 104 lpm, Pulso 104 ppm, FR 22 rpm T° 37.5 ° C, SatO2 98%, FIO2 21%, ECG 15 puntos, adenopatías cervicales bilaterales, cardiopulmonar sin alteración, abdomen simétrico, doloroso en CSD, no se palpan masas ni visceromegalias. Tomografía contrastada de abdomen muestra múltiples lesiones quísticas en cabeza, proceso uncinado y

cuerpo de páncreas a considerar pancreatitis Baltazar B con alta sospecha de neoplasia quística asociada, dilatación de la vía biliar extrahepática. Amilasa y lipasa normales, FA y GGT elevadas. En CPRE masa en segunda porción del duodeno. En la biopsia se observa tinción Ziehl Nielsen bacilos alcohol-ácido resistente. Inició tratamiento con antifímicos, egresó con mejoría clínica y plan de seguimiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** La tuberculosis pancreática puede imitar el cáncer de páncreas debido a sus síntomas inespecíficos y características de imagen. El diagnóstico de tuberculosis pancreática requiere confirmación histológica, la presencia de granulomas es un hallazgo común, la detección de bacilos ácido-alcohol resistentes es menos frecuente. La respuesta al tratamiento es buena, con reducción significativa del tamaño de la masa pancreática.

**08TL SUEROTERAPIA INTRAVENOSA EN ADULTOS SANOS: ¿EVIDENCIA CIENTÍFICA O ESTRATEGIA COMERCIAL? UNA REVISIÓN NARRATIVA.** Eduardo Smelin Perdomo Domínguez<sup>1</sup>, Sara Elizabeth Milla Salguero<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Clinica Médica Villanueva; Villanueva, Cortés, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Nacional Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La sueroterapia intravenosa ha ganado popularidad entre adultos sanos como estrategia de bienestar subjetivo, con clínicas privadas que ofrecen infusiones con diversas combinaciones de vitaminas, minerales y antioxidantes. Estas intervenciones se promocionan como soluciones para mejorar energía, reforzar sistema inmune, retrasar el envejecimiento o “desintoxicar” el organismo, a pesar que cada sesión puede costar entre 250 y 800 dólares. Sin embargo, su creciente uso no parece estar respaldado por evidencia científica robusta. **Objetivo:** Evaluar la evidencia científica disponible sobre la eficacia y seguridad de terapias intravenosas utilizadas en el contexto del bienestar subjetivo en adultos sanos. **Materiales y Métodos:** Se realizó revisión narrativa de ensayos clínicos aleatorizados publicados hasta marzo de 2025. Se consultaron las bases de datos PubMed, Cochrane Library y ClinicalTrials.gov. Se incluyeron estudios en adultos sanos que evaluaran intervenciones intravenosas con fines no terapéuticos. Se excluyeron estudios en pacientes con patologías, suplementación oral, modelos animales y literatura no original. El desenlace principal de interés fue la presencia de beneficios clínicamente relevantes, como mejora en energía, reducción de fatiga, marcadores de estrés oxidativo u otros efectos percibidos como “revitalizantes”. **Resultados:** De 327 estudios identificados, sólo dos ensayos clínicos cumplieron los criterios de inclusión, ambos sobre vitamina C intravenosa. Uno incluyó 141 adultos sanos y reportó reducción significativa de fatiga y estrés oxidativo ( $p < 0.004$ ); el otro, con 6 participantes, evaluó parámetros farmacocinéticos sin efectos adversos ni beneficios clínicos concluyentes. No se hallaron ensayos clínicos sobre otras terapias comúnmente ofrecidas, ni ensayos en curso registrados. **Conclusiones/Recomendaciones:** Existe una clara discrepancia entre la oferta comercial de sueroterapia intravenosa y la evidencia científica disponible. Salvo por la vitamina C, no hay ensayos clínicos que respalden su uso en adultos sanos. Se recomienda no promover estas

intervenciones hasta que existan ensayos clínicos rigurosos que sustenten su seguridad y eficacia.

**09TL CUANDO EL ZOSTER SORPRENDE: UN CASO ATÍPICO DE ENCEFALITIS.** Sara Sahury<sup>1</sup>, Harlis Estrada<sup>2</sup>, Glenda Castro<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Hospital Escuela, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Escuela, Servicio de Neurología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La encefalitis es una inflamación del tejido cerebral que puede ser causada por diversas infecciones virales, entre las cuales se encuentra el virus de la varicela zóster (VZV). Este virus, conocido principalmente por causar varicela en la infancia, puede reactivarse en adultos y provocar complicaciones neurológicas, como la encefalitis. La presentación clínica de esta condición puede variar desde síntomas leves hasta manifestaciones graves que comprometen la función neurológica del paciente. En este caso clínico, se presenta a un paciente inmunocompetente que desarrolló encefalitis primaria sin haber cursado con dicha infección en la infancia. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 48 años, con antecedente de hipertensión arterial crónica, quien asiste con cuadro de cefalea intensa, holocraneana, opresiva, describiéndola como la peor cefalea de su vida, cuadro por el cual se hicieron varios estudios incluyendo angioresonancia cerebral donde reportaron atrofia selectiva cortical de predominio parietal y escasos focos de leucoencefalopatía vascular crónica a nivel supratentorial. Paciente refirió cuadro previo de gastroenteritis aguda. A la evaluación se encontró febril, bradilálico y bradipsíquico, con signos meníngeos, por lo cual se decide realizar estudios de líquido cefalorraquídeo donde se encontró panel positivo para virus de varicela zoster, se inició tratamiento antiviral obteniendo evolución satisfactoria. **Conclusión/Recomendaciones:** No se debe descartar infecciones virales por no tener la epidemiología y presentación clínica típica.

**10TL SÍNDROME DE CUSHING CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA.** Kevin Edgardo Lainez<sup>1</sup>, Maira Alejandra Torres<sup>2</sup>, Zahory Iezabel Paz<sup>2</sup>, Denis Gabriel Rodríguez<sup>3</sup>, Raquel Castro Salgado<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Servicio Materno Infantil; Las Vegas, Santa Bárbara, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. <sup>4</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de Cushing es una entidad con múltiples etiologías, más frecuente en el sexo femenino. Las causas más frecuentes son tumor suprarrenal y el uso crónico de esteroides. Puede generar efectos sistémicos como hipertensión arterial y diabetes mellitus. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 42 años, procedente de El Carreto, Las Vegas, Santa Bárbara, soltera, con antecedente personal de artritis reumatoide, diagnosticada por clínica y factor reumatoideo (+) en 2020 en su unidad de salud. Tratada con esteroides (betametasona fosfato, 2 mL) intramuscular, mensual desde 2020 hasta febrero del 2025. Evaluada durante este tiempo por iniciar cifras tensionales elevadas en 2023, de difícil manejo, tratada con

irbesartán, al no controlar las cifras se agrega hidroclorotiazida y en noviembre del 2024 le añaden hidroclorotiazida. Se recibe la paciente a consulta general con historia de plétora facial con 1 año de evolución, que se acompaña de hiperpigmentación cutánea en la región malar y cervical, hirsutismo con 6 meses de evolución, acantosis nigricans en cuello, joroba de giba, perímetro abdominal de 159 cm Al examen físico: PA: 140/100 mmHg. Se omiten esteroides. En cita control paciente con presión arterial de 110/80 mmHg, por lo que se omite un antihipertensivo, quedando tratamiento actual con irbesartán e hidroclorotiazida, a la espera de lograr omitir antihipertensivos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Al haber utilizado esteroides de depósito es probable que estos hayan alcanzado una concentración elevada, pero observamos una disminución en las cifras tensionales. Con este caso podemos observar la importancia de educar a la población sobre los efectos secundarios que presenta el uso crónico de esteroides sistémicos.

**11TL MUERTE INFANTIL POR OBSTRUCCIÓN Y PERFORACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ÁSCARIS LUMBRICOIDES. HALLAZGO INCIDENTAL EN AUTOPSIA FORENSE.** Dr. Marlon S. Lizama. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Legal y Forense; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La ascariasis es la infección por *Áscaris Lumbricoides*, puede provocar síntomas desde leves a graves caracterizado por dolor abdominal y la obstrucción gastrointestinal que puede llevar a la muerte. La prevalencia es alta en niños de 2 a 10 años, con al menos 500 millones de personas infectadas en todo el mundo, causando de 2000 a 10,000 muertes por año, sobre todo cuando existen problemas de hacinamiento y contaminación, especialmente en zonas rurales. **Descripción del caso:** Lactante mayor de 2 años que presentó cuadro de diarrea líquida sanguinolenta, fétida de 5 días de evolución, además de vómitos, fiebre sin cuantificar, un episodio convulsivo y expulsión de parásitos vía oral, fue trasladado al hospital Materno Infantil donde fallece, por lo que fue llevado a morgue del Ministerio Público para realizarle autopsia médico legal y determinar la causa de muerte. Durante la autopsia se evidenció a infante con apariencia séptica, Cabeza: Congestión y edema cerebral. Tórax: Derrame pleural bilateral, presencia de moco en la tráquea, congestión y hemorragia pulmonar. Abdomen: Distensión abdominal, congestión, hemorragia, obstrucción y perforación intestinal, con abundantes *áscaris lumbricoides* en toda la luz intestinal y congestión visceral generalizada. **Conclusiones/Recomendaciones:** La obstrucción de alto grado promueve sobre crecimiento de bacterias Gram negativas y anaeróbicas provocando sepsis. En Honduras la prevalencia de parasitosis por helmintos según áreas de pobreza no está bien establecida. La escasa documentación de casos de muerte infantil por obstrucción intestinal por *áscaris lumbricoides* en autopsias, demuestra la capacidad de respuesta médica que ha tenido nuestro país en cuanto al manejo hospitalario adecuado de las parasitosis intestinales, previniendo las muertes

de niños. El análisis estadístico de casos documentados es fundamental para comprender mejor la incidencia y complicaciones asociadas con parasitismo intestinal, contribuyendo a la identificación temprana y mejoras en el tratamiento de los pacientes afectados.

**12TL DIAGNÓSTICOS PEDIÁTRICOS DE VIH, HOSPITAL NACIONAL "DR. MARIO C. RIVAS", 2015-2025.** Karen Erazo. <sup>1</sup>Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, Servicio Atención Integral; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Cortés, Honduras.

**Introducción:** El servicio de atención integral (SAI) del Hospital Nacional "Dr. Mario Catarino Rivas" (HNMCR) ofrece atención integral a 43 niños menores de 15 años y 34 adolescentes con VIH. En los últimos 10 años se han realizado 88 nuevos diagnósticos. **Objetivo:** Caracterizar los nuevos diagnósticos de VIH en niños atendidos en el HNMCR, 2015-2025. **Materiales y Métodos:** Investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva, de 88 pacientes con diagnóstico nuevo de VIH atendidos en el HNMCR, 2015-2025. Los datos se obtuvieron del informe de cohorte y bases de datos nominales del SAI. **Resultados:** El 56% corresponden al sexo femenino, 31% menores de 2 años, 30% mayores de 15 años. Se identificó en el 26% la vía de transmisión sexual y el 26% de los adolescentes se identifican como homosexuales. Solo el 9% de las madres recibieron tratamiento antirretroviral (TAR) durante el embarazo. El 74% de los infectados perinatalmente nació vía vaginal, el 57% recibió lactancia materna y el 17% de los recién nacidos recibieron TAR profiláctico. Del total de diagnosticados, 20% correspondían a categoría clínica C3 y tenían inmunosupresión severa. El 100% inicio TAR de primera línea. El 18% presentó alguna infección oportunista en el momento del diagnóstico de VIH y el 19% tenía alguna comorbilidad. El 13% de los diagnósticos en adolescentes mujeres mayores de 15 años estaba embarazada. El 56% está activo en la cohorte, 8% fallecidos, 14% en abandono de TAR, 19% trasladados a otro centro de atención. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los diagnósticos nuevos de VIH en niños han disminuido a lo largo de los últimos 10 años, sin embargo, los diagnósticos actuales son perinatalmente expuestos al VIH de alto riesgo de transmisión. La vía de transmisión sexual es en la actualidad más frecuente por el inicio temprano de la vida sexual.

**13TL ATENCIÓN AL NIÑO PERINATALMENTE EXPUESTO AL VIH EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL NACIONAL "DR. MARIO C. RIVAS": EXPERIENCIA DE 23 AÑOS.** Karen Erazo<sup>1,2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Cortés, Honduras.

**Introducción.** El Servicio de Atención Integral (SAI) del Hospital Nacional "Dr. Mario Catarino Rivas" (HNMCR) atiende a niños expuestos perinatalmente al VIH, brindándole un seguimiento por dos años mientras se establece o descarta el diagnóstico

de infección por VIH. Actualmente son atendidos 73 niños en esta condición. **Descripción de la Experiencia:** La principal vía de transmisión del VIH en niños sigue siendo la perinatal, por lo que es necesario el conocimiento del estado serológico de la mujer embarazada. Se ha observado un aumento en el tamizaje de VIH en la embarazada a lo largo de los años, permitiendo diagnósticos oportunos e inicio temprano de antirretrovirales (ARV) a la madre, programación de cesárea, omisión de lactancia materna y la profilaxis con ARV al recién nacido. Cada año son menos los diagnósticos de VIH en el seguimiento de niños perinatalmente expuestos. Nuevas presentaciones de ARV están disponibles, permitiendo la simplificación del tratamiento a un comprimido diario para la mujer embarazada con VIH, favoreciendo la adherencia y la indetectabilidad del virus al momento del parto, factor considerado actualmente como el principal para evitar la transmisión del virus del VIH. Ahora se plantea la vía vaginal en mujeres con carga viral indetectable así como el apoyo a mujeres que expresan su deseo de amamantar bajo el paradigma de indetectable = intransmisible. La transmisión perinatal del VIH ha disminuido en el mundo, pero aún se necesitan acciones urgentes para alcanzar los objetivos de erradicarla. Honduras avanza con la actualización del protocolo de prevención de la transmisión del VIH de madre-hijo con la implementación de pruebas diagnósticas virológicas y los ARV necesarios para ofrecer al recién nacido. **Lecciones aprendidas.** En VIH los paradigmas pueden evolucionar y es importante mantener la mente abierta en la atención de los pacientes con esta infección.

**14TL ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA: REPORTE DE CASO.** José Daniel Almazán Monroy<sup>1</sup>, Karen Lizeth Escoto Cruz<sup>2</sup>, Wilmer Alejandro Madrid<sup>3</sup>, Jorge Villacorta<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Servicio de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Dr. Leonardo Martínez Valenzuela, Servicio de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Servicio de Neumología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La Enfermedad Pulmonar Intersticial es un grupo heterogéneo de enfermedades respiratorias crónicas, con cambios inflamatorios y fibrosis pulmonar. Su etiología comprende causas infecciosas, farmacológicas, sistémicas, genéticas e idiopáticas; el diagnóstico es un desafío. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 2 años, de Omoa, Cortés. Con cuadros respiratorios recurrentes desde 18 meses de edad. Ingresó al Hospital de Puerto Cortés el 3/03/2022 con tos seca de dos semanas de evolución y dificultad respiratoria progresiva, ausencia de fiebre. Hospitalizada por siete días sin mejoría. Referida al Hospital Mario Catarino Rivas el 10/03/2022. Al ingreso con leve tiraje intercostal, crépitos basales bilaterales, hepatomegalia, con saturación de oxígeno de 98% (2 0.28). En radiografía de tórax se observan opacidades bilaterales y cardiomegalia grado I (ICT: 0.57). Ecocardiograma: Cardiomiopatía hipertrofica hipertensiva, Hipertensión Pulmonar 68 mmHg, Insuficiencia Mitral 41 mmHg y Aórtica 33 mmHg. En conjunto

con servicio de Neumología y Cardiología se inicia manejo farmacológico con Sildenafil, Nifedipina, Digoxina, Furosemida, Prednisolona, Trimetoprima/sulfametoxazol, Hidroxicloroquina y Azitromicina. Se egresa con oxígeno suplementario a 0.5lt/min. El 06/05/2022 se presenta a consulta externa de Neumología en la que se evidencia deterioro del estado general, con dificultad respiratoria, se reingresa. Angiotomografía pulmonar descarta tromboembolía pulmonar. Panel viral, BAAR de jugo gástrico, PPD y VIH con resultado negativo. Panel genético de enfermedades intersticiales, negativo. Se decide realizar biopsia pulmonar: parénquima pulmonar con fibrosis intersticial e inflamación linfocitaria multifocal, con cambios enfisematosos que pueden asociarse a neumatías intersticiales. Durante su hospitalización se progresa a mascarilla con reservorio y posteriormente cánula de alto flujo. Paciente sin respuesta a medidas terapéuticas, fallece por insuficiencia respiratoria el 17/06/2022. **Conclusiones/Recomendaciones:** El caso presentado resalta la importancia del abordaje integral, incluyendo estudios genéticos y de imagen. En algunos casos el diagnóstico definitivo sólo se logra mediante biopsia pulmonar. A pesar del tratamiento, presenta alta morbilidad y mortalidad.

**15TL FIBRINOLÍTICOS INTRAPLEURALES EN TRATAMIENTO DE EMPIEMA PEDIÁTRICO: SERIE DE CASOS.** Raysa Andrade Contreras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La neumonía continúa siendo una causa relevante de morbimortalidad en pediatría. El derrame pleural paraneumónico es una complicación frecuente, que puede evolucionar a empiema. Su tratamiento requiere manejo antimicrobiano, drenaje pleural, y en casos severos intervención quirúrgica. **Descripción de casos:** Se presentan dos casos de empiema pleural complicado en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Mario Catarino Rivas. **Caso 1:** Paciente masculino de 8 años, con antecedente de asma bronquial, ingresó por trauma torácico contuso, fiebre, tos y dificultad respiratoria progresiva. La radiografía mostró radiopacidad izquierda, atelectasia y lateralización mediastinal. Se realizó drenaje pleural con salida de líquido serosanguinolento, iniciando tratamiento con ceftriaxona y vancomicina. Ante la persistencia de síntomas, tomografía evidenció atelectasia y paquipleuritis. Se administró estreptoquinasa intrapleural durante tres días, con evolución favorable, completando 14 días de antibióticos y egresando con seguimiento ambulatorio. **Caso 2:** Paciente masculino de 3 años, sin antecedentes patológicos, ingresó por fiebre prolongada, tos y dolor abdominal. La radiografía reveló ocupación del 90% del hemitórax izquierdo y desplazamiento mediastínico contralateral. El drenaje pleural mostró líquido seroso con reacción inflamatoria y cocos gram positivos. Se instauró tratamiento con vancomicina y ceftriaxona. El cultivo confirmó *Streptococcus pneumoniae*. Ante la persistencia del derrame, recibió estreptoquinasa intrapleural por cinco días. Evolucionó satisfactoriamente, completando 14 días de antibióticos y siendo egresado con seguimiento. **Conclusiones/**

**Recomendaciones:** La terapia fibrinolítica intrapleural representa una opción eficaz y menos invasiva en el tratamiento del empiema pediátrico complicado, evitando procedimientos quirúrgicos como la toracoscopia y toracotomía.

**16TL APENDAGITIS EPIPLOICA EN PACIENTE ADOLESCENTE.** Linda Michelle Flores Castellanos<sup>1</sup>. Juan Carlos Henríquez<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción** La apendagitis epiploica es una enfermedad poco frecuente causada por el infarto de los apéndices epiploicos, pequeñas protuberancias de tejido adiposo que se encuentran en la superficie externa del intestino grueso, desde el ciego hasta la unión rectosigmoidea. Su ubicación más frecuente es colon transversal y sigmoideas. **Descripción de caso:** Paciente femenina de 16 años, con historia de dolor en cuadrante superior derecho, de aproximadamente cuatro meses de evolución, pérdida de peso no cuantificada de misma evolución, vómitos ocasionales de contenido alimentario. Un mes después de inicio de síntomas acude al médico, quien no encuentra alteraciones. Cuatro meses después se intensifica dolor, que se acompaña ya de distensión abdominal y anorexia, por lo que es ingresada. En cuanto a exámenes laboratoriales, en estos pacientes podemos encontrar marcadores inflamatorios elevados. En nuestra paciente se encontraron normales. El ultrasonido abdominal no fue concluyente, por lo que se solicitó tomografía contrastada de abdomen, contraste intravenoso, en la cual se observó imagen hiperdensa a nivel de colon ascendente. El servicio de cirugía pediátrica decide realizar laparotomía y resección de masa. La biopsia reportó apéndice epiploico infartado y calcificado. **Conclusiones/Recomendaciones:** La apendagitis epiploica debe ser tomada en cuenta como diagnóstico diferencial al momento de abordar un paciente con dolor abdominal, el estudio de imagen de elección para su diagnóstico es la tomografía contrastada de abdomen.

**17TL MIOPATÍA NEMALÍNICA. REPORTE DE CASO.** Linda Michelle Flores Castellanos<sup>1</sup>, Carol Zúniga García<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma, Posgrado de Pediatría de Honduras; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La miopatía nemalínica es una enfermedad congénita no progresiva de la musculatura esquelética caracterizada por la presencia de bastoncillos o cuerpos nemalínicos en las fibras musculares. Esta debe ser considerada al momento de abordar un paciente pediátrico con síntomas neuromusculares. Los síntomas pueden iniciar al nacimiento, durante la infancia o muy raramente en la adolescencia o adultez. La debilidad muscular puede ser difusa, pero es más pronunciada en la cara, el cuello y los músculos proximales de las extremidades. Los músculos faríngeos y respiratorios pueden verse afectados con frecuencia y causar dificultad respiratoria. El diagnóstico

se realiza mediante una biopsia muscular, también se puede realizar mediante pruebas moleculares, diagnóstico prenatal mediante amniocentesis tomando muestra de líquido amniótico o toma de muestra de vellosidades coriónicas y pruebas de portador. **Descripción del caso:** Paciente femenina preescolar, sin antecedentes familiares patológicos, cuya madre asistió a controles prenatales, sin patologías durante el embarazo. Nace en hospital regional, dada en alojamiento conjunto. A los 7 meses de vida sus padres observan que mantiene hipotonía y no logra el sostén cefálico, acuden a consulta con neuróloga pediatra quien le indica realizarse exoma completo, el cual identifica dos variantes en el gen NEB, asociadas con miopatía nemalínica autosómica recesiva. No se realizó biopsia muscular. **Conclusiones/Recomendaciones:** Diferentes mutaciones genéticas pueden causar esta patología, las variantes patogénicas recesivas en NEB son la principal causa, este gen contiene 183 exones. No existe actualmente un tratamiento específico, se brinda manejo sintomático y terapia física.

**18TL EVENTRACIÓN DIAFRAGMÁTICA COMO COMPLICACIÓN DE PUNCIÓN SUBCLAVIA EN NEONATO.** Raysa Andrade Contreras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La eventración diafrágica es la elevación anormal de todo o parte del diafragma, con movilidad paradójica, disminuida o ausente. Puede ser adquirida por lesión del nervio frénico secundaria a elongación, compresión, punción o irritación, manifestándose clínicamente con dificultad respiratoria de grado variable. **Descripción de caso:** Se presenta el caso de un neonato masculino de 16 días, nacido por parto vaginal eutócico a las 36 semanas, con peso de 2500 g y Apgar 8 y 9. Ingresó críticamente enfermo con cuadro respiratorio de cuatro días de evolución y falla multiorgánica. Fue intubado y diagnosticado con neumonía por Virus Sincitial Respiratorio. Requiere vasopresores y colocación de catéter venoso central por vía subclavia derecha. La radiografía inicial mostró infiltrados intersticiales bilaterales y cardiomegalia, sin elevación diafrágica. Durante su evolución presentó dificultad para ser extubado pese a mejoría clínica. Radiografías posteriores evidenciaron elevación del hemidiafragma derecho hasta el séptimo espacio intercostal. La fluoroscopia demostró ausencia de motilidad diafrágica derecha y desplazamiento hepático hacia el tórax, sugiriendo lesión neurológica. El ultrasonido descartó contenido intestinal en tórax. Se realizó toracotomía posterolateral derecha y plicatura diafrágica por el servicio de cirugía pediátrica. El paciente fue extubado exitosamente 48 horas después y se egresó tras una semana con evolución favorable. **Conclusiones/Recomendaciones:** La eventración diafrágica secundaria a lesión del nervio frénico es una complicación poco frecuente de la punción subclavia. Su tratamiento depende de la repercusión clínica, siendo la plicatura diafrágica el procedimiento indicado en casos de parálisis frénica sintomática.

**19TL FASCITIS NECROTIZANTE COMO COMPLICACIÓN DE VARICELA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.** Alejandra Lara<sup>1</sup>, Gabriela Rivera<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La varicela es una infección viral causada por el virus *varicela-zóster*. Aunque suele ser autolimitada en niños inmunocompetentes, puede complicarse con sobreinfecciones bacterianas (*Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus*), siendo la fascitis necrotizante una complicación rara (<1%). La fascitis necrotizante es una infección agresiva de tejidos blandos que se disemina rápidamente, con alta morbilidad y mortalidad. **Descripción de caso:** Paciente femenina de 3 años, previamente sana, con historia de varicela de 5 días de evolución. Consultó por fiebre persistente, mal estado general y lesiones cutáneas con eritema y necrosis. Al examen presentaba compromiso hemodinámico con taquicardia, taquipnea e hipoxemia. Gasometría con acidosis respiratoria. Se inició manejo con antibióticos de amplio espectro (vancomicina/meropenem) y soporte hemodinámico. La progresión de las lesiones y el deterioro clínico confirmaron fascitis necrotizante en abdomen, tórax posterior y miembros inferiores, por lo que se realizó desbridamiento quirúrgico. Tras manejo en UCI por 12 días mejoró. Fue trasladada a pisos para su recuperación, y posteriormente dada de alta sin secuelas neurológicas. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las complicaciones de la varicela pueden prevenirse con la vacunación. Es esencial la sospecha clínica temprana en pacientes con varicela y deterioro sistémico. Aunque esta entidad es rara, representa una emergencia médica con alta mortalidad si no se diagnostica y trata oportunamente.

**20TL DESORDEN MIELOPROLIFERATIVO TRANSITORIO EN SÍNDROME DE DOWN. REPORTE DE CASO.** Rosa E. Briceño Sandoval<sup>1</sup>, Roxana Martínez<sup>2</sup>, Karen J. Benitez<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Hemato-oncología pediátrica; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Neonatología; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El Desorden Mieloproliferativo Transitorio (DMT) es una alteración hematológica exclusiva de pacientes con Síndrome de Down o su mosaicismo, caracterizada por una proliferación anormal de células sanguíneas inmaduras. Se presenta en aproximadamente un 10% de los neonatos con trisomía 21 y puede resolverse espontáneamente, sin embargo, en un 20% de los casos, progresa a leucemia mieloide aguda asociada a síndrome de Down. La presentación clínica del DMT es variable, desde casos asintomáticos hasta manifestaciones graves como insuficiencia hepática, coagulopatía y falla cardíaca. Su diagnóstico requiere la identificación de blastos mieloides en sangre y la detección de mutaciones en el gen

GATA1. El tratamiento depende de la clasificación de riesgo, factores clínicos y hematológicos. **Descripción de caso:** Lactante masculino de dos meses con Síndrome de Down, con antecedentes de anemia recurrente y hospitalizaciones previas por infecciones. Se encontró hepatomegalia y esplenomegalia, anemia, leucocitosis y trombocitosis. Estudios citogenéticos confirmaron la trisomía 21 y un frotis de sangre periférica de médula ósea evidenció una proliferación de megacarioblastos. El inmunofenotipo mostró marcadores mieloides y de megacariocitos, confirmando el diagnóstico de DMT. **Conclusiones/Recomendaciones:** La importancia de un diagnóstico temprano y seguimiento adecuado en pacientes con síndrome de Down es fundamental para identificar casos con alto riesgo de DMT y progresión a Leucemia Mieloide Aguda-SD y establecer estrategias terapéuticas oportunas.

**21TL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL EN NIÑOS CON DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE UTILIZANDO LA PRUEBA DE HIDRÓGENO/METANO ESPIRADO.** An-drea Alejandra Fernández García<sup>1</sup>, Alejandro Andrés Fernández García<sup>1</sup>, Marlon Fernández Aragón<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital CEMESA, Unidad de Gastroenterología pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SIBO) está asociado a dolor abdominal recurrente (DAR) en alrededor del 30% en la población general. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y las características clínicas de sobrecrecimiento bacteriano intestinal en niños de 3 a 12 años con dolor abdominal recurrente, identificado mediante la prueba de hidrógeno/metano espirado. **Materiales y Métodos:** Se registraron niños de 3 a 12 años con dolor abdominal recurrente en la consulta externa de Gastroenterología pediátrica del Hospital Cemesa entre enero y diciembre de 2023. A cada uno se le registró una ficha clínica que abarcó residencia, antecedentes, síntomas, estado nutricional, y se les realizó prueba de aire espirado para la medición de hidrógeno/metano. **Resultados:** total de pacientes 72, con edades entre 3 y 12 años (edad media de 8 años), con una relación de 3:2 entre féminas y varones. El 47% residía en área urbana y 53% en área rural. Según el índice de Waterlow, el 32% presentó grado de desnutrición. El 100% de los pacientes presentaron DAR como síntoma principal, y otros incluyeron diarrea recurrente (42%), distensión abdominal (40%), hiporexia (35%), náuseas/vómitos (29%) y flatulencia (28%). Los exámenes previos mostraron coproparasitológico negativo en 46 pacientes, 22 con protozoos y 18 con antígeno fecal de *H. pylori* positivo. El 100% recibió tratamiento previo: 86% antiparasitarios, 65% antibióticos, 25% para erradicación de *H. pylori* y 21% inhibidor de bomba de protones. El 37% (27 de 72) de los pacientes dio resultado positivo para sobrecrecimiento bacteriano intestinal en la prueba de aire espirado, con valores superiores a 20 ppm de hidrógeno/metano. **Conclusiones/Recomendaciones:** El 37% de los niños con dolor abdominal recurrente presentó sobrecrecimiento bacteriano intestinal, lo que sugiere que esta condición, es un factor clave en la manifestación de los síntomas gastrointestinales.

**22TL ACTUALIZACIÓN NEUTROPENIA FEBRIL Y EXPERIENCIA DEL MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN HOSPITAL MARIO C. RIVAS.** Alejandra Karolina Lara Avalos<sup>1</sup>, Roxana Ester Martínez Beckerat<sup>2</sup>, Natalia Gonzales<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Hemato-Oncología; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La neutropenia febril (NF) es una complicación frecuente y potencialmente grave en pacientes pediátricos con cáncer. Se define por la presencia de fiebre y un recuento absoluto de neutrófilos (RAN)  $\leq 500$  células/mm<sup>3</sup>, o  $\leq 1.000$  células/mm<sup>3</sup> con descenso esperado a  $< 500$ /mm<sup>3</sup> en 24-48 horas. Representa una urgencia médica debido al alto riesgo de infecciones graves, especialmente bacterianas y fúngicas, en un contexto de inmunosupresión. Los principales factores de riesgo incluyen edad menor de 5 años, catéteres intravasculares, desnutrición, comorbilidades, tipo y fase de la neoplasia, y características de la neutropenia. En los últimos años, se ha observado un aumento en la prevalencia de bacilos gramnegativos multirresistentes, lo que representa un reto terapéutico. **Descripción de la Experiencia:** En el Hospital Mario Catarino Rivas, centro de referencia en Honduras, la NF representa aproximadamente el 60% de las hospitalizaciones en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda (LLA). Los hemocultivos han sido positivos en el 20% de los casos, predominando infecciones por bacterias multirresistentes. La incidencia de infecciones fúngicas invasivas (IFI) oscila entre el 2 y el 20%, especialmente en pacientes con neutropenia prolongada y tratamientos intensivos. **Lecciones aprendidas:** El manejo efectivo incluye evaluación rápida, toma de cultivos y administración de antibióticos empíricos de amplio espectro en la primera hora. Se recomienda usar piperacilina-tazobactam, cefepime o meropenem, añadiendo vancomicina según el contexto clínico. La vigilancia estrecha, reevaluación a las 48-72 horas y evaluación de IFI en fiebre persistente son fundamentales. Es crucial implementar protocolos adaptados a la epidemiología local, basados en guías como el consenso SEIP-SEHOP 2023, además de mantener un registro sistemático de casos para mejorar la atención y reducir la mortalidad en esta población vulnerable.

**23TL FACTORES ASOCIADOS A SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.** Allan Iván Izaguirre González. Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC), Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Epidemiología; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El Síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que afecta principalmente al personal de salud, debido a la alta carga emocional, largas jornadas y ambientes de trabajo exigentes. Esta condición se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y una disminución del logro personal, impactando tanto el bienestar del profesional

como la calidad de la atención brindada. **Objetivo.** Identificar los factores asociados al Síndrome de Burnout en personal de salud del Hospital General Santa Teresa (HGST), Comayagua, durante el período octubre-noviembre 2024. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal analítico, universo de 520 empleados, se estimó una muestra de 228 (IC 95%, 5% error). Se registraron características sociodemográficas, información laboral, antecedentes médicos y se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory. Se creó base de datos en Epiinfo versión 7.2.5 (CDC, Atlanta). Se realizó análisis univariado, bivariado y multivariado con modelación logística múltiple. La información se manejó de forma confidencial. **Resultados.** El rango de edad fue entre 30-39 años ( $\bar{x}$ =36.4; rango 18-66; DE=11.0), predominó género femenino 65.8% (n=150), estatus laboral permanente 49.6% (n=113), perfil laboral personal médico 31.3% (n=85), jornada laboral 8 hrs 63.9% (n=145), realización de horas extralaborales 61.4% (n=140). En el análisis multivariado, la edad mostró un efecto protector frente al Síndrome de Burnout: por cada año adicional, la probabilidad de padecer Burnout disminuyó en un 15% (ORaj=0.85; IC95%=0.81-0.95; p=0.0018). En contraste, la carga horaria se identificó como factor de riesgo, es decir, cada hora extra de trabajo aumentó la probabilidad de Burnout en un 56% (ORaj=1.56; IC95%=1.24-1.98; p=0.0002). Ambas asociaciones presentaron significancia estadística. La incidencia de Síndrome de Burnout fue del 9.2% (21/228). **Conclusiones/Recomendaciones.** Es importante realizar intervenciones oportunas relacionadas con el tiempo y jornada laboral, para garantizar una atención de calidad por parte del personal sanitario.

**24TL PREVALENCIA DE IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS (FCM-UNAH).** Andrés Aldair Pineda<sup>1</sup>, Belkis María Ramírez Aguilar<sup>1</sup>, Carlos Jah Munguía<sup>1</sup>, Diego David Rápalo<sup>1</sup>, Etni Ballesteros M<sup>1</sup>, Félix Wilfredo Soto Herrera<sup>1</sup>, Fernando Javier Ochoa del Cid<sup>1</sup>, Genevieve Alejandra Salgado Reyes<sup>1</sup>, Hallan Emmanuel Chiuz Gómez<sup>1</sup>, Heily Alessandra Aguilar Arias<sup>1</sup>, Josué Daniel Balladares Prado<sup>1</sup>, Josué Ismael Aguilar Quiñonez<sup>1</sup>, Marcelo Roney Vásquez Rodríguez<sup>1</sup>, María Fernanda Pérez García<sup>1</sup>, Valeria Tais Discua M<sup>1</sup>, Manuel Antonio Sierra Santos<sup>2</sup>, René Mauricio Gonzales<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Departamento de Salud Pública; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** Una revisión sistemática (JAMA-2016) encontró que 27.2% de estudiantes de medicina tenían síntomas depresivos, y 11.1% ideación suicida. Otra revisión reciente africana (JAD-2023) reportó 18.7% ideación suicida, 3.8% planes suicidas y 5.5% intento suicida. En Colombia se encontró prevalencia del 15.7% de ideación suicida y 5% de intento suicida; en Perú 4.0% para intento suicida (SCIELO-2017). **Objetivo:** Determinar la prevalencia de ideación e intento suicida (IIS) en estudiantes de pregrado de FCM-UNAH. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal analítico en una muestra de conveniencia de estu-

diantes de FCM. Previo consentimiento virtual, cada estudiante respondió encuesta anónima estructurada en línea. En caso de requerir ayuda, los estudiantes consignaron sus datos y fueron referidos al servicio de psiquiatría del Hospital Mario Mendoza. **Resultados:** Participaron 443 estudiantes (60.9% mujeres); promedio de edad fue de 21.7 años; 76% muestra estaba entre 2-4 año de carrera. Los participantes reportaron 24.6% (95%IC: 20.8-28.8) ideación suicida y 11.3% (95%IC: 8.7-14.6) intento suicida. Además, reportaron 24.6% de depresión y 13.5% TDA. **Conclusiones/Recomendaciones:** La frecuencia de IIS observada en los estudiantes de la FCM-UNAH fue superior a la reportada en la literatura científica. Además, uno de cada cuatro estudiantes afirmó haber sido diagnosticado con depresión por un profesional de la salud. Este fenómeno puede estar relacionado con múltiples factores, entre ellos: elevada carga académica, perfeccionismo, autoexigencia, estigmatización de los trastornos mentales, carencia de apoyo emocional, y consumo de alcohol/drogas. El deterioro de la salud mental en esta población no solo compromete su bienestar y seguridad personal, sino que también repercute negativamente en su desempeño académico, sus relaciones interpersonales y su formación profesional. La FCM cuenta con una comunidad estudiantil de aproximadamente 15,000 alumnos, lo cual resalta la urgencia de establecer servicios integrales de atención en salud mental que respondan de manera efectiva a estas necesidades.

**25TL TIROTOXICOSIS POR T3: REPORTE DE CASO.** Josue David Pagoada Torres<sup>1</sup>, Cinthia Gabriela Madrid García<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Servicio de Endocrinología; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El hipertiroidismo primario es una enfermedad frecuente, incidencia de 0.2-14% de la población mundial. La etiología más frecuente en adultos jóvenes es enfermedad de Graves. El diagnóstico se confirma con pruebas tiroideas, el patrón más frecuente es TSH suprimida con T4L y T3L elevadas; solamente 5.6-12.5% de todos los casos se presenta con supresión de TSH, elevación de T3L y T4L normal, y a esta condición se le denomina tirotoxicosis por T3. **Descripción del caso:** Mujer de 45 años, con antecedente de amputación de tercer dedo de mano izquierda por tumor. Valoración inicial por endocrinología la paciente refirió ansiedad, palpitaciones, insomnio, nerviosismo y fatiga de un año de evolución. Al examen físico destacó tiroides con aumento de tamaño a expensas de nódulo en ambos lóbulos, perfil tiroideo con hipertiroidismo primario, con tirotoxicosis por T3: TSH 0.00 UI/m (0.27-4.2), T3L 7.66 pg/ml (2.0-4.4), T4L 1.24 ng/dl (0.93-1.7). Se inició tratamiento con metimazol 7.5 mg/día. Ultrasonido de cuello reportó nódulo en LTD sólido, isoecoico, bordes definidos, más ancho que alto, sin focos hiperecogénicos, de 1.61 x 1.64 cm;

en LTI nódulo mixto, predominantemente sólido, isoecoico, bordes definidos, más ancho que alto, sin focos hiperecogénicos de 2.2 x 2.2. Ante la sospecha de bocio multinodular tóxico se solicitó gammagrama con TC 99, el cual confirmó la sospecha. Se realizó BAAF de nódulo en LTD el cual fue reportado como Bethesda II. Actualmente hipertiroidismo controlado se decidió tratamiento definitivo con Yodo 131, actualmente en espera de recibir tratamiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** La tirotoxicosis por T3 es poco frecuente a pesar de esto los síntomas al diagnóstico no difieren del resto de pacientes con hipertiroidismo; el diagnóstico y tratamiento es similar a pacientes con elevación tanto de T4L como T3L. Este caso refuerza la importancia del gammagrama tiroideo en la evaluación de pacientes con hipertiroidismo primario.

**26TL ÍNDICE DE SATISFACCIÓN DE PAREJAS EN MÉDICOS HONDUREÑOS.** Mauricio Orellana Folgar<sup>1</sup>, Mauricio Edgardo Zavala Galeano<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Bendaña, Servicio de Psiquiatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital CEMESA; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La práctica médica está marcada por jornadas extensas y alta exigencia emocional, factores que pueden afectar la calidad de las relaciones personales. **Objetivo:** conocer el índice de satisfacción del cónyuge de los médicos hondureños, identificar las especialidades con mayores y menores niveles de satisfacción, comparar resultados entre hombres y mujeres, y explorar la percepción sobre el uso del instrumento CSI-4 (Couples Satisfaction Index) como herramienta de clinimetría. **Materiales y Métodos:** es un estudio descriptivo y transversal mediante una encuesta distribuida por chats médicos a través de Google Forms. Se recolectaron datos sociodemográficos, información sobre la relación de pareja (duración, diferencia de edad), especialidad médica, sector laboral, horas promedio de trabajo diario y el puntaje del CSI-4. Los datos se analizaron con el software SPSS versión 30.0.02. **Resultados:** participaron médicos de ambos sexos: 44.6% mujeres y 55.4% hombres. El 12.2% trabaja en el sector público, 39.2% en el privado y 48.6% en ambos. La especialidad con menor satisfacción fue psiquiatría, mientras que ortopedia presentó los niveles más altos. Además, los médicos que laboran entre 8 a 10 horas al día reportaron mayor satisfacción en pareja. Los resultados muestran que los cónyuges de las médicas presentan un menor índice de satisfacción en comparación con sus colegas hombres. También se encontró que trabajar más de 7.5 horas al día se asocia con una disminución en la satisfacción. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se recomienda proponer este estudio al Colegio Médico de Honduras para aplicarlo a mayor escala, con el fin de identificar factores de riesgo que afecten el bienestar del personal médico y desarrollar estrategias que favorezcan una mejor calidad de vida personal y profesional.

