Revista
MÉDICA HONDUREÑA

(2a Época)
ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 19 30

Director:
Dr. Antonio Bermúdez M.

Administrador:
Dr. Ramiro Coello Núñez
Secretario:
Dr. Raúl Durón M.

Editores:
Dr. Jorge Rivera
Dr. Silvio R. Zúniga
Dr. José Gómez-Márquez G.
Dr. Carlos A. Delgado
Dr. Carlos Sierra Andino

750 ejemplares

EDITORIAL

Comentarios alrededor del XII Congreso Médico Nacional

DR. ANTONIO BERMÚDEZ M.

En la lucha por mejorar la Medicina de nuestro país, en la que se han esforzado tantos médicos a través de varias generaciones, desde los pioneros Dres. Alonso Suazo y Miguel Ortega, creemos justo rendir un tributo de reconocimiento a quienes, en una u otra forma, han cooperado y se esfuerzan sin desmayos en el firme propósito de alcanzar un nivel superior en el ejercicio de nuestra profesión. Del 8 al 12 de febrero del año en curso, se celebró en la beíla ciudad de La Ceiba, el XII Congreso Médico Nacional y la V Asamblea del Colegio Médico de Honduras. Queremos, en esta oportunidad, presentar una calurosa y sincera felicitación al Comité Organizador, por la meticulosa y bien ordenada orientación de este cónclave, haciendo especial mención de su Presidente, Dr. Enríeme Laffite Martínez, por su eficiente y tenaz labor. Su entusiasmo y actividad personal lo convirtió, por así decirlo, en el Alma del Congreso. Fue un acierto también la invitación extendida al Profesor Theodore Winship, M.D.. de la Universidad de Washington, cuyo trabajo, traducido por el Dr. Roberto Zepeda Turcios, insertamos en este número.

Los médicos ceibeños demostraron su habilidad para la preparación de este tipo de reuniones, acondicionando perfectamente la Sala de Conferencias, con todos los detalles y el equipo necesario para la presentación adecuada de los trabajos. La tradicional gentileza y atención del pueblo ceibeño, fue ratificada una vez más.

Para aprovechar al máximo la enseñanza práctica, que estamos obligados a derivar de este acontecimiento científico, creemos necesario hacer una revisión crítica de las diversas facetas que se presentaron durante su desarrollo. Naturalmente, es importante llamar la atención hacia al-

gunos detalles negativos, en los cuales no tuvo responsabilidad el Comité Organizador, sino las características propias de la Simbiosis Asamblea-Congreso. Para dar mayor énfasis a estos comentarios trataremos de pormenorizarlos :

a) Es indiscutible que las actividades propias de la Asamblea del Colegio, interfieren desfavorablemente en el desarrollo del 'Programa Científico, distrayendo la atención de los asistentes. Así pasó en La Ceiba, en donde muchos médicos se desplazaban por los corrillos, movilizándose activamente en intensa campaña proselitista, para asegurar la mayoría de votos que llevaría a sus favoritos a ocupar los puestos directivos del Colegio.

Después de la elección, el sábado por la mañana, el Salón de Conferencias quedó prácticamente desierto, al grado que algunos expositores tuvieron un auditorio raquítico, en ocasiones constituido exclusivamente por enfermeras o estudiantes de enfermería, dando esto lugar a que alguno, con justa indignación, se negase a presentar el resultado de sus estudios.

b) Al igual que en años anteriores, hubo trabajos inscritos, que apa recieron en el programa sin que sus autores se preocuparan en lo más mínimo por hacerse presentes. Este hecho lamentable no solo trastorna el desenvolvimiento normal de la programación, sino que quita oportuni dad á otros colegas que toman con más responsabilidad sus compromisos.

c) Las mesas redondas, quizá debido a las actividades de tipo polí tico, constituyeron la oveja negra del programa, en algunas de ellas no se hicieron presentes ni los coordinadores y la conversación intrascendente derrotó el propósito académico de las mismas. Esto es más evidente si las comparamos con las Sesiones-Almuerzo del año pasado, en la Casa del Mé dico, en donde fueron precisamente las Mesas Redondas, las que dieron la nota Sobresaliente del Congreso, ¿Qué pasó?

d) La calidad y presentación de algunos trabajos dejó mucho que desear. Es necesario tomar decisiones firmes y hacer una depuración es tricta, exigiendo mayor calidad, mejores fotografías y especialmente, un enfoque de los estudios hacia nuestra propia patología, fundamen tándola en la casuística nacional. Para mayor ilustración' sobre este punto, hubo expositores que teniendo una buena cantidad de casos interesantes, bien estudiados en nuestros centros hospitalarios, perdieron un tiempo precioso, describiendo la enfermedad con profusión de detalles, como en una cátedra. A la hora de proyectar las diapositivas de sus casos, se vieron obligados a pasarlas a velocidad supersónica, el tiempo se les había agotado y la lucesita roja es implacable. De tal manera que su esfuerzo prácticamente se perdió y sus enseñanzas no pudieron ser apro vechadas, ya que los asistentes no tuvieron oportunidad de captarlas en todos sus aspectos.