**27TL FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES DE 30 A 64 AÑOS.** Marvin Rodríguez Moncada<sup>1</sup>, Hector Ramos<sup>2</sup>, Miriam Aguilera<sup>3</sup>, Jaqueline Figueora<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Servicio de Urología y Universidad Ciencias Médicas de Camagüey; Camagüey, Cuba. <sup>2</sup>Sapiens Wisdom; Cuba. <sup>3</sup>Regional de Salud, Departamento de Microbiología; Francisco Morazán, Honduras. <sup>4</sup>Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El cáncer cervicouterino está estrechamente vinculado al Virus del papiloma Humano (VPH) en 99.7% de los casos. Actualmente es segunda causa de cáncer en mujeres, superado solo por el de mama. La vacuna contra el VPH se introdujo en Honduras 2016, y la Secretaría de Salud recomienda una dosis a la población femenina de 11 a 15 años.

**Objetivo:** Describir factores de riesgo asociados a la presencia del VPH en mujeres de 30-64 años, Región Departamental de Salud N°8 Francisco Morazán, Honduras, 2021. **Materiales y Métodos:** Estudio analítico, de casos y controles, unidad de análisis ficha de detección de cáncer cervicouterino, durante el 2021. Un total de 628 fichas de pacientes, de las cuales corresponden a 314 casos positivos al VPH oncológico y 314 negativos. Análisis de datos realizado en paquete estadístico SPSS versión 25.0. **Resultados:** 35% de las pacientes con infección por VPH pertenecían al grupo etáreo de 30-35 años, 11% proceden del Municipio de Guaimaca, seguido de 10% de Cedros/Francisco Morazán. La asociación para la infección por VPH, los factores de riesgo como a menor edad de inicio de la vida sexual, mayor riesgo de infección por VPH con una significancia estadística Mann-Whitney de 0.876; el número de parejas sexuales no aumentó el riesgo de infección de VPH, sin significancia estadística; la asociación con la vacunación VPH presentó una razón de verosimilitud del 0.423, con solo un 2.2% vacunado con al menos 1 dosis, por lo cual no es significativo.

**Conclusiones/Recomendaciones:** Se encontró que, a mayor número de parejas sexuales, mayor la probabilidad de tener una infección por VPH; no se encontró diferencia estadística con la vacunación VPH. Se recomienda vacunar más grupos, instaurar la prueba de VPH como tamizaje, mejorar la educación sexual y reproductiva, y aumentar la logística y financiamiento para la prevención del cáncer cervicouterino.

**28TL FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A VENOPUNCIÓN.** Kevin Edgardo Lainez<sup>1</sup>, Zahory Iezabel Paz<sup>2</sup>, Maira Alejandra Torres<sup>3</sup>, Denis Gabriel Rodríguez<sup>4</sup>, Daniel Bonilla<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Servicio Materno Infantil; Las Vegas, Santa Bárbara. <sup>2</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Cuidados paliativos; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Emergencia y Catástrofes; Tegucigalpa, Honduras. <sup>4</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. <sup>5</sup>Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La fascitis necrotizante es una infección rápidamente progresiva de la piel y tejidos blandos, suele asociarse con una importante afectación sistémica, aparece en cualquier

parte del cuerpo, con predilección en extremidades, es causada en la mayoría de casos por una infección polimicrobiana. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 61 años, procedente de Tegucigalpa, Francisco Morazán, casado, con antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, el cual fue operado de recambio valvular por estenosis aórtica severa el 14 de mayo del 2024, permaneciendo hospitalizado en la sala de Cuidados Críticos Coronarios. Tras colocación de catéter periférico en miembro superior derecho inicia con cambios inflamatorios, dolor rubor y calor, tratado inicialmente con oxacilina 1g IV cada 4 horas, sin mejoría, progresa a bulas, se escala cobertura antibiótica a piperacilina más tazobactam y clindamicina, el paciente inicia con fiebre, leucocitosis y sangrado activo del sitio de infección, se transfunden 3 U de glóbulos rojos empacados, se traslada a cirugía vascular, al no haber lesión vascular el paciente es retornado a nuestro centro, comienzan cambios necróticos en la zona anterior del miembro, con mala evolución acompañado de neumonía intrahospitalaria, se interconsulta al servicio de cirugía general quienes realizan dos intervenciones de limpieza y desbridamiento, sin complicaciones, continúa con cobertura antibiótica con meropenem y linezolid, paciente con notable mejoría clínica afebril, sin leucocitosis, se presenta a cirugía plástica y reconstructiva donde le realizan injerto de espesor parcial y es egresado de forma satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** La fascitis necrotizante es una entidad que nos muestra la importancia de asepsia y antisepsia en todos los procedimientos, aunque estos sean poco invasivos, mostrando que una venopunción como en nuestro caso puede tener repercusiones catastróficas en un paciente, a su vez, muestra que requiere apoyo multidisciplinario para lograr los mejores resultados con los pacientes.

**29TL TORACOSCOPIA MÉDICA: MANEJO DEL DERRAME PARANEUMÓNICO COMPLICADO Y PREVENCIÓN DEL PROGRESO A ESTADIO III.** Marco Antonio Quiñonez Sánchez<sup>1</sup>, Andrea Yacenia Carbajal Vásquez<sup>2</sup>, Carlos Andrés Portillo Muñoz<sup>2</sup>, Miguel Antonio Rubio Dubón<sup>2</sup>, Victoria Sofía Díaz<sup>3</sup>. <sup>1</sup> Hospital Nacional Doctor Mario C. Rivas, Servicio de Neumología, San Pedro Sula. <sup>2</sup>Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas. <sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Internado Rotatorio, Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas, San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción.** La toracoscopia es un procedimiento mínimamente invasivo que permite la visualización directa del espacio pleural. Sus indicaciones más comunes son el diagnóstico de derrames pleurales exudativos recurrentes y pleurodesis. Sin embargo, también se utiliza en el contexto de mesoteliomas y el drenaje de empiemas. **Descripción del caso:** Hombre de 19 años, sin antecedentes médicos pertinentes, presentó dolor pleurítico derecho, fiebre, disnea progresiva y un episodio de esputo hemoptoico. La evaluación inicial mostró signos clínicos y radiológicos de neumonía, por lo que se hospitaliza y recibe tratamiento con ceftriaxona y azitromicina. Tras 48 horas sin adecuada respuesta al tratamiento se decide traslado a hospital

de especialidades, presentándose con signos vitales: PA 120/60 mmHg, FC 90 lpm, FR 32 rpm, T: 36.7 C y SO<sub>2</sub> 92%. La radiografía de tórax evidencia hidroneumotórax derecho. Se colocó sonda endopleural la cual drenó 2000 ml de líquido purulento y serofibrinoso. Citoquímica de líquido pleural mostró exudado neutrofilico con glucosa 3 mg/dl, LDH 1006 U/L y tinciones de Gram y Ziehl Nielsen negativos confirmando derrame pleural paraneumónico complicado. A los 5 días, la RX tórax control posterior a la colocación de la sonda endopleural y succión, evidencia falta de reexpansión pulmonar con hidroneumotórax derecho. Finalmente se realizó toracoscopia médica con toracoscopia rígido bajo anestesia local y sedación leve, encontrando múltiples adherencias de fibrina y colecciones pleurales. Se realizó lavado y liberación de adherencias. El paciente evolucionó favorablemente, egresando 3 días después de presentar mejoría clínica y radiológica. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El manejo temprano del derrame paraneumónico y empiema, específicamente en sus estadios tempranos ha demostrado tasas de éxito de hasta el 93%. Procedimientos como la toracoscopia temprana y oportuna evita la progresión a estadios más complejos, reduce el riesgo de sepsis, acorta los tiempos de hospitalización y la necesidad de intervenciones quirúrgicas mayores.

**30TL DISFAGIA OROFARÍNGEA MECÁNICA SEVERA SECUNDARIA A PROCESO LINFOPROLIFERATIVO. REPORTE DE CASO.** Daysi Nicolle Umanzor. Hospital Escuela, Emergencia unificada; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción.** La disfagia orofaríngea es la dificultad para trasladar el bolo alimenticio de la boca al esófago. Puede ser funcional o mecánica. Afecta 13% de la población mayor de 65 años, aumenta hasta 37-78% en pacientes con accidente cerebrovascular y 50% con cáncer de cabeza y cuello. Se acompaña de dificultad para masticar, regurgitación nasal y pérdida de peso. **Descripción del caso.** Paciente femenina 46 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 tratada con insulina NPH. Consulta por una masa en hemicuello izquierdo, un mes de evolución, con crecimiento progresivo y disfagia a sólidos de tres semanas de evolución. Al examen físico se observa leve edema del piso de boca y masa submandibular izquierda de 9 × 5 cm, indurada, no dolorosa, no móvil, sin cambios inflamatorios. Se realizó nasofaringolaringoscopia (NFL) evidenciando edema en epiglotis y aritenoides. Ultrasonido de cuello reportó linfadenopatías reactivas bilaterales, con cambios inflamatorios de tejido blando adyacente. La tomografía de cuello y tórax contrastada reveló una lesión sólida en la cavidad oral y en región sublingual izquierda, con extensión a espacios parafaríngeo y submandibular, adenopatías sospechosas de infiltración tumoral altamente sugestiva de carcinoma lingual y oclusión de la vía aérea a nivel glótico. Se solicitó toma de biopsia de la base de la lengua la cual reportó carcinoma mucoepidermoide de alto grado, con extensión a canales linfáticos. Se realiza traqueostomía y gastrostomía sin complicaciones y se refirió a la paciente al departamento de Oncología del Hospital General San Felipe para iniciar quimioterapia. **Conclusiones/Recomendaciones.**

La disfagia orofaríngea mecánica severa tiene una presentación clínica variada. Cuando la causa es neoplásica la biopsia es el estándar de oro. El tratamiento puede ser curativo o paliativo, poniendo énfasis en evitar complicaciones, la traqueostomía y la gastrostomía son de utilidad para prevenirlas y mejoran la calidad de vida del paciente.

**31TL SÍNDROME DE LERICHE.** Carol Melissa Serrano Mejía. Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Clínica del Pie Diabético; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de Leriche es una enfermedad Aorto-iliaca debida a una oclusión que afecta las ramas principales de la aorta por debajo de las arterias renales, incluyendo las femorales. Se presenta en un 3-20% de la población a partir de la sexta década de la vida, afectando mayormente al sexo masculino. Los síntomas son variados, entre los que se pueden destacar están la claudicación intermitente que afecta a nivel de pantorrillas, glúteos, cadera o muslos; y disminución/ausencia de pulsos distales. Los casos avanzados pueden llegar a presentar isquemia severa y producir pérdida de extremidades. Los factores de riesgo asociados son tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad. **Descripción del caso:** Masculino de 65 años, con antecedente de tabaquismo, se presentó con historia de dolor pélvico más claudicación intermitente de 1.5 años de evolución y alteración de la marcha. Cuatro días previos a la hospitalización presentó isquemia severa irreversible de antepié izquierdo, más disminución de pulsos en ambos miembros inferiores, por lo que se le realizó ultrasonido doppler que reportó ausencia de flujo vascular en aorta abdominal infrarrenal. Valorado por el servicio de cirugía vascular que indica angiogramografía de aorta y de miembros inferiores, reportándose oclusión completa de la aorta infrarrenal. Se realizó bypass axilo-bifemoral utilizando injerto de PTFE. Tras la intervención, el paciente evolucionó favorablemente, recuperando el pulso femoral bilateral; se realizó amputación de los dedos del pie. Fue dado de alta a los 6 días, y en el control a los 3 meses, el bypass estaba permeable. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El síndrome de Leriche es frecuente en pacientes con factores de riesgo vascular. Se recomienda incluirlo en el diagnóstico diferencial en pacientes con claudicación intermitente para realizar un diagnóstico y un tratamiento oportuno.

**32TL TRAUMA DE DUODENO.** Thor Arne Olsen Lopez<sup>1</sup>, Giovanni Humberto Marie Aguilar<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Dr. Mario Catarino Rivas, Servicio de Cirugía Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** Las lesiones duodenales, debido a su localización retroperitoneal, constituyen un reto diagnóstico para el cirujano, de forma que son identificadas tardíamente y en consecuencia se asocian a un aumento de complicaciones y mortalidad. Ocurre en 4,3% de pacientes con lesiones abdominales. La proporción entre el sexo masculino y el femenino es de 5 a 1, y el intervalo de edad más afectado esta entre los 16

y los 30 años (70%). **Descripción de caso:** Masculino de 15 años, referido por traumatismo abdominal secundario a colisión de motocicleta, eyectado, provocando trauma craneal. Se recibe con laceraciones en epigastrio, dolor abdominal, Glasgow de 14. Al colocar sonda Foley se observa presencia de hematuria. Se realiza laparotomía exploradora observando porción 3 y 4 del duodeno con perforación del 95%, lesión Duodenal 6 V, con 800 cc de hemoperitoneo, vísceras sólidas sin lesiones, hematoma retroperitoneal no expansivo. Se realizó gastroyeyuno anastomosis con exclusión duodenal. Se dejó ayuno por 5 días con nutrición parenteral y antibióticos Amikacina, Metronidazol y Ceftriaxona. Es trasladado a unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) donde se realiza cambio de cobertura antibiótica con Piperacilina y Tazobactam. Estuvo ingresado en UCIP por 4 días. Evoluciona satisfactoriamente y es egresado después de 15 días. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las lesiones duodenales son un verdadero reto diagnóstico. Un retraso en el diagnóstico, y en el tratamiento, de más de 24 horas, puede incrementar la mortalidad de un 11% a un 40%.

**33TL MANEJO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL E INTUBACIÓN BAJO SEDACIÓN LIGERA EN PACIENTE CON BOCIO MULTINODULAR TÓXICO.** Cindy Paola Lambur Castro<sup>1</sup>, Maydi Lee Enamorado López<sup>1</sup>, Valeria Maria Escoto Alvarenga<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Anestesiología Reanimación y Dolor; San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

**Introducción.** Para el manejo de anestesia e intubación en tumores cervicales con el paciente despierto existen varias técnicas, la elección de una dependerá de la indicación clínica, recursos materiales y experiencia del anestesiólogo. **Descripción del caso.** Paciente femenina de 55 años (119 kg) con diagnóstico de bocio multinodular tóxico quien acude para tiroidectomía. Entre sus antecedentes: diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Con obesidad grado III. Sin antecedentes hospitalarios, quirúrgicos o alérgicos. Estaba lúcida, orientada y consciente, signos vitales al entrar a sala de operaciones: P/A: 134/73 mmHg, FC: 96 lpm y SO<sub>2</sub>: 98%, oxígeno ambiente. Al examen físico: Mallampati III, DTM II 6.5 cm, DEM II 12 cm, agrandamiento de la glándula tiroidea con medidas de lóbulo tiroideo izquierdo 7.65 x 4.4 x 5.2 cms, y lóbulo tiroideo derecho 5.5 x 2.8 x 4 cms, que desplazaba tráquea, visualizado en ultrasonograma. Resto de examen físico sin alteraciones. Hemograma, tiempos de coagulación y pruebas tiroideas normales. Se realizó intubación con la paciente bajo sedación ligera, con bloqueo transtraqueal y sin relajante muscular. Se contó con monitoreo estándar. Se impregnó cavidad oral con lidocaína en spray al 10%, se administraron 50 mg Ketamina IV más 50 mcg Dexmedetomidina. Se realiza infiltración transtraqueal con 3 cc lidocaína al 2%, posteriormente se administraron 100 mcg de Fentanilo. Se realizó intubación bajo sedación ligera con video-laringoscopia hoja Mac 3, POGO 1% el cual corresponde a un Cormack-Lehane clase IIb, se intubó con TET 7.0. Tras comprobar intubación procedimos a brindar profundidad. La anestesia se mantuvo con sevoflurano 2%. Después de la

tiroidectomía la paciente fue extubada despierta y trasladada a la unidad de recuperación post-anestésica sin complicaciones. **Conclusiones/Recomendaciones.** La técnica aplicada para mejorar la tolerancia de la paciente a la intubación despierta fue exitosa, evidenciado por un único intento de video laringoscopia.

**34TL MANEJO QUIRÚRGICO DE QUISTE DE COLÉDOCO TODANI II: REPORTE DE CASO.** José Chavarria<sup>1</sup>, Carla Romero<sup>2</sup>, Edgardo Iraheta<sup>2</sup>, Faviola Calix<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Servicio de Epidemiología; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** Los quistes de colédoco representan el 1% de las dilataciones benignas de las vías biliares intra/extrahepática, observándose con mayor frecuencia en la infancia, sexo femenino y en Asia; la clasificación más utilizada es la de todani: tipo I (80-90%) dilatación extrahepática quística (Ia), focal, segmentaria (Ib), fusiforme (Ic); tipo II (1-3%) divertículo extrahepático supraduodenal; tipo III (5%) coledococoele, tipo IV (10%) quistes extra e intrahepáticos; y tipo V o enfermedad de caroli (muy rara); el diagnóstico se basa principalmente en la sospecha clínica y sintomatología; el tratamiento depende del tipo: incluye una cistectomía con o sin derivación bilio-entérica, hepatectomía, hasta trasplante. **Descripción del caso:** Femenina 31 años, ingresa por dolor abdominal, 4 meses de evolución en cuadrante superior derecho, hg 12.6 g/dl, leucocitos 20.3 x10<sup>9</sup>, neutrófilos 78%, plaquetas 396 x10<sup>9</sup>, sin alteración electrolítica ni renales, fosfatasa alcalina 60 u/l, bilirrubina total 0.4 mg/dl, albúmina 4.9 g/dl; ultrasonido: en colédoco imagen quística anecoica de 3.1 x 3.1 cm, colangioparesis: saculación ovalada en tercio proximal de 35 x 44 mm, pedículo de 1 mm; se realizó incisión kocher encontrando; quiste de colédoco todani II de 5 x 5 cm con pedículo de 6-7 mm (largo), 4-5 mm (diámetro), vesícula biliar pequeña, paredes delgadas, cístico de 2.5 cm (largo) y 3-4 mm (diámetro), litos en su interior de 5 mm. Se realizó colecistectomía abierta convencional más cistectomía con derivación biliar externa mediante tubo de kehr a través de sitio de resección de pedículo de quiste. Biopsia sin malignidad. Paciente con evolución satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** En Honduras la información clínica/epidemiológica de incidencia de quistes de colédoco es limitada y no existen registros de prevalencia o manejo. Se debe considerar el abordaje mínimamente invasivo para el manejo de los quistes de colédoco todani II que permitan obtener resultados satisfactorios a mediano y largo plazo.

**35TL REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE HERIDAS PALPEBRALES.** Nicolle Andrea Ruiz Rodríguez. Hospital y Clínica Oftalmocentro; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción.** Los traumas palpebrales tanto contusos como penetrantes son frecuentes, por lo que debemos asegurar una buena historia del trauma con su correcta evaluación, trata-

miento y reparación a los pacientes, evitando o minimizando los efectos secundarios a corto y largo plazo. **Descripción de la experiencia.** Tenemos seis reglas cardinales para el manejo del trauma palpebral: una historia cuidadosa del trauma, registrar la mejor visión de cada ojo, evaluación exhaustiva del globo ocular y órbita, obtener estudios imagenológicos pertinentes, tener el conocimiento de la anatomía de la órbita y párpado, y finalmente, asegurarse de tener la mejor reparación primaria posible. A diferencia del trauma contuso, el trauma penetrante en párpados puede acompañarse de compromiso de múltiples estructuras. Podemos encontrar laceraciones que no involucran el margen palpebral, laceraciones que involucran el margen palpebral y traumas que involucran el canto lateral o medial, siendo de mayor importancia este último pues se debe descartar el daño de la vía lagrimal, para así poder llevar a cabo su correcta reparación. Al evaluar, debemos asegurarnos de la extensión y profundidad de la herida; evertir los párpados para asegurarnos que la extensión de la lamela anterior es igual que la lamela posterior, encontrar grasa en los párpados nos indica la violación del septum, obligándonos a explorar y descartar desinserción de los músculos; asegurarnos de no tener pérdida de tejido y de tener íntegra la vía lagrimal, todo esto nos llevara a una correcta reparación. **Lecciones aprendidas.** Tener claro el paso a paso de la reparación de los márgenes palpebrales, como identificar las estructuras, suturas y técnicas adecuadas, será crucial para ofrecerle el mejor abordaje y cierre primario a nuestros pacientes.

**36TL ABCESO ESPLÉNICO EN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL: REPORTE DE CASO** Kathleen Verónica Nolasco Ferrera<sup>1</sup>, Rene Jemil Santos Puerto<sup>1</sup>, Fabricio Alejandro Maradiaga Mendoza<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Universitario José Eleuterio González, Posgrado de Cuidados Críticos; México.

**Introducción:** El absceso esplénico es una afección poco frecuente con menos de 700 casos recogidos en la literatura médica desde principios del siglo XX. Se derivan generalmente de una infección a distancia, más raramente pueden ser provocados por extensión de infecciones contiguas, traumatismo, hemoglobinopatías e inmunodeficiencia. El diagnóstico puede ser determinado por estudios de imágenes o cultivos con una sensibilidad 11.4 y especificidad del 28,7 %. El tratamiento incluye antibioticoterapia, drenaje percutáneo o esplenectomía. **Descripción de caso:** Paciente hombre de 28 años, sin antecedentes personales patológicos, con el antecedente de exposición laboral en granja porcina, quien acude a la emergencia con historia de fiebre de 6 días de evolución, cuantificada 40°C, carácter continuo, acompañándose de ictericia hace 2 días, distribución cefalocaudal. Además, mialgias, vómitos, diarrea con dolor abdominal tipo cólico en cuadrantes superiores. Negó otra sintomatología. Al examen físico con signos vitales Presión Arterial 80/50 mmHg, FC 126 lpm, Pulso 126 ppm, FR 30 rpm, T 39° C, SatO<sub>2</sub>: 94%, dependiente de oxígeno suplementario, cánula de alto flujo FiO<sub>2</sub> 60%, ECG 15 puntos, conjuntivas y

piel con ictericia, dolor abdominal a la palpación profunda en cuadrante superior izquierdo, se ingresó a UCI. Colangiorensonancia se observa lesión nodular heterogénea de 3.6 cm en bazo. Serología: *Entamoeba histolytica* positiva. Se inició triple terapia antibiótica meropenem, metronidazol, doxiciclina logrando mejoría clínica y egresando con estudio de imagen que reporta resolución imagenológica de lesión nodular. **Conclusiones/Recomendaciones:** A pesar de la poca prevalencia de los abscesos esplénicos, debe tenerse presente como diagnóstico diferencial ante pacientes con dolor abdominal, ictericia y fiebre. Aunque su presentación clínica es variable y a menudo inespecífica, con un diagnóstico oportuno la mayoría de los pacientes con abscesos esplénicos tienen un buen pronóstico. El tratamiento quirúrgico ha sido el tratamiento de elección, en casos que fracasa la terapia médica.

**37TL QUISTE DE CONDUCTO CÍSTICO TODANI VI: REPORTE DE CASO.** Victor Alberto Hernandez Padilla<sup>1</sup>, William Allen Copeland Berlioz<sup>2</sup>, Javier Alberto Moran<sup>3</sup>, Jorge Alberto Ventura<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, Servicio de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Anatomía Patológica; San Pedro Sula, Honduras. <sup>4</sup>Hospital Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** Los quistes de Colédoco son dilataciones de la vía biliar, que pueden evolucionar de 10-30% a neoplasias. Desde su clasificación en 1977 Todani, los clasificó en 5 tipos. El tipo I, el más frecuente (80-90%), es una dilatación segmentaria o fusiforme del colédoco. El tipo II o divertículo en el cístico y el tipo III o coledococoele son los más raros (2%). El tipo IV es el segundo en frecuencia (10-15%). Se caracteriza por múltiples dilataciones quísticas de la vía biliar intra y extrahepática. El tipo V o enfermedad de Caroli es una afectación difusa quística de la vía biliar intrahepática. Excepcionalmente la dilatación quística afecta al conducto cístico, constituyendo el tipo VI. El primero de estos casos bien documentado data de 1983, y se propuso su inclusión como sexto tipo en 1991. **Descripción de caso:** Paciente femenina de 28 años de edad quien se presenta con historia de dolor abdominal de 11 días de evolución, localizado en epigastrio, con irradiación a cuadrante superior derecho y zona subescapular derecha, tipo cólico de 6/10 en escala subjetiva de dolor, que se exacerba a la ingesta de alimentos, se acompaña de vómitos posprandiales. Sin antecedentes relevantes excepto gestas 3, partos 3. Examen de abdomen sin datos relevantes, solo hipersensibilidad a la palpación en cuadrante superior derecho, signo Murphy positivo. Colangiorensonancia muestra vesícula biliar de tamaño normal, contiene micro nódulo hipointenso en su interior con medida de 4 mm, conducto cístico dilatado y tortuoso. Durante el procedimiento quirúrgico se observa el quiste a nivel del cístico, se le realiza colecistectomía abierta con derivación hepaticoyeyunoanastomosis en Y Roux con Asa de Hutson. La paciente evolucionó de forma satisfactoria. **Conclusiones/Recomendaciones:** El

quiste de conducto cístico Todani VI constituye una rareza cuyo correcto tratamiento es fundamental dado el potencial oncológico. Hay poca literatura referente a este tema, se encontró menos de 20 artículos publicados.

**38TL MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO.** Juan Pablo Ordóñez Aguilar. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Neumología; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La miocardiopatía periparto (MCP) es una enfermedad caracterizada por insuficiencia cardíaca en mujeres al final del embarazo, o en el período postparto hasta los primeros cinco meses, y con Fracción de eyección del Ventrículo Izquierdo menor a 45%. Durante el embarazo, los niveles elevados de prolactina pueden fragmentarse en una forma tóxica dañando los vasos sanguíneos del corazón, causando inflamación y disfunción del ventrículo izquierdo. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 32 años, con antecedentes de preeclampsia severa quien presentó disnea progresiva, ortopnea, edema de miembros inferiores y tos acompañado de esputo hemoptoico. Se identificó insuficiencia respiratoria tipo 1, y edema pulmonar agudo. Se realizaron estudios de laboratorio y gabinete, incluyendo NT-proBNP, el cual se encontró elevado (32,305 pg/ml), ecocardiograma (FEVI 16.57%) y AngioTAC de tórax sin datos de tromboembolismo. La paciente recibió soporte ventilatorio y manejo farmacológico con dobutamina y diuréticos; posteriormente  $\beta$ -bloqueadores y antagonistas de aldosterona. Evolucionó favorablemente y fue dada de alta con tratamiento optimizado. **Conclusiones/Recomendaciones:** La MCP es una entidad potencialmente grave que requiere un diagnóstico y tratamiento temprano. El abordaje multidisciplinario mejora el pronóstico y la calidad de vida de las pacientes.

**39TL HAMARTOMA MAMARIO DE RÁPIDA EVOLUCIÓN: LA CARA DOLOROSA DE UN TUMOR BENIGNO.** Jenny Alejandra Zablah Ramos<sup>1</sup>, Angeli Nicole Burgos Borjas<sup>1</sup>, Jorge Joel Calderón Muñoz<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Fundación FUNHOCAM; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Fundación CAMO; Santa Rosa de Copán, Honduras.

**Introducción.** El hamartoma mamario o fibroadenolipoma es una lesión mamaria benigna poco frecuente (0,1–0,7%), producto de la proliferación desordenada de estroma, epitelio y tejido adiposo, usualmente rodeados de pseudocápsula. Suele presentarse como masa palpable, móvil e indolora. Su eventual extirpación quirúrgica se considera ante síntomas, crecimiento notable o dudas clínicas serias. **Descripción de caso.** Paciente femenina de 50 años con aparición reciente de masa dolorosa en la mama izquierda. En la exploración inicial, la lesión mide 5 × 5 cm, es móvil, dura y con bordes regulares. Se solicitan mamografía y ultrasonido, constatando, al evaluarla nuevamente, un crecimiento a 8 × 5 cm, con características similares. La mamografía informa un BIRADS 0, sugiriendo posible hamartoma, y el ultrasonido clasifica la lesión como BIRADS 4-A. Ambos estudios muestran una cápsula típica de este tipo de tumor. Ante la persistencia de mastalgia severa,

refractaria a analgésicos, y con la biopsia confirmatoria de hamartoma mamario. Debido al crecimiento acelerado y el dolor continuo, se determinó el manejo quirúrgico mediante exéresis completa, buscando el alivio de los síntomas, la prevención de complicaciones futuras y la resolución definitiva de la lesión.

**Conclusiones/Recomendaciones.** El hamartoma mamario es una entidad benigna infrecuente con manifestaciones clínicas e imagenológicas variables. Su diagnóstico oportuno, a pesar de su rareza, es esencial para descartar lesiones malignas y orientar su manejo quirúrgico en casos sintomáticos con crecimiento rápido. El tratamiento definitivo mejora el pronóstico y la calidad de vida.

**40TL TROMBOEMBOLIA PULMONAR, DERRAME PERICÁRDICO MASIVO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS.** Martha Consuelo Norris Mencias<sup>1</sup>, Milicent Diossana Valladares Pérez<sup>1</sup>, Dulce María Segura Perdomo<sup>1</sup>, Joshua Carlo Andree Jaco Leiva<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El cáncer de pulmón se clasifica en dos tipos: Cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), representa 85% de los casos, y cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP). El CPCNP incluye subtipos como adenocarcinoma, carcinoma de células escamosas y carcinoma de grandes células. La tromboembolia pulmonar (TEP) es una complicación frecuente en pacientes con CPCNP, debido al mayor riesgo de eventos tromboembólicos como trombosis venosa profunda (TVP) y TEP. En algunos casos, la TEP puede ser primera manifestación del cáncer, dificultando el diagnóstico y generando confusión clínica. **Descripción de caso:** Paciente masculino de 63 años con disnea de dos semanas de evolución, inicialmente de esfuerzos moderados, posteriormente de pequeños esfuerzos. Refiere edema bilateral de miembros inferiores de igual evolución. La radiografía de tórax mostró derrame pleural, 80% en el hemitórax izquierdo. En el tercer día hospitalario progresó a disnea en reposo colocándosele sonda endopleural, drenando 2100 ml, se envió muestras de líquido pleural, que resultó ser exudado. Ecocardiograma reporta derrame pericárdico masivo de 700 ml, realizando una ventana pericárdica. Durante la cirugía, el paciente sufre un paro cardiorrespiratorio resolviéndose con maniobras de RCP luego de 1 minuto. La tomografía de tórax mostró neoplasia pulmonar en lóbulo inferior izquierdo, con trombosis severa de la arteria pulmonar izquierda y sus ramas, trombosis de la vena ácigos y atelectasia. Biopsia de bronquio izquierdo confirmó carcinoma de células no pequeñas. **Conclusiones/Recomendaciones:** La TEP puede ser una manifestación inicial atípica del CPCNP debido al estado de hipercoagulabilidad asociado, la compresión vascular o la invasión tumoral. La presencia de derrame pericárdico sugiere la agresividad de la enfermedad, importante considerar causas oncológicas en presentaciones cardiovasculares inusuales. La pericardiocentesis es crucial para estabilizar al paciente,

pero procedimientos definitivos, como una ventana pericárdica, pueden ser necesarios debido a la recurrencia frecuente.

**41TL NEUROLUPUS EN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO.** Gabriela María Mejía Valladares<sup>1</sup>, Carlos Genaro García<sup>2</sup>, Wilmer Alejandro Madrid<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas, Servicio de Neumología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune con mayor frecuencia en niñas (3:1). Se origina por el depósito de autoanticuerpos e inmunocomplejos. El neurolupus puede comprometer el sistema nervioso central y periférico, causando síntomas neuropsiquiátricos como cefaleas, convulsiones, psicosis, neuropatías y trastornos cognitivos. Pronóstico depende del daño renal y neurológico, con afectación neuropsiquiátrica más del 30%. **Descripción de caso:** paciente femenina 15 años, historia de presentar alopecia, hiporexia y erupción helicoidal en región malar de más de 6 meses de evolución. Ingresó en Hospital Mario Catarino Rivas el 31/2/2025 luciendo crónicamente enferma, con rash malar y palidez generalizada, anemia severa, hemoglobina 7.4 g/dl y trombocitopenia. Presenta dificultad respiratoria, bases pulmonares hipoventiladas, saturación de oxígeno 89% (FIO<sub>2</sub> 21%), rayos X de tórax: derrame pleural bilateral leve, ángulos costofrénicos borrados. Oligúrica, con lesión renal aguda, y ascitis. Durante su hospitalización presenta convulsiones tonicoclónicas generalizadas, con oculogiro y relajación de esfínteres, que fueron de difícil manejo, se le tuvo que tratar con tres anticomieles. Tomografía cerebral normal, ecocardiograma anormal, ANA positivo, Anca positivo, Anti DNA positivo, C3 y C4 bajos, panel viral negativo, BAAR de jugo gástrico negativo, VIH negativo. En conjunto con servicio de Nefrología, Neurología y Reumatología se inicia manejo farmacológico con furosemida, prednisona, plaquinol, espironolactona, calcio+vit D, oxcarbamacepina, fenitoína, levetiracetam, se le realizó 5 ciclos de plasmaféresis. Paciente se egresó el 15/3/2025 con citas para seguimiento por consulta externa de nutrición, neurología, reumatología, nefrología, con plan de realizar ciclos de ciclofosfamida por servicio de nefrología. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se debe tener presente la complejidad del LES, ya que frecuentemente los pacientes acuden tardíamente con diversas complicaciones, en el presente caso con neurolupus,

nefritis lúpica y poliseritis, que ameritó manejo multidisciplinario, se benefició de la terapia inmunosupresora y plasmaféresis. El seguimiento estrecho es crucial para optimizar su tratamiento y mejorar su pronóstico.

**42TL CASO INUSUAL DE DOLOR TORÁCICO: INFARTO DE MIOCARDIO NO OBSTRUCTIVO EN PACIENTE CON MIGRAÑA.** Vilma Alejandra Gomez Lara<sup>1</sup>, Rocío Fabiola Salgado Hernández<sup>1</sup>, Jorge Martín Beltrán Lima<sup>1</sup>, Carlos José Melgar Díaz<sup>1</sup>, Ana Cristina Ventura Díaz<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El infarto de miocardio no obstructivo (MINOCA) se define como ausencia de estenosis  $\geq 50\%$  en una arteria epicárdica mayor demostrada en angiografía coronaria sin una causa específica de la presentación aguda más que infarto de miocardio. Su incidencia es de 6%, mayor en mujeres. La frecuencia de espasmo de arterias coronarias epicárdicas como causa de MINOCA está en un rango de 3-95% según la población estudiada. Las ergotaminas son un grupo de medicamentos ampliamente usados en pacientes con migraña. Uno de sus efectos secundarios es el espasmo coronario que usualmente se asocia a cambios en electrocardiograma y angina pectoris. **Descripción del caso:** Paciente hombre de 67 años con antecedente de migraña en tratamiento con ergotamina/cafeína/acetaminofen. Quien se presentó a la emergencia con historia de 20 días de evolución de cefalea hemicraneana, de intensidad moderada-severa, acompañada de fotofobia y fonofobia, la cual mejoró posterior a ingesta de 16 tabletas de ergotamina 1 mg. A su ingreso se quejaba de dolor torácico opresivo, intensidad severa, irradiado a brazo izquierdo y mandíbula. Troponinas cardíacas positivas y hallazgos en electrocardiograma de 12 derivaciones de onda t bifásica en precordiales. Al persistir con dolor torácico a pesar de manejo médico, se decide enviar a angiografía coronaria diagnóstica en donde no se encontró anomalía. Paciente evoluciona con mejoría en tratamiento médico posterior a indicación de nitratos. Es egresado sin complicaciones. **Conclusiones/Recomendaciones:** El diagnóstico de MINOCA es desafiante porque tiene características clínicas que se superponen con otras afecciones. Se necesita de angiografía coronaria para confirmación. El tratamiento de migraña con ergotaminas es seguro y la tasa de efectos secundarios es baja, sin embargo, deben tomarse en cuenta sus complicaciones cardiovasculares al usar dosis inapropiadas para la crisis aguda de migraña.

#### 43TL ANGIOMIOLIPOMA RENAL MÚLTIPLE BILATERAL.

**REPORTE DE CASO.** Carlos Leonardo Maldonado Estrada<sup>1</sup>, Isabel Cristina Mejía Maldonado<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Radiología e Imágenes Médicas, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital, San Pedro Sula. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El angiomiolipoma renal es la neoplasia benigna más frecuente del riñón, compuesto por vasos sanguíneos, músculo liso y tejido adiposo. Se presenta de forma esporádica o asociada a síndromes genéticos, siendo la esclerosis tuberosa y la neurofibromatosis las condiciones más comunes. La incidencia en la población general varía entre el 0.3% y el 3%, siendo más frecuente en mujeres que hombres. Aproximadamente el 50-70% de los casos son esporádicos, y el 30-50% restante se asocia a síndromes genéticos. Habitualmente asintomático, entre los síntomas destaca el dolor abdominal como síntoma más común. El diagnóstico se realiza mediante la ecografía y la tomografía computarizada, que identifican lesiones renales con densidad grasa y tejidos blandos. Las lesiones pequeñas y asintomáticas no requieren tratamiento; en cambio las sintomáticas o de gran tamaño se tratan con embolización selectiva, nefrectomía parcial o total, o crioterapia. La complicación más frecuente es la hemorragia retroperitoneal, que puede ocurrir hasta en un 25% de los casos por rotura espontánea, requiriendo intervención quirúrgica urgente. Menos frecuente puede complicarse con lesión renal o el síndrome de Wunderlich. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 41 años es captado incidentalmente tras presentar dolor abdominal crónico en flanco derecho. Se realiza ultrasonido y consecuentemente pielotomografía donde se reportan múltiples imágenes heterogéneas con densidad grasa (-80 UH) y densidad de tejidos blandos (70 UH) de distribución difusa bilaterales, apreciando en el polo superior de riñón derecho la de mayor tamaño que distorsiona su morfología. Es referido a consulta externa del servicio de Urología para decidir manejo. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es esencial conocer a fondo las características y los protocolos de manejo de estas enfermedades poco frecuentes para garantizar decisiones terapéuticas precisas y bien fundamentadas. Se recomienda un abordaje multidisciplinario para optimizar el manejo, descartar diagnósticos diferenciales y prevenir complicaciones potencialmente letales.

#### 44TL CALIDAD PERCIBIDA POR USUARIO, DE CONSULTA EXTERNA MEDICINA INTERNA HOSPITAL "MARIO C. RIVAS", SEPTIEMBRE 2024 CORTÉS, HONDURAS.

Isaac Jonathan Marriaga Hernández<sup>1</sup>, Sharon Hefziba Pineda Guevara<sup>2</sup>, Victoria Díaz Cerrato<sup>3</sup>, Carlos A. Guevara<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Salud Pública. Investigador independiente. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras; San Pedro Sula, Honduras. <sup>4</sup>Universidad Católica de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La calidad percibida es el juicio subjetivo que el paciente hace sobre el desempeño de una institución de

salud. Cumple un papel clave en su satisfacción y en la mejora continua del servicio. No se limita al éxito del tratamiento médico, sino que abarca múltiples dimensiones de la atención.

**Objetivo:** Identificar la calidad percibida por los usuarios de consulta externa de medicina interna en el Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, Cortés, Honduras. Septiembre, 2024.

**Materiales y Métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, transversal. En una muestra de 331 pacientes adultos usuarios de la consulta externa de medicina interna, se aplicó el instrumento SERVPERF adaptado para salud, que mide cinco dimensiones de calidad: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Las respuestas fueron registradas en una escala de Likert, (1=percepción desfavorable, 5=percepción favorable). La satisfacción global se clasificó en insatisfecho ( $\leq 2.5$ ), ni insatisfecho ni satisfecho ( $>2.5$  y  $<4.0$ ) y satisfecho ( $\geq 4.0$ ). **Resultados:** El 71.9% de los encuestados fueron mujeres y el 28.1% hombres, con una edad promedio de  $49.6 \pm 15.9$  años. Los puntajes en las cinco dimensiones de calidad fueron: elementos tangibles (3.90 pts.), fiabilidad (3.82 pts.), seguridad (3.81 pts.), empatía (3.75 pts.) y capacidad de respuesta (3.71 pts.). En cuanto a la satisfacción global, el 45.3% de los pacientes se encontraba satisfecho, el 43.8% ni satisfecho ni insatisfecho y el 10.9% insatisfecho. La consistencia interna del instrumento SERVPERF mostró un Alfa de Cronbach de 0.90. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los puntajes obtenidos reflejan una calidad aceptable, aunque con margen de mejora para alcanzar estándares más altos. Menos de la mitad de los encuestados se mostró satisfecho, lo que sugiere la necesidad de fortalecer aspectos clave del servicio. Se recomienda realizar evaluaciones periódicas para optimizar la calidad percibida. La consistencia interna del instrumento SERVPERF respalda su uso para este propósito en la población hondureña.

#### 45TL CASO CLÍNICO: CUIDADOS PALIATIVOS UN ENFOQUE INTEGRAL. Bayron Josué Degrandes. Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de todas las personas con sufrimiento severo relacionado con la salud, debido a una enfermedad terminal. La identificación y atención de estos pacientes representa uno de los principales desafíos para los sistemas de salud públicos. **Descripción de caso:** Paciente masculino 78 años, conocido en Instituto Nacional Cardiopulmonar por Neumopatía obstructiva crónica avanzado, secundario a tabaquismo severo, manejado con inhaloterapia formoterol cada doce horas, Cor Pulmonale con furosemida 40mg, hipertensión arterial con irbesartan 150mg, diabetes mellitus con 10 mg dapagliflozina con apego al tratamiento y seguimiento. Múltiples ingresos en los últimos 2 años, disnea BORG 6-7 puntos, atendido por exacerbación de síntomas, caracterizado por tos, disnea, fiebre e hipoxemia, astenia, adinamia. Evaluándose con datos de tiraje subcostal, sibilancias y roncus bilaterales, edema de miembros inferiores. Estudios de laboratorio con leucocitosis, predominio

neutrofilia e eosinofilia. Rayos X de tórax sin datos de neumonía o atelectasias. Función renal y electrolitos normales, ProNP 2500. Se indica terapia con oxígeno, antibióticos, levofloxacina, inhaloterapia, diuréticos y sostén, con evolución satisfactoria. Se aborda en contexto de cuidados paliativos a familia y paciente, NECPAL positivo, estableciendo lista de necesidades, valoración multidimensional individualizada que permita desarrollar un plan de intervención. Se plantea el manejo domiciliario conjunto a familia, seguimiento con oxigenoterapia, optimizando inhaloterapia y terapia de falla cardiaca, además del abordaje de cuidados en casa. **Conclusiones/Recomendaciones:** La valoración integral del paciente es la esencia del abordaje en cuidados paliativos, contar con herramientas para identificar de forma temprana la necesidad de cuidados paliativos permite que profesionales dediquen tiempo para conocer las preferencias y valores de los pacientes, acotar objetivos más claros y facilitar la planificación de decisiones anticipadas. Además, puede mejorar la calidad de vida y el control de los síntomas, reducir gastos de atención médica e incluso aumentar la supervivencia

**46TL. FORTALECIENDO SISTEMAS DE SALUD E INVESTIGACIÓN MEDIANTE ESTRATEGIAS COMPARTIDAS EN UNA COMUNIDAD DE PRÁCTICA GLOBAL.** Bryain Maradiaga Mendoza<sup>1,2</sup>, Jackeline Alger<sup>2</sup>, Salvia Zeeshan<sup>2</sup>, Prince Adjei<sup>2</sup>, Marina Albada<sup>2</sup>, Adam Dale<sup>2</sup>, Trudie Lang<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>The Global Health Network, Universidad de Oxford, Oxford, Reino Unido.

**Introducción:** A medida que el mundo trabaja para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible y mejorar los sistemas de salud, el desarrollo y la implementación responsable de la inteligencia artificial (IA) pueden reducir las brechas en materia de salud. **Descripción de la experiencia:** The Global Health Network (TGHN) forma parte de la iniciativa AI for Global Health (AI4GH), patrocinada por International Development Research Centre (IDRC, Canadá) y Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO, Inglaterra). Se busca fomentar una comunidad de práctica para el intercambio de conocimientos sobre IA en salud, centrándose específicamente en la salud sexual y reproductiva (SRMH) y la preparación, prevención y respuesta ante epidemias y pandemias (E/PP&R). TGHN-AI (<https://ai-globalhealthresearch.tghn.org/>) enfatiza la necesidad de reuniones presenciales que generen conversaciones y fomentar relaciones duraderas. Por ende, se contrastan actividades en diferentes regiones para desarrollar soluciones estandarizadas a problemas comunes. Desde una reunión en Nairobi en 2023 hasta Nagasaki en 2024, y el desarrollo de talleres en Dubái, Accra y Buenos Aires en 2025, espacios propicios para que partes interesadas e investigadores debatan los desafíos y las oportunidades regionales. Se promueve identificar brechas de conocimiento y establecer una comunidad de mentores ya que los sistemas de salud en el Sur Global suelen compartir deficiencias similares. TGHN busca facilitar un cambio significativo

mediante la colaboración interdisciplinaria que se alinee con las necesidades locales y los enfoques basados en la evidencia. **Lecciones aprendidas:** Generar conocimiento y fomentar la colaboración entre investigadores de diversas regiones es un desafío. El uso de herramientas digitales y formatos híbridos amplía los debates más allá de las reuniones presenciales, garantizando el intercambio de ideas y estrategias. TGHN AI implementa marcos de medición, evaluación y aprendizaje para evaluar el impacto. Este proceso iterativo de aprendizaje e implementación adaptativa busca mejorar los sistemas sanitarios y los ecosistemas de investigación regionales.

**47TL EVALUACIÓN CALIDAD DE ATENCIÓN SANITARIA EN SERVICIOS DE SALUD, ISLAS DE LA BAHÍA, HONDURAS 2022.** Óscar Alberto Castejón Cruz<sup>1</sup>, Cesar Eduardo Sabio Valdez<sup>2</sup>, Jorge Raúl Maradiaga Chirinos<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Católica de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** Calidad está conformada por dos procesos clave, la normalización que define calidad por medio del establecimiento de los parámetros de desempeño esperados o marco normativo, y la vigilancia de la calidad, que es el acto de medición y verificación del cumplimiento de ese marco normativo. **Objetivo:** Implementar modelos SERVQUAL y SERVQHOS para evaluación de calidad en atención sanitaria de los establecimientos de primer y segundo nivel de Islas de la Bahía. **Materiales y Métodos.** Estudio no experimental, enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo, población mayor de 18 años que acudió a los establecimientos de primer y segundo nivel de atención. El instrumento que se utilizó fueron los modelos SERVQUAL y SERVQHOS, se calcularon las brechas que identifican cinco distancias que causan problemas en la calidad del servicio, se calculó media, desviación típica y el alfa de Cronbach, así mismo índice de calidad. El procesamiento de los datos se realizó con el programa STATA V.16 y Microsoft office Excel®. **Resultados:** 383 pacientes encuestados, 48% fueron mujeres y 52% hombres. De acuerdo a la percepción, brechas de las dimensión de empatía -0.53, confiabilidad -0.35, seguridad -0.08, responsabilidad -0.01 fueron las peores calificadas, dimensión de bienes tangibles 0.147 fue la mejor calificada, la escala de Likert nos demostró que la expectativa de calidad 45.7% y percepción 43.3% se consideran insatisfechos. El Índice de calidad -0.83 estadísticamente corresponde a un déficit o falta de calidad. **Conclusiones/Recomendaciones:** La expectativa y percepción de la calidad de los servicios asistenciales fueron calificadas de insatisfechas, que se refleja en quejas, reclamos y denuncias en los medios de comunicación, impacto en la sociedad, desprestigio de instituciones y, en algunos casos, en procesos judiciales. Recomendamos poder utilizar escalas de medición de satisfacción de los usuarios aportando mayor capacidad diagnóstica, de seguimiento y evaluación de intervenciones que orienten a la toma de decisiones gerenciales.

#### **48TL DELIRIUM AGUDO COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA EN NEUROCISTICERCOSIS.**

-José Ramírez<sup>1</sup>, Daniel Leiva<sup>1</sup>, Francisco Cruz<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado Neurología; Honduras. <sup>2</sup>Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** Este reporte de caso en el Hospital Escuela Universitario pretende realizar una revisión del aspecto clínico-terapéutico del paciente afectado por neurocisticercosis, como primera manifestación clínica delirium agudo. Aunque los cambios conductuales pueden ser parte del cuadro clínico, el delirium como síntoma inicial es extremadamente raro y su incidencia no está especificada en la literatura. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 71 años, profesión porcicultura con historia de presentar alteración del estado de conciencia caracterizado por habla incoherente de 2 días de evolución y cefalea holocraneana tipo opresiva de moderada intensidad, trasladado al hospital regional donde se encuentra confuso con agitación psicomotriz con periodos de comportamiento agresivo, donde se evidencia crisis convulsiva tónico clónica generalizada con duración de 2 minutos. Se realiza TC Cerebral simple evidenciando múltiples lesiones quísticas en fase vesicular acompañado de edema perilesional supratentoriales, abordándose como infección de NCC en fase vesicular cumpliendo tratamiento dexametasona 8 mg iv cada 8 horas por 5 días, iniciándose Albendazol 400 mg vo TID por 30 días, fenitoína 100 mg vo BID con respuesta adecuada y resolución de cuadro clínico. IRM cerebral con gadolinio corroboró diagnóstico y confirma edema perilesional. Con test minimal al alta médica con 28 pts. Resultados laboratoriales Hemograma eosinofilia 0.4%, serología Elisa positiva para NCC en plasma, LCR incoloro, leucocitos 0/mm<sup>3</sup>, eritrocitos ausentes, proteínas 30mg/dl, glucosa 70.30mg/dl, eosinofilia negativa, EGH ausencia de parásitos y cristales de Charcot Leyden escasos. **Conclusiones/Recomendaciones:** El delirio agudo en pacientes con neurocisticercosis puede presentar un rango de síntomas cognitivos y neurológicos, que reflejan la compleja interacción entre la patología de la infección y sus efectos sobre el sistema nervioso central.

#### **49TL RIESGO SUICIDA EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO: ESCALA SAD PERSONS.**

Alejandra Marcela Ventura Hernández<sup>1</sup>, Lourdes Raquel Nolasco Saborío<sup>2</sup>, Christian Roberto Castillo Mairena<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Centro Universitario Tecnológico, Medicina Legal y Forense; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Centro Universitario Tecnológico; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El suicidio es un problema de Salud Pública, influenciado por presencia de factores de riesgo y ausencia de factores protectores que se pueden determinar con el uso de la escala SAD PERSONS. **Objetivo:** Determinar el riesgo suicida en los pacientes diagnosticados con Depresión Mayor de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza de Tegucigalpa, Honduras, en el periodo enero-diciembre del 2024. **Materiales y Métodos:** Investigación: cuantitativa, descriptiva,

transversal y observacional. Fuente de datos: cuestionario que contenía los criterios de la escala "SAD PERSONS" para determinar el riesgo de suicidio. Análisis de resultados: Microsoft Excel. **Resultados:** Participaron un total de 452 pacientes de las cuales: 64% (290) son del sexo femenino; 10% (47) tienen menos de 19 años y 42% (190) son mayores de 45 años; 80% (363) no tienen una relación sentimental estable; 70% (318) residen en Francisco Morazán; 85% (384) tienen apoyo social; 88% (398) tienen un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica; 77% (346) no han cometido intento suicida previo; 92% (415) no tienen un plan organizado de suicidio; 52% (233) negaron trastornos cognitivos; 92% (417) negaron consumo de alcohol; 21% (93) tienen diagnóstico de enfermedad somática. En la suma de los ítems se encontró: 45.8% (207) con riesgo bajo, 41.8% (189) sin riesgo, 12.2% (55) riesgo medio y 0.2% (1) con riesgo alto de suicidio. **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevención del suicidio es una prioridad mundial siendo parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La escala SAD PERSONS es una escala con alta sensibilidad y especificidad. Al ser utilizada en los pacientes de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza, esta investigación ayudó hacer un abordaje necesario y oportuno a los pacientes que presentaron riesgo medio y alto como se recomienda según resultados de dicha escala, mejorando la intervención temprana y reduciendo la mortalidad asociada al suicidio.

#### **50TL EVALUACIÓN RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADULTOS 40 -85 AÑOS: DESEMPEÑO MESA SCORE FRENTE AL ASCVD RISK SCORE.**

Sara Elizabeth Milla Salguero<sup>1</sup>, Eduardo Smelin Perdomo Domínguez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Nacional Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Clínica Médica Villanueva; Villanueva, Cortés, Honduras.

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de morbimortalidad en Honduras. Ningún score de riesgo cardiovascular ha sido desarrollado con población latinoamericana, limitando su aplicabilidad en la región. El ASCVD Risk Score se basa en población blanca y afroamericana no hispana, mientras que el MESA Score incluye una cohorte multiétnica con hispanos. **Objetivo:** Comparar el desempeño diagnóstico del MESA Score frente al ASCVD Risk Score en la evaluación del riesgo cardiovascular en adultos de 40 a 85 años. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron 74 pacientes entre 40 y 85 años. La estimación del riesgo cardiovascular se realizó utilizando las calculadoras MESA Score y ASCVD Risk Score. Se evaluaron variables clínicas, antropométricas y bioquímicas. El ASCVD Score se utilizó como referencia para calcular la sensibilidad y especificidad del MESA Score, y se analizó la correlación entre ambos mediante el coeficiente de Spearman. **Resultados:** Se evaluaron 74 pacientes (edad media: 56.2 ± 9.8 años; 67.6% mujeres). La hipertensión estuvo presente en 64.9%, diabetes en 29.7% y tabaquismo en 10.8%. El 93.2% presentó sobrepeso u obesidad, y el 81.1% refirió antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular. En el perfil lipídico, 45.9% tuvo colesterol total ≥200 mg/dl, 62.2%

LDL  $\geq$ 100 mg/dl, 36.5% HDL  $<$ 40 mg/dl y 53.4% triglicéridos  $>$ 150 mg/dl. El ASCVD Risk Score clasificó al 21.6% como de alto riesgo, mientras que el MESA Score identificó al 16.2%. La sensibilidad del MESA fue de 68.8% y su especificidad de 90.5%. Se observó una fuerte correlación entre ambos scores ( $\rho = 0.88$ ;  $p < 0.001$ ). **Conclusiones/Recomendaciones:** El MESA Score mostró una fuerte correlación con el ASCVD Risk Score y buen desempeño diagnóstico, con alta especificidad y sensibilidad aceptable. Sin embargo, se requiere validación local en estudios de mayor escala para confirmar su utilidad como herramienta principal de tamizaje en la región.

**51TL MANIFESTACIONES MULTIORGÁNICAS DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPETENTE:** Juan Valle-Gonzales<sup>1</sup>, Victoria Díaz-Cerrato<sup>2</sup>, Miguel Antonio-Rubio<sup>2</sup>, Vilma Gómez-Lara<sup>3</sup>, Carlos A-Guevara<sup>4</sup>, Celina Stayerman<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Departamento de Gastroenterología; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras Valle de Sula, Facultad de Ciencias Médicas; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>4</sup>Universidad Católica de Honduras, Facultad de Medicina y Cirugía, San Pedro Sula, Honduras. <sup>5</sup>Laboratorios TechniPath en el Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La infección por citomegalovirus (CMV) es una causa rara pero potencialmente grave de enfermedad en pacientes inmunocompetentes. Aunque generalmente se presenta con síntomas leves o permanece asintomática, en algunos casos puede causar complicaciones graves como colitis, hepatitis y lesión renal aguda. **Descripción del caso:** Mujer de 65 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acudió a urgencias con diarrea de 2 días de evolución, inicialmente con estrías sanguinolentas y luego hematoquecia. También presentó pérdida de peso no intencional de 5 libras en la última semana, astenia, adinamia y vómitos frecuentes. Al ingreso, los signos vitales fueron normales, pero mostró ictericia y hematoquecia en el tacto rectal. Las pruebas de laboratorio indicaron leucocitosis, anemia leve, y aumento de creatinina y BUN, lo que llevó a la indicación de hemodiálisis de rescate. Las pruebas de función hepática mostraron lesión hepatocelular. La tomografía reveló colitis ulcerativa y esteatosis hepática, y la colonoscopia mostró lesiones infiltrativas en el colon izquierdo. Las pruebas para VIH, hepatitis B y C, leptospirosis, y marcadores autoinmunes fueron negativas, pero la IgG para CMV fue positiva. La biopsia de colon mostró ulceración severa y células con citomegalia, sugiriendo efecto citopático viral por CMV. La carga viral PCR CMV fue de 2059 IU/ml. Se trató con valganciclovir por una semana, con normalización de la función hepática y renal. La paciente permaneció asintomática al momento del egreso. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se destaca la importancia de considerar la infección por CMV en el diagnóstico diferencial de pacientes inmunocompetentes con manifestaciones gastrointestinales, hepáticas y renales, incluso

en ausencia de factores de riesgo conocidos. Un alto índice de sospecha, es esencial para el manejo de estas complicaciones potencialmente mortales. La intervención temprana fue crucial para el éxito del tratamiento.

**52TL SÍNDROME DE DRESS SECUNDARIO A USO DE ANTI-FÍMICOS:** Kevin Edgardo Lainez<sup>1</sup>, José Orlando Maldonado<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio Materno Infantil; Las Vegas, Santa Bárbara, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de DRESS es causado por el uso de fármacos o infecciones virales, se caracteriza por síntomas sistémicos como fiebre, exantema generalizado y alteraciones laboratoriales con eosinofilia y aumento de enzimas hepáticas, presentando falla multiorgánica en los casos más graves. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 32 años, desempleado, procedente de Puerto Lempira, Gracias a Dios, con antecedente personal patológico de tuberculosis pulmonar, tratada con 4 tabletas cuádruples cada día, tras un mes de tratamiento presenta exantema cutáneo, que inició en la región torácica y avanzó hacia la región abdominal con 5 días de evolución, a su vez refiere fiebre con 3 días de evolución, no cuantificada subjetivamente alta, por lo que es referido y a su vez ingresado a la sala de Tuberculosis en el Instituto Nacional Cardiopulmonar, al examen físico inicial se observa exantema en tórax y abdomen, sin lesiones orales, al ingreso se realizan exámenes laboratoriales, hemograma, química sanguínea, los cuales presentan eosinofilia marcada 0,82  $10^9/uL$  y aumento de las enzimas hepáticas ALT 179,0 U/L y AST 45,0 U/L, a los 22 días se interconsultó con el servicio de inmunología, se le realizó prick test en clínica privada mostrando alergia leve inmediata al etambutol y alergia moderada inmediata a la rifampicina, por lo que se tuvo que desensibilizar con esteroides orales y adecuar su tratamiento a bedaquiline, linezolid, levofloxacina y clofamizina por 9 a 12 meses. Tras 35 días hospitalizados el paciente se egresó de la sala de tuberculosis de forma satisfactoria con seguimiento en la consulta externa. **Conclusiones/Recomendaciones:** El síndrome de DRESS es un cuadro clínico que debe ser sospechado para poder llegar a ser diagnosticado de forma oportuna, sin tratamiento puede llegar a falla multiorgánica, por lo que se debe hacer un diagnóstico precoz.

**53TL EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE CIRROSIS HEPÁTICA EN MUJERES EN ZONA CON BAJA HEPATITIS C.** Silvia Portillo<sup>1</sup>, Alejandra Reyes<sup>1</sup>, Raul Zelaya<sup>1</sup>, Vilma Portillo<sup>1</sup>, Jorge Suazo<sup>1</sup>, Marcela Banegas<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Centro de Enfermedades Digestivas, Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La cirrosis es más común en hombres que en mujeres, relación 2:1, siendo ingesta de alcohol en hombres y hepatitis C en mujeres los principales factores etiológicos. Una revisión de 70,571 estudios de endoscopia digestiva alta reali-

zados 2007-2019, encontró tratamiento con ligadura de varices en 1,366 pacientes, 54.3% fueron mujeres. Según datos de donantes de sangre en Honduras, la prevalencia de anticuerpos para hepatitis C es 0.07%. **Objetivo:** Evaluar factores de riesgo asociados al origen de cirrosis en mujeres hondureñas. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, realizado en mujeres >18 años con tratamiento para varices de enero 2023-febrero 2025. Variables estudiadas: datos demográficos, antecedentes patológicos, quirúrgicos, familiares, paridad, hábitos alimenticios, transfusiones. El análisis estadístico descriptivo se realizó con el software IBM SPSS versión 27. **Resultados:** 96 mujeres con diagnóstico de cirrosis fueron interrogadas. La edad de  $65 \pm 10.8$  años. 69 (71.9%) provenían del área rural. 89.6% tenían ninguna o escolaridad incompleta. 83.3% amas de casa. Sus hábitos en los últimos 20 años, 21 (22%) refirió consumo de alcohol por más de 10 años. 85.4% consumía gaseosas de manera habitual, pan con café (90.6%). 71 (74%) había tenido sobrepeso en diferentes periodos de su vida. 12 (12.5%) refirió haber sido transfundida. 69.8%. Fue sometida a cirugía (21.9%). 45.8% refirió hipertensión, 34.4% diabetes y 31.2% antecedente familiar de cirrosis. **Conclusiones/Recomendaciones:** El perfil de la mujer en este estudio: entre quinta y sexta década de la vida, bajo grado de escolaridad, área rural, ama de casa, que no ingiere alcohol ni ha sido transfundida, múltipara, que con alguna frecuencia (31.2%) tiene un familiar con cirrosis, con afinidad al consumo de café con pan (90.6%) y a la ingesta de gaseosas (85.4%), con sobrepeso (74%). Estos resultados orientan hacia un origen metabólico de la cirrosis, sin embargo, aún faltaría realizar otras investigaciones en este grupo.

**54TL PREVALENCIA DE ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO ASOCIADO A DISFUNCIÓN METABÓLICA EN POBLACIÓN CON OBESIDAD.** Elvin Omar Videá Irías<sup>1</sup>, Daniela Milagro Rivera Ulloa<sup>2</sup>, Katherine Chinchilla<sup>2</sup>, Marcela Nathaly González Ortiz<sup>2</sup>, Stephany Gabriela Portillo Rosales<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Clínica de Atención Médica Integral, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Clínica de Atención Médica Integral; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La disfunción metabólica asociada a la enfermedad por hígado graso no alcohólico (MASLD) tiene una prevalencia general de 38% y 75% en personas con obesidad. Se ha convertido en la enfermedad hepática crónica más frecuente a nivel mundial y es la principal causa de cirrosis y hepatocarcinoma. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de MASLD en pacientes con obesidad atendidos en clínica CAMI (Clínica de Atención Médica Integral) durante el año 2024. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes que asisten a la consulta externa de CAMI y que cumplieron con los criterios de inclusión, contando con 88 pacientes seleccionados aleatoriamente. Se utilizó un instrumento estructurado para la recolección de la información. **Resultados:** se estudiaron 88 pacientes, el 73% mujeres y el 27% hombres; el 54.6% (48) comprendidos entre las edades de 40-70 años. Comorbilidades: DM 2 en el 25%, Hipertensión Arterial en el

48.9%. En ecografía hepática el 85.2% de los pacientes presentaron esteatosis hepática (EH) con los siguientes grados: I 45.4%, II 44%, III 10.6%. La MASLD se presentó en el 85% de pacientes (75), de ellos, las mujeres representaron el 81.2% (52) y los hombres el 26.1%. En relación al grado de EH y criterios clínicos para MASLD presentaron 3 o más de ellos un 100% (8) en EH grado III, el orden de criterios de mayores frecuencias fueron IMC, HTA, glicemia, dislipidemia mixta. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se demostró una prevalencia de MASLD en 9 de 10 personas estudiadas, mediadas por la presencia en la población de estudio condiciones como DM, HTA, Dislipidemias Mixtas que incrementan el riesgo. Recomendamos aplicar con los pacientes con factores de riesgo estudios para determinar la presencia de MASLD y llevar con ellos programas integrales para mejorar la calidad de vida.

**55TL MELANOMA: MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO.** Annie Gabriela Gómez Hernández<sup>1</sup>, Nora Waleska Escoto Álvarez<sup>2</sup>, Miriam Y. González Matute<sup>3</sup>, Nelly J. Sandoval Aguilar<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Hospital Escuela, Posgrado de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Escuela, Departamento de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Escuela, Cirugía Dermatológica, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas. <sup>4</sup>Hospital Escuela, Dermatopatología; Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Departamento de Patología, Tegucigalpa, Honduras

**Introducción.** El melanoma es un tumor maligno de los melanocitos. La incidencia continúa en ascenso, también la recurrencia y tasas de letalidad. La estadificación del melanoma es crucial para determinar el plan terapéutico y supervivencia del paciente. Con el fin de contribuir al diagnóstico del melanoma, es adecuado considerar estudios de imagen, que permitan establecer la presencia de metástasis. El melanoma en etapas tempranas puede ser tratado solo con cirugía y tener altas tasas de supervivencia. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 68 años, se presenta en septiembre del 2024 por dermatosis en la cara lateral del brazo izquierdo, con evolución de 4 años, con prurito y ardor. Presenta placa, asimétrica, con bordes irregulares, coloración marrón no uniforme, oscilante con negro, que mide 1.5x1.2 cm. A la dermatoscopia presenta velo azul blanquecino y escamas en la superficie, bordes borrosos y patrón pigmentario irregular. Se realizó biopsia excisional de piel, que reportó melanoma extensivo superficial, espesor de 1.2 mm, sin invasión linfovascular y perineural. La evaluación física se complementó con estudios tomográficos contrastados de cerebro, cuello, tórax y abdomen, sin datos de extensión de la enfermedad. En diciembre de 2024 se realiza la cirugía radical completa del melanoma, en la biopsia postquirúrgica no se observa neoplasia residual. Se decide seguimiento en dermatología y dermatología oncológica. **Conclusiones/Recomendaciones:** El melanoma, a pesar de ser poco frecuente, puede requerir en etapas avanzadas de la enfermedad decisiones terapéuticas intensivas, con mayores costos y que impliquen mayor riesgo en el paciente, así como afectar la supervivencia. Resulta imprescindible la intervención educativa de

los proveedores de salud para realizar un adecuado abordaje oportuno del paciente con melanoma.

**56TL PÉNFIGO SEBORREICO.** Perla Iris Vásquez H<sup>1</sup>, Benilda I. Martel Ramos<sup>1</sup>, Nelly J. Sandoval Aguilar<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Escuela, Departamento de Dermatología, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El pénfigo es un grupo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por ampollas y erosiones en piel y mucosas, causadas por autoanticuerpos IgG contra proteínas desmosómicas, principalmente desmogleínas 1 y 3, lo que genera acantolisis y apoptosis de los queratinocitos. Se clasifica en pénfigo profundo (vulgar y vegetante) y superficial (foliáceo, eritematoso y seborreico). El pénfigo seborreico es una variante excepcional, descrita por Schyder en 1969, con una incidencia estimada entre 0.1-0.5 casos por cada 100,000 habitantes al año y una prevalencia de 0.5-3.2 por cada 100,000 habitantes. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 58 años, procedente de Comayagua, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, con dermatosis generalizada bilateral y simétrica de inicio en la región centrofacial. Se caracterizaba por placas eritematosas bien definidas con escamas amarillas gruesas y oleosas, junto con hematocostras en la superficie. Las lesiones progresaron a áreas seborreicas (tórax anterior y posterior), con presencia de ampollas flicídicas de contenido seroso, exulceraciones y signo de Nikolsky positivo. El estudio histopatológico reveló ampolla subcórnea, leve hiperqueratosis y paraqueratosis focal, leve acantosis regular en el estrato de Malpighi e infiltrado inflamatorio perivascular superficial linfocitario, confirmando el diagnóstico de pénfigo seborreico. Se administró metilprednisolona 1,000 mg/día por 5 días, seguida de prednisona 1.5 mg/kg/día en esquema piramidal, mofetilo 500 mg cada 8 horas, corticoides tópicos y antihistamínicos de primera generación. A las seis semanas, las lesiones disminuyeron en extensión y mejoraron clínicamente, permitiendo reducir progresivamente la dosis de corticoides sistémicos. **Conclusiones/Recomendaciones:** El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son esenciales para evitar complicaciones. La documentación de nuevos casos es clave para mejorar el conocimiento epidemiológico y optimizar el manejo terapéutico de esta enfermedad rara, pero clínicamente relevante. Su similitud con otras patologías resalta la importancia de un abordaje clínico e histopatológico adecuado.

**MELANOMA IN-SITU EN LABIO INFERIOR.** Susely Villeda<sup>1</sup>, Karen Santos<sup>2</sup>, Rennie Medina<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Liga Contra el Cáncer; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Liga Contra el Cáncer, Servicio de Dermatología, San Pedro Sula. <sup>3</sup>Universidad Católica de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El melanoma es un cáncer de piel agresivo y mortal, pero si se detecta a tiempo, su tratamiento tiene alta tasa de éxito. El melanoma in-situ es una forma temprana,

localizada sólo en la epidermis. Aunque es más común en áreas expuestas al sol, puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, incluyendo la cavidad oral y los labios. El melanoma de mucosa oral representa el 0,2-8% de todos los melanomas y el 0,26-0,5% de los cánceres orales. Los factores de riesgo incluyen la exposición solar, antecedentes familiares de melanoma, piel clara y uso de tabaco. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 67 años, fototipo cutáneo IV, no fumadora. Presentó una mancha oscura en el labio inferior de siete meses de evolución que comenzó a generar ardor. Se observó en la porción media del labio inferior, una lesión macular de aproximadamente 1.5 cm de diámetro, asimétrica, con bordes mal definidos, y pigmentación heterogénea, variando entre tonos marrón claro y oscuro, con una superficie lisa. La dermatoscopia mostró una mácula de bordes irregulares, con múltiples colores (café oscuro, café claro, rojo, blanco, gris y azul), con zona de discreta ulceración. La biopsia mostró pleomorfismo moderado en las células melanocíticas, desmoplasia leve y una reacción linfocitaria leve. Se diagnosticó un melanoma in-situ de labio inferior. **Conclusiones/Recomendaciones.** Toda lesión dérmica de reciente aparición debe ser estudiada por dermatología.

**57TL LÉNTIGO MALIGNO EN MUCOSA ORAL.** Susely Villeda<sup>1</sup>, Karen Santos<sup>2</sup>, Rennie Medina<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Liga Contra el Cáncer; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup> Liga Contra el Cáncer Servicio de Dermatología; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Católica de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El léntigo maligno (LM) es una variedad de melanoma cutáneo *in situ* que típicamente aparece en zonas con un daño solar evidente, especialmente en la nariz y las mejillas de personas de edad avanzada. Cuando el LM infiltra la dermis o más allá, es decir, cuando deja de ser *in situ*, pasa a llamarse lentigo maligno melanoma (LMM). Representa entre el 0,2% y el 8% de todos los melanomas malignos, con localizaciones más frecuentes en la encía maxilar, la mucosa palatina y los labios. Solo entre el 2% y el 5% de los casos de lentigo maligno progresan a melanoma invasivo. **Descripción del Caso:** Paciente femenina de 60 años que acude por la presencia de una lesión pigmentada en la comisura labial izquierda, de tres meses de evolución, sin síntomas asociados. Tenía antecedentes personales de Carcinoma Basocelular extirpado hace un año. Al examen físico, con fototipo III, que presenta una mácula pigmentada, asimétrica, con bordes irregulares, que mide aproximadamente 0.5 cm de diámetro. Se observan dos tonalidades de café (claro y oscuro) en la lesión. La biopsia de piel mostró una proliferación pagetoide de células melanocíticas confinadas a la epidermis, con discreta atipia celular y presencia de pigmento melánico. No se observó formación nodular, invasión dérmica ni presencia de células névicas en el examen histopatológico. El diagnóstico histológico fue Lentigo Maligno. Se realizó escisión quirúrgica de la lesión con márgenes de seguridad. **Conclusiones/Recomendaciones:** La escisión quirúrgica con márgenes de seguridad es el tratamiento recomendado. Las lesiones pigmentadas en mucosa oral deben abordarse con alto índice de sospecha. Se sugiere el seguimiento clínico

con evaluación dermatológica periódica. Debe considerarse la realización sistemática de biopsias en lesiones atípicas incluso en áreas no fotoexpuestas.

### **58TL ACTUALIZACIÓN SOBRE TRAUMATISMO ABDOMINAL PEDIÁTRICO, REVISIÓN GUÍAS ATOMAC.** Juan Carlos Henríquez Tábora<sup>1</sup>, Giovannie Humberto Marie Aguilar<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Dr. Mario C. Rivas, Servicio de Cirugía Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

El trauma abdominal representa la tercera causa de muerte por trauma, principalmente por lesiones inadvertidas, siendo mayor al asociarse a lesiones craneoencefálicas. El tratamiento no operatorio es el estándar de cuidado en niños con traumatismo abdominal reservando la cirugía solo en caso de no respuesta al manejo conservador y cuando se sospecha de peritonitis. Los estudios de imagen están indicados solo para delimitar grado de lesión, siendo la Tomografía abdominal contrastada el "Gold Standard", la decisión terapéutica se basa al estado hemodinámico del paciente y no al grado de lesión. Se sugiere ingresar a unidad de cuidados intensivos a todos los pacientes con lesiones grado IV-V. En pacientes con datos clínicos de sangrado activo e inestabilidad hemodinámica se recomienda estabilizar previo a los estudios de imagen. Se recomienda limitar el uso de cristaloides y transfundir de forma precoz, además, en caso de protocolos de transfusión masivo se recomienda una relación 1:1:1 con Glóbulos rojos empacados, plasma fresco congelado y plaquetas. Se considerará fallo de tratamiento no operatorio cuando se amerita transfundir > 40 ml/kg o 4 UI de glóbulos rojos empacados, en este, caso se brindará abordaje quirúrgico. Además, en paciente estable se considerará hemoglobina < 7.0 g/dl para realizar transfusiones sanguíneas y se sospechará de sangrado activo cuando hay una variación de hemoglobina > 0.5g/dl en 12 horas. La estadía hospitalaria será según grado de lesión + 1 día, el regreso actividad según grado de lesión + 2 en semanas. En pacientes sin inestabilidad hemodinámica se podría egresar posterior a las 24 horas. Esta guía tiene similitudes con el ATLS respecto al manejo no operatorio inicial, pero difiere en el manejo de la inestabilidad hemodinámica, ya que en el ATLS aplica lo estudiado en el paciente adulto en la población pediátrica, llevando a cirugías innecesarias en ocasiones.

### **59TL CARBÓN ACTIVADO, EFECTIVO EN INTOXICACIÓN POR DIGOXINA: REPORTE DE CASO.** Brigitte Lizeth Flores Raudales<sup>1</sup>, Andrea Melissa Corado Mendoza<sup>1</sup>, Linda Banegas Pineda<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría, San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La digoxina se utiliza en niños para tratar la insuficiencia cardíaca, su estrecho margen terapéutico y las interacciones farmacológicas, sobre todo con el uso de diuréticos,

predisponen a desequilibrios electrolíticos particularmente hipokalemia e hipomagnesemia, que incrementan la susceptibilidad a toxicidad digitalica. Las intoxicaciones son raras, pero representan una amenaza grave para la vida, con síntomas como vómitos, anorexia, arritmias graves y paro cardiaco. Se considera tóxica una concentración sérica superior a 2 ng/ml. El tratamiento estándar son los fragmentos Fab de anticuerpos antidigoxina, pero en nuestro país, no están disponibles, por lo que se utiliza carbón activado como opción alternativa. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de una niña de 19 meses con síndrome de Down y cardiopatía congénita, tratada con una dosis terapéutica de digoxina (6 mcg/Kg/día) y diuréticos. La paciente presentó bradicardia, hiporexia, vómitos e hipoactividad, con niveles de digoxina de 5 ng/ml. Un electrocardiograma mostró descenso del segmento ST, signo característico de intoxicación por digoxina. Fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) con diagnóstico de intoxicación digitalica y alteraciones electrolíticas como hipocalcemia e hipokalemia, sin signos de hipoperfusión, ni compromiso respiratorio. Se administró carbón activado a 1 g/kg por sonda nasogástrica cada 6 horas, logrando corregir los niveles de digoxina a 1.8 ng/ml. La paciente permaneció hospitalizada durante 4 días y fue dada de alta en condiciones estables. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso destaca la importancia del monitoreo en pacientes tratados con digoxina, especialmente cuando se usan diuréticos. El uso adecuado de carbón activado, de bajo costo y accesible, es eficaz en el manejo de la intoxicación. Se recomienda capacitación médica continua y la disponibilidad de fragmentos Fab para un tratamiento más eficiente.

**60TL SÍNDROME DE FOXG1:** Carol Josseline Zuniga García. Hospital Nacional Mario C. Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El síndrome *FOXG1* es una encefalopatía epiléptica-discinética descrito inicialmente como una variante del síndrome de Rett, es extremadamente rara y se encuentra en el 1-2% de los pacientes con sospecha de trastorno del espectro autista. Este síndrome afecta ambos sexos, en el 69% de los casos mujeres. Es una enfermedad con un espectro fenotípico amplio y presenta un componente genético heterogéneo, el cual se ha asociado a microdeleciones y translocaciones en diferentes genes como *CDKL5/STK9*, *NTNG1*, y recientemente el factor de transcripción cerebral *FOXG1*. Caracterizado por la aparición temprana de microcefalia, retraso grave del desarrollo global y afectación cognitiva, discinesia y movimientos hiperkinéticos, discapacidad visual, comportamiento autista, estereotipias, trastornos del sueño, epilepsia y malformaciones cerebrales (como hipoplasia del cuerpo calloso, anomalía del prosencéfalo, y mielinización retardada). **Descripción del caso:** Se trata de paciente masculino de 3 años, procedente de Río Chiquito, hijo único, no consanguinidad, sin factores de riesgo perinatal, inicia sintomatología a los 5 meses con crisis tónico clónica generalizada, crisis focales y espasmos. Al examen neurológico, PC 40 cm ( $\geq P3$ ), microcefalia, presenta

seguimiento visual, sonrisa social, coceo-palpebral presente bilateral, no sostén cefálico, hipotonía global, hiporreflexia, movimientos involuntarios, electroencefalograma 2022 normal, resonancia de cerebro con disminución de volumen cortico subcortical importante. Se realiza panel genético para epilepsias reportando variante patogénica heterocigota en el gen *FOXG1* confirmando diagnóstico. Actualmente paciente se encuentra libre de crisis clínicas desde marzo 2024, en tratamiento con tres fármacos anti crisis, ácido valproico, levetiracetam y topiramato.

**Conclusiones/Recomendaciones:** se deben realizar estudios genéticos en cualquier paciente con epilepsia que aún no tenga una etiología establecida, independientemente de la edad y el control de las crisis.

**61TL LIPOFUSCINOSIS NEURONAL CEROIDEA:** Carol Josseline Zuniga García. Hospital Nacional Mario C. Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** Las epilepsias mioclónicas progresivas (EMP) son enfermedades neurodegenerativas infrecuentes, clínica y genéticamente heterogéneas, caracterizadas por presentar mioclonías, crisis epilépticas y deterioro neurológico progresivo. Dentro de las causas de estas; se encuentra la Lipofuscinosis Neuronal Ceroidea, se conocen más de 400 variantes en 14 loci diferentes (CLN1 al 14). El tipo de herencia mendeliana generalmente es autosómica recesiva y es la causa más frecuente de demencia en niños, y el desorden lisosomal más común. Suele aparecer en sus diferentes formas entre el nacimiento y la adultez. Su incidencia en Estados Unidos se estima en 1.6-2.4 por cada 100 000 habitantes. **Descripción del caso:** se trata de paciente femenino de 5 años, procedente de Yoro, única hija, no consanguinidad, sin factores de riesgo perinatal. Neurodesarrollo: sostén cefálico 1 año, sedestación 15 meses, deambulación 18 meses, lenguaje normal para su edad. Inicia sintomatología a los 18 meses con caídas frecuentes, septiembre 2022 presenta crisis tónico clónicas generalizadas llegando a desarrollar estados epilépticos de difícil control, para junio 2023 presenta síndrome regresivo, valoración oftalmológica con fondo de ojo normal, actualmente paciente de custodia, no tiene seguimiento visual, cuadriparesia espástica, movimientos involuntarios, electroencefalograma ritmo lento, bajo voltaje para la edad, resonancia de cerebro con múltiples lesiones hiperintensas en sustancia blanca, disminución de volumen cortico subcortical importante. Se realiza panel genético reportando variante homocigota del gen *KCTD7* confirmando diagnóstico de Lipofuscinosis Neuronal Ceroidea tipo 14. Libre de crisis clínicas desde 12/24, en tratamiento con tres fármacos anti crisis, levetiracetam, topiramato y ácido valproico.

**Conclusiones/Recomendaciones:** un diagnóstico oportuno marca la diferencia en calidad de vida, tratamiento específico y asesoramiento genético a la familia.