e) Las proyecciones, en términos generales, estuvieron buenas, hubo algunas fallas, como colocación defectuosa de diapositivas, momentáneos desperfectos en el funcionamiento del aparato o falta de habilidad del en cargado de utilizarlos.

f) La sobrecarga de trabajos fue obvia, sobretodo contando con so lamente una Sala de Conferencias, esto obligó a largas esperas a quienes

(Pasa a la página 94)

Tumor Masculinizante de Ovario con Calcificaciones

M. B. Me Kinney, M.D. (*) Osear Barrientos, M.D.(**)
R. A. Durón M., M. D (***)

Haremos mención de un'caso de tumor ovárico en una paciente de 25 años de edad, al cual &e atribuyen los síntomas masculinizantes que dicha paciente presentó, ya que los síntomas desaparecieron después de haber extirpado el tumor. El diagnóstico histológico más probable en este caso es el de Arrenoblastoma, variedad indiferenciada. Pasamos a continuación a describir el caso clínico:

Se trataba de una paciente de 25 años de edad, de sexo femenino, procedente de Gualaco, departamento de Olancho, soltera, de oficios domésticos. El síntoma principal era amenorrea de 5 años de evolución, asociada a dolor en región abdominal baja, palpitaciones y sensación de llamaradas de calor. Un año después de haberse instalado la amenorrea, principió a notar crecimiento de bigote y cambios en la voz. La paciente había presentado su menarquía a los 16 años de edad y la menstruación había sido normal durante 4 años, hasta que apareció la amenorrea mencionada. Un año antes de ingresar al hospital, había sido tratada su amenorrea por un facultativo, habiendo solamente menstruado una vez a resultas de dicho tratamiento. No habían antecedentes de importancia, fuera de amigdalitis frecuentes. No habían antecedentes familiares con sintomatologia similar a la presentada por esta paciente. Al examen físico se notaban glándulas mamarias de tipo atrófico, presencia de acné en la cara y bigote (Figs. 1 y 2) Se observaba vello pubiano en vértice superior. El clítoris estaba agrandado. No se logró visualizar el cervix. La pared abdominal era blanda, depresible, provocándose dolor en la fosa ilíaca derecha. Al examen ginecológico se palpaba una masa dura en el anexo derecho, de aproximadamente 5 cm. de diámetro. La voz era ronca, casi de tipo masculino. Los exámenes de laboratorio rutinarios, estaban dentro de los límites normales. Debido a deficiencias del laboratorio, no se logró determinar cromatima sexual, ni se efectuaron dosificaciones hormonales. Con los datos clínicos y de examen físico, se (hizo el diagnóstico de Arrenoblastoma, siendo intervenida quirúrgicamente. Durante la intervención, se notaron ambas masas anexiales. El ovario y trompa izquierda de características normales. El ovario derecho estaba agrandado y fue extirpado junto con la trompa uterina. Dicho ovario estaba transformado en una tumoración de consistencia dura que medía 8x5 cm. La superficie externa era lisa, sin nodulos (Fig. 3) La superficie de corte mostraba tejido blanquecino de aspecto fibrótico, duro, con múltiples áreas de calcificaciones que hacían difícil la sección del tumor (Figs. 4-5) No se observaron áreas quísticas o de reblandecimiento. El aspecto de este tejido era homogéneo, estando totalmente encapsulado por la corteza ovárica comprimida. La

(*) Director Hospital Evangélico. Siguatepeque, Honduras, C. A. (**) Médico Interno Hospital Evangélico. Siguatepeque, Honduras, C. A. (***) Jefe de Servicio de Anatomía Patológica. Hospital San Felipe. Tegucigalpa, Honduras, C. A.

trompa uterina era de características normales. Al estudio histológico el tumor estaba formado por múltiples células de aspecto fusiforme en diferentes áreas estudiadas. El protoplasma claro, con membrana celular mal definida. Los núcleos eran redondos, algunos ovoideos, con ligeras diferencias de tamaño, pero sin mostrar hipercromatismo, grumos cromáticos, nucléolos o características de anaplasia. Las figuras mitósicas eran escasas. Estas células no mostraban tendencia a agruparse en masas, cordones, columnas, ni mucho menos a formar estructuras glandulares. En diferentes áreas se observaban calcificiones. Se observaron en algunas áreas bandas de tejido colágeno alrededor de las células neoplásicas. No pudieron observarse células semejantes a las hiliares (Leydig) en múltiples cortes estudiados (Figs. 6-7-8) Se incluyeron cortes transversales de la trompa uterina derecha, los cuales no mostraron anormalidades microscópicas.

En resumen, se trataba de un tumor de aspecto fibromatoso con múltiples áreas de calcificaciones.

Al momento de hacer este informe han transcurrido nueve meses después de la intervención quirúrgica, habiendo desaparecido la mayor parte de los síntomas de defiminización y masculinización que la paciente presentaba. Las reglas se han vuelto a instalar en forma cíclica normal y la voz ha tornado a ser de tipo femenino.