**62TL HIPOGLUCEMIA NEONATAL SEVERA Y PERSISTENTE, E ICTERICIA COMO MANIFESTACIONES INICIALES DE PANHIPOPITUITARISMO CONGÉNITO:** Gabriela Guardado<sup>1</sup>, Eugenia Araujo<sup>1</sup>, Paola Bonilla<sup>2</sup>, Ingrid Kattan<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario C. Rivas, Servicio de Endocrinología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El panhipopituitarismo congénito es una deficiencia de una o más hormonas hipofisarias, con una incidencia de 1 en 4,000 a 1 en 10,000 nacidos vivos. Puede manifestarse con hipoglucemia severa, ictericia prolongada y dismorfias faciales o genitales. **Descripción de casos:** Se presentan dos recién nacidos con hipoglucemia persistente e ictericia neonatal prolongada. Caso 1: Recién nacido masculino, con micropene y testículos retráctiles. A las 8 horas presentó hipoglucemia sintomática (6.2 mg/dL) e ictericia (BT: 10 mg/dL). Se documentaron niveles bajos de GH (2.4 ng/mL), cortisol (1.2 µg/dL) e hipotiroidismo central. Se diagnosticó panhipopituitarismo congénito e inició terapia de reemplazo hormonal y esteroides. Caso 2: Recién nacida femenina con sepsis neonatal tardía, ictericia y episodios recurrentes de hipoglucemia (mínima 34 mg/dL). Requirió infusión de dextrosa hasta 11 mg/kg/día e hidrocortisona. Se diagnosticó hipotiroidismo central (TSH: 0.1656 µIU/ml, T4 libre: 0.71 ng/dL) y panhipopituitarismo congénito con cortisol matutino de 6.52. Inició terapia de reemplazo hormonal. **Conclusiones / Recomendaciones:** El panhipopituitarismo congénito es una causa rara pero tratable de hipoglucemia neonatal severa e ictericia prolongada. Su diagnóstico temprano es clave para evitar daños neurológicos y metabólicos. Se recomienda evaluar perfiles hormonales en neonatos con estas manifestaciones y manejo multidisciplinario con endocrinología, neurología y pediatría para optimizar el desarrollo del paciente.

**63TL INSUFICIENCIA HEPÁTICA ASOCIADO A DENGUE EN LACTANTE:** Luis Fernando Bardales Diaz del Valle<sup>1</sup>, Edwin Mauricio Cantillano<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Intensivos Pediátricos; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La insuficiencia hepática asociada al dengue en lactantes es una condición rara pero clínicamente relevante, debido a la inmadurez del sistema inmune y la respuesta inflamatoria exacerbada. Su patogénesis involucra daño hepático directo por el virus y una respuesta inmune desregulada. Los síntomas incluyen ictericia, hepatomegalia y encefalopatía en casos graves. El diagnóstico se basa en serología para dengue y pruebas de función hepática. El tratamiento es principalmente de soporte, incluyendo manejo de la deshidratación y monitorización de funciones hepáticas y renales. **Descripción del**

**caso:** Paciente con antecedente de prematuro de 28 semanas que presentó ictericia neonatal y sepsis, cuadro febril a los dos meses de vida, acompañado de evacuaciones diarreas con estrías sanguinolentas. Fue ingresado por deshidratación severa y bicitopenia, con sospecha inicial de dengue grave, hepatitis reactiva y trombocitopenia severa. Ingresó a cuidados intensivos pediátricos en estado de choque distributivo y acidosis metabólica. Los estudios confirmaron dengue con falla hepática e hipoglicemia refractaria, requiriendo manejo especializado con inmunoglobulina intravenosa y antibióticos de amplio espectro. Los hallazgos por imágenes mostraron hepatomegalia, ascitis, alteraciones en la vía biliar y flujo hepatofugal, sugiriendo hipertensión portal. Se descartó infección por citomegalovirus y se instauró un tratamiento de soporte, logrando la resolución de la ictericia y una evolución favorable del paciente. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El pronóstico depende de la severidad de la insuficiencia hepática y la rapidez del tratamiento. En la literatura, se han reportado casos con evolución favorable sin necesidad de trasplante hepático. La detección temprana y un manejo adecuado son claves para mejorar los resultados en lactantes con esta complicación.

**64TL DENGUE NEONATAL.** Karina Isabel Calderon Peña<sup>1</sup>, Marissa Anariba<sup>2</sup>, Isaira Sánchez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Leonardo Martínez Valenzuela, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Neonatología; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El dengue puede transmitirse al recién nacido por dos vías, de forma vertical o por contagio horizontal. La transmisión vertical es infrecuente reportando una incidencia menor al 0.3 %, este se transmite de una mujer que cursa dengue durante el embarazo en cualquiera de sus formas clínicas. El riesgo de dengue neonatal estará presente cuando la madre lo adquiera 7 días previos al parto. **Descripción del caso:** Recién nacida femenina, al momento del parto, la madre con infección respiratoria de una semana de evolución, referida a Hospital de tercer nivel por trombocitopenia. Nació vía vaginal, Apgar 8 y 9, a término de 38.5 semanas de gestación por Capurro. Desde su nacimiento requirió O2 nasal, el cual se mantuvo durante nueve días, a las 24 horas de vida PCR negativo, con hemograma Leucocitos 14.5, Hematocrito 51.1%, Plaquetas 125,000, a las 48 horas de vida hemograma con leucocitos 4.05, Hematocrito 51.8%, plaquetas en descenso 93,000, llegando hasta 15,000 plaquetas a su noveno día de vida. Antígeno Ns1 positivo, anticuerpos anti dengue negativo. Ultrasonido abdominal reportó escaso líquido libre a nivel perihepático derecho. Fue manejado con 2 dosis de inmunoglobulina intravenosa, y antibioticoterapia de primera línea. Mostro mejoría clínica y aumento en el conteo de plaquetas, siendo dado de alta a los 14 días de vida. **Conclusiones/Recomendaciones.** El dengue

en el período neonatal presenta una amplia gama de manifestaciones clínicas, desde asintomático, petequias, equimosis, sangrados de diferente entidad, fiebre, o shock. El recién nacido siempre debe ser considerado un paciente con riesgo potencial de complicaciones graves por lo que deberán ser observados estrechamente con realización de hemogramas seriados en los primeros días de vida.

**65TL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ VARIANTE AMAN (NEUROPATÍA AXONAL MOTORA AGUDA).** Marcia Gabriela Ramírez Fajardo<sup>1</sup>, Carlos Genaro García<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Nacional Mario C. Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno descrito como polineuropatía periférica inflamatoria aguda de inicio rápidamente progresivo y etiología generalmente autoinmunitaria, el subtipo AMAN representa una forma infrecuente de presentación en la infancia, descrita clásicamente con evolución tórpida, grave y secuelas frecuentes. **Descripción del caso:** Masculino de 7 años que ingresó con un día de evolución de dolor progresivo en muslos, evolucionando a debilidad muscular ascendente hasta tronco y extremidades superiores, con imposibilidad para deambular al día posterior. Dos semanas previas presentó cuadro gastroentérico agudo, autolimitado. Es evaluado por neurología con Glasgow 15, fuerza de 0/5 en todos los miembros, con arreflexia en miembros inferiores e hiporreflexia en miembros superiores, disminución del reflejo nauseoso, sin parálisis músculos de deglución, sin asimetría facial, clasificado en la Escala de Hughes V. Ingreso como sospecha clínica de Síndrome de Guillain Barre, tratado con Inmunoglobulina humana y pregabalina. Los estudios complementarios: velocidad de conducción nerviosa con hallazgos compatibles con polineuropatía motora, axonal de las 4 extremidades, AMAN (Acute Motor Axonal Neuropathy); punción lumbar: proteínas 65 mg/dL con disociación albumino citológica; eritrocitos, levaduras y bacterias: no se observaron; recuento absoluto de leucocitos/mm<sup>3</sup>: 0 células por campo, tinción de Gram, tinta china y BAAR: negativo; anticuerpo para campylobacter negativo. Ocho días posterior al ingreso presentó deterioro respiratorio y neurológico, se inicia tratamiento con Rituximab cada semana, a las dos semanas se recibieron los resultados de Anticuerpos Anti gangliósidos GM-1 Ab (IgG), GM-1 Ab (IgM) ambos positivos, lo que confirma el diagnóstico. Posterior al tratamiento se trasladó a sala de pediatría y se da alta con movilidad de tronco y contracción de cuádriceps femoral, sin oxígeno suplementario. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso cumple con criterios clínicos, laboratoriales y el antecedente de infección gastroentérica previa al evento de Síndrome de Guillain Barré variante AMAN, con evolución favorable.

**66TL CHAGAS CONGÉNITO.** Dilcia Paola Pagoaga<sup>1</sup>, Belkis Eunice Martínez<sup>2</sup>, Claudia Lorena Fuentes<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Regional de Occidente, Servicio de Cardiología Pediátrica; Santa Rosa de Copán, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Regional de Occidente, Santa Rosa de Copán, Servicio de Pediatría; Santa Rosa de Copán, Honduras.

**Introducción:** La enfermedad de chagas es una infección parasitaria causada por *Trypanosoma cruzi*. Sin embargo, una de sus formas de transmisión más preocupante es en la que el parásito se transmite de madre a hijo durante el embarazo. En el recién nacido se produce un cuadro clínico que va desde infecciones asintomáticas hasta manifestaciones graves, como prematuridad, bajo peso al nacer, insuficiencia cardíaca o incluso la muerte neonatal. **Descripción del caso:** Recién nacida de 15 días de vida al momento de su ingreso con historia de fiebre cuantificada 38°C de un día de evolución, presentando además, dificultad respiratoria Silverman Anderson de 5, frialdad distal y pobre succión. Se ingresa a cuidados intensivos neonatales requiriendo ventilación mecánica invasiva. Paciente con ingreso previo a su nacimiento egresado al 4 día de vida con diagnósticos de chagas Congénito y Comunicación Interventricular (3 y 2 mm) y estenosis aórtica ligera. La madre refiere que no le dio tratamiento en casa. Se inicia tratamiento al ingreso con benznidazol y se realiza ecocardiograma que reporta lesiones ya descritas, válvula aórtica engrosada, disfunción sistólica de ventrículo izquierdo, insuficiencia cardíaca congestiva. Se inicia tratamiento con furosemida, espirolactona y milrinone para miocarditis por Chagas, Hubo dos extubaciones fallidas, a los 5 días de ingresado se extubó con éxito. Se egresa con seguimiento en consulta externa. **Conclusiones/Recomendaciones:** El Chagas neonatal, resultado de la transmisión vertical de *Trypanosoma cruzi*, requiere diagnóstico y tratamiento tempranos para evitar complicaciones. La interrupción del tratamiento en las primeras semanas de vida puede comprometer su eficacia, resaltando la importancia del seguimiento médico estricto.

**67TL VARICELA NEONATAL.** Claudia Fuentes<sup>1</sup>, Eunice Martínez<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Regional de Occidente, Servicio de Pediatría; Santa Rosa de Copán, Honduras.

**Introducción:** El virus Varicela Zoster (VVZ), puede causar infección primaria (varicela), altamente contagiosa, con tasa de morbilidad alta en recién nacidos. Las complicaciones en el recién nacido dependen del momento de infección de la madre, en las primeras 18 semanas de gestación pueden ocurrir malformaciones en un 2%, en el tercer trimestre del embarazo puede ocurrir una varicela perinatal cuando la madre presenta lesiones 5 días antes del parto y 2 días después, con tasa de mortalidad del 20%. **Descripción del caso:** Recién nacida de 12 días de vida quien presenta lesiones en piel, vesícula-pápula-costra, la cual inicia en cara y posteriormente generalizado de 2 días de evolución, con antecedente materno de Varicela al momento de parto. Se ingresa a sala, donde

inicia con dificultad respiratoria Silverman Anderson de 5, requirió ventilación mecánica invasiva, se sospecha de neumonía secundaria a VVZ por infiltrados neumónicos en radiografía de tórax, se brinda manejo con aciclovir intravenoso a 60 mg/kg/día. Al segundo día presenta convulsiones, se sospechó de encefalitis por VVZ, no se logra realizar punción lumbar por lesiones en sitio de punción, se brinda manejo sintomático con fenobarbital, por su deterioro clínico se administra dosis de inmunoglobulina a 1 g/kg. Exámenes laboratoriales a su ingreso con Leucocitos 10,000 Neutrófilos 6,000 Hemoglobina 13.4 gr/dl HTO 40.6% plaquetas 325,000 PCR Negativo Hemocultivo No crecimiento. Posteriormente con leucopenia 3,000 Neutrófilos 1,500 Plaquetas 150,000, se inicia antibióticos con oxacilina y posteriormente vancomicina. Paciente permaneció en ventilación mecánica invasiva durante 6 días y luego se brindó alta médica. **Conclusiones/Recomendaciones:** La varicela neonatal debe sospecharse en recién nacidos con lesiones en piel y con antecedente materno de varicela, siendo la principal medida de prevención la vacunación y, al ser expuesto al VVZ, aplicación de inmunoglobulina específica de varicela.

**68TL HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS E INMUNOHISTOQUÍMICOS DE PLACENTAS EN PACIENTES EMBARAZADAS CON SARS-COV-2.** Daniela Martínez<sup>1</sup>, Mario Pinto<sup>2</sup>, Rubén Valladares<sup>3</sup>, Denise Morotti<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Hospital Leonardo Martínez; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Leonardo Martínez, Servicio de Ginecología; San Pedro Sula, Honduras; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Escuela, Servicio de Patología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>4</sup>SMeL-3 Anatomía Patológica, Patología y Genética; Italia.

**Introducción:** Se analiza los efectos del SARS-COV-2 en la placenta de mujeres embarazadas. El alcance de transmisión vertical es poco frecuente, pero hay casos documentados de posible transmisión intrauterina. **Objetivo:** Determinar los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos en placentas de embarazadas con COVID-19. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo con 30 embarazadas atendidas en la sala maternidad COVID del Hospital Leonardo Martínez Valenzuela (SPS, Honduras) entre enero y marzo del 2021. Se analizaron muestras de placentas (parto y cesárea) mediante estudios histopatológicos en Honduras e inmunohistoquímicos con RT-PCR en Italia. Se recopilaron datos clínicos y factores de riesgo de las pacientes. **Resultados:** Las pacientes tenían una media de edad de 23 años y 39 semanas de gestación. El 46.6% fue asintomática, el 32.3% presentó fiebre, el 23% hipertensión y el 17% Diabetes Mellitus. El 83% dio positivo a PCR para SARS-COV-2. Hallazgos placentarios: Vellitis (100%), corioamnionitis (57%), calcificación distrófica focal (40%), membranas congestivas (33%), congestión vascular (30%), subcorionitis (10%), aumento ganglios sincitiales (13%) Hipoplasia y rarefacción de vellosidades (6%), fibrina intervellosa y perivellosa (6%), hematoma intraparenquimatosa (3%), extravasación hemorrágica intervellosa (3%). En el cordón umbilical, se encontró funisitis en un (43%). La RT-PCR no detectó ARN viral en ninguna muestra,

descartando transmisión vertical. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las placentas de mujeres con COVID-19 mostraron inflamación y alteraciones vasculares lo que podría afectar la salud fetal. No se encontró evidencia de transmisión vertical, sugiriendo que la placenta actúa como barrera protectora. Se recomienda un mayor seguimiento prenatal y estudios con más muestras para confirmar estos hallazgos.

**69TL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL EMBARAZO.** Ovidio Alberto Quesada Chávez. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Ginecología y Obstetricia; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica, caracterizada por períodos de actividad y remisión. Su prevalencia es de 20 casos por cada 100,000 habitantes, afectando principalmente a mujeres en edad fértil. Durante el embarazo, el LES incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad materna y fetal, asociándose con abortos espontáneos, preeclampsia y muerte fetal. Factores como nefritis lúpica, síndrome antifosfolípido y trombocitopenia contribuyen a estos resultados adversos. Se asocia con mayor incidencia de hipertensión, parto prematuro y complicaciones renales. Se recomienda la hidroxicloroquina por su seguridad y beneficios en la gestación, mientras que fármacos como metotrexato y ciclofosfamida deben suspenderse antes de la concepción. En caso de hipertensión y diabetes, es fundamental ajustar el tratamiento. **Descripción del caso:** Paciente de 37 años con LES diagnosticado en 2020, múltiples gestaciones y complicaciones obstétricas, incluyendo abortos y cesáreas previas. Durante su última gestación, presentó descompensación de la hipertensión y diabetes tipo 2. A las 23 semanas de gestación debutó con colecistitis y litiasis renal, siendo hospitalizada nuevamente en enero de 2025 por descompensación diabética. A pesar de los riesgos, su cesárea en marzo de 2025 fue exitosa, obteniendo un recién nacido sano. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las pacientes con LES deben recibir asesoramiento previo a la concepción y seguimiento multidisciplinario con especialistas en medicina materno-fetal, reumatología y nefrología. Un manejo integral puede mejorar los resultados maternos y fetales.

**70TL RESULTADOS DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA LESIONES DEL PLEXO BRAQUIAL.** Luis Fernando Acosta Nolasco<sup>1</sup>, Tomás Minueza<sup>1</sup>, Fraser Liversedge<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Fundación Ruth Paz; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** Las lesiones del plexo braquial son altamente discapacitantes, asociadas frecuentemente a traumatismos de alta energía, como accidentes de motocicleta. Ante esta necesidad, la Fundación Ruth Paz desarrolló un programa quirúrgico especializado, enfocado en transferencias nerviosas y tendinosas, acompañado de un protocolo de rehabilitación estructurado. **Objetivo:** Describir los resultados clínicos y funcionales obtenidos. **Materiales y Métodos:** Se revisaron

retrospectivamente 45 casos tratados entre 2023 y 2024. La mayoría fueron hombres (93%), con edad promedio de 32 años. Las principales causas fueron accidentes de motocicleta (70%), caídas (15%) y lesiones laborales (10%). La evaluación incluyó electromiografía y resonancia magnética con neurografía en el 90% de los pacientes. Se realizaron transferencias tendinosas en 35 casos (lesiones crónicas >12 meses) y nerviosas en 10 (lesiones recientes <6 meses). Todos siguieron un protocolo postoperatorio dividido en tres fases: movilización pasiva, estimulación activa y fortalecimiento. **Resultados:** El 85% de los pacientes mostraron mejoría funcional en el primer año. Las transferencias tendinosas evidenciaron mejoría a los 6 meses, mientras que las nerviosas alcanzaron su pico funcional entre los 9 y 12 meses. El 75% logró fuerza muscular  $\geq 3/5$  según la escala MRC. El dolor neuropático persistió en el 10%, controlado con gabapentina. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este programa demuestra ser una estrategia efectiva y viable en un entorno con recursos limitados. Se destaca la importancia del abordaje multidisciplinario y del seguimiento prolongado para optimizar los resultados funcionales.

**71TL SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR EN NEONATO.** Marjury Jackeline Acosta Lara<sup>1</sup>, Gamaliel Ferrufino<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario C. Rivas, Servicio de Neonatología; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de vena cava superior (SVCS) es un conjunto de signos y síntomas que resulta de la obstrucción del flujo venoso a través de la vena cava superior, es rara en pediatría, especialmente cuando es causado por trombosis. Existe un alto riesgo de obstrucción de las vías respiratorias que conduce a dificultad respiratoria. Puede deberse a trauma, infecciones, y complicaciones de catéter venoso central (CVC) pueden provocar trombosis. Se manifiesta con edema facial y de los miembros superiores, distensión de las venas del cuello y del tórax, dificultad respiratoria o sibilancias, tos, cianosis. Las pruebas diagnósticas incluyen el ultrasonido, útil para evaluar la trombosis. **Descripción del caso:** Prematuro de 32 semanas de gestación, con síndrome de distrés respiratorio y choque, acoplado a ventilación mecánica que requirió apoyo con aminas y cobertura antibiótica. Con mejoría clínica se retiran aminas y es extubado, acoplado a cpap, no toleró y se reinician aminas y acopla a ventilación mecánica, presentó dos paradas cardiacas. El ecocardiograma reportó comunicación interatrial de 4 mm a su ingreso. Se colocó CVC por venodisección yugular interna derecho. Por aumento de volumen, edema a nivel del tórax y cuello, eco que evidencia masa a nivel de cava, aurícula derecha sistema interatrial a nivel de la desembocadura vena cava superior, probable trombosis, servicio de vascular inicia anticoagulación, se escalona cobertura antibiótica. Sin presentar mejoría clínica y fallece. **Conclusiones/Recomendaciones:** La colocación de CVC en pediatría es una de las principales causas de SVCS y aparición de vegetaciones.

**72TL NEUROPATÍA ATÁXICA DESMIELINIZANTE EN PEDIATRÍA.** Eugenia Maria Araujo Garcia<sup>1</sup>, Carlos Genaro Garcia Carranza<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario C. Rivas, Servicio de Neurología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El síndrome anti-GQ1b, grupo de desórdenes autoinmunes que engloba condiciones como el síndrome de Miller Fisher, Guillain-Barré y encefalitis de Bickerstaff, todas con manifestaciones que incluyen oftalmoplejía, ataxia e hiporreflexia. En los últimos años, se ha avanzado en la investigación de neuropatías periféricas autoinmunes como Síndrome de Guillain Barre y Síndrome de Miller Fisher. Estudios posteriores sugirieron un continuo inmunológico común. Infecciones previas por *Campylobacter jejuni* o *Mycoplasma pneumoniae* pueden desencadenar la respuesta autoinmune mediante mimetismo molecular. Aunque clave en la patogenia, la función exacta de estos anticuerpos aún no se comprende completamente. **Descripción del caso:** Paciente de 2 años con ataxia progresiva de una semana, hasta imposibilitar la marcha, sin irritabilidad ni cambios encefálicos. Antecedente de infección respiratoria viral dos semanas previas. Examen neurológico con marcha atáxica, hiporreflexia, sin disimetría ni afectación de nervios craneales. Resonancia cerebral sin alteraciones estructurales. Punción lumbar con presión de apertura elevada de 28 cmH<sub>2</sub>O, disociación albumino-citológica con celularidad 0 por campo y proteínas 453 mg/dl. El estudio de velocidad de conducción nerviosa mostró datos electrofisiológicos de polineuropatía motora y sensitiva, posiblemente de tipo desmielinizante, demostrada por la presencia de afectación en velocidades motoras de nervios mediano y cubital izquierdos, ausencia de respuestas sensitivas en ambos miembros inferiores y respuestas tardías patológicas. Se diagnosticó neuropatía atáxica con base a la clínica y los hallazgos neurofisiológicos, y se inició tratamiento con inmunoglobulina intravenosa, con resolución completa de la ataxia al mes. Se enviaron anticuerpos anti-gangliósidos para completar el estudio los cuales reportaron resultado positivo. **Conclusiones/Recomendaciones:** Aunque la mayoría de los casos son autolimitados, algunos requieren soporte ventilatorio por compromiso de pares craneales bajos o disautonomía. Los estudios electrofisiológicos revelaron desmielinización y alteraciones de la transmisión neuromuscular. No hay un tratamiento específico validado, pero la inmunoglobulina intravenosa o la plasmaféresis han mostrado mejorar la evolución.

**73TL IMPLEMENTACIÓN DEL NEUROMONITOREO INTRAOPERATORIO EN HONDURAS, UTILIDAD Y VENTAJAS EN CIRUGÍAS DE COLUMNA.** Paola Marisol Flores Amaya<sup>1</sup>, Luis Javier Arita Santos<sup>1</sup>, Tomas Minueza<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Fundación Ruth Paz; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** Según la Scoliosis Research Society, el daño neurológico en cirugías de columna es del 1.6%, y la incidencia en cirugía de escoliosis es del 1.2%. Con el desarrollo

del neuromonitoreo intraoperatorio se observa el estado de las funciones neurológicas durante la cirugía en tiempo real, guiando al cirujano para minimizar riesgos de lesión medular. El neuromonitoreo intraoperatorio es una herramienta utilizada durante la cirugía de columna para recibir información del sistema nervioso en tiempo real del paciente, con potenciales evocados sensitivo-motores y electromiografía, colocando electrodos subdérmicos en el cuerpo del paciente, cabeza, músculos del tronco y extremidades superiores e inferiores, registrando señales mediante líneas basales que se irán comparando durante la cirugía para informar oportunamente al cirujano en caso de modificaciones, brindando mayor seguridad. **Objetivo:** Ante un cambio neurológico, el equipo es notificado al instante para poder responder rápidamente y minimizar el riesgo de daño operatorio, reduciendo el daño nervioso permanente. La neuromonitoreo intraoperatorio se puede usar también en cirugía tiroidea, tumores cerebrales, de cabeza y cuello. **Materiales y Métodos:** Se realizan 207 cirugías de escoliosis con neuromonitoreo intraoperatorio con equipo de neuromonitoreo Cadwell Industries, cuenta con 32 canales, potenciales evocados motores y somatosensoriales, electromiografía en tiempo real. **Resultados:** De las 207 cirugías de escoliosis, 205 no presentaron complicaciones postoperatorias, y solo 2 pacientes presentaron déficit neurológico transitorio. Un paciente fue cancelado, por presentar enfermedad desmielinizante Charcot-Marie-Tooth, sin obtener respuestas motoras para línea base, requiriendo cirugía en el extranjero para uso de resonancia con neuronavegación. **Conclusiones/Recomendaciones:** El uso de neuromonitoreo intraoperatorio durante la cirugía de escoliosis, ha reducido la lesión medular, demostrando el costo-efectividad para el paciente, ya que el valor real de la misma no excede al de las secuelas. No contamos con estudios previos en nuestro país para comparar la efectividad del uso de neuromonitoreo intraoperatorio.

**74TL PROPUESTA DE NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA (MIOTOMÍA BAV) PARA ALARGAMIENTOS MUSCULARES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES.** José Bonifacio Avilés Irias<sup>1</sup>, Andrea Giovanna Rodas Rojas<sup>1</sup>, Luis José Girón Valladares<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Centro Hondureño de Deformidades Óseas; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El tratamiento del acortamiento de la masa muscular espástica en niños con parálisis cerebral comienza desde el nacimiento, siendo más prevalente a los 2 años, cuando la espasticidad aumenta y surgen deformidades osteoarticulares. Las opciones terapéuticas incluyen terapia física temprana, toxina botulínica tipo A y procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos en las primeras etapas. En casos avanzados, se recurren a cirugías como alargamientos en Z o aponeuróticos tipo Strayer. **Descripción de la experiencia:** Sin embargo, estas técnicas requieren anestesia general o sedación, lo que representa un problema para pacientes con bajo peso o complicaciones médicas. Además, los costos de una cirugía en sala de operaciones pueden ser elevados. Para solucionar esto,

se ha desarrollado una técnica quirúrgica de bajo costo que se realiza en consulta externa con anestesia local. Consiste en un alargamiento percutáneo aponeurótico (miotomías) de la masa muscular espástica, reduciendo la espasticidad y recuperando la longitud muscular. Esto mejora el patrón de marcha y la calidad de vida del paciente. Esta técnica permite una recuperación rápida sin necesidad de inmovilización, con inicio inmediato de la terapia física y mínimo dolor. Se utiliza una aguja número 18 que actúa como microbisturí para realizar cortes aponeuróticos sin incisiones visibles. Posteriormente, se alarga la extremidad de forma activa y se inicia la rehabilitación.

**Lecciones aprendidas:** Desde enero de 2023, en el Centro Hondureño de Deformidades Óseas se han realizado aproximadamente 40 casos con esta técnica. Los controles clínicos y videoanálisis de marcha han demostrado la efectividad del procedimiento, evidenciando la corrección de deformidades y la mejora funcional de los pacientes.

**75TL ROTURA CARDÍACA ESPONTÁNEA. HALLAZGO DE AUTOPSIA FORENSE.** Dra. Ileana Paola Ramirez<sup>1</sup>, Marlon S. Lizama<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Medicina Legal y Forense; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** A nivel mundial, dentro del espectro de enfermedades cardíacas y posibles complicaciones, se encuentra el infarto agudo de miocardio (IAM) y su complicación mecánica: la rotura cardíaca, causando un grave deterioro hemodinámico con shock cardiogénico que produce la muerte. Esto ocurre en el 1% de los infartos agudos de miocardio y 0.2% entre los pacientes con tratamiento trombolítico, y es la causa directa de muerte del 4 al 24% de los fallecidos por IAM; teniendo 89% de letalidad. La zona más frecuente donde ocurre la rotura del músculo cardíaco es el septum interventricular. Presenta una incidencia máxima a los 70 años de edad, con mayor frecuencia en mujeres que en hombres; esto por la pérdida en estas edades de estrógenos, que constituye un factor protector. En estos casos de muertes súbitas, una autopsia médico legal es requerida para establecer la causa de muerte, que en su mayoría están asociadas a las de origen cardíaco. La rotura cardíaca resulta un hallazgo incidental forense y poco frecuente. **Descripción de casos.** Caso 1. Masculino de 78 años, con historia de dolor precordial súbito irradiado a miembro superior izquierdo, mareos y sudoración. Hallazgos de autopsia: rotura cardíaca, aterosclerosis coronaria calcificada, hipertrofia cardíaca, cardiopatía isquémica con infarto del miocardio roto, hemopericardio, taponamiento cardíaco, congestión visceral generalizada. Caso 2. Masculino de 29 años, que sufre un accidente automovilístico. Hallazgo de autopsia: área hemorrágica en el miocardio indicativo de IAM, rotura de aurícula derecha, hemo pericardio y taponamiento cardíaco. **Conclusiones/Recomendaciones:** Si bien las enfermedades coronarias son la principal causa de debilitamiento del tejido cardíaco y posterior rotura del miocardio, también se puede dar tras sufrir un evento traumático, lo cual hace pensar que un factor genético/físico debe estar involucrado, afectando las fibras musculares. Estos

casos sirven para mejorar las estrategias de promoción de vidas saludables y prevención de enfermedades cardíacas.

**76TL HERNIA VENTRAL GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.** Elvia María Soriano Cerna<sup>1</sup>, Frederick Contreras Medina<sup>2</sup>, Ana María Ordoñez Gómez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital General San Felipe, Servicio de Cirugía General y Laparoscópica; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Hospital General San Felipe; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** Las hernias incisionales representan una complicación frecuente de las laparotomías, y su manejo quirúrgico es un reto. Las hernias ventrales gigantes, aquellas con defectos mayores de 10 cm, requieren un abordaje multidisciplinario. La incidencia exacta en Honduras no está bien documentada, lo que subraya la relevancia de este caso. La técnica de Rives-Stoppa con hemi-TAR y el uso de mallas en posición retromuscular han demostrado reducir la recurrencia y mejorar la funcionalidad de la pared abdominal. **Descripción del Caso:** Paciente masculino de 53 años con antecedente de laparotomía exploratoria por trauma penetrante y colecistectomía abierta, quien desarrolló una hernia incisional gigante. El paciente presentaba una masa abdominal irreductible de 21 x 15 cm, sin signos de estrangulación. La evaluación tomográfica confirmó el defecto herniario de 18 x 17 cm. Se instauró un protocolo de pre-habilitación con neumoperitoneo progresivo durante 13 días, logrando la adecuada preparación de la pared abdominal. Se realizó una plastia con la técnica de Rives-Stoppa y hemi-TAR izquierdo, con cierre de la pared abdominal por planos y colocación de malla de polipropileno en posición retromuscular. El paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones postoperatorias inmediatas y con adecuada recuperación funcional. **Conclusiones/Recomendaciones:** El tratamiento de las hernias ventrales gigantes debe incluir un enfoque preoperatorio que optimice las condiciones anatómicas del paciente. La combinación de toxina botulínica tipo A y neumoperitoneo progresivo facilita el cierre fascial sin tensión, mejorando los resultados postoperatorios. Es fundamental la implementación de protocolos estandarizados y registros clínicos en Honduras para fortalecer la atención de estos pacientes.

**77TL INFECCIÓN INTERCURRENTE DE ENFERMEDAD DE CROHN Y TUBERCULOSIS DISEMINADA.** Dulce Alejandra Henríquez<sup>1</sup>, Jose Orlando Maldonado<sup>2</sup>, Mario Velásquez<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio crónico transmural que involucra cualquier parte del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta el ano, la mayoría de las veces se localiza en el íleon, el ciego y el colon, la incidencia es de 6 casos por cada 100.000 habitantes al año. La tuberculosis diseminada se define como la presencia de dos o más sitios no contiguos, resultantes de la diseminación hematogena de *Mycobacterium tuberculosis* es poco frecuente,

de todos los casos de tuberculosis, solo entre el 1 y 2 % son del tipo diseminada. **Descripción del Caso:** Paciente masculino de 24 años, con diarrea crónica y dolor abdominal cólico intermitente durante 12 meses, con significativa pérdida ponderal. En los últimos dos meses agregó tos húmeda persistente y fiebre recurrente. Tomografía torácica con infiltrados pulmonares con patrón en árbol en brote compatibles con tuberculosis pulmonar. Tomografía abdominal con líquido libre en cavidad y absceso en fosa iliaca derecha. Marcadores inmunológicos con anticuerpos IGG anti-Saccharomyces (ASCA) positivos; anticuerpos P-ANCA negativos. Colonoscopia muestra mucosa del íleon terminal ulcerada, polipoidea y friable. Biopsia intestinal reporta inflamación crónica transmural extensa con granulomas no caseificantes, sugiriendo enfermedad de Crohn, pero sin descartar tuberculosis intestinal. Gene Xpert positivo para *Mycobacterium tuberculosis* en esputo, biopsia intestinal y líquido peritoneal. Se inició tratamiento antifímico, con mejoría parcial solo en síntomas respiratorios. Los síntomas gastrointestinales persistieron, confirmando la enfermedad de Crohn. Dentro de las complicaciones que tuvo, uno fue el absceso y otro fue la perforación intestinal, la cual presentó después de la colonoscopia, por lo que fue intervenido quirúrgicamente. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es esencial considerar tuberculosis intestinal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en regiones endémicas, apoyándose en estudios microbiológicos específicos para un diagnóstico oportuno y preciso.

**78TL TAPONAMIENTO CARDIACO SECUNDARIO A HERIDA POR ARMA BLANCA DESAPERCIBIDA: HALLAZGO DE AUTOPSIA.** Jairo Noé Álvarez<sup>1</sup>, Fausto Gerardo Flores<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Medicina Legal y Forense; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Dirección de Medicina Forense; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** Las heridas por arma blanca pueden ser causadas por una gran variedad de instrumentos que ejercen su efecto lesivo según su filo o punta, algunas pueden pasar desapercibidas y causar la muerte. **Descripción del caso:** Se trata de masculino de 28 años, con antecedente de alcoholismo y consumo de drogas, con historia de sufrir agresión física dos días previos, con dolor precordial, por lo que fue llevado a centro asistencial, recibido en mal estado general, y en una segunda evaluación frío, pálido, con cianosis ungueal y peribucal, sin signos vitales. En la autopsia, al examen externo encontramos múltiples excoriaciones en hombro y rodilla derecha, una herida con tejido de granulación en región ciliar izquierda. En región pectoral izquierda se encontró una lesión puntiforme que inicialmente pasó desapercibida. Examen interno: observamos incrustado en esternón un objeto cilíndrico con punta agudizada, que produjo laceración cardiaca en ventrículo derecho y perforación en septum, rodeada de múltiples lesiones puntiformes debidas a la reinscripción del objeto por el latido

cardiaco, y hemopericardio, resultando como causa final de muerte taponamiento cardiaco secundario a herida producida por arma blanca. Los demás órganos no presentaron alteraciones importantes, excepto congestión visceral generalizada. Son raros los casos reportados sobre heridas cardíacas provocadas por agujas o cuerpos extraños, este en particular, fue abordado inicialmente como síntomas cardíacos de origen metabólico, con un desafortunado desenlace. **Conclusiones/Recomendaciones:** Conocer este tipo casos ayuda a comprender los múltiples instrumentos que pueden causar una herida por arma blanca y la gran variedad de características clínicas, desde ser evidentes hasta pasar desapercibidas. Resaltamos la importancia de conocer estos casos atípicos para ampliar la visión de los médicos tratantes y modificar su curso terapéutico.

**79TL SANGRADO DIGESTIVO OCULTO: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y RESERCIÓN DE LINFOMA NO HODGKIN EN INTESTINO DELGADO.** Sayda Melissa Mejía Suárez<sup>1</sup>, Rodrigo Vaquero<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El Sangrado de Origen Oculto se define como sangrado persistente o recurrente con resultados negativos en las evaluaciones endoscópicas gastrointestinales superiores e inferiores. El sangrado digestivo causa el 2% de las hospitalizaciones a nivel mundial. Según su nivel de complejidad puede causar diversos tipos de condiciones tanto a nivel agudo como crónico, y presentar múltiples complicaciones en el cuerpo humano, no solo gastrointestinales. Las estrategias para poder abordar las diferentes complicaciones y la sintomatología del sangrado digestivo que se presentan de manera más discreta u oculta, que no se logra determinar el origen de donde provienen, son más vitales de lo que se logran solventar en tiempo y forma con una endoscopia o colonoscopia. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 48 años, que acude al servicio de medicina interna por dos años de sangrado digestivo bajo, hasta el momento de origen desconocido. Ingresó nuevamente con historia de melena y dolor abdominal, el ultrasonido abdominal reporta masa intestinal de crecimiento exofítico con adenopatías de características malignas, adyacentes a epigastrio y flanco derecho. Evaluado por Servicio de cirugía oncológica. Estudio de imagen evidencia la presencia de tumor de intestino delgado con adenopatías regionales. Se interviene con abordaje laparoscópico por los servicios de cirugía general y cirugía oncológica. Patología reporta Linfoma no Hodgkin con características plasmocitoides. **Conclusiones/Recomendaciones:** No hay un manejo único establecido para el sangrado de origen oculto, el abordaje multidisciplinario debería ser el camino. Realizar estudios de imagen pertinentes para el diagnóstico oportuno de esta patología, abordaje multidisciplinario y utilizar guías internacionales de manejo para esta enfermedad.

**80TL SÍNDROME DE MAY-THURNER CON MANEJO ENDOVASCULAR.** Cindy Williams<sup>1</sup>, Diego Rojas<sup>2</sup>, María Soto<sup>2</sup>, Juan Argueta<sup>3</sup>, José Chavarría<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Hospital Mario C. Rivas; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario C. Rivas, Servicio de Cirugía vascular; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Mario C. Rivas, Departamento de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. <sup>4</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de May-Thurner es una condición vascular subdiagnosticada, caracterizada por la compresión de la vena ilíaca común izquierda por la arteria ilíaca derecha. Predispone a insuficiencia venosa crónica, estenosis, y trombosis venosa profunda (TVP). Afecta principalmente a mujeres jóvenes, aunque su prevalencia global es variable: el 32% de la población presenta la variante anatómica y se estima que este síndrome es responsable de aproximadamente el 5 % de todos los casos de TVP. En Honduras, no existen datos epidemiológicos. **Descripción del caso:** Mujer de 66 años, sin antecedentes de TVP o cirugía pélvica, consultó por dolor vulvar izquierdo, edema y pesadez en la extremidad inferior ipsilateral exacerbados por bipedestación prolongada. Presentaba varices vulvares e inguinales. El ultrasonido reveló venas dilatadas e insuficiencia venosa en el circuito vulvar. La flebografía confirmó compresión de la vena ilíaca común izquierda, por la arteria ilíaca derecha, con dilatación de venas tibiales y femoral superficial izquierda. Se realizó angioplastia transluminal percutánea con colocación de stent venoso autoexpandible, logrando restablecer el flujo venoso normal y aliviar los síntomas relacionados a la congestión pélvica. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este síndrome requiere un alto índice de sospecha clínica, especialmente en pacientes con síntomas de congestión pélvica o edema unilateral. El diagnóstico temprano mediante estudios de imagen y el tratamiento endovascular (angioplastia con stent) son clave para prevenir complicaciones graves, como TVP o síndrome posttrombótico. Su abordaje oportuno mejora significativamente la calidad de vida, subrayando la importancia de la educación médica continua para su reconocimiento.

**81TL MANEJO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE LERICHE TIPO II. HOSPITAL MARIO C. RIVAS. HONDURAS.** José Chavarría<sup>1</sup>, Juan Argueta<sup>2</sup>, Diego Rojas<sup>2</sup>, Faviola Calix<sup>3</sup> Cindy Williams<sup>4</sup>, Kinto Ham<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Cirugía General; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup> Hospital Mario C. Rivas, Servicio de Cirugía Vascular; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Mario C. Rivas, Epidemiología; San Pedro Sula, Honduras. <sup>4</sup>Hospital Mario C. Rivas; San Pedro Sula, Honduras. <sup>5</sup>Hospital Mario C. Rivas, Internado Rotatorio, San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de Leriche o enfermedad oclusiva aortoiliaca (EOIA), producto de la aterosclerosis que provoca estenosis de aorta abdominal distal, arterias ilíacas y vasos femoropoplíteos en hombres mayores de 40-50 años, se clasifica de acuerdo a la localización anatómica de la placa ateromatosa:

Tipo I: limitado a aorta abdominal distal y arterias ilíacas comunes, Tipo II: como el anterior con extensión a arterias ilíacas externas, Tipo III: segmento aortoiliaco y vasos femoropoplíteos. La presentación es crónica con la tríada: claudicación intermitente gemelar, ausencia distal de pulsos y disfunción eréctil. La arteriografía tomográfica es el gold standard del diagnóstico, y el manejo va desde una endarterectomía aortoiliaca, bypass aortobifemoral, angioplastia con stent y bypass axila femoral anatómico o extra anatómico. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 62 años, diabético con mal control glicémico, ingreso con claudicación de un mes de evolución exacerbado con la actividad física leve que se atenúa con el reposo, acompañado de cianosis y frialdad distal, parestesias desde glúteos hasta pies e impotencia sexual, Hg: 11.6 g/dl, leucocitos: 11.58 x10<sup>3</sup>/UL, neutrófilos: 6.85 x10<sup>3</sup>/UL, glucosa: 374 mg/dl, INR: 1.2 segundos, creatinina: 1.01 mg/dl, angiotomografía: oclusión total desde aorta infrarrenal hasta las arterias ilíacas comunes y arterias ilíacas externas bilaterales. Se realizó bypass extra anatómico axila bi-femoral con injerto de politetrafluoroetileno (PTFE) de 6 mm de diámetro anillado, sin complicaciones y con buena evolución post quirúrgica. **Conclusiones/Recomendaciones:** La incidencia y prevalencia es difícil de determinar ya que la mayoría de las personas cursa de forma asintomático por las redes vasculares colaterales, el manejo debe individualizarse en cada paciente, desde un tratamiento médico hasta un procedimiento quirúrgico, y la supervivencia está condicionada por el buen control de los factores de riesgo cardiovascular y la permeabilidad a largo plazo de la revascularización realizada abierta o endovascular.

**82TL SÍNDROME BUDD-CHIARI.** Génesis Sarahí Chávez Paredes<sup>1</sup>, Juan Antonio Mejía Godoy<sup>1</sup>, Cinthia Gabriela Madrid García<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de Budd-Chiari es una condición poco frecuente que se caracteriza por la obstrucción del drenaje venoso hepático, lo que conduce a una congestión del hígado y a una disfunción progresiva del órgano. Esta patología puede ser de origen primario, cuando se produce una trombosis intrínseca en las venas hepáticas, o secundaria, debido a la compresión o invasión de estas venas por procesos externos como tumores. **Descripción del caso:** Paciente de 18 años de edad, sin antecedentes personales patológicos, con historia de dolor abdominal de dos años de evolución, en los 4 cuadrantes, intensidad 3/10, tipo cólico, atenuado con analgésicos, se exacerbó con múltiples episodios de hematemesis de 50-100 ml por episodio, con presencia de coágulos. Al examen físico: P/A inaudible, FC 101 lpm, FR 21 rpm, SatO<sub>2</sub> 98%, FiO<sub>2</sub> 21%. Glasgow 15, cardiopulmonar sin alteración, abdomen distendido, con circulación colateral, onda ascítica positiva, blando, depresible, doloroso a la palpación, con hepatomegalia 8 cm por debajo del reborde costal, esplenomegalia 6 cm por debajo del reborde costal, extremidades normales. Endoscopia digestiva alta se observó varices esofágicas. Se realizó ligaduras hemostáticas.

En Tomografía de abdomen se observó trombosis de venas hepáticas, hepatopatía crónica, y shunt porto-sistémico. Se realizó transfusiones de glóbulos rojos empacados, se inició manejo para hepatopatía crónica, y se egresó con plan de seguimiento por consulta externa. **Conclusión/Recomendación:** La identificación temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para mejorar el pronóstico, ya que la evolución del

síndrome de Budd-Chiari depende en gran medida de la rapidez en la intervención terapéutica. En cuanto al manejo terapéutico, este varía desde estrategias médicas con anticoagulación y, en algunos casos, la trombolisis, hasta intervenciones más invasivas, tales como la derivación portosistémica intrahepática (TIPS) o el trasplante hepático.

## RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES (TL) PRESENTACIÓN MODALIDAD PÓSTER

**83TL ENFERMEDAD DE MOYAMOYA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO GLOBAL.** Flory F. Calix<sup>1</sup>, Carlos A. Gómez<sup>2</sup>, Juan F. Paz<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>I-Shou University. <sup>3</sup>Universidad Francisco Marroquín, Servicio de Radiología; Guatemala.

**Introducción:** La enfermedad de Moyamoya es un trastorno cerebrovascular raro caracterizado por la estenosis progresiva de las arterias del círculo de Willis, particularmente en las arterias carótidas internas, generando una red colateral de vasos pequeños y frágiles. Esta red colateral da lugar a la apariencia angiográfica característica de “nube de humo”. La enfermedad es de distribución bimodal, afecta a niños en la primera década de vida y a adultos entre la quinta y sexta. Prevalence mayormente en poblaciones asiáticas, con relación de casi 2:1 entre mujeres y hombres. **Descripción del caso:** Masculino, 11 años, sin antecedentes personales patológicos, presenta cefalea súbita, holocraneana, sin irradiación, sin exacerbantes, carácter pulsátil, 10/10 en intensidad. Un mes de evolución de episodios recurrentes de cefaleas, atenuadas con paracetamol y reposo. Al examen físico, presentó parálisis facial central izquierda y disartria. Tomografía cerebral simple reportó evento cerebrovascular isquémico de la arteria cerebral media. Se realizó ultrasonido Doppler carotídeo, perfil lipídico, frotis de sangre periférica, electrocardiograma y angioresonancia cerebral que reportaba estenosis crítica de la arteria carótida interna derecha. La angiografía cerebral confirmó diagnóstico de enfermedad de Moyamoya El objetivo terapéutico es prevenir los accidentes cerebrovasculares utilizando anticoagulantes y en ocasiones cirugía El paciente fue dado de alta con ácido acetilsalicílico y terapia física y de rehabilitación. **Conclusiones/Recomendaciones:** La enfermedad de Moyamoya no es una patología común en América. Debe sospecharse en pacientes pediátrico, adolescente o adulto joven que presente signos clínicos de ictus. El diagnóstico podría retrasarse por el alto costo de estudios de imagen en países en desarrollo. Es necesario la disponibilidad de las herramientas necesarias para el diagnóstico de dicha enfermedad en el sector público, realizar campañas de concientización para el personal médico sobre la presentación clínica de dicha enfermedad en Pediatría.

**84TL CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, EPIDEMIOLÓGICA E HISTOPATOLÓGICA DE PACIENTES OPERADOS DE TUMORES CEREBRALES INFRATENTORIALES.** Yorriel Castellanos Bertot<sup>1</sup>, Angel Ricardo Hernández Galindo<sup>1</sup>, Yasmany Fornaris Cedeño<sup>2</sup>, Francisco Felix Goyenechea Gutierrez<sup>2</sup>, Nishme Andrea Soad Castro Daccaret<sup>1</sup>, Joshua Gabriel Padilla Huevo<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Instituto de Neurología y Neurocirugía, Posgrado de Neurocirugía; La Habana, Cuba. <sup>2</sup>Instituto de Neurología y Neurocirugía, Servicio de Neurocirugía; La Habana, Cuba.

**Introducción:** Los tumores cerebrales infratentoriales representan el 15 a 20% de los tumores del sistema nervioso central, basado en su localización anatómica su semiología ayuda en el diagnóstico clínico, aunque prevalece el criterio histopatológico para la conducta terapéutica. **Objetivo:** Analizar las características clínico-epidemiológicas de pacientes operados de tumores cerebrales infratentoriales. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en pacientes adultos operados de tumores cerebrales infratentoriales en el Instituto de Neurología y Neurocirugía, La Habana, Cuba; en el periodo de 2016 a 2024. Se tomó una muestra aleatoria simple de 80 pacientes. Se utilizó en chi-cuadrado para medir el grado de asociación entre las variables. **Resultados:** Predominaron los pacientes mayores de 60 años con 23/80 (28.8 %) femenino con 52/80 (65 %) pacientes. Los síntomas que más usuales fueron la hipoacusia en 40/80 (50 %) y parálisis facial en 25/80 (32.3 %) pacientes. Destacaron los diagnósticos histopatológicos de schwannoma vestibular en 30/80 (37.5 %), hemangioblastoma en 9/80 (11.3 %), colesteatoma y meningioma en 8/80 (10 %), astrocitoma pilocítico en 5/80 (6.3 %) y meduloblastoma en 4/80 (5 %) pacientes. El abordaje que mayormente se empleó fue el retrosigmoido en 34/80 (40 %) pacientes. El grado de resección tumoral fue total en 37/80 (46.3 %) pacientes. La complicación más frecuente fue la hidrocefalia aguda, en 13/80 (16.2 %) pacientes. El índice de Karnofsky prequirúrgico en 51/80 (63.8 %) pacientes presentó valores al entre 80 y 100 puntos, esto se asoció a un índice de Karnofsky postquirúrgico alto ( $X^2=15,5$   $p=0,00$ ). **Conclusiones/Recomendaciones:** La enfermedad se presentó en pacientes ancianos, mayormente del género femenino, con schwannoma vestibular como diagnóstico histológico fundamental. A pesar de los tumores

cerebrales infratentoriales son vistos usualmente en pacientes pediátricos es fundamental su diagnóstico y tratamiento de acuerdo con el cuadro clínico y el resultado histopatológico en el paciente adulto.

**85TL PERFIL CLÍNICO-PATOLÓGICO DE PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE GLIOMA INTRACRANEAL DE BAJO GRADO.** Yorkiel Castellanos Bertot<sup>1</sup>, Angel Ricardo Hernández Galindo<sup>1</sup>, Francisco Felix Goyenechea Gutierrez<sup>2</sup>, Yasmany Fornaris Cedeño<sup>2</sup>, Nishme Andrea Soad Castro Daccarett<sup>1</sup>, Joshua Gabriel Padilla Huevo<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Instituto de Neurología y Neurocirugía, Posgrado de Neurocirugía; La Habana, Cuba. <sup>2</sup>Instituto de Neurología y Neurocirugía, Servicio de Neurocirugía; La Habana, Cuba.

**Introducción:** Los gliomas de bajo grado son tumores cerebrales primarios que afectan fundamentalmente a individuos adultos jóvenes y su diagnóstico ha aumentado en los últimos años. **Objetivo:** Analizar las características clínico-patológicas de los pacientes con el diagnóstico de glioma intracraneal de bajo grado. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el Instituto de Neurología y Neurocirugía, La Habana, Cuba entre 2012 y 2024. Se tomó una muestra aleatoria simple de 89 pacientes. **Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 34,7 años; 49/89 (55.1 %) fueron mujeres. La media del índice de Karnofsky preoperatorio fue de 80 puntos. En 67/89 (75.3 %) pacientes hubo cefalea, hemiparesia 45/89 (50.6 %), convulsiones 35/89 (39.3 %) y vómitos en 28/89 (31.5 %) . En 21/89 (23.6 %) pacientes el tumor se localizó en fosa posterior, en el lóbulo frontal 20/89 (22.5 %), en los lóbulos temporales y parietales 16/89 (18.0 %) y en el lóbulo occipital e intraventricular 6/89 (6.7 %), de ellos 53/89 (59.6 %) pacientes tenían un astrocitoma difuso grado 2 NOS, astrocitoma pilocítico 25/89 (28.1 %), Xantastrocitoma pleomórfico 9/89 (10.1 %) y oligodendroglioma grado 2 NOS 8/89 (9.0 %). En 59/89 (66.3 %) pacientes se realizó resección macroscópica total, 24/89 (27 %) recibieron radioterapia. Fallecieron 7 pacientes con una media de supervivencia de 41 meses. La resección macroscópica se asoció con valores altos del índice de Karnofsky ( $X^2=15,1$   $p=0,00$ ). **Conclusiones/ Recomendaciones:** Los pacientes con glioma intracraneal de bajo grado fueron principalmente mujeres jóvenes, en los que se pudo realizar resección macroscópica total con pocas complicaciones. El conocimiento de las características clínicas de los pacientes así como el tipo de lesión glial presentada es un pilar importante para determinar las opciones terapéuticas de los enfermos, que condicionan su evolución posterior.

**86TL CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTES: REPORTE DE CASO.** Cynthia Gabriela Madrid García<sup>1</sup>, Genesis Sarahi Chávez Paredes<sup>1</sup>, Juan Antonio Mejía Godoy<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La criptococosis meníngea es una infección micótica infrecuente en pacientes inmunocompetentes. Se ha

reportado que el 10.1% de las meningitis son causadas por este hongo. Esta infección afecta principalmente dos sitios, el pulmón y el sistema nervioso central (SNC). Puede afectar otros órganos, como riñón, próstata y huesos. El SNC representa el sitio donde se genera el 50% de los casos debido al tropismo del hongo. **Descripción del caso:** Paciente de 55 años, presenta cefalea occipitofrontal de tres semanas de evolución, pulsátil, acompañado de vómitos intermitentes, de 5-7 episodios diarios, Examen físico con Glasgow de 15, papiledema, nistagmo horizontal, parálisis del sexto par bilateral. Ingresa como Síndrome de hipertensión endocraneana. Tomografía simple de cerebro reportada normal, Punción lumbar con presión de apertura de 32 cmH<sub>2</sub>O, cristal de roca, proteinorraquia de 218 mg/dl, hipoglucoorraquia de 15 mg/dl, pleocitosis predominio de monocitos tinta china negativa, VIH negativo. Continúa el deterioro clínico y se realiza resonancia magnética de cerebro reportándose trombosis del tercio distal del seno sagital superior y venas puente, seno transversal derecho, y adelgazamiento del seno recto, por lo que se reajusta dosis de anticoagulación. Un nuevo estudio de líquido cefalorraquídeo reportó tinta china positiva para criptococosis, y filmarray positivo para criptococosis, por lo que se le realizó un cultivo que resultó positivo a *Cryptococcus neoformans*. Se dio tratamiento con anfotericina B y fluconazol, observándose mejoría clínica. Inició rehabilitación por secuelas neurológicas con un Rankin 2. **Conclusiones/ Recomendaciones:** la infección por criptococosis es una afectación heterogénea que afecta varios sistemas del organismo, de diagnóstico difícil en pacientes inmunocompetentes y que puede ser mortal, sin embargo, su sitio de afectación favorito es sistema nervioso central, requiriendo diagnóstico definitivo mediante cultivo líquido cefalorraquídeo.

**87TL REVISIÓN SISTEMÁTICA DE COMPLICACIONES DE LOS DEFECTOS DEL SEPTO VENTRICULAR. MANEJO Y RESULTADOS.** Walter Jáuregui Alvarado<sup>1</sup>, Sharon Betsabé Avilés Pinto<sup>2</sup>, Andrea Amalia Corrales Silva<sup>2</sup>, Jaan Bladimir Valerio Corrales<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Gestión de Servicios de Salud; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El defecto del septo ventricular (DSV) es una de las cardiopatías congénitas más comunes, asociado a complicaciones graves como endocarditis infecciosa, síndrome de Eisenmenger y aneurismas. Esta revisión sistemática analiza las presentaciones clínicas, manejo y resultados de estas complicaciones. **Objetivo:** Sintetizar la evidencia reciente (2022-2024) sobre las complicaciones de los defectos del tabique ventricular, destacando su diversidad clínica y estrategias terapéuticas. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo. Se realizó una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA, utilizando PubMed, Google Scholar y BMJ Case Reports. Se incluyeron 23 artículos (22 reportes de casos y una serie de casos de 4 pacientes) que cumplieron criterios de inclusión y superaron la evaluación de calidad mediante la lista de verificación del Instituto Joanna Briggs. **Resultados:**

Se analizaron 26 pacientes (69% hombres, con un rango de edad 3 a 76 años). La endocarditis infecciosa fue la complicación más frecuente (53.8%,  $n=14$ ), siendo *Streptococcus* spp. y *Staphylococcus aureus* los patógenos predominantes. El síndrome de Eisenmenger se identificó en 6 casos, asociado a hipertensión pulmonar y manifestaciones multisistémicas. Los aneurismas (15.4%,  $n=4$ ) mostraron alta mortalidad sin intervención quirúrgica. El tratamiento combinó terapia médica (antibióticos, vasodilatadores) y quirúrgica (cierre del DSV, reparación valvular), observándose mejoría en la mayoría de los casos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Las complicaciones del DSV requieren de un enfoque y abordaje multidisciplinario. En endocarditis infecciosa, la terapia multimodal (antibióticos + cirugía) mejora los resultados, pero persisten desafíos en el acceso a tratamientos. La heterogeneidad de los casos subraya la necesidad de estudios prospectivos para estandarizar pautas terapéuticas, especialmente en regiones con acceso limitado a tratamientos.

**88TL SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE REPORTADO EN HONDURAS.** José Luis Ramírez. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Neurología; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (RCVS) es comprendido por la vasoconstricción segmentaria y multifocal de las arterias intracraneales. Se caracteriza por cefalea en trueno recurrente durante días a semanas, con un evento desencadenante que puede complicarse con eventos cerebrovasculares tanto isquémicos como hemorrágicos, así como edema cerebral. Su prevalencia es de 3 casos por millón de adultos, es más común en mujeres, 2.4:1, y en el postparto, es más comúnmente visto entre los 20-50 años, presentando desencadenantes hasta en el 25-60%. Se describe el primer caso reportado de esta entidad y se discuten las características clínicas para su subsecuente diagnóstico en la práctica diaria. **Descripción del caso:** Paciente Femenina de 46 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes e hipotiroidismo, sin exposición a anticonceptivos hormonales. Presenta cefalea en trueno, repetitiva, diaria por 5 días, desencadenado por el baño con agua fría. Fue manejada por médico privado con AINES intravenosos, gepantes, y opioides mayores sin mejoría completa, por lo que asistió al Hospital Escuela. Posterior a descartar hemorragia subaracnoidea y ante escala clínica de RCVS (Score for Reversible Cerebral Vasoconstriction) positiva (9pts) se decidió realizar Angioresonancia cerebral identificando vasoconstricción segmentaria de arteria cerebral media derecha, así como arrosamiento de la arteria cerebral media izquierda. La paciente fue tratada por tres meses con duloxetina 60 mg/d y con nimodipina 60 mg/4h, presentando resolución completa de la cefalea sin complicaciones asociadas. Se realizó estudio de Angioresonancia control a los 6 meses evidenciando ausencia de vasoconstricción. **Conclusiones/Recomendaciones.** La importancia de identificar y tratar esta condición yace en la oportunidad de prevenir complicaciones potencialmente mortales.

**89TL CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON VIH EN EL SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL NACIONAL "DR. MARIO C. RIVAS" EN EL 2024.** Karen Erazo. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Servicio de Atención Integral, Hospital Nacional Mario Catarino Rivas; Cortés, Honduras.

**Introducción:** El servicio de atención integral (SAI) del Hospital Nacional "Dr. Mario Catarino Rivas" (HNMCR) aperturado en el 2002, ofrece atención integral al adulto y niño con VIH. Actualmente atiende la cohorte más grande de pacientes con VIH a nivel nacional, realizando pruebas de VIH, ofreciendo tratamiento antirretroviral (TAR) y de infecciones oportunistas, así como profilaxis de las mismas y realizando controles laboratoriales. **Objetivo:** Caracterizar la atención integral de pacientes con VIH del SAI/HNMCR durante el 2024. **Materiales y Métodos:** Investigación cuantitativa descriptiva, retrospectiva, que incluyó 2181 pacientes en TAR atendidos en el HNMCR en el 2024. Los datos se obtuvieron del informe de cohorte e indicadores elaborados mensualmente. **Resultados:** A diciembre del 2024 se registraron 2181 pacientes en TAR, 44 menores de 15 años, 55% masculinos, 25% entre 50-59 años, 14% tercera edad, 32% correspondían a hombres teniendo sexo con hombres. Se realizaron 166 diagnósticos nuevos, 83% vinculados y en TAR, recibiendo profilaxis con isoniazida el 49%. De los inicios de TAR en el 2024, el 2% fueron menores de 15 años, 45% con inmunosupresión severa, 100% iniciaron en primera línea de TAR, el 4% coinfectado VIH/TB. El 100% de la cohorte fue tamizada para TB resultando positivo el 1%. La cobertura en realización de carga viral durante ese año fue del 92%, con un 96% de supresión viral y 81% con CD4 mayor de 200 células. El 69% de la cohorte se tamizó para sífilis, resultando positivo el 8%. Al 49% de las mujeres mayores de 15 años activas sexualmente se realizó citología, resultando con cáncer de cérvix el 2%. El servicio de consejería intensificada en adherencia fue recibido por 134 pacientes, concluyendo el 78% y logrando el 82% la supresión viral. **Conclusiones/Recomendaciones:** Es fundamental contar con todos los recursos necesarios para ofrecer una atención integral oportuna y de calidad a los pacientes con VIH que acuden a los diferentes SAI del país.

**90TL INFECCIÓN POR CÁNDIDA NO ALBICANS EN PACIENTE DEBUTANTE CON ESPECTRO DE NEUROMIELITIS ÓPTICA.** Gabriel Isaías Rodríguez Lagos<sup>1</sup>, Maureen Elizabeth Tróchez Soto<sup>2</sup>, María Fernanda Estrada Cerrato<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Departamento de Medicina Interna, Postgrado de Neurología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Internado Rotatorio; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** Las infecciones por levaduras del género *Candida no albicans* se han asociado a factores de riesgo variables que corresponden a procesos oportunistas como uso de antibióticos de amplio espectro (49%), dispositivo intravascular (42%), sonda vesical (38%) y nutrición parenteral (27%); sin identificar asociación a síndromes neurológicos de

base inflamatoria/desmielinizante tales como Espectro de Neuromielitis Óptica con Anticuerpos Antiacuaporina 4 (NMO antiAQP4), Esclerosis Múltiple (EM), Encefalomiélitis Aguda Diseminada (EAD) y Trastornos Asociados a la Glicoproteína de la Mielina del Oligodendrocito (MOGAD). En especial NMO antiAQP4, que se asocia a infecciones virales en un 68.9% y a infecciones bacterianas en un 13.6%; sin evidenciar asociación con procesos micóticos. **Descripción del caso:** Femenina de 22 años de edad, previamente sana, con cuadro de dolor, de inicio súbito, en región cervical, al reposo, moderada intensidad, de características urentes; que 24 horas a inicio, evolucionó con disminución de fuerza de miembros inferiores, de instauración proximal a distal, acompañado de disminución de la percepción sensitiva (termo-algésica) por debajo de la región subxifoidea, con dificultad para la micción y defecación, ingresándose bajo consigna de Síndrome Medular Completo, con realización de Resonancia Magnética (IRM) cervicotorácica que identificó Mielitis Transversa de segmento largo con extensión desde C3-T9, en ausencia de lesión cerebral; confirmando a través de pruebas serológicas causa inflamatoria/desmielinizante por anticuerpos anticuaporina 4 (23/12/2024); diagnosticándose de forma incidental infección asociada a *Candida no albicans* en sedimento urinario (19/12/2024), cumpliendo terapia antimicótica por 14 días (Fluconazol 200 mg iv tres veces día). **Conclusiones/Recomendaciones:** Debido a la implicación inmune de tipo humoral asociada a la fisiopatología de NMO antiAQP4, se podría determinar un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones oportunistas por *Cándida no albicans*. Considerar en paciente con patología inmunológica inflamatoria desmielinizante los procesos micóticos como potenciales agentes que pueden generar comorbilidades, recomendando realización de exámenes dirigidos a la captación de estas.

**91TL INVAGINACIÓN BASILAR RELACIONADA A ARTRITIS REUMATOIDE.** Luis Arturo Alvarado Pineda<sup>1</sup>, René Alberto Flores Carías<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Neurología; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La invaginación basilar (IB) asociada a la artritis reumatoide se encuentra en un 5 a 32% de los pacientes. Se refiere al deslizamiento hacia abajo de estructuras óseas de la base del cráneo, en especial el hueso occipital y la región del foramen magno. Existen diversas formas de invaginación, la más común es el tipo I. Fisiopatológicamente esta compresión resulta en una alteración del flujo sanguíneo cerebroespinal y la irritación de fibras nerviosas ascendentes y descendentes del cerebro y la médula espinal. Los pacientes pueden presentar síntomas como cervicalgia, vértigo, disartria, disfagia, debilidad en los miembros, inestabilidad postural y parálisis. El diagnóstico de la (IB) se basa principalmente en estudios de imágenes, siendo la resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada (TC) las más útiles. En casos leves, el tratamiento conservador, como fisioterapia y control del dolor, puede ser suficiente. Las opciones quirúrgicas incluyen descompresión del foramen magno con estabilización de la columna cervical.

**Descripción del caso:** Mujer de 69 años, previamente sana, con antecedentes de artritis reumatoide, se presenta con historia de cefalea de larga evolución, aproximadamente de 5 meses de duración. Inicialmente, de localización occipital, de intensidad moderada (7/10), con irradiación holocraneana y los hombros bilateralmente, mejorando con AINEs. Además, presenta cervicalgia de misma evolución, tipo opresivo e intensidad moderada. Posteriormente, refiere aparición de disestesias en cara, hombros y hemicuerpo derecho por lo cual se ingresa como síndrome cefalálgico. Se realiza una TC cerebral simple que muestra lesión hiperdensa a nivel del bulbo raquídeo. Se solicita diagnóstico radiológico adicional y se encuentra pendiente abordaje quirúrgico por parte del servicio de neurocirugía. **Conclusión/Recomendación:** Es importante determinar la relación directa entre la AR y la invaginación basilar en nuestros pacientes para así poder realizar un tratamiento oportuno y adecuado.

**92TL MICROLITIASIS ALVEOLAR.** Juan Pablo Ordóñez Aguilar. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Neumología; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La microlitiasis alveolar es una enfermedad pulmonar producida por defecto del gen SLC34A2, que provoca un defecto en el transporte de fosfato, lo que lleva a la acumulación de calcio dentro de los espacios alveolares (calcosferitas). Se hereda de forma autosómica recesiva. Su diagnóstico suele ser incidental, su evolución es lentamente progresiva. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 42 años con enfermedad progresiva de 10 años de evolución y tos no productiva. Sin antecedentes patológicos relevantes, pero con exposición a cemento y humo de leña. Se encontró hipoxemia leve (SO<sub>2</sub>: 93 %). La radiografía de tórax sugiere microlitiasis alveolar, confirmada con tomografía de alta resolución (TACAR) y biopsia transbronquial, la cual evidencia calcosferitas intraluminales. Las pruebas de función pulmonar mostraron un patrón restrictivo con disminución de la capacidad vital forzada (FVC: 58%). **Conclusión/Recomendación:** La microlitiasis alveolar es una patología poco frecuente con diagnóstico tardío. Su identificación requiere un alto índice de sospecha y el uso de estudios de imagen y biopsia. El manejo se centra en el soporte respiratorio y el seguimiento clínico.

**93TL PREVALENCIA DE CÁNCER GASTROINTESTINAL EN 100,000 PACIENTES EVALUADOS CON ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA Y COLONOSCOPIA (2007-2023).** Silvia Portillo<sup>1</sup>, Alejandra Reyes<sup>1</sup>, Vilma Portillo<sup>1</sup>, Jorge Suazo<sup>1</sup>, Josué Umaña<sup>1</sup>, Raúl Zelaya<sup>1</sup>, Luis Ramírez<sup>2</sup>, Josué Chinchilla<sup>1</sup>, Ivania Hernández Portillo<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital del Valle, Centro de Enfermedades Digestivas; San Pedro Sula, Honduras <sup>2</sup>Hospital del Valle, Endocrinología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** Más de 20 millones de personas son diagnosticadas con cáncer alrededor del mundo, representando 10 millones de muertes por cáncer. Dentro de los 10 tumores

más letales 6 de ellos son gastrointestinales que incluyen estómago, colon, recto, hígado, esófago y páncreas. El estudio de endoscopia digestiva alta y baja permite la detección de tumores gastrointestinales en diferentes etapas. Realizarlo en forma de escrutinio en pacientes con factores de riesgo ha demostrado ser costo efectivo para la detección de estos tumores, antes de que se conviertan en neoplasias incurables.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de tumores gastrointestinales en pacientes a quienes se les realiza estudio de endoscopia alta y baja en un centro especializado del país. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, en el cual se revisaron 109,835 estudios de endoscopia alta y colonoscopia desde el 2007-2023, identificando los pacientes a quienes se les había diagnosticado cáncer en cualquier segmento a lo largo del tubo digestivo. **Resultados:** De 109,835 estudios endoscópicos realizados, 76,911 corresponden a endoscopias altas y 36,656 colonoscopias. Se diagnosticó cáncer en 2,653 pacientes, es decir un 2.3%. Se detectaron cánceres gástricos en 1,169 pacientes 44.74%. Se identificaron 1028 casos (39.3%) de colon y recto, en esófago en 142 pacientes (5.4%), canal anal en 51 pacientes (1.9%), y en intestino delgado 40 pacientes (1.5%). La relación entre hombres y mujeres en la prevalencia de cáncer fue similar, con una proporción de 1:1. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los tumores mayormente identificados fueron cáncer de estómago y colon. A diferencia de países desarrollados, el cáncer de estómago sigue siendo el más diagnosticado y se detecta en etapas avanzadas. Disponer de estos resultados permite mejorar la calidad de estudios endoscópicos, identificar lesiones de manera oportuna, los resultados en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

**94TL CARACTERIZACIÓN DE CÁNCER GÁSTRICO MEDIANTE ESTUDIO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, PERÍODO DE 15 AÑOS (2007-2023).** Silvia Portillo<sup>1</sup>, [Alejandra Reyes](#)<sup>1</sup>, Vilma Portillo<sup>1</sup>, Jorge Suazo<sup>1</sup>, Josué Umaña<sup>1</sup>, Raúl Zelaya<sup>1</sup>, Luis Ramírez<sup>1</sup>, Josué Chinchilla<sup>1</sup>, Ivania Hernández Portillo<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital del Valle, Centro de Enfermedades Digestivas; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital del Valle Endocrinología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El cáncer gástrico es la quinta causa de cáncer y la tercera causa de muerte en el mundo, la mayoría de los cánceres gástricos, ocurren en países subdesarrollados. El estudio de endoscopia digestiva alta es el Gold Standard para el diagnóstico de este tumor, además de permitir toma de biopsias; es factible la resección de estos en estadios iniciales. **Objetivo:** Identificar la prevalencia, topografía e histología del cáncer gástrico en pacientes a quienes se realizó estudio de endoscopia digestiva alta desde el 2007-2023, en un centro endoscópico especializado en San Pedro Sula. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, en el cual se revisaron 76,911 estudios de endoscopia digestiva alta, en pacientes que acudieron a la realización de esta por cualquier dolencia gastrointestinal. **Resultados:** Durante 16 años, se llevaron a cabo 76,911 estudios de endoscopia digestiva alta.

Se identificaron 1,169 pacientes con cáncer gástrico, el 1.52% del total. La ubicación topográfica que predominó fue no cardinal, en cuerpo y antro, representando el 86.3% del total (N: 1009). Se detectó únicamente 14 casos de cáncer gástrico en estadio temprano, el resto corresponde a cáncer avanzado. En cuanto a la estirpe histológica, el 49.7% de los casos tenían un origen intestinal, el 29% de origen difuso y el 5.5% correspondía a linfomas. Un 9.2% de los pacientes (N: 223) debutaron con estenosis pilórica. El cáncer gástrico fue más frecuente en hombres, con una proporción 1.3:1, principalmente en pacientes mayores de 60 años. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se encontró 1 caso de cáncer de estómago por cada 65 pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta, quienes acudieron por razones distintas al escrutinio. El porcentaje de detección de cáncer gástrico en etapas tempranas fue del 1.3% (N:14), indicando que se diagnostica la enfermedad en etapa avanzada, y no en sus fases iniciales cuando el tratamiento es más efectivo.

**95TL PREVALENCIA DE DISPEPSIA COMO MOTIVO DE CONSULTA EN GASTROENTEROLOGÍA.** Jorge Suazo<sup>1</sup>, [Alejandra Reyes](#)<sup>1</sup>, Silvia Portillo<sup>1</sup>, Josué Chinchilla<sup>1</sup>, Luis Ramírez<sup>1</sup>, Raúl Zelaya<sup>1</sup>, Vilma Portillo-Portillo<sup>1</sup>, Alicia Cerna<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital del Valle, Centro de Enfermedades Digestivas; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Hospital del Valle, Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** Los trastornos de interacción intestino-cerebro son causa frecuente de consulta en gastroenterología. La encuesta mundial Roma IV encontró una prevalencia global de dispepsia 7.2%, siendo 6.9% en países latinoamericanos. Un estudio realizado en Honduras reportó una prevalencia de dispepsia no investigada del 14% (7.5% síndrome de distrés postprandial, 3.0% síndrome de dolor epigástrico y 3.5% mixto). **Objetivo:** Evaluar la frecuencia de pacientes con síntomas dispépticos que asisten a consulta de gastroenterología. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se aplicó el cuestionario PAGA-SYM a todos los pacientes que acudieron a la consulta de gastroenterología del Centro de Enfermedades Digestivas entre febrero-junio 2019, con muestra de 321 participantes. **Resultados:** 47.4% presentó náuseas, moderadas a intensas en el 22.1% y leves en 25.2%. A pesar de la alta frecuencia de náusea, solo 21.5% reportó vómitos, la mayoría de leve intensidad (14%). El síntoma más frecuente fue la plenitud postprandial (68.8%), moderada a intensa en 42.1%. El 45% reportó saciedad temprana, moderada en 12.5% y leve en 19.6%. La distensión abdominal se presentó en el 65.4%, de moderada a intensa en 38.3%. Epigastralgia ocurrió en 58.6% de los pacientes, de moderada a intensa en 29.3%. El dolor en abdomen superior fue referido 56.4%, predominando de leve a moderada (30%). Menos de la mitad presentó hiporexia, con predominio de intensidad leve (23.3%). **Conclusiones/Recomendaciones:** Los síntomas dispépticos son altamente prevalentes entre pacientes que acuden a consulta de gastroenterología, destacando la plenitud postprandial (68.8%), distensión abdominal (65.4%), epigastralgia (58.6%)

y saciedad temprana (45%). Casi la mitad presentó náuseas e hiporexia (46%). Es importante mencionar que al tratarse de un grupo seleccionado de pacientes que consultan exclusivamente por síntomas digestivos, la prevalencia encontrada es significativamente mayor que en población general. La dispepsia representa así uno de los principales motivos de consulta en gastroenterología en nuestro medio.

**96TL SÍNDROME DE PERCHERÓN, INFARTO TALÁMICO BILATERAL:** Yosvin Amaya<sup>1</sup>, Daniel Leiva<sup>1</sup>, José Díaz Cruz<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras Posgrado de Neurología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Escuela, Servicio de Neurología; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La arteria de Percherón es una variante poco común de la arteria paramediana, esta única arteria se encarga de irrigar de manera bilateral el tálamo. Si se ocluye la arteria, produce lesiones isquémicas con síntomas que se presentan de manera variada, es una patología poco frecuente, y corresponde a menos del 1 % de los ICTUS. Su sintomatología se caracteriza típicamente por afectación del nivel de conciencia, movimientos oculares, trastorno cognitivo y conductual. **Descripción del caso:** Paciente femenina, 68 años, ama de casa, antecedentes personales; hipertensión arterial, sin RANKIN previo, presenta súbitamente alteración del estado de conciencia, caracterizado por hiporreactividad a estímulos verbales y táctiles, se trasladó al hospital escuela, examen físico, se identifica fibrilación auricular respuesta ventricular adecuada confirmado por EKG, Glasgow 11, AO: 4, RV:2, RM:5, mirada divergente, hiperreflexia global, y respuesta plantar indiferente bilateral. Tomografía simple de cerebro (TC), 4 horas de iniciada sintomatología, sin alteraciones, TC simple realizada en 24 horas, se evidencia imagen hipodensa de características subagudas en ambos tálamos, se realiza resonancia magnética (IRM) cerebral contrastada, en cortes axiales se observa lesión hiperintensa en T2 que restringe en difusión que afecta de manera bilateral ambos tálamos. Inicio de apixaban 5 mg BID y gastrostomía al egreso. **Conclusiones/Recomendaciones:** El síndrome de Percherón, ictus menos prevalentes en la población a nivel mundial, es difícil de sospechar en pacientes en los cuales las manifestaciones clínicas no son específicas, y dada su poca frecuencia no es un diagnóstico probable en los pacientes que ingresan por patología vascular cerebral, importante realizar estudios de imagen control y de mayor especificidad como IRM cerebral cuando el diagnóstico clínico aún no es preciso.

**97TL ABSCESOS PULMONARES MÚLTIPLES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS DISEMINADA:** Rocío Fabiola Salgado Hernandez<sup>1</sup>, Vilma Alejandra Gómez Lara<sup>1</sup>, Carlos José Melgar Díaz<sup>1</sup>, Jorge Martín Beltrán Lima<sup>1</sup>, Jazmina Sarahi Verde Herrera<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La Tuberculosis Diseminada es una manifestación poco común de la enfermedad tuberculosa; representando

entre el 2 y el 5% de los casos. Su incidencia es mayor en personas con alteraciones en su sistema inmunológico, como aquellas que tienen VIH, diabetes mellitus, alcoholismo, cirrosis, reciben tratamiento inmunosupresor, padecen insuficiencia renal crónica o sufren de cáncer. **Descripción del caso:** Se trata de paciente hombre 73 años, con antecedente de etilismo crónico, acude con historia de tos seca de 3 semanas de evolución progresando a ser productiva una semana previa al ingreso, acompañado de fiebre subjetivamente alta, sin predominio de horario y disnea de moderados a pequeños esfuerzos. Al examen físico pulmonar uso de músculos accesorios, percutiendo matidez en ambas bases pulmonares y a la auscultación crépitos bibasales. Radiografía de tórax evidenciando múltiples abscesos pulmonares y prueba de genxpert en esputo negativo. Se inicia antibioticoterapia con ampicilina/sulbactam. Cinco días después inicia con deterioro del estado de alerta, caracterizado por somnolencia, desorientación, rigidez de nuca; aun con persistencia de tos y fiebre, se decide realizar nuevamente genxpert de esputo, serología VIH, y tomografía cerebral en donde se evidenció datos de edema cerebral e hidrocefalia normotensiva, segunda prueba de genxpert positiva y VIH negativo. Se indica tratamiento con antifímicos obteniendo mejoría significativa del estado de alerta y cuadro respiratorio 3 días después. **Conclusiones/Recomendaciones:** Lo interesante de este caso es la presentación atípica de la tuberculosis, manifestada con abscesos pulmonares, seguida de un deterioro en el estado de alerta que mejoró notablemente tras el inicio de la terapia antifímica. Este caso resalta la importancia de asegurar el abordaje correcto y específico para infecciones respiratorias, teniendo en cuenta la sensibilidad de las pruebas moleculares que se realizan, particularmente el 15% de los pacientes con baja carga bacteriana y un genxpert podría resultar negativo.

**98TL POLIRRADICULONEUROPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA AGUDA E INFECCIÓN POR PLASMODIUM FALCIPARUM:** Vilma Alejandra Gomez Lara<sup>1</sup>, Gustavo Adolfo Colindres Carías<sup>2</sup>, Rocío Fabiola Salgado Hernández<sup>1</sup>, Jorge Martín Beltrán Lima<sup>1</sup>, Carlos Jose Melgar Diaz<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de Guillain Barré se ha visto relacionado a infección por los diferentes serotipos de Plasmodium, con mayor frecuencia vivax y falciparum. La principal manifestación es tetraparesia flácida aguda, en ocasiones compromiso bulbar. Se confirma el diagnóstico mediante estudios de LCR y estudios de conducción nerviosa. La mayor parte de los casos tiene resolución espontánea posterior al tratamiento antimalárico. **Descripción del caso:** Hombre de 26 años, procedente de África, con historia de viajes recientes a Suramérica y Centroamérica en las últimas dos semanas. Fue referido a nuestra institución con historia de dolor abdominal difuso de 10 días de evolución, sin irradiación, sin atenuantes o exacerbantes acompañado de fiebre, ictericia, mialgias y artralgias. Se diagnostica, mediante microscopía, infección por Plasmodium falciparum. El tratamiento con primaquina y

artemeter-lumefantrina fue iniciado. Dos días después del ingreso, el paciente inicia con parestesias y paresia en miembros inferiores que progresó el mismo día a miembros superiores. Es evaluado por médico neurólogo quien indicó punción lumbar, electromiografía y estudio de velocidad de conducción nerviosa llegando a la conclusión que se trataba de polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda. Tres días después del inicio de tratamiento contra malaria, el paciente tuvo mejoría en la fuerza, sin necesidad de terapia dirigida con inmunoglobulina o plasmaféresis. Completó el tratamiento para infección por Plasmodium falciparum y egresó sin secuelas. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Son pocos los casos reportados en la literatura que asocian la clínica específica de síndrome de Guillain Barré, que además presentan síntomas específicos y pruebas positivas para diagnóstico de malaria. Al evaluarlos se debe abordar en primer lugar la parte infecciosa por dicho patógeno, tomando en cuenta que la electromiografía y la inmunoglobulina no serían determinantes como primer tratamiento, ya que al tratar la causa de la polirradiculoneuropatía se revertirían los signos y síntomas en la mayoría de los casos.

**99TL. EFECTO EN DOLOR POSTOPERATORIO COMPARANDO HIDROTAPONAMIENTO CON LIDOCAÍNA VERSUS NEUMOTAPONAMIENTO DEL TUBO ENDOTRAQUEAL, IHSS, HONDURAS.** Cindy Monsserrath Aguilar Pineda<sup>1</sup>, Mynor Octavio López Aguilar<sup>1</sup>, César Mauricio Velásquez Lara<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Anestesia General; Universidad Nacional Autónoma de Honduras, San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El dolor de garganta postoperatorio es una complicación frecuente en pacientes sometidos a intubación endotraqueal bajo anestesia general, afectando su recuperación y bienestar. Diferentes estrategias han sido evaluadas para reducir esta molestia, destacando el hidrotaponamiento con lidocaína como una alternativa al neumotaponamiento tradicional con aire. **Objetivo:** Comparar la incidencia y severidad del dolor de garganta postoperatorio entre pacientes sometidos a hidrotaponamiento con lidocaína y aquellos con neumotaponamiento en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), San Pedro Sula, Honduras. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional comparativo de enfoque analítico en 32 pacientes programados para cirugía bajo anestesia general. Se registraron variables como el estado ASA, intentos de intubación, duración del procedimiento y el tipo de insuflación del tubo endotraqueal. El dolor de garganta fue evaluado mediante una escala numérica en tres momentos postoperatorios: inmediato, a las 2 horas y a las 4 horas. **Resultados:** Los pacientes con hidrotaponamiento presentaron menor incidencia y severidad del dolor postoperatorio. En la evaluación inmediata, el 75% del grupo de neumotaponamiento reportó dolor moderado a severo, frente al 31% del grupo de hidrotaponamiento ( $p < 0.05$ ). A las 2 horas, la percepción de dolor disminuyó en ambos grupos, siendo significativamente menor en el grupo de hidrotaponamiento ( $p = 0.03$ ). A las 4 horas, el 81% del grupo de hidrotaponamiento

refirió ausencia o dolor leve, comparado con el 44% en el grupo de neumotaponamiento ( $p = 0.02$ ). **Conclusiones/Recomendaciones:** El hidrotaponamiento con lidocaína se asoció con una menor incidencia y severidad del dolor de garganta postoperatorio en comparación con el neumotaponamiento. Se recomienda su consideración en práctica clínica para mejorar el confort del paciente y optimizar la recuperación postoperatoria.

**100TL MAMA DENTRO DE UNA MAMA:** Norma Isabel Galeas Callejas<sup>1</sup>, Fernando José García Díaz<sup>1</sup>, Víctor David Bardales Amador<sup>1</sup>, Borlin Daniel Galeas Castillo<sup>1</sup>, Gladys Ivette Bardales Gamez<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Clinica Salud Integral de la Mujer; Honduras.

**Introducción:** Los hamartomas de mama representan del 0.7-4.8% de los tumores mamarios benignos. Son asintomáticos y suelen medir menos de 5 centímetros de diámetro. Su diagnóstico es mediante el estudio histopatológico y tienen un buen pronóstico. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 16 años de edad, acude a consulta presentando una masa en mama derecha de 1 año de evolución con crecimiento progresivo. Al examen físico se observó asimetría mamaria, palpándose una masa sólida, ovoide con bordes definidos, móvil, de 7 cm de diámetro en cuadrante inferior externo de mama derecha, indolora, sin cambios en piel ni secreción del pezón. Se realiza ultrasonido que describe un nódulo único, heterogéneo, con bordes bien definidos y doppler negativo. Se realiza una biopsia excisional con anestesia local. El estudio histopatológico reportó una masa de 10x9x6 cm, en la que se observó tejido mamario con conductos dilatados, leve hiperplasia epitelial ductal con estroma denso, sin atipia diagnosticando un hamartoma mamario. La paciente evoluciona de manera favorable, se le indica seguimientos periódicos durante un año. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Para los médicos que se enfrentan a un caso de asimetría mamaria es de utilidad incluir dentro de los diagnósticos diferenciales al hamartoma mamario. Además de realizar una evaluación clínica integral a los pacientes y solicitar estudios de imagen complementarios, es indispensable analizar el tejido obtenido de la biopsia para confirmar su diagnóstico. El conocimiento de las características de esta patología infrecuente es imprescindible para tomar decisiones terapéuticas acertadas que causarán un impacto positivo en el desenlace del paciente.

**101TL MINOCA: INFARTO DEL MIOCARDIO SIN LESIONES CORONARIAS CONSTRICTIVAS.** Maira Alejandra Torres<sup>1</sup>, Bayron Josué Degrandes<sup>2</sup>, Larisa Valladares<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Intensivos; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Cuidados Paliativos; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Católica de Honduras, Servicio Social; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El infarto de miocardio con arterias coronarias no obstructivas (MINOCA) es un infarto agudo de miocardio que ocurre sin evidencia de obstrucción significativa en las arterias coronarias por angiografía. Es una condición compleja que

presenta desafíos diagnósticos, ya que el diagnóstico adecuado no solo requiere identificar el infarto, sino también investigar la causa subyacente, que puede ser multifactorial. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 74 años, hipertensa, presentó dolor torácico de 20 horas de evolución, tipo opresivo, intensidad 9/10, sin irradiación, acompañado de disnea progresiva, de pequeños esfuerzos a disnea en reposo. Además, edema en miembros inferiores de 2 semanas de evolución, con fovea +. Acudió a clínica privada, se realizó EKG, evidenciando infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, troponinas cardíacas positivas (96 ng/L), de manejo agudo y es referida a nuestra institución. Se recibe con dolor torácico y cifras tensionales elevadas. Nuevo EKG reporta bloqueo completo de rama izquierda e hipertrofia ventricular izquierda. Se inició nitroglicerina en infusión y se trasladó a la unidad de cuidados coronarios. Se realizó ecocardiograma que evidenció FEVI de 27%, miocardiopatía dilatada de origen isquémico. Tras 24 horas, la angiografía coronaria fue normal, sin lesiones significativas. Se realizaron estudios adicionales, incluida una angiotomografía de la aorta, que descartó disección o aneurismas. Paciente con mejoría clínica, se optimiza manejo para cardiopatía isquémica y se egresa al décimo día de hospitalización. **Conclusiones/Recomendaciones:** El MINOCA es una condición heterogénea que requiere una evaluación clínica exhaustiva. Este caso destaca la importancia de realizar un enfoque integral para identificar la causa subyacente y asegurar el manejo adecuado del paciente

**102TL PERICARDITIS CONSTRICTIVA: HALLAZGO INCIDENTAL.** Maira Alejandra Torres<sup>1</sup>, Gineth Ochoa<sup>2</sup>, Alejandro Avila<sup>2</sup>, Bayron Josué Degrandes<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Sala de Cardiología, Medicina en Urgencia, Emergencia y Catástrofes; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Sala de Cardiología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Cuidados Paliativos; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La pericarditis constrictiva es una patología clínica que puede representar un reto diagnóstico, ya que sus síntomas se asemejan a los de la insuficiencia cardíaca diastólica, causada por un pericardio engrosado y rígido, lo que limita el llenado ventricular. El diagnóstico adecuado depende de una alta sospecha clínica y la interpretación correcta de los exámenes complementarios. **Descripción del caso:** Paciente de 61 años, antecedentes de cirrosis hepática y fibrilación auricular, fue referido para valoración cardiológica preoperatoria por ginecomastia. Se realiza rayos X tórax, evidenciando cardiomegalia y calcificación en la silueta cardíaca. Se realiza ecocardiograma que mostró ventrículo izquierdo no dilatado con aneurisma apical y FEVI del 57%. TAC de tórax revela calcificación difusa del pericardio con grosor de 9 mm. Paciente asintomático, optimizamos manejo médico y se da alta médica, cuatro días después presentó disnea progresiva, se ingresa nuevamente a la institución. Se presenta al servicio de cardiología intervencionista en Hospital Escuela para realizar pericar-

diectomía. La cual se realiza una semana después resultando exitosa, se traslada a nuestra institución para continuar manejo postoperatorio, cuarenta y ocho horas después, presentó fibrilación auricular e inestabilidad hemodinámica, se decide cardioversión eléctrica con 200J retornando a ritmo sinusal. Se reciben troponinas cardíacas altas (1137ng/L) se consigna IAM sin elevación del segmento ST. A pesar del tratamiento, el paciente desarrolló falla multiorgánica y falleció veinticuatro días después. **Conclusiones/Recomendaciones:** La pericarditis constrictiva es un diagnóstico desafiante, especialmente cuando se presenta con síntomas de insuficiencia cardíaca derecha, lo que puede confundirse con otras patologías. El diagnóstico oportuno y el manejo quirúrgico adecuado, como la pericardiectomía, son fundamentales para mejorar la condición del paciente. Sin embargo, las comorbilidades asociadas, como la cirrosis hepática, complican el pronóstico y la recuperación postquirúrgica. Es crucial mantener una alta sospecha clínica y un seguimiento exhaustivo para una intervención adecuada.

**103TL SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO SEVERO POR INFLUENZA TIPO .** Maira Alejandra Torres<sup>1</sup>, Zahory Iezabel Paz<sup>2</sup>, Kevin Edgardo Lainez<sup>3</sup>, Denis Gabriel Rodríguez<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina en Urgencia, Emergencia y Catástrofes; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Unidad de Cuidados Intensivos; Tegucigalpa, Honduras. <sup>4</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, <sup>4</sup>Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una condición de alta morbilidad caracterizada por hipoxemia severa e infiltrados pulmonares bilaterales, resultado de una agresión pulmonar local o sistémica. Se presenta un caso de SDRA secundario a la infección viral por el virus influenza A (H1), una patología que puede provocar infecciones respiratorias graves y, en algunos casos, complicaciones fatales. **Descripción del caso:** Femenina 70 años, hipertensa. Cuadro clínico inicia 4 días previo a su ingreso con síntomas respiratorios superiores, rinorrea, disfagia, atenuados estos síntomas con acetaminofén. Posteriormente presenta fiebre no cuantificada y disnea progresiva, al inicio de grandes esfuerzos y el día de ingreso disnea en reposo. Acude a clínica privada donde al evaluarla se encuentra en insuficiencia respiratoria, FR 40 rpm, saturación 60%, deterioro de la conciencia. Es referida a nuestra institución donde fue recibida hipotensa y en falla respiratoria, al examen físico estertores crepitantes bilaterales en velcro, frialdad distal, Rx tórax infiltrado alveolar bilateral que compromete 90% del parénquima pulmonar, pruebas serológicas para COVID e Influenza negativas. Se realiza secuencia de intubación rápida, se coloca vía central y se inicia sedoanalgesia, relajación muscular, sostén vasopresor con norepinefrina, manejo médico y ventilatorio para distrés respiratorio severo, sin embargo, persiste con PAFI menor a 100

por lo que se realiza pronación presentando discreta mejoría clínica y gasométrica. Se realiza panel viral respiratorio PCR multiplex (filmArray) con resultado positivo para influenza tipo A (H1), se inicia manejo con oseltamivir 75 mg cada 12 horas. Paciente a pesar del manejo establecido fallece. **Conclusiones/Recomendaciones:** La infección por el virus influenza A (H1) puede ocasionar SDRA y graves complicaciones respiratorias. Es fundamental realizar pruebas diagnósticas rápidas, como la PCR, y comenzar el tratamiento antiviral de inmediato. Las medidas de aislamiento también son esenciales para prevenir contagios y mejorar el pronóstico en pacientes afectados.

#### **104TL PSORIASIS PUSTULAR GENERALIZADA AGUDA DE VON ZUMBUSCH. REPORTE DE CASO.** Ada M. López-Pineda<sup>1</sup>, Benilda I. Martel Ramos<sup>2</sup>, Nelly J. Sandoval-Aguilar<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Postgrado de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Escuela, Servicio de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Escuela, Departamento de patología; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La psoriasis pustular comprende un grupo de enfermedades cutáneas inflamatorias. Se divide en generalizada, consisten en psoriasis pustular generalizada aguda (GPP) o de (von Zumbusch); anular y circinada subaguda; del embarazo (impétigo herpetiforme); infantil y juvenil; y psoriasis pustular localizada, incluidas las variantes de palmoplantar y acrodermatitis continua de Hallopeau. La GPP es una variante rara representa el 1% de la psoriasis. Los factores desencadenantes: estrés emocional, infecciones, medicamentos (esteroides, litio, antimaláricos, interferón, beta-bloqueadores), alcohol y tabaco. Caracterizada por múltiples pústulas no foliculares, estériles, sobre una base eritematosa que corresponde histológicamente a colecciones de neutrófilos en la epidermis. **Descripción del caso:** Femenina de 19 años, sin antecedentes patológicos. Refiere dermatosis de dos meses de evolución, localizada en piel cabelluda, placas, con escama blanquecina; con pérdida difusa de cabello. Acude a una clínica donde se indican glucocorticoides intramusculares por cuatro días consecutivos. Una semana después inicia con malestar general y dermatosis generalizada. A la exploración física: eritema y edema difuso, en su superficie múltiples pústulas, redondeadas, con diámetros que oscilan entre 1-3mm, que confluyen y forman placas que terminan con descamación residual blanquecina. En piel cabelluda placas con escama gruesa, plateada, signo de Auspitz positivo. Laboratoriales: leucocitosis de 18,370/mm<sup>3</sup> (neutrofilia 14,090/mm<sup>3</sup>); elevación de proteína C reactiva 24 mg/dl; cultivo por bacterias negativo. La histopatología reportó: psoriasis pustulosa. Se indica metotrexate 15 mg vía oral cada semana, se reevalúa a la 4ta semana mostrando hiperpigmentación postinflamatoria residual. **Conclusiones/Recomendaciones:** La GPP es una variante rara, multisistémica, aguda y grave de la psoriasis. Ante la sospecha clínica de psoriasis en cualquiera de sus variantes, los pacientes deben ser derivados al servicio de dermatología, con el fin de asegurar un abordaje y tratamiento

adecuado; y evitar riesgos de desencadenar formas más graves de la enfermedad, como ocurre con el uso indiscriminado de esteroides sistémicos.

**105TL AMILOIDOMA MEDIASTINAL PRIMARIO CON COMPROMISO BRONQUIAL.** Jessy Guzmán<sup>1</sup>, Vilma Turcios<sup>2</sup>, Erik Joel Claros Yáñez<sup>2</sup>, César Ulises Alas Pineda<sup>3</sup>, Suyapa Sosa Ferrari<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Universidad Católica de Honduras, Posgrado de Neumología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Católica de Honduras; San Pedro Sula. <sup>3</sup>Programa de Ciencias Biomédicas Cuantitativas, Dartmouth College, Hanover, New Hampshire, Estados Unidos. <sup>4</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio en Neumología; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La amiloidosis es una enfermedad caracterizada por el depósito extracelular de proteínas mal plegadas en forma de fibrillas, siendo el amiloidoma una forma localizada sin compromiso sistémico. El compromiso pulmonar por amiloide es raro, especialmente en forma de masa mediastinal. **Descripción del caso:** Hombre de 56 años con antecedentes de hipertensión controlada y tabaquismo leve. Consultó por disnea progresiva de seis meses, astenia, palpitations y fiebre nocturna. El examen físico reveló adenopatías cervicales bilaterales, sin dolor, y disminución del murmullo vesicular en el hemitórax derecho. La radiografía de tórax mostró radiopacidad homogénea y un ensanchamiento mediastinal. La espirometría reveló una reducción moderada de la capacidad vital forzada (FVC 68%) y del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1 72%). La TAC de tórax evidenció conglomerados linfadenopáticos mediastinales con calcificaciones gruesas. Las biopsias de ganglio cervical no fueron concluyentes, y tras una toracotomía, el análisis histopatológico reveló depósitos de amiloide, confirmado por tinción con rojo Congo y birrefringencia verde manzana bajo luz polarizada. La biopsia de médula ósea y los estudios de proteinuria de 24 horas no mostraron signos de amiloidosis sistémica. El paciente fue tratado con radioterapia paliativa (10 sesiones de 30 Gy) para reducir el tamaño de la masa mediastinal y aliviar la compresión bronquial. A pesar de esto, el paciente falleció antes de iniciar el tratamiento con bortezumib debido a un rápido deterioro clínico asociado a hipoxia progresiva. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se resalta la importancia de considerar el amiloidoma mediastinal en el diagnóstico diferencial de masas torácicas atípicas.

**106TL SARNA NORUEGA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: REPORTE DE CASO.** Isela J. Jimenez-Castellano<sup>1</sup>, Miriam Y. González Matute<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Escuela, Departamento de Dermatología, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La sarna noruega es una forma altamente contagiosa de escabiosis, causada por el ectoparásito *Sarcoptes scabiei*, diagnosticada con mayor frecuencia en pacientes inmunocomprometidos. Se caracteriza por lesiones hiperque-

ratósicas costrosas con distribución en palmas, plantas y en piel cabelluda. Su transmisión ocurre por contacto directo o indirecto a través de objetos contaminados como ropa, toallas, mobiliario y camería. El ectoparásito tiene la capacidad de vivir fuera de la piel hasta 72 horas. A diferencia de la escabiosis común, la sarna noruega se caracteriza por una infestación masiva de millones de ácaros en un solo paciente. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 68 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica y diabetes mellitus tipo 2, acude a emergencia con dolor abdominal difuso, cambios conductuales y oliguria. En estudios laboratoriales se detecta alteración electrolítica, agudización de la enfermedad renal y es diagnosticado con hepatopatía crónica. El servicio de Dermatología encuentra, en el examen físico, lesiones costrosas, hiperqueratósicas y pruriginosas, con distribución palmo-plantar y en piel cabelluda. Ante la alta sospecha clínica en un paciente inmunosuprimido, se realiza un examen con hidróxido de potasio, en el cual se confirma la presencia de *Sarcoptes scabiei*, estableciendo así el diagnóstico de sarna noruega. Se indica manejo clínico con ivermectina en dosis de 6 mg los días 1, 2 y 8, además de aplicación tópica de vaselina azufrada al 10% dos veces al día en las áreas afectadas. El paciente evoluciona de manera favorable, con resolución de los síntomas previos al alta médica autorizada. **Conclusiones/Recomendaciones:** La sarna noruega es una variante severa de la escabiosis, presente en pacientes inmunosupresos. Su correcto diagnóstico puede ser un desafío debido a su baja frecuencia y presentación atípica. Debido a su alta transmisibilidad, es fundamental implementar medidas higiénicas adecuadas en el entorno del paciente, así como un manejo farmacológico oportuno.

#### **107TL ABSCESO PULMONAR RETROCARDIACO EN HOSPITAL DR. ENRIQUE AGUILAR CERRATO.** Julio Jacobo Aguilar Maradiaga. El Negrito, Yoro, Honduras.

**Introducción:** El absceso pulmonar es una infección necrosante del pulmón, caracterizada por lesión cavitaria repleta de pus, rodeada de tejido inflamatorio, después de una infección microbiana. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 32 años, procedente de Jesús de Otoro Intibucá, antecedentes personales patológicos de alcoholismo crónico de 20 años de evolución. Historia de tos húmeda de 3 días acompañada de fiebre no cuantificada subjetivamente alta, con episodio de hematemesis. Al ingreso tiraje intercostal, dificultad respiratoria y estertores crepitantes bilaterales sin broncoespasmo. Exámenes de laboratorio el 29/5/21: hemograma con leucocitos de 15.5, granulocitos 79.4%, hemoglobina 9.5, hematocrito 28.9, plaquetas 284000, PCR positiva. Se solicita Rx de tórax reportando imagen cavitada a nivel basal izquierdo, con niveles hidroaéreos, lesiones bronconeumónicas y retro cardíaca, se ingresa con diagnóstico de neumopatía en estudio sospechando absceso pulmonar. Se realiza tomografía computarizada el 30/5/21 que sugiere posibilidad de absceso pulmonar con proceso inflamatorio en pulmón izquierdo, hallazgos sugestivos de secuelas de tuberculosis antigua. Se obtiene resultado de culti-

vo de secreciones el 31/5/21 con crecimiento de *Streptococcus pyogenes*, con tinción para cocos Gram positivos. Tratamiento con terapia triple antibiótica, oxacilina 2 g IV cada 6 horas, imipenem 500 mg IV cada 6 horas y amikacina 750 mg IV/día. Paciente sigue presentando picos febriles continuos con uso de antipiréticos por vía intravenosa, médico especialista sugiere transfundir para aumentar eficacia de tratamiento y referir al Instituto Nacional Cardiopulmonar el día 8/6/21 para descartar proceso neoplásico. **Conclusiones/Recomendaciones:** El absceso pulmonar normalmente es causado por aspiración de secreciones bucales en pacientes que tienen alteraciones de conciencia. El diagnóstico se basa en la radiografía de tórax. El tratamiento suele realizarse con una combinación de inhibidores de la beta lactamasa. Sospechar absceso pulmonar en pacientes propensos a la aspiración, con síntomas constitucionales y pulmonares subagudos, radiografía de tórax: lesiones compatibles como cavidades.

#### **108TL HALLAZGO CLÁSICO DE PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR EN TOMOGRAFIA DE TORAX, PATRON EMPEDRADO.** Marco Antonio Quiñonez Sánchez<sup>1</sup>, Andrea Yacenia Carbajal Vásquez<sup>2</sup>, Carlos Andrés Portillo Muñoz<sup>2</sup>, Edgardo Ramón Muñoz Gutiérrez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas, Neumología y Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas, Medicina General; San Pedro Sula. Honduras.

**Introducción:** La proteinosis alveolar pulmonar (PAP) es una enfermedad rara, con incidencia de 0.2 casos por millón de personas, caracterizada por la acumulación alveolar de surfactante compuesto por proteínas y lípidos secundaria a una deficiencia en su eliminación por los macrófagos alveolares. El diagnóstico se sospecha clínica y radiológicamente y se confirma por lavado bronquioloalveolar. **Descripción del caso:** Mujer de 44 años, sin antecedentes patológicos ni tóxicos, se presenta con tos no productiva y disnea leve de un mes de evolución, con examen físico y radiografía de tórax inicialmente normal y antígeno SARS-COV-2 negativo, por lo cual no se realizó evaluación adicional. Catorce meses después, acude por progresión de disnea, saturando 92%, presentando únicamente al examen físico estertores finos bilaterales bibasales en tórax anterior y posterior. La radiografía de tórax control evidenció infiltrados intersticiales no homogéneas bibasales y el citoquímico no mostró anormalidades. Se manejó con antibióticos y corticosteroides sistémicos sin mejoría, a las 2 semanas se derivó a neumología. La tomografía de tórax evidenció opacidades en vidrio esmerilado con engrosamiento septal inter e intralobulillar bilateral, representando un patrón empedrado. Se realizó broncoscopia y lavado alveolar bronquial obteniendo líquido de aspecto lechoso, compatible con el diagnóstico de PAP. La citología y tinciones del líquido obtenido resultaron negativas. La paciente fue ingresada con plan de lavado pulmonar total (LPT) con la técnica modificada de Ramírez, utilizando 9 litros de solución salina estéril al 0.9% para cada pulmón hasta obtener líquido claro. A las 24h, paciente saturando 98%, con franca mejoría

clínica y radiológica. **Conclusiones/Recomendaciones:** En la tomografía de tórax, el patrón empedrado es muy sugestivo de la enfermedad, consiste en el engrosamiento de los septos interlobulillares superpuestos y líneas intralobulillares. Además, el lavado broncoalveolar es necesario para el diagnóstico, siendo característico la apariencia lechosa atribuida a la cantidad de material lipoproteínico.

**109TL TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES MALIGNO DE ARCO COSTAL.** Juan Fernando Paz<sup>1</sup>, Andrea Carbajal<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Clínica Diagnos; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El tumor de células gigantes de hueso es, en la mayoría de los casos, una lesión benigna que usualmente se presenta en huesos largos en pacientes con maduración esquelética. Hallazgos que sugieren malignidad son patrón de cualquier lesión maligna ósea como: expansión cortical, invasión de tejidos blandos o reacción perióstica. Ocurre entre las edades de 20-50 años y el lugar más común es la rodilla, siendo el arco costal una localización atípica. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 49 años sin antecedentes personales patológicos consulta por dolor en flanco izquierdo. En la tomografía simple se observa que el duodécimo arco costal izquierdo presenta una lesión expansiva de márgenes lobulados y calcificados. En el interior de la lesión se aprecian imágenes hipodensas de densidad quística. En la resonancia magnética se observan niveles líquido-líquido internos (componente de quiste aneurismático) y en la fase contrastada se evidencia extensión de la lesión hacia los músculos para espinales y músculos intraabdominales. Biopsia de hueso reporta: Reacción ósea periférica reactiva con estroma hemorrágico, vasos ectásicos y células gigantes multinucleadas en un fondo fibroso, sin matriz condroide. **Conclusiones/Recomendaciones:** Distinguir entre lesiones óseas benignas y malignas de las costillas es fundamental para un diagnóstico y una planificación de tratamiento efectiva. Las lesiones benignas, aunque generalmente no representan una amenaza, pueden requerir monitoreo o manejo conservador, mientras que las lesiones malignas necesitan un tratamiento agresivo. La identificación temprana del tipo de lesión ayuda a evitar intervenciones innecesarias, reducir la ansiedad del paciente, garantizar la atención más adecuada, y mejorar el pronóstico del paciente.

**110TL MICOSIS SISTÉMICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO.** Brigitte M. Calderón<sup>1</sup>, Arlen M. Caballero<sup>2</sup>, Luis E. Romero<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras en Valle de Sula, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario Catarino Rivas, Departamento de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Infectología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La histoplasmosis es la micosis endémica prevalente en Las Américas, cuyo agente causal es Histoplasma

capsulatum. La infección se propaga al organismo por vía linfática y hematogena a los órganos del sistema reticuloendotelial, afecta a pacientes con estado de inmunosupresión por ser, generalmente, infecciones oportunista. El organismo se detecta por cultivo y el diagnóstico se establece por la presencia de un factor del huésped, cuadro clínico y evidencia micológica en orina, sangre o líquido cefalorraquídeo. **Descripción del caso:** Paciente de 9 años, con antecedente de proceso crónico granulomatoso de tipo Tuberculoide, según biopsia de ganglio cervical, en segunda fase de antifímicos, que acude con historia de fiebre de 15 días, síntomas gastrointestinales y un hemograma con pancitopenia, alteraciones de coagulación, marcadores inflamatorios elevados y trastornos metabólicos, aspirado de médula ósea sin blastos. Tomografía torácica con micronódulos dispersos en parénquima y leve derrame pleural izquierdo, ante la sospecha clínica, se decide iniciar terapia antifúngica con Anfotericina B y antibiótica, además realizar nuevamente biopsia de ganglio cervical y remitir muestras a laboratorio de micología. Ante deterioro clínico se inicia dosis de inmunoglobulina, antifúngico y esteroides, sin embargo paciente convulsionó y en la tomografía cerebral se observó áreas de hipodensidad y lesiones con realce hiperdenso. Un barrido pulmonar mostró aumento del derrame pleural. Se obtuvieron resultados positivos de histoplasma en orina y la prueba Tb Lam, estableciéndose el diagnóstico. **Conclusiones/Recomendaciones:** La histoplasmosis plantea numerosos problemas diagnósticos y terapéuticos, frente a tal fenómeno se requiere dirigir la conducta a realizar exámenes directos y a establecer un tratamiento oportuno, además de contar con los insumos necesarios del laboratorio.

**111TL INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA GRAVE POR NEUMONITIS QUÍMICA SECUNDARIA A INHALACIÓN DE HIDROCARBUROS.** Luis Alfredo Rodríguez Castellanos<sup>1</sup>, Diego Orlando Turcios Campos<sup>2</sup>, Scarlet Betzabel Rodas Gallardo<sup>3</sup>, Sebastián Manzanares Cortés<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Hospital Escuela, Consulta Externa de Endocrinología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Escuela, Consulta Externa de Endocrinología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>4</sup>Universidad Tecnológica Centroamericana, Servicio Social; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) secundaria a inhalación de productos químicos presenta una baja incidencia, sin embargo, se describen algunos casos en la literatura médica secundarios a inhalación de hidrocarburos y cianoacrilatos contenidos en el resistol o pegamento de caucho. **Descripción del caso:** Masculino de 26 años, asistente de construcción, sin comorbilidades, sin consumo de medicamentos, inicia de forma súbita con episodios incontables de vómitos, por lo que es llevado a centro asistencial. Tuvo exposición durante 4 horas a resistol amarillo en su trabajo, niega consumo de drogas y alcohol. Seis horas después inicia con habla incoherente, agitación psicomotriz, agresividad y

lenguaje inapropiado, CPK de 2500 U/L, panel para sustancias psicoactivas negativo y tomografía cerebral sin alteraciones. Es manejado como delirium hiperactivo y se refiere al Hospital Escuela. Se recibe con Glasgow de 11, hipertenso, taquicárdico, taquipneico, febril, con lesión renal aguda, acidosis metabólica e hipoxemia. Inicialmente con saturación de oxígeno en 94%, descendiendo progresivamente en pocas horas, aumentando el esfuerzo respiratorio y taquipnea. Radiografía de tórax con lesiones compatibles con edema agudo de pulmón no cardiogénico, requiriendo intubación endotraqueal y dando manejo como SIRA grave secundario a neumonitis química. Se inicia sedación profunda y relajación neuromuscular durante 48 horas, además, de cobertura antibiótica con ampicilina/sulbactam y esteroides sistémicos. Posteriormente presenta evidencia de mejoría respiratoria y gasométrica, resolución de la lesión renal aguda y de las alteraciones neurológicas iniciales por lo que se decide extubación de forma exitosa. Cumple 6 días de cobertura antibiótica con mejoría clínica evidente, y se egresa. **Conclusiones/Recomendaciones:** La inhalación de productos que contienen hidrocarburos y cianoacrilatos puede causar neumonitis química en sus diferentes grados de severidad, por lo que se debe diagnosticar oportunamente. El manejo se centra en el soporte respiratorio y el tratamiento sintomático.

**112TL CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PERSONAL DOCENTE DE UNAH-VS SOBRE EL EVENTO CEREBROVASCULAR.** Allan Álvarez<sup>1</sup>, Anna Fuentes-Gálvez<sup>2</sup>, Mónica Rodríguez-Díaz<sup>2</sup>, Glendi Lara-Mejía<sup>2</sup>, Caridad Canales-Gabrie<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Servicio de Neurología; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Pregrado de Facultad de Ciencias Médicas; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El evento cerebrovascular (ECV) es una de las primeras causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. Es caracterizado por un déficit neurológico asociado a una lesión vascular en el sistema nervioso central, ocasionando graves secuelas. La efectividad del tratamiento está relacionada con la rapidez en que se inicia, si se dispone de un conocimiento oportuno sobre los principales factores de riesgo, síntomas y actitud a tomar ante una emergencia pues, con una intervención adecuada, la enfermedad es potencialmente tratable. Considerando que los docentes representan un grupo con un mayor nivel sociocultural y, por ende, una mayor posibilidad de conocimiento sobre esta patología, es esencial expandir su información sobre el tema. **Objetivo:** Mostrar el conocimiento y actitud sobre el ECV en el personal docente de UNAH-VS en 2023. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, con una muestra no probabilística de 109 docentes, utilizando la encuesta de FORMS. **Resultados:** El estudio reveló que el 73.4% de los participantes consideraban saber lo que es un ECV, de los que el 17.5% brindaron una respuesta

correcta al indagar su definición, 58.8% demostraron conocer correctamente los síntomas con los que se manifiesta, y 56.3% conocen los principales factores de riesgo asociados. El 84.8% de los participantes afirmaron que, ante un ECV, la conducta a tomar idealmente sería acudir a un centro asistencial inmediatamente. **Conclusiones/Recomendaciones:** El conocimiento básico sobre evento vascular cerebral del personal docente de UNAH-VS es limitado. Por lo tanto, es necesario educar acerca del tema, con el fin de actuar oportunamente en caso de un ECV, dado que un alto porcentaje de los participantes está constituido por mayores de 50 años, lo que implica un factor de riesgo.

**113TL PRIVACIÓN DEL SUEÑO EN LOS RESIDENTES DE MEDICINA: IMPACTO EN EL RENDIMIENTO, Y ESTRATEGIAS PARA MITIGAR LA FATIGA.** Anuar Josué Madrid Figueroa<sup>1</sup>, Gladys Arlett López Mazariegos<sup>1</sup>, Sindy Johana Barahona Vásquez<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Anestesiología; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La privación del sueño es un problema frecuente en residentes médicos, con repercusiones en rendimiento académico, calidad de atención al paciente y bienestar personal. Existen evidencias que la falta de sueño puede aumentar el riesgo de errores médicos, toma de decisiones y comprometer la seguridad del paciente, y del mismo médico. **Objetivo:** Analizar la relación entre la privación del sueño, el rendimiento laboral, la salud física y mental de los médicos residentes de los posgrados médicos UNAH, Campus Cortés. **Materiales y Métodos:** El diseño es descriptivo y correlacional, mediante encuestas en línea anónimas. La población para evaluar es 120 médicos residentes, la muestra fue de 91 participantes. **Resultados:** Se demostró que la mayoría de los residentes, independientemente del año de residencia y durante las guardias, el 54.9% labora más de 36 horas continuas. En los turnos el 82.4% refiere dormir o descansar menos de 2 horas durante su turno. El 20.09% afirma usar sustancias estimulantes, y de estos, el 73.6% duerme un promedio de 2-6 horas cuando no turnan. Según el año de residencia, los residentes de primer año consumen sustancias como modafinilo con mayor frecuencia, y el uso de cafeína prevalece en todos los residentes indistintamente del año de residencia. La mayoría de los residentes, nunca ha buscado ayuda profesional por estrés, fatiga o ideaciones suicidas durante su residencia (62.5% hombres y 66.2% mujeres). **Conclusiones/Recomendaciones:** La privación severa del sueño, durante las guardias, donde el 82.4% duerme menos de dos horas impacta negativamente en el rendimiento laboral, académico y, bienestar físico y mental. Se recomienda estrategias orientadas a limitar las guardias excesivas. Establecer protocolos para educar sobre efectos adversos del consumo frecuente de sustancias psicoactivas y ofrecer alternativas saludables para el rendimiento laboral.

**114TL TÉCNICA DE MASQUELET COMBINADA CON COLGAJOS MUSCULARES PARA TRATAR PSEUDOARTROSIS DE TIBIA: REPORTE DE CASO.** Otsare D. Castillo<sup>1</sup>, Elton I. Moreno<sup>1</sup>, Luis F. Acosta-Nolasco<sup>2</sup>, Thomas R. Minueza Mejía<sup>3</sup>, Catherine M. Chávez<sup>1</sup>, Andrea R. Bueso<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Católica de Honduras, Estudiante de Medicina; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Fundación Ruth Paz; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Fundación Ruth Paz Servicio de Ortopedia y Traumatología, Artroscopia y reconstrucción articular; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** Las fracturas con pérdida ósea segmentaria en extremidades inferiores requieren estrategias avanzadas de reconstrucción. La técnica de Masquelet, mediante una membrana inducida, facilita la regeneración ósea, evitando la reabsorción del injerto y mejorando la vascularización. Su combinación con colgajos musculares optimiza la cobertura de tejidos blandos y mejora los resultados funcionales. **Descripción de los casos:** Se presentan tres casos de pacientes con patologías óseas complejas en la tibia izquierda tratados con procedimientos quirúrgicos avanzados. Caso 1. Paciente de 58 años con pseudoartrosis postraumática. El 27/07/2023, se realizó aseo quirúrgico, desbridamiento, retiro de material de osteosíntesis, colocación de cemento óseo, fijador externo y terapia VAC. Luego, el 22/11/2023, se retiró el fijador externo, se colocó un clavo endomedular, injerto óseo y un colgajo rotacional, logrando estabilización y mejoría funcional. Caso 2. Paciente de 42 años con pseudoartrosis tibial. El 20/03/2023, recibió un espaciador de cemento óseo con antibióticos y terapia VAC. El 25/01/2024, se retiró el cemento óseo, se realizó aseo quirúrgico, colocación de un clavo endomedular, injerto óseo y un colgajo de gastrocnemios, favoreciendo la consolidación. Caso 3. Paciente de 29 años con osteomielitis postraumática. El 10/07/2023, se realizó aseo quirúrgico, retiro de material de osteosíntesis, colocación de cemento óseo y terapia VAC. El 06/09/2023, se llevó a cabo otro aseo quirúrgico y colocación de un clavo endomedular. **Conclusiones/Recomendaciones:** La técnica de Masquelet combinada con colgajos musculares es efectiva para la reconstrucción ósea, evitando amputaciones y mejorando la funcionalidad. Se destaca la importancia de un abordaje individualizado y la necesidad de más estudios para evaluar su eficacia a largo plazo.

**115TL MANIFESTACIONES MULTIORGÁNICAS DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.** Juan Valle-Gonzales<sup>1</sup>, Victoria Díaz-Cerrato<sup>2</sup>, Miguel Antonio-Rubio<sup>2</sup>, Vilma Gómez-Lara<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Departamento de Gastroenterología; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras en Valle de Sula, Facultad de Medicina y Cirugía; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La infección por citomegalovirus (CMV) es una causa rara pero potencialmente grave de enfermedad en pa-

cientes inmunocompetentes. Aunque generalmente se presenta con síntomas leves o permanece asintomática, en algunos casos puede causar complicaciones graves como colitis, hepatitis y lesión renal aguda. **Descripción del caso:** Mujer de 65 años, sin antecedentes médicos relevantes, acudió al servicio de urgencias debido a evacuaciones diarreicas de 2 días de evolución, de inicio insidioso y progresivo inicialmente con estrías sanguinolentas y posteriormente hematoquecia. Adicionalmente refiere pérdida de peso no intencional de aproximadamente 5 libras en la última semana, astenia, adinamia y vómitos de 3-4 episodios diarios de contenido alimentario. Al examen físico se observó la presencia de tinte icterico, así como tacto rectal positivo para hematoquecia. Las pruebas laboratoriales revelaron leucocitosis y anemia leve; con incremento de creatinina sérica y BUN, con oliguria, por lo que se le indicó hemodiálisis de rescate. Pruebas de función hepática presentaron un patrón de lesión hepatocelular. La tomografía reveló colitis ulcerativa y esteatosis hepática. Se realiza colonoscopia la cual reporta lesiones planas en colon izquierdo de aspecto infiltrativo. Las pruebas para VIH, leptospirosis, hepatitis B y C, y marcadores autoinmunes y tumorales fueron negativas. La IgG para CMV resultó positiva. La biopsia de colon reportó presencia de células con citomegalia, sugiriendo efecto citopático viral por CMV. La carga viral PCR CMV que se encontraba en 2059 IU/ml. Se dio tratamiento con valganciclovir por una semana, con normalización de la función hepática y renal. Egresada asintomática. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso destaca la necesidad de considerar infecciones virales como el CMV en pacientes con cuadros de colitis crónica.

**116TL ECTOPIA RENAL CRUZADA FUSIONADA.** Oscar Díaz<sup>1</sup>. Carlo Ortiz<sup>1</sup>. Lorenzo Paz<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Radiología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Radiología; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La ectopia renal cruzada se define como un riñón que no se encuentra en su sitio anatómico normal, sino que se localiza en el lado opuesto en relación con su posición embriológica; con frecuencia se descubre incidentalmente durante exámenes por otras indicaciones y por lo general los pacientes son asintomáticos. Se reporta mayor prevalencia en hombres, y con mayor prevalencia en lado derecho. El tipo fusionado es más frecuente, se presenta aproximadamente en el 90% de los casos; el no fusionado solamente en el 10%. En la mayoría de los casos, el riñón cruzado se fusiona al polo inferior del riñón contralateral. Se conocen cuatro tipos de ectopia renal cruzada por imágenes, siendo una de estas la fusionada. Seis tipos de fusión han sido descritos. **Descripción del caso:** Paciente de 71 años, con antecedente de DM II, con 10 días intrahospitalarios por celulitis en miembro inferior izquierdo. Presentó elevación de los azoados e hiperpotasemia por lo que se solicitó Ultrasonido renal encontrando riñón derecho de presentación ectópica en retroperitoneo por enfrente de los vasos retroperitoneales, con su extremo fusionado con el polo inferior del riñón izquierdo. Uro tomografía de adquisiciones axiales

con reconstrucciones multiplanares, identificó riñón derecho ectópico de aspecto supernumerario fusionado con polo inferior de homólogo ortotópico izquierdo (en "L"). **Conclusiones/ Recomendaciones:** La Ectopia renal cruzada es un hallazgo infrecuente, descubierto generalmente de manera incidental. Es de importancia conocer su presentación para un adecuado diagnóstico imagenológico.

**117TL SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WÜNDERLINCH COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR PÉLVICO EN ADOLESCENTES.** Jorge Díaz<sup>1</sup>, Victoria Díaz-Cerrato<sup>2</sup>, Caridad Canales<sup>2</sup>, Andres Portillo<sup>2</sup>, Juan F. Paz<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, Departamento de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Clínica Diagnos; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción.** El síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich es un trastorno raro del tracto urogenital caracterizado por útero didelfo, agenesia renal ipsilateral y hemivagina ciega, con una incidencia del 0.8% al 1.3% del total de las anomalías müllerianas. **Descripción del Caso.** Paciente latina de 13 años sin antecedentes personales patológicos relevantes e historia de pubarquia, telarquia y menarquia a los 12 años. Refirió amenorrea secundaria de cuatro meses de evolución, dolor abdominal de tres meses, intermitente en su comienzo, pero agudizándose en la última semana y obligando su ingreso a la sala de emergencias. Al examen físico se encontró masa en hipogastrio y conducto vaginal no permeable con pared vaginal anterior bloqueando el paso y evitando la palpación del cérvix. Ultrasonido abdominal y Tomografía Axial Computarizada contrastada evidenciaron agenesia renal derecha, hematometra y hemato-colpos, útero didelfo y septum vaginal. Paciente fue intervenida por ginecología con evolución satisfactoria. **Conclusiones/ Recomendaciones.** Este caso atípico de dolor abdominal en femenina adolescente en edad fértil demuestra la importancia de la sospecha y/o valoración temprana de pacientes por posibles malformaciones müllerianas. Asimismo, se ilustran las manifestaciones clínicas características del síndrome, con el fin de alcanzar un diagnóstico oportuno y evitar complicaciones como piohematocolpos, piosalpix y pelviperitonitis.

**118TL ELIZABETHKINGIA MENINGOSEPTICA.** René Santos<sup>1</sup>, Sharon Hefzi-Ba Pieneda Guevara<sup>1</sup>, Alex Francisco Cardona<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Infectología; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El género *Elizabethkingia* comprende bacterias gramnegativas no fermentadoras. Las especies más relevantes clínicamente son *Elizabethkingia meningoseptica* y *Elizabethkingia anophelis*. Un desafío significativo en el manejo de *Elizabethkingia* es su resistencia intrínseca a múltiples antibióticos, incluyendo  $\beta$ -lactámicos, aminoglucósidos y carbapenémicos.

**Descripción del caso:** Paciente masculino de 75 años, de Yoro, con antecedentes de DM2, HTA y EPOC, refiere tos de 15 días de evolución, expectoración verdosa, exacerbada ante la actividad física; fiebre, con diaforesis y escalofríos de igual evolución; y disnea, progresiva, de medianos a pequeños esfuerzos, sin ortopnea. Se recibe normotenso, con oxígeno fio2 30% saturando 95%, taquipneico, afebril. Con Glasgow 14, deshidratado, con Tórax en tonel, uso de músculos accesorios de la respiración. Se auscultan vibraciones vocales aumentadas, con crépitos bibasales y sibilancias bilaterales espiratorias audibles en todos los campos pulmonares. En hemograma se observa leucopenia, con linfopenia marcada, VIH negativo, reactantes de fase aguda elevados; se ingresa a la UCI para Ventilación mecánica no invasiva y cobertura antibiótica con Piperacilina tazobactam, cumpliendo 5 días de estancia en UCI, en sala de Medicina de Hombres presenta fiebres de 39-40°C, Glasgow 12, descartándose causas vasculares y metabólicas. Se obtiene cultivo positivo por *Elizabethkingia meningoseptica* por lo que se presenta al servicio de infectología quien inicia Vancomicina, con mejoría parcial, por lo que se añade ciprofloxacina, mostrando evidente mejoría clínica siendo egresado a los 7 días. **Conclusiones/Recomendaciones:** La *Elizabethkingia meningoseptica* es una bacteria gramnegativa que se encuentra ampliamente distribuida en el medio ambiente, conocida por ser un patógeno nosocomial emergente, suele encontrarse frecuentemente en las unidades de cuidados intensivos, es notable por su resistencia a múltiples antibióticos, esto se debe a los genes que codifican para beta lactamasas de amplio espectro, como metalo-beta lactamasa BlaB, que confiere resistencia a carbapenémicos.

**119TL ASOCIACIÓN ENTRE TURNOS LABORALES FATIGA LABORAL Y TRASTORNOS DEL SUEÑO EN TRABAJADORES TEXTILES CHOLOMA, HONDURAS.** Marcos Fernando Gonzales Amaya. Universidad Católica de Honduras, Salud Pública; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** Examinamos la relación entre los turnos de trabajo y la aparición de fatiga laboral y trastornos del sueño en trabajadores de empresa textil en Choloma, Cortés, Honduras, durante junio a agosto de 2024. **Objetivo:** Determinar la asociación entre los turnos de trabajo y la aparición de fatiga laboral y trastornos del sueño en los trabajadores de una empresa textil en Choloma, Cortés, Honduras, en 2024. **Materiales y Métodos:** Utilizamos una metodología cuantitativa con un diseño descriptivo y cuasiexperimental. La muestra aleatoria incluyó 180 empleados, divididos equitativamente entre turnos fijos y rotativos. Se emplearon el Cuestionario de Síntomas de Fatiga Laboral de Yoshitake y los criterios diagnósticos del DSM-5 para evaluar la fatiga y los trastornos del sueño. Los datos se analizaron con SPSS, aplicando pruebas t, ANOVA y regresión logística. **Resultados:** Los empleados con turnos rotativos tienen niveles de fatiga más altos (media = 4.5) comparados con los empleados con turnos fijos (media = 3.2). La prevalencia de insomnio es mayor entre los trabajadores con

turnos rotativos (45%) comparados con los turnos fijos (25%). La regresión logística indica que los empleados con turnos rotativos tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos del sueño (OR = 2.5). **Conclusiones/Recomendaciones:** Es necesario desarrollar políticas y estrategias que optimicen la organización de los turnos y horarios de trabajo para mejorar la salud y el bienestar de los empleados en esta industria. Recomendamos implementar programas de bienestar que aborden la gestión del sueño y la fatiga, optimizar los horarios de trabajo y proporcionar apoyo psicológico y médico a los trabajadores afectados. Estas intervenciones mejorarán la calidad de vida y rendimiento laboral de los empleados. El estudio tiene limitaciones, como la restricción de la muestra a una sola empresa textil en Honduras. Para futuras investigaciones, recomendamos realizar estudios longitudinales y ampliar la muestra a diferentes industrias y regiones.

**120TL EFECTOS DE MORINDA CITRIFOLIA EN MODELOS ANIMALES E IN VITRO: IMPLICACIONES BIOACTIVAS Y METABÓLICAS.** Suiyen María Zelaya Ham. Clínica Ferraro; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La *Morinda citrifolia*, perteneciente a un árbol de la familia Rubiaceae, ha sido utilizada en la medicina tradicional polinesia durante más de 2000 años por sus propiedades antiinflamatorias, analgésicas, anticancerígenas, antilipémicas, antihipertensivas y antisépticas. Actualmente, el uso de la medicina natural ha cobrado relevancia, especialmente en países en desarrollo, como tratamiento primario o coadyuvante de diversas patologías. **Objetivo:** Analizar, mediante una revisión de la literatura existente, si el consumo de *M. citrifolia* se asocia con efectos beneficiosos sobre la salud en modelos animales con patologías de base o sometidos a dietas ricas en grasas, así mismo como evaluar la presencia de efectos bioactivos en modelos animales e in vitro. **Materiales y Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica utilizando PubMed como base de datos, obteniendo 23 estudios en modelos animales e in vitro que investigan los efectos del consumo y uso de extractos de *M. citrifolia*, en los sistemas inmune, metabólico, neuropsiquiátrico, microbiológico y oncológico. **Resultados:** Los estudios evidenciaron que *M. citrifolia* modula el sistema inmune regulando la expresión de citoquinas inflamatorias y óxido nítrico, presenta efectos anticancerígeno mediante la inducción de apoptosis, y posee propiedades neuroprotectores. Además, impacta positivamente en el metabolismo lipídico y glucídico, ejerciendo un efecto protector sobre la función hepática y renal. Se observó una mejora en la ganancia de peso y disminución en la acumulación de grasa visceral, sin alteraciones histológicas en órganos evaluados. **Conclusiones/Recomendaciones:** La *Morinda citrifolia* presenta efectos inmunomoduladores, neuroprotectores, anticancerígenos y reguladores del metabolismo, con impacto positivo en la función hepática y renal, particularmente en el contexto de dietas ricas en grasas. También exhibe propiedades antimicrobianas y antiparasitarias. Se recomienda la realización de estudios adicionales para evaluar su potencial terapéutico

en enfermedades humanas de origen metabólico, infeccioso, inflamatorio y oncológico.

**121TL RIFAXIMINA Y LACTICASEIBACILLUS RHAMNOSUS EN EL TRATAMIENTO POR SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL EN NIÑOS.** Alejandro Andrés Fernández García<sup>1</sup>, Andrea Alejandra Fernández García<sup>1</sup>, Marlon Fernández Aragón<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital CEMESA, Unidad de Gastroenterología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** Rifaximina ha mostrado eficacia en el tratamiento del sobrecrecimiento intestinal bacteriano (SIBO) entre el 60 al 70% en la población general. El uso de algunos probióticos podría ayudar en el tratamiento reduciendo la carga bacteriana y favoreciendo su prevención. **Objetivo:** evaluar la eficacia de la combinación rifaximina y lacticaseibacillus rhamnosus (LGG) en el tratamiento por *sobrecrecimiento intestinal bacteriano* (SIBO) en niños escolares a través de la prueba de hidrógeno/metano en aire espirado. **Materiales y Métodos:** Se incluyó niños entre los 6 y 12 años que acudieron a la consulta externa de la unidad de Gastroenterología pediátrica del Hospital Cemesa, entre enero a diciembre del 2024, con diagnóstico positivo de SIBO mediante prueba de hidrógeno/metano en aire espirado. Se administró tratamiento con rifaximina 30mg/kg/día y Lacticaseibacillus rhamnosus GG 5 x 10<sup>9</sup> UFC 2 veces al día, durante 7 días. Una segunda prueba de aire espirado fue realizada entre 3 y 5 semanas después de la finalización del tratamiento. **Resultados:** Total de 42 pacientes, 59% de género femenino y 41% masculino. La edad media de 9 años, 62% residían en áreas urbanas y 38% en áreas rurales. En relación a sintomatología 100% presentaron dolor abdominal recurrente, 51% distensión abdominal/sensación llenura, 39% hiporexia, 38% episodios de diarrea, 32% flatulencia, 21% náuseas. 98% recibieron otros y diversos tratamientos en los últimos 6 meses. El tratamiento rifaximina/LGG presentó 5% efectos secundarios, que incluyó náuseas y sensación de llenura. La segunda prueba de aire espirado mostró en 32 pacientes (76%) resultado *negativo* para SIBO. **Conclusiones/Recomendaciones:** La combinación de rifaximina con LGG es bien tolerado, eficaz en el 76% por efecto sinérgico para el tratamiento por sobrecrecimiento intestinal bacteriano en niños.

**122TL OCLUSIÓN DE LA ARTERIA DE PERCHERÓN, RECONOCIENDO EL PATRÓN.** Katleen Verence Nolasco Ferrera<sup>1</sup>, Vilma Alejandra Gómez Lara<sup>1</sup>, Javier Lagos Servellón<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Nacional Mario C. Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La arteria de Percherón, es una variante anatómica en la que ambos tálamos y el mesencéfalo rostral están irrigados por un único tronco común o arteria de Percherón. La oclusión de la arteria es poco frecuente y representa sólo el 0,17% de los ictus isquémicos. Los embolismos cardiogénicos y la aterotrombosis son actualmente las causas más frecuen-

tes. La clínica más frecuente: presión arterial sistólica >140, deterioro de la conciencia y diplopía. La presentación inespecífica complica el diagnóstico de ictus isquémico agudo. En las primeras horas el diagnóstico puede pasar desapercibido en un estudio de Tomografía, por lo que el estudio de elección es la Resonancia magnética. **Descripción del caso:** Hombre de 18 años, sin antecedentes personales patológicos, que ingresa con alteración súbita del estado de conciencia de más de 24 horas de evolución; Glasgow 6 puntos, sin focalización motora; en TC Cerebral se observa hipodensidad en ambos tálamos. Por Angiotac cerebral se confirmó origen de la isquemia en arteria de Percherón. Sin ventana para fibrinolíticos, se indicó manejo con atorvastatina y ácido acetil salicílico. Se realizó TSH, T4 libre dentro de valor normal, anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia negativo, anticuerpos antifosfolípidos negativos. Con evolución satisfactoria, posterior a 8 días hospitalizado Glasgow 14 puntos, se egresa con seguimiento en consulta externa de neurología y rehabilitación. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El ictus de la Arteria de Percherón, constituye alta morbilidad a largo plazo, su pronóstico depende de la afección del mesencéfalo y el tiempo desde la presentación hasta su diagnóstico. Por lo tanto, ante la sospecha del mismo, el estudio de imagen certero y el tratamiento oportuno son de trascendental importancia en su abordaje.

**123TL ARTERITIS DE TAKAYASU.** Kattheen Verónica Nolasco Ferrera<sup>1</sup>, Génesis Sarahí Chávez Paredes<sup>1</sup>, José Raúl Mata Hernández<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario C. Rivas, Departamento de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La arteritis de Takayasu es una vasculitis rara de grandes vasos que afecta con mayor frecuencia a mujeres jóvenes. Es más conocida en Asia y América del Sur. Afecta a la aorta y sus ramas principales. Los estudios de imagen se utilizan cada vez más para su diagnóstico. El manejo terapéutico se basa en intervenciones endovasculares, además, terapia inmunosupresora para disminuir lesión endotelial y citocinas proinflamatorias. **Descripción del caso:** Se trata de paciente masculino de 23 años, sin antecedentes personales patológicos, quien acude a la emergencia con historia de cefalea de 1 semana de evolución, inicio insidioso, predominio occipital derecho e irradiado a región cervical, pulsátil, intensidad 4/10, 3 días posteriores aumenta a intensidad 8/10, atenuada con analgésico oral, acompañándose de visión borrosa. Al examen físico signos vitales presión arterial miembro superior izquierdo 190/160 mmHg, miembro inferior izquierdo 180/140 mmHg, Miembro Superior Derecho 280/160 mmHg, miembro inferior derecho 230/140 mmHg, FC 86 lpm, FR 20 rpm, T 37°C, SatO2 96%, FIO2 21%, ECG 15 puntos, región cervical izquierda soplo carotídeo grado III, cardiopulmonar soplo holosistólico grado II foco aórtico y pulmonar, región mesogastrio soplo grado II, extremidades hemicuerpo izquierdo con retraso en la palpación de

pulsos, disminuidos, con tendencia a la frialdad distal, llenado capilar 4 segundos, hemicuerpo derecho sin anomalías. Angiotomografía cerebral estenosis arteria cerebral media izquierda. Angiotomografía toracoabdominal estenosis arterial renal derecha y obstrucción por trombo arteria renal izquierda. Se inició metotrexate y prednisona, logrando mejoría clínica y egresándose con plan de seguimiento por servicio de nefrología y cirugía vascular. **Conclusiones/Recomendaciones:** La arteritis de grandes vasos constituye causa importante, aunque poco frecuente de hipertensión arterial secundaria. Por lo tanto, se debe tener en cuenta su diagnóstico en la práctica diaria, así como la terapia oportuna y el seguimiento posterior de sus complicaciones

**124TL REACCIÓN PARADÓJICA AL TRATAMIENTO ANTI-FÍMICO EN PACIENTE CON MENINGOENCEFALITIS POR TUBERCULOSIS.** Sara Daniela Sahury<sup>1</sup>, Diana Varela<sup>2</sup>, Eimy Barahona<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Escuela, Servicio de Infectología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Escuela, Servicio de Infectología, Instituto de Investigación en Parasitología y enfermedades infecciosas "Antonio Vidal"; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades infecciosas más antiguas y persistentes, que ha desafiado a la medicina a lo largo de la historia. A pesar de los avances en el tratamiento antifímico, algunos pacientes experimentan empeoramiento temporal del cuadro clínico tras el inicio del tratamiento. Este fenómeno, conocido como reacción paradójica (RP), plantea interrogantes sobre la respuesta inmune del huésped y la eficacia de los medicamentos. En la literatura se reporta una frecuencia del 6-30%. Las reacciones paradójicas de TB pulmonar (TBP) más frecuentes se presentan como progresión del cuadro pulmonar, y aunque infrecuente, también se han reportado reacciones paradójicas extrapulmonares. Las convulsiones pueden presentarse hasta en un 35% de los pacientes con RP. Presentamos caso de TBP con RP de meningitis tuberculosa. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 32 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, VIH negativo, sin inmunosupresión, quien fue diagnosticado con tuberculosis pulmonar en septiembre de 2024. Inició tratamiento antifímico acortado de primera línea, al cual tenía adherencia. Se presenta a la emergencia 2 meses después del inicio de tratamiento, por finalizar fase intensiva, con crisis epilépticas focales sin pérdida de la conciencia, tipo clónicas en miembro superior izquierdo. Se realizó Xpert MTB/rif en LCR que resultó positivo, estableciendo el diagnóstico de TBP diseminada al sistema nervioso (SNC) como reacción paradójica. Se decide ampliar la fase intensiva del tratamiento y agregar levofloxacina intravenosa y corticosteroides, en espera de estudios de fármaco resistencia. El paciente evoluciona satisfactoriamente y egresó para seguimiento ambulatorio. **Conclusiones/Recomendaciones:** La identificación oportuna de una RP es crucial para ajustar el tratamiento y mejorar los resultados clínicos.

## 125TL SÍNDROME DE NICOLAU: UNA COMPLICACIÓN RARA Y GRAVE DE LA ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR DE MEDICAMENTOS.

Luis Fernando Bardales Díaz del Valle<sup>1</sup>, Alejandra Karolina Lara Avalos<sup>1</sup>, Ingrid Gabriela Reyes Zuniga<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El síndrome de Nicolau es una complicación rara, pero potencialmente grave, asociada a la administración intramuscular de fármacos, siendo el diclofenaco el más reportado. La incidencia en pacientes pediátricos no está establecida claramente debido a escasez de datos. Se caracteriza por isquemia y necrosis tisular en la zona de inyección, pudiendo evolucionar a fascitis necrotizante, rhabdomiólisis y fallo multiorgánico. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 13 años sin antecedentes médicos, quien recibió una inyección intramuscular en la región glútea izquierda de dexketoprofeno y dexametasona. A las 48 horas presentó dolor intenso, eritema y edema en la zona de aplicación, evolucionando a necrosis cutánea con secreción purulenta y extensión del daño hasta el muslo. Se inició tratamiento con antibióticos intravenosos y drenaje quirúrgico, sin mejoría significativa. Desarrolló rhabdomiólisis severa (CKMB: 34,618 U/L) y lesión renal aguda estadio III (creatinina: 5.44 mg/dL), requiriendo hemodiálisis de urgencia. La evaluación por Cirugía Pediátrica evidenció fascitis necrotizante, por lo que se realizó desbridamiento quirúrgico extenso con resección de tejido necrótico. Tras intervención multidisciplinaria, incluyendo terapia antibiótica empírica con ceftazidima y metronidazol, soporte renal y cirugías de limpieza, el paciente mostró una evolución favorable. La función renal mejoró progresivamente sin necesidad de nuevas sesiones de hemodiálisis. El cultivo de tejido resultó negativo, y la cicatrización avanzó sin complicaciones secundarias. **Conclusiones/ Recomendaciones:** este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano y manejo agresivo del síndrome de Nicolau para prevenir complicaciones sistémicas. La vigilancia en la administración de inyecciones intramusculares y la educación médica sobre esta patología pueden reducir su incidencia y mejorar los desenlaces clínicos.

## 126TL LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA: RESISTENCIA A LA PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO.

Karel Iracema Escoto Pineda<sup>1</sup>, Laura Sofia Castellon Paz<sup>2</sup>, Carlos Armando Mejía Aly<sup>2</sup>, Karen Enamorado Martínez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio de Medicina Interna; Santa Bárbara, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Católica de Honduras, Hospital Santa Bárbara Integrado, Santa Bárbara, Honduras.

**Introducción:** En las Américas en el periodo de 2001-2020 se registraron 1 067 759 casos de leishmaniasis cutánea y mucocutánea. El 99% de casos de leishmaniasis en Honduras tienen una presentación cutánea típica y menos del 1% de ellos presenta resistencia a antimoniales pentavalentes (Glucanti-

me®). Se describe un caso atípico con progresión multifocal y fracaso terapéutico, resaltando los desafíos según el protocolo nacional. **Descripción del caso:** Hombre de 66 años, diabético e hipertenso, originario de Lempira, con lesiones ulcero granulomatosas en miembro inferior derecho, brazo derecho, codo izquierdo y región maxilar derecha, las cuáles iniciaron en octubre de 2024. Se confirmó diagnóstico de leishmaniasis mediante frotis de la lesión (observando amastigotes) en diciembre de 2024, e inició tratamiento el día 27 del mismo mes con Glucantime a dosis de 20 mg/kg/día por vía intramuscular, completando 28 días de terapia. El 27 de enero se presenta al servicio de urgencias del Hospital Santa Bárbara Integrado con mismas lesiones sin reducción del tamaño y además con sobreinfección bacteriana. La biopsia post tratamiento de las lesiones confirmó la persistencia de los amastigotes. En marzo de 2025 las lesiones continúan del mismo tamaño. **Conclusiones/ Recomendaciones:** El caso cumple criterios de resistencia primaria a antimoniales (según OPS 2023), por lo que el paciente requiere segunda línea terapéutica con anfotericina B, aunque su acceso es limitado en el primer y segundo nivel de atención. Se destaca la brecha terapéutica en Honduras ya que solo se dispone de antimoniales y anfotericina B convencional (no liposomal), con alternativas como miltefosina inaccesibles por costo. Se recomienda la monitorización temprana en pacientes de riesgo y fortalecimiento de la red de laboratorios para PCR, y seguimiento a largo plazo de los pacientes, y actualizar protocolos nacionales, con disponibilidad de tratamientos de segunda línea en hospitales regionales y capacitación del personal de salud.

## 127TL EVALUACIÓN DE LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN ADULTOS GARÍFUNAS MEDIANTE EL ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS-GLUCOSA Y SU COMPARACIÓN CON EL ÍNDICE HOMA-IR.

Eduardo Smelin Perdomo Domínguez<sup>1</sup>, Sara Elizabeth Milla Salguero<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Clínica Médica Villanueva; Villanueva, Cortés. <sup>2</sup>Hospital Nacional Mario C. Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La resistencia a la insulina (RI) es clave en el desarrollo de enfermedades cardiometabólicas y afecta desproporcionadamente a ciertos grupos étnicos. En comunidades garífunas, no existen datos sobre su diagnóstico. El índice HOMA-IR, aunque ampliamente usado, requiere insulina sérica, lo que limita su aplicación en contextos poblacionales de bajos recursos. El índice Triglicéridos-Glucosa (TyG) se propone como una alternativa accesible y de bajo costo. Este estudio compara ambos índices para el diagnóstico de RI en una comunidad garífuna de Balfate, Colón. **Objetivo:** Comparar el rendimiento diagnóstico del índice TyG frente al índice HOMA-IR para la detección de resistencia a la insulina en adultos garífunas. **Materiales y Métodos:** Un total de 63 adultos garífunas fueron evaluados mediante variables clínicas, antropométricas y bioquímicas. El HOMA-IR se calculó con la fórmula:  $\text{insulina en ayunas } (\mu\text{IU/mL}) \times \text{glucosa en ayunas } (\text{mg/dL}) / 405$ . Se definió RI con HOMA-IR  $>2.96$  en hombres y

>2.53 en mujeres. El índice TyG se calculó como  $\ln(\text{glucosa (mg/dL)} \times \text{triglicéridos (mg/dL)} / 2)$ , con puntos de corte >4.66 para hombres y >4.57 para mujeres. Se realizó análisis de curva ROC y se estimaron valores predictivos, razones de verosimilitud y correlaciones mediante Spearman. **Resultados:** El 75% presentó RI según HOMA-IR y 76.2% según TyG. El índice TyG mostró un punto de corte óptimo de 4.64 (AUC = 0.79, IC95%: 0.69–0.89), con sensibilidad del 90% y especificidad del 65%. El valor predictivo positivo fue 87.5%, y el negativo 66.7%. La razón de verosimilitud positiva fue 2.57 y la negativa 0.15. Existió una correlación significativa entre HOMA-IR y TyG ( $r = 0.610$ ,  $p < 0.01$ ). **Conclusiones/Recomendaciones:** La prevalencia de RI en esta comunidad fue elevada. El índice TyG mostró buena correlación con HOMA-IR y adecuado rendimiento diagnóstico, siendo una herramienta práctica y accesible para su uso en entornos con recursos limitados.

**128TL RELACIÓN ENTRE SECUELAS FÍSICAS, ECONÓMICAS Y PSICOLÓGICAS POST INFECCIÓN POR LA COVID-19 EN UNIVERSITARIOS.** Tania Soledad Licon Rivera<sup>1</sup>, José Rafael Mondragón Serrano<sup>1</sup>, Kensy Jackeline Licon<sup>2</sup>, Julio Cesar Figueroa Castillo<sup>3</sup>, Medardo Miguel Galindo Mendoza<sup>4</sup>, Rosa Alba Ordoñez Avila<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras. <sup>2</sup>Universidad Tecnológica Centroamericana, Ingeniería en Gestión Logística; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Tecnológica Centroamericana, Mercadotecnia; San Pedro Sula, Honduras. <sup>4</sup>Universidad Tecnológica Centroamericana, Departamento de Ciencias y Matemáticas; San Pedro Sula, Honduras. <sup>5</sup>Universidad Tecnológica Centroamericana; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La pandemia por la COVID-19 causó un determinante antes y después, continúa repercutiendo en la salud de muchas personas. **Objetivos:** Establecer la relación entre secuelas físicas, psicológicas y económicas post COVID-19 en estudiantes y docentes: Centro universitario Tecnológico Centroamericano (CEUTE) y Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), campus Cortés, 2022 y 2023. **Materiales y Métodos:** Enfoque cuantitativo, transversal, alcance descriptivo correlacional. Población; 27,826 estudiantes, 1,030 docentes. Muestreo probabilístico, IC: 95%; 702 estudiantes y 236 docentes. Instrumento tipo encuesta elaborado en Microsoft forms. Se incluyó: preguntas sociodemográficas, preguntas para determinar el grado de severidad de la COVID-19, escala de estado funcional Post Covid19, escala de depresión de Zung y Conde y preguntas socioeconómicas. Análisis en SPSS versión 24. **Resultados:** 281 participantes se contagiaron antes de iniciar su esquema de vacunación contra la COVID-19, 217 (77%) eran estudiantes. Se encontró que en 171 (61%) la enfermedad fue leve y 7 (2%) la enfermedad fue crítica. En relación con la limitación funcional, midiendo la escala funcional post COVID-19, se encontró que 66 (32%) tenía limitación funcional insignificante 4 semanas después de sufrir la COVID-19, y 14 (4.5%) tenían limitación funcional moderada 6 meses después; 198 (71%) sufrieron algún grado de depresión; 26 (9%) sufrie-

ron depresión severa: 24 estudiantes/ 2 docentes; 114 (41%) sufrieron depresión moderada. Se encontró que 150 (53%) se vieron afectados por la COVID-19, 230 (82%) tuvieron familiares contagiados por la COVID-19. Se encontró una relación significativa, entre la severidad de la COVID-19 y la edad, la correlación de Pearson: 0.207,  $p = 0.00$  y entre severidad y estado funcional 4 semanas después de sufrir la COVID-19, correlación de Pearson: 0.294,  $p = 0.00$ . **Conclusiones/Recomendaciones:** Las secuelas por la Covid 19 aún persisten en estudiantes y docentes universitarios.

**129TL MÁS ALLÁ DE LA DIARREA: ÚLCERAS ANALES POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE VULNERABLE.** Sara Sahury<sup>1</sup>, Víctor Funez<sup>2</sup>, Diana Varela<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Escuela, Servicio de Gastroenterología y Endoscopia; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Escuela, Servicio de Infectología; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El citomegalovirus (CMV) es una causa significativa de infecciones graves en pacientes inmunodeprimidos. Este virus, que pertenece a la familia de los herpesvirus, debe ser considerado en el diagnóstico y tratamiento de pacientes que presentan diarrea crónica. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 61 años, con antecedentes de hipertensión y prediabetes. Durante un año, el paciente fue tratado en múltiples ocasiones por episodios de diarrea sin obtener mejoría. En su última consulta, se presentó deshidratado y con signos de bajo gasto, lo que llevó a su ingreso hospitalario y a un abordaje exhaustivo de la diarrea crónica. Las pruebas iniciales resultaron positivas para Cryptosporidium, y posteriormente se diagnosticó VIH. Durante la evaluación, se observaron úlceras anales, por lo que se tomó una muestra para realizar un estudio específico para citomegalovirus. Se inició un tratamiento que incluyó terapia antirretroviral, antiparasitaria y antiviral. Gracias a este enfoque integral, el paciente mostró una evolución satisfactoria, logrando una remisión completa del 100%. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso resalta la importancia de considerar el citomegalovirus en pacientes inmunodeprimidos con diarrea crónica, así como la efectividad de un tratamiento multidisciplinario en la mejora de la salud del paciente.

**130TL FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN PACIENTES AMBULATORIOS.** Jennifer Marie Medina<sup>1</sup>, Kathy Argentina Euceda<sup>1</sup>, Katherine Suyapa Arias<sup>1</sup>, Oscar Sosa<sup>1</sup>, Manuel Sierra<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales problemas de salud pública en América Latina; 20%-40% de adultos latinoamericanos tienen HTA; es una de las principales causas de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y enfermedad renal crónica. En América Latina menos del 50% de los pacientes hipertensos tiene buena adherencia.

**Objetivo:** Determinar frecuencia de No-Adherencia (NA) y factores asociados. **Materiales y Métodos:** Estudio realizado por médicos en servicio social de FCS-UNITEC (2024-2025) en tres unidades de salud ambulatorias. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética de UNITEC. Se usó una muestra de conveniencia de adultos que asistieron consecutivamente a consulta por HTA. **Resultados:** Participaron 161 pacientes (80% mujeres); 42% con edad de 55-69 años; 90% sedentarios; 66% sobrepeso-obesidad; 21% diabéticos; 48% tenían 5-10 años de ser hipertenso; 63.4% (95% IC: 55.7%-70.4%) presentaron NA. Principales razones de NA: carencia de medicamentos en la Unidad de Salud Ambulatoria (52.2%); olvidar tomar medicamentos (35.4%); razones personales (11.2%). La NA fue mayor en mujeres y en menor escolaridad ( $p < 0.01$ ). **Conclusiones/Recomendaciones:** Los hipertensos hondureños tienen múltiples factores de riesgo. La HTA sigue siendo la principal causa de muerte cardiovascular en adultos. Se necesita desarrollar una estrategia de abordaje integral para el manejo de la HTA en Honduras.

**131TL ANEMIA HEMOLÍTICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO.** Juan Antonio Mejía Godoy<sup>1</sup>, Genesis Sarahi Chávez Paredes<sup>1</sup>, Cinthia Gabriela Madrid García<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La Anemia Hemolítica es una afectación frecuente que pasa desapercibida, puede poner en riesgo la vida de los pacientes y encontrarse como primera manifestación en lupus eritematoso sistémico (LES). Se ha propuesto que el LES es una enfermedad autoinmune con manifestaciones proteicas causadas por producción de anticuerpo y depósito de complemento, las manifestaciones pueden variar desde afectación en piel, articulaciones, renal, hematológico y cardiovascular. **Descripción del caso:** Paciente mujer de 25 años, sin antecedente patológico personal, acude con historia de ictericia de 3 días evolución que inicia en esclera y un día posterior se generaliza en todo el cuerpo, náuseas y vómitos de igual evolución, 3 episodios de contenido alimentario, no sanguinolento, y fiebre igual evolución no cuantificada, sin predominio de horario, que se atenúa con acetaminofén. Examen físico Presión Arterial 110/80 mmHg, FC 114 lpm, Pulso 114 ppm, FR 22 rpm T° 37.5 ° C, SatO<sub>2</sub> 98%, FiO<sub>2</sub> 21%. ECG 15 puntos, esclera y mucosa oral ictérica, cardiopulmonar con presencia de taquicardia, abdomen normal, extremidades con úlcera en maléolo tibial derecho, sin secreción, doloroso, borde definido. En hemograma anemia severa macrocítica hiperocrómica, bilirrubina total 5.9 mg/dl bilirrubina indirecto 5.30 mg/dl, LDH 942 U/L, Coombs directo positivo, reticulocitos 11.70%. Frotis presencia anemia Macroscítica hipocrómica con datos de lisis, anisocitosis, poiquilocitosis. C3 98 mg/dl, C4 2 mg/dl, ANA X ifi 1:80 patrón centrómero, anticoagulante lúpico positivo, anticardiolipina positivo y B2 glicoproteína positivo. Inició tratamiento con pulso metilprednisolona, azatioprina, hidroxycloquina, egresó con

mejoría clínica y plan de seguimiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** El LES es una enfermedad heterogénea ya que afecta varios sistemas del organismo. El diagnóstico se realiza mediante medición ANA X IFI 1.80, hipocomplementemia, Anti DNA, anticuerpo antifosfolípido positivo.

**132TL ECTOPIA RENAL CRUZADA FUSIONADA.** Daniel Eduardo Mendoza Sabillon<sup>1</sup>, Hector Ivan Mendoza Sabillon<sup>2</sup>, Sergio Fidel Funes Melendez<sup>3</sup>, Karel Iracema Escoto Pineda<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio de Emergencia; Santa Bárbara, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Servicio Social; Santa Bárbara, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Católica de Honduras, Servicio Social; Santa Bárbara, Honduras. <sup>4</sup>Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio de Medicina Interna; Santa Bárbara, Honduras.

**Introducción:** Las malformaciones congénitas del tracto urinario corresponden a un amplio espectro de alteraciones relacionadas con defectos originados desde la etapa embrionaria. La ectopia renal cruzada (ERC) se define como un riñón que se localiza en el lado opuesto a su origen embriológico, donde el uréter del riñón ectópico tiene una inserción normal en la vejiga, es decir, ipsilateral a su posición embrionaria inicial. La ectopia renal cruzada fusionada es la variante más frecuente con una incidencia de 1:1000 nacidos vivos con ERC, usualmente la ectopia se presenta de izquierda hacia derecha y suele cursar asintomática hasta que se descubre incidentalmente a través de estudios de imagen abdominal **Descripción del caso:** Femenina de 21 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, hospitalizada por neumonía adquirida en la comunidad quién, al ser estudiada por causas de inmunosupresión, se le realiza ultrasonido abdominal que reporta un riñón fusionado unilateral derecho por lo que se corrobora hallazgo con urografía por tomografía computarizada la cuál evidencia dos riñones de lado derecho, con el polo superior del riñón ectópico fusionado con el polo inferior del riñón ortotópico, conservando cada uno sus sistemas pielocaliciales y con sus uréteres normalmente insertados en la vejiga. La paciente no presentó alteraciones en la función renal y evolucionó satisfactoriamente de su cuadro respiratorio, siendo egresada con seguimiento en consulta externa de medicina interna. **Conclusiones/Recomendaciones:** Dar seguimiento a largo plazo ya que algunos estudios han demostrado que la función renal del riñón ectópico decrece con el tiempo. En Honduras no existe reporte de casos en la literatura médica sobre ectopia renal cruzada fusionada, hasta la fecha solo se encuentra un caso pediátrico de ectopia renal simple en el año 2011.

**133TL PREVALENCIA DE NIVELES SUFICIENTES DE VITAMINA "D" EN TRABAJADORES DE AGUAS DE SAN PEDRO.** Angel Gabriel Martínez Fernández. Sistema Médico de Empresas IHSS en Aguas de San Pedro, Honduras.

**Introducción:** La vitamina D es una prohormona liposoluble fundamental para múltiples funciones fisiológicas. Su deficien-

cia se asocia con trastornos osteomusculares, metabólicos e inmunológicos. Se sintetiza principalmente por exposición cutánea a radiación ultravioleta, factores como la vida sedentaria, el uso de bloqueadores solares y entornos laborales cerrados han incrementado la prevalencia de hipovitaminosis D, incluso en regiones tropicales. En Honduras, existe escasa evidencia sobre este problema en el ámbito laboral. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de suficiencia sérica de 25-hidroxivitamina D en trabajadores de Aguas de San Pedro, y su asociación con el área laboral y la suplementación vitamínica. **Materiales y Métodos:** Es un estudio observacional, descriptivo y transversal entre enero y febrero de 2025. La muestra incluyó 70 trabajadores seleccionados por conveniencia: 53 con funciones administrativas y 17 con funciones operativas. A cada participante se cuantificó la 25-hidroxivitamina D sérica, utilizando inmunoensayo automatizado estandarizado, y se aplicó un cuestionario estructurado que recopiló datos sobre consumo de suplementos vitamínicos. Los datos se procesaron con estadística descriptiva, incluyendo medidas de tendencia central, dispersión y comparación de proporciones entre subgrupos laborales. **Resultados:** La media general fue de 23.8 ng/mL. Sólo el 22.9% presentó suficiencia ( $\geq 30$  ng/mL); el 31.4% insuficiencia y el 45.7% deficiencia. El personal operativo mostró mayores niveles promedio (25.9 ng/mL) frente al administrativo (23.2 ng/mL). El 12.9% reportó uso de suplementos, siendo estos quienes alcanzaron valores óptimos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se encontró alta prevalencia de hipovitaminosis D, especialmente en personal administrativo. El uso de suplementos y la exposición solar regular son estrategias efectivas. Se recomienda integrar intervenciones nutricionales y de promoción de la salud en políticas institucionales.

#### 134TL TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES.

Diego Sebastián Ortega López<sup>1</sup>, Jorge Eduardo Ortega<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Posgrado de Medicina Interna; Cuautla, Morelos, México. <sup>2</sup>Hospital del Valle; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) es la formación de un coágulo, dentro de los senos venosos cerebrales y venas afluentes, que obstruye el drenaje sanguíneo normal del cerebro. La incidencia es de 2.5 pacientes por año por millón de habitantes, y representa del 0.5 al 1% de los Ictus. Un 78% de los pacientes tienen menos de 50 años, y es más frecuente en mujeres. Se presenta con diversidad de síntomas y manifestaciones clínicas, por lo que se puede demorar el inicio del tratamiento. **Descripción de serie de casos:** Ocho pacientes fueron atendidos por el Servicio de Neurocirugía del Hospital Nacional "Dr. Mario C. Rivas" de enero de 2010 a diciembre del 2015, a quienes se les confirmó el diagnóstico de TSVC. Seis pacientes eran mujeres (75%); tres eran menores de 40 años (37.5%), y dos mayores de 60 años (25%). La sintomatología más frecuente fue cefalea holo craneana seguido de convulsiones tónico-clónicas. El tiempo hospitalario para establecer el diagnóstico fue de 4 a 16 días.

A los 8 pacientes se les realizó tomografía simple de cerebro al ingreso, se reportó normal en 5 pacientes (62.5%), edema difuso en 3 pacientes (37.5%); a 5 pacientes se les pidió estudio con medio de contraste, pero sólo a uno se le pidió fase venosa. A seis pacientes se les realizó resonancia magnética de cerebro (75%), sin ser concluyente para el diagnóstico. En 4 pacientes se confirma el diagnóstico mediante angiografía cerebral por sustracción digital (ACSD). Fallecen 4 pacientes (50%), dos mayores de 60 años. **Conclusiones/Recomendaciones:** Para diagnosticar la TSVC se necesita una sospecha inicial y estudios de neuroimagen con medio de contraste, incluyendo la fase venosa, o resonancia magnética en tiempo de vuelo (TOF). No se necesita hacer rutinariamente ACSD. Hay mayor riesgo en mujeres, y se incrementa con el uso de anticonceptivos orales, o embarazo.

**135TL CROMOBLASTOMICOSIS.** Cynthia Madrid<sup>1</sup>, Karin Villalobos<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Mario C. Rivas, Departamento de Infectología; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** Infección fúngica de piel y tejido subcutáneo causada por hongos dematiáceos de regiones tropicales y subtropicales. Infección crónica granulomatosa, causada por la introducción traumática de hongos Chaetothyriales y Herpotheriellaceae del suelo, plantas, y madera en descomposición. Progresa lentamente, llamada cromomicosis, dermatitis verrugosa, micosis de Lane-Pedroso, enfermedad de Fonseca. La especie más prevalente (90%) *Fonsecae pedrosoi*. Clínicamente: variedades nodular, verrugosa, tumoral, cicatricial, en placa y mixta, La mayoría en miembros inferiores con prurito y dolor, complicadas con degeneración carcinomatosa. El diagnóstico se realiza al identificar estructuras fúngicas en el examen directo, histopatológico o cultivo. El tratamiento con bajas tasas de curación y alta recurrencia. **Descripción del caso:** Hombre de 78 años, agricultor, residente de Potrerillos, hipertenso, diabético y con enfermedad renal crónica. Con cuadro de 10 años de evolución, lesiones que iniciaron con una pápula en la cara lateral del pie derecho y posteriormente se presentó en la cara anterior, con aumento de tamaño y extensión, no delimitadas, prurito, dolor, ulceraciones superficiales y lesiones costrosas. Al examen físico se evidenció placas verrucosas en parte lateral de la pierna derecha, en la cara anterior de la pierna, con múltiples lesiones de varias características, nodulares de aspecto tumoral, en placa psoriasiforme, verrugosa o vegetante, cicatricial y con lesiones hipo e hiperpigmentadas. Se tomaron muestras de tejido, mediante una biopsia por exéresis, realizándose diferentes tinciones con resultados negativos. Al examen microscópico con KOH y estudio histopatológico se evidenciaron células ovaladas, color café oscuro, de paredes gruesas, algunas tabicadas, con aspectos de granos de café (células fumagoides o cuerpos escleróticos). Se dio tratamiento con itraconazol. **Conclusiones/Recomendaciones:** Se muestra la necesidad de conocer y sospechar de esta enfermedad,

de forma especial en etapa temprana, por las complicaciones, las bajas tasas de curación, y recurrencia si no se impone un tratamiento oportuno

**136TL PROPORCIÓN DE DISFAGIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ICTUS, HOSPITALES NACIONALES, HONDURAS, FEBRERO-ABRIL 2025: DATOS PRELIMINARES.** Ela Xiomara Rivera<sup>1</sup>, Guillermo José Oviedo<sup>2</sup>, Marlene Bonilla Isabel Bonilla<sup>1</sup>, José Elpidio Sierra<sup>2</sup>, Leonardo Ramsés Sierra<sup>2</sup>, Edna Janeth Maradiaga<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado Medicina de Rehabilitación; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento Rehabilitación; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Departamento de Salud Pública; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La disfagia tras Ictus puede presentarse en 20-90% de los casos, sus manifestaciones clínicas son sutiles pudiendo pasar inadvertida y generando mayor morbimortalidad, en Honduras no ha sido estudiada. **Objetivo:** Determinar la proporción de disfagia y características clínicas en pacientes internados por Ictus en cuatro hospitales nacionales, febrero-abril de 2025. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, y analítico en pacientes confirmados con Ictus en los hospitales nacionales del Instituto Hondureño de Seguridad Social y Secretaría de Salud, en Tegucigalpa y San Pedro Sula, aplicándose criterios de inclusión/exclusión, previo consentimiento informado. Se aplicó escala Gugging Swallowing Screen (GUSS) donde puntaje <20 se consideró disfagia; se consignó antecedentes personales, manifestaciones clínicas de ictus y síntomas/signos de disfagia. Se realizó análisis univariado y bivariado con pruebas t-Student, valor de  $p < 0.05$  fue considerado significativo. Se obtuvo aval institucional y dictamen de Comité Bioética de Facultad de Ciencias Médicas-UNAH. **Resultados:** Han sido evaluados 55 pacientes con edad de  $67.8 \pm 15.0$  años, 28 (50.9%) masculinos, 30 (54.5%) criterio de desnutrición, 50 (92.6%) antecedente de hipertensión arterial, 18 (34.0%) cardiopatía, 15 (27.8%) antecedente de tabaquismo. En 42 (76.4%) hubo ictus isquémico, afectando a 26 (47.3%) arteria cerebral media, puntaje NIHSS  $9.4 \pm 6.5$  y Glasgow  $13.0 \pm 2.4$ , 45 (81.8%) con alteraciones en comunicación, 27 (61.4%) disartria. Se encontró disfagia en 38 (69.1%), puntaje GUSS para grupo con disfagia  $12.4 \pm 5.1$ , en grupo sin disfagia 20.0 ( $p < 0.01$ ), la severidad fue moderada-severa en 21 (55.3%). Síntomas más frecuentes fueron carraspeo 29 (52.7%), tos post deglución 25 (45.4%) y voz húmeda 23 (41.8%). Hubo diferencias en edad comparando disfagia/sin disfagia ( $70.8 \pm 14.1$  versus  $60.9 \pm 15.3$ ), Categoría cognitiva ERLA ( $6.1 \pm 1.5$  versus  $7.3 \pm 1.4$ ),  $p < 0.05$ . **Conclusiones/Recomendaciones:** en Honduras existe alta proporción de disfagia tras ictus cuyo puntaje de severidad exige cuidado especial por las complicaciones que supone. Los servicios de salud deben ser capaces de reconocerla y tratarla con recurso humano adecuado.

**137TL CARCINOMA BASOCELULAR SOBRE INFECTADO CON MIASIS EXTRAHOSPITALARIA.** Joshua Carlo André Jaco Leiva<sup>1</sup>, Martha Consuelo Norris Mencias<sup>2</sup>, Karin Patricia Villalobos Flores<sup>3</sup>, Johan Osman Murcia Velasquez<sup>1</sup>, María Fernanda Sandoval Aguilera<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Servicio de Infectología; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El carcinoma basocelular (CCB) es la neoplasia maligna más común en humanos, representando el 80% de los tumores cutáneos. Su crecimiento es lento y rara vez se metastatiza, pero puede ser destructivo si no se trata a tiempo. Es más frecuente en hombres y su diagnóstico suele darse en mayores de 68 años. La miasis es una infestación por larvas de dípteros en vertebrados vivos, incluyendo humanos, se clasifica en cutánea, visceral y cavitaria, y es más común en regiones tropicales y subtropicales. Factores de riesgo incluyen mala higiene, heridas expuestas y condiciones de vulnerabilidad social. Se han reportado casos de CCB infectados con miasis cutánea, aunque son poco frecuentes. **Descripción del caso:** Paciente con lesión ulcerosa de 10x10 cm en región fronto-parietal izquierda, extendida a la cola de la ceja, con compromiso del cuero cabelludo hasta la cortical craneal. Presentaba bordes irregulares, granulomatosos y sangrantes, con miasis extrahospitalaria y secreción serosa. La tomografía cerebral mostró lesión de tejidos blandos sin afectación ósea. La biopsia confirmó CCB sólido ulcerado. Se inició tratamiento antiparasitario y antibiótico, seguido de resección amplia con reconstrucción mediante autoinjerto de piel de espesor parcial. **Conclusiones/Recomendaciones:** La miasis cutánea es una afección frecuente en países tropicales y su aparición en lesiones malignas agrava el pronóstico. Factores socioeconómicos como pobreza extrema y abandono social aumentan el riesgo de infestación.

**138TL CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE LEISHMANIASIS.** Jhony Manuel Barahona Escobar<sup>1</sup>, José Isaac Rubí Hernández<sup>1</sup>, Raúl Edgardo Cerna Rosa<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La leishmaniasis es una enfermedad tropical causada por parásitos del género *Leishmania*, transmitidos por la picadura de flebotomos. A nivel mundial, se estima que entre 700,000 y 1 millón de nuevos casos ocurren anualmente, siendo la leishmaniasis cutánea (LC) la forma más común y la visceral (LV) la más grave. En Honduras la forma cutánea es la más común, con manifestaciones ulceradas y no ulceradas, y se ha observado una alta incidencia en Colón, Yoro, Olancho, Choluteca, Cortés, Francisco Morazán, Santa Bárbara y Valle. Diversas especies de *Leishmania* están presentes en el país, incluyendo *L. (V.) braziliensis*, *L. (V.) panamensis*, *L. (L.) infantum chagasi* y *L. (L.) mexicana*, cada una asociada a diferentes formas clínicas y distribuciones geográficas. **Materiales y**

**Métodos:** El propósito de esta investigación es determinar las características clínicas y epidemiológicas de los casos de Leishmaniasis captados y manejados por el Policlínico de Catacamas durante el período comprendido entre enero de 2023 y octubre de 2024. **Resultados:** En el período se registraron 34 casos; 28 (82%) eran hombres y 6 (17.6%) mujeres; promedio de edad fue 27.3 años; predominan los casos en enero (13 casos). Los casos provienen de 7 comunidades sin mostrar una agregación espacial. La Leishmaniasis cutánea es la forma más común (88%) y la mucho-cutánea en segundo lugar (12%). Solamente un 44% de los casos se reportaron como curados; 3% no se curaron; 3% abandonó el tratamiento y el resto seguían en tratamiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** Olancho sigue siendo una zona endémica de leishmaniasis. Existen retos para el diagnóstico como acceso limitado a técnicas de diagnóstico, baja sensibilidad de métodos tradicionales (microscopía), demora en el diagnóstico, y poca disponibilidad de tipificación de especies. A nivel de tratamiento, regímenes prolongados y costosos, toxicidad de medicamentos disponibles, y una limitada disponibilidad de opciones terapéuticas.

**139TL MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA ASOCIADA AL EMBARAZO Y POSPARTO.** Jorge Díaz<sup>1</sup>, Andrea Corado<sup>2</sup>, Katherine Rodriguez<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas, Servicio de Nefrología Pediátrica; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Ginecología; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** La microangiopatía trombótica (MAT) constituye un grupo de patologías caracterizadas por la formación de trombos en la microvasculatura y daño multiorgánico, con una presentación clínica compleja en el contexto del embarazo. Las MAT asociadas al embarazo (p-MAT) presentan un desafío diagnóstico, dado que sus manifestaciones clínicas se superponen con otras entidades como la preeclampsia, el síndrome HELLP, la púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) y el síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa). El síndrome HELLP es la causa más frecuente de p-MAT, con una prevalencia del 0,5-1 %, caracterizándose por elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia y daño endotelial. El tratamiento definitivo es la interrupción del embarazo. La MAT mediada por complemento (CM-MAT) representa una forma menos frecuente pero severa, en la cual se requiere diagnóstico oportuno e inicio temprano de terapia con eculizumab. **Descripción del caso:** Paciente de 17 años de edad, primigesta, 37 semanas de gestación, es ingresada para inducción de trabajo de parto, presentando pérdida del bienestar fetal, evacuando producto vía cesárea. Durante su puerperio inmediato presenta cifras tensionales elevadas y valores laboratoriales asociados a Síndrome de Hellp, (LDH 1198, Plaquetas: 71,000, BT: 4.9 BI: 2.2 TGO: 4662), posteriormente presenta datos laboratoriales asociados a deterioro renal, con criterios de hemodiálisis (Creat: 4.28, BUN: 64, TFG: 21 ml/min/1.73m<sup>2</sup>), iniciando terapia de reemplazo renal. Se

realizó biopsia renal reportando glomerulos con proliferación mesangial difusa y endocapilar leve, asociada a necrosis tubular aguda. Finalizó diálisis durante su hospitalización con mejoría de su presión de perfusión renal, dando seguimiento por consulta externa. **Conclusiones/Recomendaciones:** La p-MAT es un diagnóstico complejo debido a varias características superpuestas entre las 4 etiologías más comunes. Una historia clínica completa, datos de laboratorio pertinentes y la identificación temprana de patrones de lesión pueden ayudar con el diagnóstico. La demora en el diagnóstico conduce a retraso del tratamiento y a complicaciones irreversibles.

#### **140TL CONDICIONES DE EMPLEO, TRABAJO Y SALUD EN TRABAJADORES DE PELUQUERÍAS Y BARBERÍAS EN COMAYAGUA Y TEGUCIGALPA, MARZO-ABRIL DEL 2023.**

Iris Johany Argüelles Guevara<sup>1</sup>, Iris Jomaly Argüelles Guevara<sup>1</sup>, Federico Alejandro Moncada<sup>1</sup>, Lino Carménate Milián<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** Los trabajadores que se dedican a la peluquería y barbería pueden verse afectados por diversos riesgos asociados a su actividad profesional, estos pueden provocar graves problemas de salud como trastornos músculo esqueléticos, afecciones cutáneas, enfermedades respiratorias y cáncer. **Objetivo:** Establecer las Condiciones de empleo, trabajo y Salud en trabajadores de peluquería y barberías en Comayagua y Tegucigalpa. **Materiales y Métodos:** Estudio Cuantitativo, analítico, de corte transversal tipo poblacional. Se seleccionó la muestra por conveniencia, con un total de 92 trabajadores. Se aplicó el cuestionario básico sobre condiciones de trabajo, empleo y salud en América Latina y el Caribe (CTESLAC) y los cuestionarios nórdicos de percepción de síntomas musculoesquelético (NMQ) y el de enfermedades cutáneas de origen profesional (NOSQ-2022). Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente con el programa SPSS versión 22. **Resultados:** (Comayagua/Tegucigalpa) *Perfil sociodemográfico* la edad prevalente fue de 18-29 años (62.8%/69.4%), sexo femenino (44.2%/55.1%), solteros (48.8%/55.1%), escolaridad secundaria (39.5%-32.7%). *Condiciones de empleo:* promedio semanal de horas trabajadas 41-60 horas (76.70%-55.10%); derechos laborales: afiliación a un sistema de Jubilación (4.7%-14.3%), días feriados (67.4%-63.3%), incapacidad médica (79.1%-98.1%), vacaciones pagadas (39.5%-59.2%); cargo en su trabajo: trabajador dependiente (55.8%/100%); ingreso mensual promedio: salario mínimo (48.80%-40.80%). *Condiciones de Trabajo:* ergonomía, con alguna frecuencia mantienen posturas incómodas (41.90%/32.70%), realizan movimientos repetitivos (53.70%/81.60%). *Condiciones de Salud:* No ha sufrido accidente (86%/77.6%) o enfermedad (88.4%/79.6%) a causa del trabajo en el último año. Problemas del aparato locomotor: Espalda alta (48.80%/73.50%), eczema en manos (16.30%/18.40%). Existe asociación significativa entre las jornadas de trabajo y problemas musculoesqueléticos en los últimos 12 meses en espalda alta, en ambas ciudades; no se encontró asociación entre condiciones de empleo y signos

dermatológicos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Estos trabajadores están expuestos a múltiples riesgos que pueden afectar primordialmente al sistema musculoesquelético. Se recomienda la aplicación de normas de salud y seguridad que regulen sus actividades.

**141TL PRESENTACIÓN DE ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE PULMÓN EN MUJER JÓVEN NO FUMADORA.** Marco Antonio Quiñonez Sánchez<sup>1</sup>, Emma Waleska Mencia Reyes<sup>2</sup>, Juan Fernando Paz Arias<sup>3</sup>, Andrea Yacenia Carbajal Vásquez<sup>4</sup>, Carlos Andrés Portillo Muñoz<sup>4</sup>. <sup>1</sup> Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas, Neumología y Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas Patología; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Clínica Diagnos; San Pedro Sula, Honduras. <sup>4</sup>Hospital Nacional Doctor Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El adenocarcinoma de pulmón es un cáncer de célula no pequeña fuertemente asociado al tabaquismo, con una edad media de diagnóstico de 71 años. En las últimas 4 décadas, se ha visto un incremento marcado del diagnóstico en mujeres, compartiendo el mismo factor de riesgo. Sin embargo, un pequeño porcentaje de los diagnósticos se realizan en personas jóvenes no fumadoras, siendo un problema importante para la salud pública. **Descripción del caso:** Mujer de 31 años, no fumadora, presenta pérdida de peso de 11 kilogramos, disnea de medianos esfuerzos y tos productiva de más de 5 meses de evolución, estudiada inicialmente por tuberculosis pulmonar, con dos resultados de genexpert de esputo no detectables. Acude nuevamente por presentar 10 episodios de esputo hemoptóico, por lo cual se refiere al servicio de neumología. Al realizar tomografía de tórax se evidencia masa sólida de márgenes irregulares en lóbulo inferior derecho y compromiso del bronquio del lóbulo inferior derecho con atelectasia asociada y elevación de hemidiafragma. Se realiza videobroncoscopia que evidencia bronquio derecho con compresión extrínseca y compromiso de mucosa bronquial por inflamación y posible extensión tumoral, reduce 90% entrada bronquio intermediario y 40% bronquio lóbulo superior derecho. La biopsia reportó neoplasia epitelial maligna conformada por estructuras glandulares complejas, con TTF-1 positivo nuclear, confirmando origen pulmonar, y mutación del gen receptor del factor de crecimiento epidérmico positivo, convirtiéndola en candidata a tratamiento vía oral con erlotinib. **Conclusiones/Recomendaciones:** El adenocarcinoma primario de pulmón en una paciente femenina, joven y no fumadora es un diagnóstico poco común, sin embargo, no descartable. Representan a un grupo selecto de pacientes que puede tratarse de forma diferente a los pacientes fumadores en un futuro previsible.

**142TL COMPLICACIONES ASOCIADAS A DIAGNÓSTICO TARDÍO EN PACIENTE CON NEOPLASIA MALIGNA TERATOMATOSA CON COMPONENTE DE CARCINOMA EMBRIONARIO.** Luis Fernando Bardales Díaz del Valle<sup>1</sup>, Roxana Martínez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Pediatría; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Hondureño de Seguridad Social y Hospital Mario Catarino Rivas, Servicio de Hemato Oncología; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El carcinoma embrionario es un tumor maligno de células germinales que afecta a adolescentes y adultos jóvenes. Un diagnóstico tardío aumenta el riesgo de metástasis, reduce la tasa de supervivencia, además, se asocia con mayores tasas de recurrencia y la necesidad de tratamientos más agresivos, lo que incrementa los efectos secundarios a largo plazo. **Descripción del caso:** Adolescente de 16 años previamente sano, ingresó con dolor abdominal en la fosa iliaca izquierda, fiebre intermitente, pérdida de peso y vómitos postprandiales. Un ultrasonido mostró hidronefrosis moderada en el riñón izquierdo, y una pielotac evidenció una lesión sólido-quística de 17.7 x 8.5 cm, sugiriendo linfoma o tumor retroperitoneal con uropatía obstructiva. La biopsia de muestras intra y retroperitoneales reportó implantes de células en patrón sólido, compatibles con metástasis de carcinoma. La citología peritoneal fue positiva para células malignas. Se sugirió realizar estudios inmunohistoquímicos y búsqueda de tumores primarios en testículo, retroperitoneo y tracto urológico, pero no se realizaron por razones económicas. Al ingreso, presentaba hipertensión y una masa abdominal gigante y dolorosa. Se sospechó linfoma y lesión renal aguda obstructiva. Desarrolló síndrome de lisis tumoral y recibió metilprednisolona y hemodiálisis. Una tomografía mostró linfangitis carcinomatosa y una lesión neoplásica maligna. Se realizó una laparotomía exploratoria, hallándose una masa vascularizada retroperitoneal. Posteriormente, presentó fiebre nosocomial e infección por *Burkholderia cepacia*. La biopsia confirmó una neoplasia maligna teratomatosa con carcinoma embrionario (50%), con alfafetoproteína en 1088 ng/ml y beta-HGC en 3748 mIU/ml. Su estado se deterioró rápidamente con encefalopatía y sangrado intraabdominal hasta su fallecimiento. **Conclusiones/Recomendaciones:** Este caso resalta la importancia de la detección temprana, así como el tratamiento oportuno ambos son fundamentales para mejorar los resultados clínicos y reducir morbimortalidad.

**143TL CONDUCTO ARTERIOSO PERSISTENTE EN EL ADULTO.** Larissa Margarita Valladares<sup>1</sup>, Byron Josue Degrandes<sup>2</sup>, Luis Alberto Fernandez<sup>3</sup>, Ólman Gradis Santos<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, UNICAH. <sup>2</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Cardiología clínica y Ecocardiografía; Tegucigalpa, Honduras. <sup>4</sup>Universidad Católica de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El conducto arterioso persistente (PCA) es una anomalía congénita caracterizada por la comunicación entre la arteria pulmonar y la aorta, lo que genera un cortocircuito de izquierda a derecha. Aunque el diagnóstico del PCA es más frecuente en la infancia, algunos casos pueden permanecer sin detectarse y manifestarse en la adultez, su detección ocurre de manera incidental o cuando el paciente desarrolla síntomas relacionados con la sobrecarga de volumen del ventrículo izquierdo, hipertensión pulmonar o insuficiencia cardíaca. **Descripción del caso.** Paciente femenina de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, con mal apego al tratamiento. Presenta cuadro de dolor precordial y datos de insuficiencia cardíaca. Evaluada en Emergencia del Instituto Nacional Cardiopulmonar, con franca insuficiencia respiratoria. Ingresó a la unidad de cuidados coronarios para su manejo, con Presiones arteriales altas 200/90, soplo mitral aórtico grado III y falla cardíaca; troponinas T 66 ng/dl y proNP 3000, electrocardiograma con ligera elevación del segmento ST cara lateral V5-V6, I-AVL, ecocardiograma con FEV normal y PCA con cortocircuito de izquierda derecha. Tomografía de tórax con evidencia de conducto arterioso persistente con calcificaciones periféricas, cardiomegalia GIV y derrame pleural bilateral. Se indica manejo con alto flujo, nitratos, diuréticos hasta estabilizarse; se realizó angioplastia coronaria con colocación de stent en la arteria circunfleja debido a una lesión significativa y resolución de cardiopatía isquémica crónica. La paciente presentó una evolución favorable tras la optimización del tratamiento médico hasta su egreso. **Conclusiones/Recomendaciones:** El PCA en adultos puede permanecer asintomático durante décadas, pero su coexistencia con otras enfermedades cardiovasculares puede descompensar la función cardíaca. Su diagnóstico debe considerarse en pacientes con insuficiencia cardíaca o cardiopatía isquémica inexplicada. En casos seleccionados, el cierre percutáneo puede mejorar el pronóstico.

**144TL OBESIDAD E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.** Marlon Girón Amador<sup>1</sup>, Byron Josué Degrandes<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital San Jorge; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Instituto Nacional Cardiopulmonar, Servicio de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La obesidad es una pandemia no infecciosa que afecta a millones de personas en todo el mundo. Es un problema médico que aumenta el riesgo para muchas enfermedades y problemas de salud. Según la Organización Mundial de la Salud una de cada ocho personas en el mundo es obesa. **Des-**

**cripción del caso:** Paciente femenina 35 años, antecedentes asma bronquial desde 8 años edad, mal apego al tratamiento, manejado con salbutamol, múltiples crisis aproximadamente 5 veces por año, ultimo ingreso hace 3 años, sin vacunación completa, además de obesidad IMC 38. Hace 1 semana con disnea de grandes a medianos esfuerzos, progresando en 3 días hasta reposo. Acompañado de tos sin expectoración, fiebre subjetivamente alta 3 días de evolución y rinorrea, insuficiencia respiratoria, hipoxémica. Primera evaluación signos vitales, taquicardia, taquipnea importante, STO2 75% a pesar de mascarilla reservorio, tiraje subcostal, cianosis distal, sibilancias audibles. Estudios de laboratorio: leucocitos 4800, eosinófilos 500. Rx de tórax con infiltrado reticular mal definido, hiperglicemia 200 mg/dl, función renal y resto electrolitos normales, gases arteriales PO2 60, FilmArray PCR positivo influenza. Tomografía de tórax datos vidrio esmerilado bibasales. Se trasladó a la Unidad de cuidados intensivos para manejo: ventilación mecánica no invasiva, inhaloterapia, oxigenoterapia, oseltamivir y terapia de sostén. Al tercer día, destete de oxígeno, mejoría de hipoxemia, sin progreso de neumonía por Influenza. Egresó al séptimo día optimando manejo multidisciplinario. **Conclusiones/Recomendaciones:** La obesidad es la enfermedad metabólica más frecuente en el mundo y se encuentra asociada a distintas complicaciones pulmonares; La obesidad puede afectar a través de mecanismos inflamatorios y alteraciones ventilatorias, la función pulmonar, además se ha considerado como un factor que contribuye al desarrollo del asma.

**145TL HEMANGIOMA ÓSEO COMO ETIOLOGÍA DE DOLOR LUMBAR.** Carmen Ilyana Castillo Mencia. Por Salud; La Ceiba, Atlántida, Honduras.

**Introducción:** El hemangioma es un tumor óseo benigno, que puede aparecer en el 11-12% de la población. Se trata de un crecimiento de tejido vascular dentro de las vértebras. En menos del 1%, puede producir dolor local o radicular, y compresión medular. La mayoría cursa de forma asintomática y su hallazgo es incidental en estudios de imagenología. **Descripción del Caso:** Paciente masculino de 46 años con historia de dolor lumbar leve de aproximadamente tres meses de evolución intermitente controlado con analgésicos. El dolor aumentó a 8/10 en escala de dolor, e irradia al área posterior de pierna izquierda acompañado de parestesia y se exacerba al realizar cualquier tipo de movimientos. Al examen físico con dolor en área lumbar a la palpación. Estudio de Resonancia Magnética reportó rectificación de la lordosis fisiológica, discos intervertebrales normales, se descarta compresión radicular; en cuerpo vertebral L5 se observa lesión focal hiperintensa, oval, de 14 mm en ambas secuencias de imagen, T1 y T2, compatible con hemangioma óseo; cuerpo vertebral L4 con pequeña lesión de 8 mm, homogéneamente hiperintensa en secuencias T1 y T2 compatible con hemangioma óseo. Fue referido a Neurología y Medicina de Rehabilitación quienes indicaron manejo con Gabapentina, Dexketoprofeno, relajante muscular y fisioterapia. Las crisis dolorosas mejoraron. **Conclusiones/**

**Recomendaciones:** El dolor lumbar es un motivo de consulta muy frecuente, en el cual se debe considerar al hemangioma óseo como una rara, pero posible etiología. Se debe considerar estudios de imágenes como la Resonancia Magnética cuando no hay mejoría de síntomas.

**146TL ASMA BRONQUIAL QUE AMENAZA LA VIDA.** Elias Edgardo García Molina<sup>1</sup>, Shery Elizabeth Rivera Pineda<sup>2</sup>, Dairy Sthefhany Palacios Argeñal<sup>3</sup>, José Carlos Ordoñez Montes<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Hospital Nacional Mario C. Rivas, Servicio de Medicina Crítica e Intensiva; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Posgrado de Medicina Interna; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Nacional Dr. Mario C. Rivas; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El asma letal de aparición lenta se ha descrito como aquella en la que los pacientes presentan síntomas progresivos durante más de 12 horas, y en ocasiones hasta por una a tres semanas antes del desenlace fatal. **Descripción del caso:** Femenina de 27 años, con antecedente asma bronquial diagnosticada en la infancia, sin tratamiento, quien presentó rinorrea hialina de 4 días de evolución, que cedió de forma espontánea. Posteriormente presenta tos seca, se volvió productiva con expectoración hialina después de 24 horas, no cianosante ni emetizante. Desarrolló disnea, de moderados a pequeños esfuerzos. La paciente presentó un episodio exacerbado de tos seca a las 04:00 am y, posteriormente, a las 06:00 am manifestó palpitations. Fue llevada a la unidad de salud donde recibió nebulización. Debido a la gravedad de su estado, fue referida al Hospital Santa Bárbara Integrado, donde ingresó en mal estado general y con un marcado distrés respiratorio, por lo que requirió intubación inmediata bajo sedación y analgesia. Posteriormente, fue trasladada al Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas, se recibió con ventilación a presión positiva, con pulmones silentes, se acopló a ventilación mecánica invasiva y posteriormente fue trasladada a unidad de cuidados intensivos. El estudio de gases arteriales al ingreso reportaron pH:7.29, pCO<sub>2</sub>: 66.3 mmHg, pO<sub>2</sub>: 67.7 mmHg, HCO<sub>3</sub>: 31.4 mmol/L, lactato: 1.46 mmol/L. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Dado que se trata de una condición poco investigada, es relevante la presentación de estos caso para su reconocimiento temprano, mejorar el diagnóstico y favorecer un tratamiento oportuno.

**147TL DESARROLLO PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS Y SU IMPACTO EN EL CUIDADO Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POSTOPERADO.** Gabriela Alejandra Torres Canales<sup>1</sup>, Omar Aquiles Suazo Fontana<sup>2</sup>, Tomas Rolando Minueza<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Departamento de enfermería. <sup>2</sup>Fundación Ruth Paz; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El desarrollo profesional del personal de enfermería se puede definir como “el proceso organizacional que permite la mejora continua de habilidades, o la adquisición de nuevos conocimientos dentro del ámbito laboral”, y cómo este influye significativamente en la calidad del cuidado postopera-

torio, y en la satisfacción de pacientes y médicos. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimientos del personal auxiliar de enfermería y su impacto en la recuperación de los pacientes y la satisfacción de ellos, así como la de los médicos. **Materiales y Métodos:** Se realizó estudio cuantitativo, no experimental y de corte transversal en marzo de 2025 en Hospital Fundación Ruth Paz en el que se incluyeron 16 auxiliares de enfermería, 23 médicos y 103 pacientes hospitalizados. **Resultados:** El personal de enfermería posee conocimientos en farmacología y procedimientos básicos, el 75% cuenta con certificación de BLS (basic life support). El 40% de los médicos no se encuentran satisfechos con el manejo. El uso de nuevas tecnologías hospitalarias limita al 50% del personal de enfermería, y la comunicación interprofesional. La mayoría de los pacientes reportaron altos niveles de satisfacción, un 91% expresó recibir atención rápida y profesional, un 13% manifestó la necesidad de mayor información durante el ingreso y el alta hospitalaria. **Conclusiones/Recomendaciones:** Los médicos participantes mostraron interés en contribuir a la formación continua del personal de enfermería, destacando la importancia de la colaboración para mejorar los resultados clínicos. Existe una relación directa entre los conocimientos y habilidades técnicas del personal de enfermería, y la satisfacción de médicos y pacientes. La formación continua es un factor clave para fortalecer la calidad del cuidado postoperatorio, así como para fomentar un trabajo en equipo más eficiente y enfocado en la seguridad del paciente.

**148TL MELANOMA DE EXTENSIÓN SUPERFICIAL EN COMISURA LABIAL DERECHA.** Susely Villeda<sup>1</sup>, Karen Santos<sup>2</sup>, Rennie Medina<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Liga Contra el Cáncer; San Pedro Sula, Honduras. <sup>2</sup>Liga Contra el Cáncer, Servicio de Dermatología; San Pedro Sula, Honduras. <sup>3</sup>Universidad Católica de Honduras; San Pedro Sula, Honduras.

**Introducción:** El melanoma de extensión superficial es la variante histológica más común del melanoma, representando alrededor del 70% de los casos. Comienza creciendo en la epidermis en forma horizontal durante un periodo de meses o años antes de penetrar más profundamente en la piel. Usualmente se desarrolla en zonas de exposición solar intermitente como el tronco y las piernas en las mujeres y en el tronco de los varones. En raras ocasiones, puede aparecer en la comisura labial, lo que representa un desafío diagnóstico debido a su localización infrecuente. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 62 años, acude por presentar una lesión pigmentada, en la comisura labial derecha, asintomática, presente desde hacía tres meses. Al examen físico se observó una mácula negruzca, de aproximadamente 0.7 cm de diámetro, asimétrica, de bordes irregulares. La biopsia reveló una proliferación pagetoide de células melanocíticas confinadas a la epidermis, con discreta atipia celular y presencia de pigmento melánico. No se observó formación nodular ni invasión dérmica, pero se evidenció incontinencia pigmentaria. Se diagnosticó Melanoma de Extensión Superficial. Se realizó escisión quirúrgica de la lesión, con márgenes de seguridad para garantizar la remoción

completa del tumor y evitar posibles recurrencias. Se realizó exámen de extensión (Full Body Scan) sin presentar evidencia de metástasis. Actualmente la paciente tiene 11 meses post operada, sin evidencia de actividad tumoral. **Conclusiones/ Recomendaciones:** La escisión quirúrgica con márgenes de seguridad sigue siendo el tratamiento de elección para evitar complicaciones y recurrencias. Debe considerarse la realización sistemática de biopsias en lesiones atípicas en áreas no foto expuestas, especialmente en pacientes con factores de riesgo asociados.

**149TL PÉNFIGO SEBORREICO.** Perla Iris Vásquez H<sup>1</sup>, Benilda I. Martel Ramos<sup>2</sup>, Nelly J. Sandoval Aguilar<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Postgrado de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>2</sup>Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Dermatología; Tegucigalpa, Honduras. <sup>3</sup>Hospital Escuela Departamento de patología, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** El pénfigo es un grupo de enfermedades autoinmunes caracterizadas por ampollas y erosiones en piel y mucosas, causadas por autoanticuerpos IgG contra proteínas desmosómicas, principalmente desmogleínas 1 y 3, lo que genera acantolisis y apoptosis de los queratinocitos. Se clasifica en pénfigo profundo (vulgar y vegetante) y superficial (foliáceo, eritematoso y seborreico). El pénfigo seborreico es una variante excepcional, descrita por Schyder en 1969, con una incidencia estimada entre 0.1-0.5 casos por cada 100,000 habitantes al año y una prevalencia de 0.5-3.2 por cada 100,000 habitantes. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 58 años, procedente de Comayagua, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, con dermatosis generalizada bilateral y simétrica de inicio en la región centrofacial. Se caracterizaba por placas eritematosas bien definidas con escamas amarillas gruesas y oleosas, junto con hematocostras en la superficie. Las lesiones progresaron a áreas seborreicas (tórax anterior y posterior), con presencia de ampollas flácidas de contenido seroso, exulceraciones y signo de Nikolsky positivo. El estudio histopatológico reveló ampolla subcórnea, leve hiperqueratosis y paraqueratosis focal, leve acantosis regular en el estrato de Malpighi e infiltrado inflamatorio perivascular superficial linfocitario, confirmando el diagnóstico de pénfigo seborreico. Se administró metilprednisolona 1,000 mg/día por 5 días, seguida de prednisona 1.5 mg/kg/día en esquema piramidal, micofenolato de mofetilo 500 mg cada 8 horas, corticoides tópicos y antihistamínicos de primera generación. A las seis semanas, las lesiones disminuyeron en extensión y mejoraron clínicamente, permitiendo reducir progresivamente la dosis de corticoides sistémicos. **Conclusiones/Recomendaciones:** El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son esenciales para evitar complicaciones. La documentación de nuevos casos es clave para mejorar el conocimiento epidemiológico y optimizar el manejo terapéutico de esta enfermedad rara, pero clínicamente relevante. Su similitud con otras patologías resalta la importancia de un abordaje clínico e histopatológico adecuado.

**150TL TROMBOLISIS EFECTIVAS EN INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.** Natalia Isabel Muñoz Caballero<sup>1</sup>, José Neptaly Leiva Membreño<sup>1</sup>, Dylan Anthony Maldonado Castillo<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Santa Bárbara Integrado; Santa Bárbara, Honduras. <sup>2</sup>Hospital Santa Bárbara Integrado, Servicio de Medicina Interna; Santa Bárbara, Honduras.

**Introducción:** El infarto agudo de miocardio (IAM) se define en patología como la muerte de células miocárdicas debido a isquemia prolongada. La necrosis completa de las células miocárdicas requiere 2-4 horas, dependiendo de si hay circulación colateral u oclusión arterial coronaria persistente o intermitente. La angiografía coronaria es el procedimiento de elección que permite la identificación ante un evento vasooclusivo para su revascularización directa, no obstante requiere de un centro médico avanzado. En sitios que no existen los medios, como un hospital básico, la trombolisis es un procedimiento que previene 3% de las muertes en las primeras 6 horas. El Hospital Santa Bárbara Integrado (HSBI) es un hospital básico y el de referencia que brinda atención al departamento y zonas aledañas. **Descripción de casos:** Caso 1: femenina, 72 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Durante su hospitalización sufre un síndrome coronario agudo tipo IAMCEST ADA Killip IV consignado mediante electrocardiograma tras referir dolor precordial. Se realiza revascularización exitosa con 1,500,000 UI de estreptoquinasa. Caso 2: es de un paciente masculino de 56 años con antecedente de HTA y DM2 con mal apego al tratamiento. Acude con dolor precordial de aproximadamente tres horas de evolución, irradiado a región mandibular izquierda, opresivo, moderada intensidad, diagnosticado con IAM oclusivo Killip I en territorio vascular de la arteria coronaria derecha. Posterior a la aplicación de 1,500,000 UI de estreptoquinasa, hubo una reducción mayor del 50% de la elevación del segmento ST y disminución del dolor. **Conclusiones/Recomendaciones:** El uso de fibrinolíticos está recomendado en las guías de manejo "2025 ACS guideline", recomendando la posterior remisión a un centro de mayor nivel de atención. Recomendamos capacitar al personal, y abastecer con los insumos necesarios para que se tomen decisiones oportunas que salven las vidas de nuestra población.

**151TL EFICACIA Y SEGURIDAD DEL LISADO PLAQUETARIO ALOGÉNICO EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PEYRONIE.** Yusnier Varona Varona<sup>1</sup>, Marvin Rodríguez Moncada<sup>2</sup>, Zaily Fuentes Diaz<sup>3</sup>, Annia Rivacoba<sup>4</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Servicio de Urología; Camagüey, Cuba. <sup>2</sup>Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Posgrado de Urología; Camagüey, Cuba. <sup>3</sup>Universidad Ciencias Médicas de Camagüey, Servicio de Anestesiología y Reanimación; Cuba. <sup>4</sup>Universidad Ciencias Médicas de Camagüey, Servicio de Urología y Oncología, Cuba.

**Introducción:** La enfermedad de Peyronie es un trastorno que causa curvatura anormal del pene, dolor y disfunción eréctil, afectando significativamente la calidad de vida. Los tratamientos actuales tienen limitaciones, por lo que se exploró el lisado

plaquetario alogénico, un producto biológico derivado de sangre segura, como una alternativa terapéutica. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del lisado plaquetario en pacientes con enfermedad de Peyronie, midiendo la reducción del ángulo de curvatura y la disminución del dolor. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio analítico, experimental, exploratorio, entre enero de 2022 y diciembre de 2024, con 33 pacientes con enfermedad de Peyronie, asignación aleatorizada, 3 grupos de estudio, un grupo con lisado plaquetario (LP), otro con plasma rico en plaquetas (PRP), y un tercero con tratamiento convencional (verapamilo). Se optimizó el proceso de obtención del lisado plaquetario mediante ciclos de congelación y descongelación. Se comparó la reducción del ángulo de curvatura y el dolor entre los grupos utilizando pruebas estadísticas. **Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 56 a 60 años. La reducción media del ángulo de curvatura a 1 año fue similar en los tres grupos (LP:  $-7.2^\circ$ , PRP:  $-8.9^\circ$ , Convencional:  $-8.9^\circ$ ). No se encontraron diferencias significativas en la reducción del dolor entre los grupos ( $p > 0.05$ ). La incidencia de efectos adversos graves fue comparable entre los grupos ( $p > 0.05$ ). El análisis longitudinal mostró una reducción significativa del ángulo con el tiempo ( $\beta = -0.8^\circ$  por mes,  $p < 0.001$ ). **Conclusiones/Recomendaciones:** El lisado plaquetario demostró una eficacia y seguridad comparable a los tratamientos convencionales para la enfermedad de Peyronie. Aunque no se observó superioridad estadística, su perfil de seguridad lo convierte en una alternativa viable. Se recomiendan ensayos clínicos aleatorizados y doble ciego con un mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

**152TL INOCUIDAD Y CALIDAD DE LA MERIENDA ESCOLAR RURAL PÚBLICA EN HONDURAS, CONTRIBUCIÓN AL PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR.** Marvin Rodríguez Moncada. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech, Servicio de Urología y Universidad Ciencias Médicas de Camagüey; Camagüey, Cuba.

**Introducción:** La salud pública en Honduras enfrenta desafíos críticos como la desnutrición infantil y la deserción escolar, especialmente en zonas rurales. El Programa Nacional de Alimentación Escolar (PNAE) surge como estrategia integral para abordar estos problemas mediante la provisión de raciones nutritivas y la articulación de servicios de salud en centros educativos. Con un alcance que cubre a más de 1.3 millones de estudiantes en 22,000 escuelas públicas, el programa combina objetivos nutricionales con el fortalecimiento de economías locales mediante compras a pequeños productores. **Descripción de la experiencia:** La estrategia propone la implementación de un modelo de intervención en el PNAE que integra cinco componentes clave: alimentación equilibrada y de calidad, articulación de servicios de salud, fomento de actividad física, ambientes educativos resilientes y educación alimentaria nutricional. La metodología incluye capacitaciones a docentes, padres de familia y comités locales, así como alianzas estratégicas con organismos como el PMA para garantizar transparencia en compras y distribución de insumos fortificados. En el

departamento de Francisco Morazán, por ejemplo, se prioriza la entrega de raciones secas (arroz, frijoles, harina y aceite) en zonas remotas, con impactos medibles en la matrícula escolar y la reducción de enfermedades transmitidas por alimentos. **Lecciones aprendidas:** La experiencia destaca la necesidad de fortalecer la articulación interinstitucional entre la Secretaría de Educación, SEDESOL y cooperantes internacionales para garantizar sostenibilidad financiera y técnica. Además, se evidencia que la vinculación con productores locales no sólo dinamiza economías, sino que también facilita la adaptación cultural de las raciones alimentarias. Un desafío persistente es la creación de marcos legales que faciliten compras directas a agricultura familiar, lo que requiere pilotajes y estándares de inocuidad claros. Finalmente, la educación alimentaria nutricional emerge como herramienta clave para transformar hábitos y reforzar el impacto del programa en salud y desarrollo infantil.

**153TL FACTORES DE RIESGO PARA ALERGIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.** Rocío Mariela Pavón Castro<sup>1</sup>, Claudia Almendarez<sup>1</sup>, Manuel Sierra<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.

**Introducción:** La alergia alimentaria (AA) es una respuesta inmunológica anormal a proteínas específicas de los alimentos, y su prevalencia ha aumentado globalmente en las últimas décadas. En América Latina, los datos son limitados. Entre el 2%-8% de los niños en América Latina sufren de alguna alergia alimentaria. **Objetivo:** Determinar factores de riesgo para alergias alimentarias en pacientes pediátricos. **Materiales y Métodos:** Estudio realizado por médico en servicio social de FCS-UNITEC (2024-2025) en clínicas privadas de alergología pediátrica de Tegucigalpa y San Pedro Sula. El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética de UNITEC. Se usó una muestra de conveniencia de pacientes pediátricos con diagnóstico de alergia alimentaria con registro médico. **Resultados:** Se obtuvieron registros de 346 pacientes (55% género femenino). La frecuencia de AA en menores de 2 años fue 30.1% y en 3-5 años, 28.9%. Los factores de riesgo identificados en el estudio fueron, antecedente de alergias en las madres (31.6%); nacimiento por cesárea (31.5%); antecedente paterno de alergia (28.6%); lactancia exclusiva menor 6 meses (19.7%); síndrome metabólico parental (8.1%); uso de antibióticos en recién nacido (4.9%); bajo peso al nacer (4.3%) y prematuridad (3.8%). **Conclusiones:** Nuestro estudio corrobora la presencia de diversos factores de riesgo para AA que han sido publicados. Los más frecuentes fueron los antecedentes familiares (maternos/paternos) de alergias, nacimiento por cesárea y lactancia exclusiva menor de seis meses. **Conclusiones/Recomendaciones:** Fomentar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y promover el parto vaginal cuando sea posible. Realizar evaluaciones tempranas en niños con antecedentes familiares de alergia para detectar y manejar oportunamente casos de AA. Se deben promover más estudios regionales con muestras amplias y diseño longitudinal para comprender mejor la epidemiología y los factores modificables de la AA en América Latina.