COMENTARIOS

Los síndromes de virilización dependientes de lesiones ováricas se pueden clasificar de la siguiente manera (14):

Las no neoplásieas, que corresponden **a** los ovarios poliquísticos del síndrome de Stein-Leventhal, la hipertecosis dependiente de luteinización **del** estroma ovárico y tecomatosis, y la hiperplasia de células hiliares. Luego está el grupo de las enfermedades neoplásicas de ovario que comprenden en primer primer lugar, los tumores de tipo celular masculino, como son el Arrenobla&toma, el Tumor de **células** hiilares y los Tumores **de** células lipoideas, de tipo suprarrenal (masculinoblastoma). En segundo lugar, algunos tumores de tipo celular femenino, como los tumores **de** teca granulosa y el tecoma. En tercer lugar, encontramos tumores mesenquimales de tipo celular mixto (Ginandroblastomas). Sigue luego el gonadobla&toma y en quinto lugar, diferentes tipos de tumores benignos y malignos de ovario que poseen estrema funcional en algunos casos, como tumores de Brenner, Cistadenomas Pseudomueinosos y otros tumores primarios o metastásicos.

Como puede deducirse de la li&ta anterior, se ha modificado mucho **en** los tiempos actuales el concepto de correlación entre virilismo y las lesiones de tipo histológico en tumores ováricos que lo producen, ya que existen casos **de** tumores q*ue clásicamente se consideran como feminizantes, tale& como los tumores de la granulosa, los cuales en algunos casos pueden producir virilización. Del mismo modo, tumores que clásicamente se consideraban no funcionales como el tumor de Brenner, pueden en alguna ocasión actuar como tales. A la inversa, en lo que respecta a **loa** tumores de tipo celular masculino, en algunas ocasiones pueden ir acompañados de efecto estrogénico concomitante. Se desprende de ésto que **el** patólogo general se encuentra muchas veces en las disyuntiva de dar un nombre adecuado a la lesión que está estudiando, dejándose Influenciar

por el cuadro clínico del paciente. Aún los gineco-patólogos bien entrenados, no pueden muchas veces establecer un diagnóstico preciso. De ahí que Novak (12) proponga que de esta confusión se deba mejor emplear el término de tumor estrómico gonadal, indicando si es virilizante, feminizante o inerte, como un nombre genérico para todos estos tumores.

Con respecto a tumores no gonadales pero con estroma funcional, que ocasionalmente dan efecto androgénico, ésto se explicaría por el carácter multipotencial de la célula del estroma ovárico, como un agente activo secretor endocrino. De todo ésto puede resumirse que al momento presente, el patólogo debe saber que la morfología celular sola no es necesariamente un índice de sus propiedades metabólicas y que virilismo clínico no demanda necesariamente el diagnóstico de Arrenoblastoma en caso de encontrarse con un tumor ovárico.

Clásicamente los Arrenoblastomas, desde el punto de vista histopatológico *se* dividen en tres grupos:

En el grupo I, hay escasez de células interticiales y la imagen es la de un adenoma tubular (Testicular). En estos casos hay rara asociación de virilismo.

En el grupo II (Intermediario), hay abundantes células de Leydig, encontrándose grupos de células epiteliales que tienden a formar glándulas, en arreglo columnar o trabecular. En e&te grupo hay frecuentemente síndrome de virilización.

El grupo III, al cual correspondería nuestro caso, es el tipo indiferenciado con estroma sarcomatoide. Buscando minuciosamente, pueden encontrarse en este grupo células de Leydig, pero en muchos casos con gran evidencia de virilismo, no han sido puestas en evidencia es-tas células androgénicas. Es en este grupo último donde aparecen con mayor frecuencia los síndromes de virilización. No hay que confundir estos tumores con los de células hiliares, formados exclusivamente por células semejantes a las de Leydig del testículo, bastante raros, generalmente pequeños, pero que en ocasiones pueden pesar 1000 gramos y hasta dar metástasis (16).

Algunos casos de arrenoblastoma, como ya indicamos, pueden presentar evidencia de hiperestrogenismo. Así, en una serie de 31 casos informados (13), tres presentaron esta evidencia. Generalmente se acepta que un 25% de casos* de arrenoblastoma se comportan como malignos. Sin embargo, algunos autores creen que estas altas cifras informadas dependen de haber incluido en el grupo de Arrenoblastomas, casos de adenocarcinoma ovárico, con estroma funcional, produciendo síndrome de virilización. Después de la extirpación de un arrenoblastoma, por la desaparición de los andrógenos- circulantes, es factib'e que la paciente pueda embarazarse, como el caso de una mujer de 22 años, quien tuvo dos embarazos llevados a feliz término, uno y cinco años respectivamente, después de extirpado el tumor (5). Los masculinoblastomas, son aún más raros y bastante semejantes a los tumores de células hiliares. La presencia de cristaloides de Reínke, ayudaría en esta diferenciación. Además los 17 ketosteroides, normales en pacientes con hirsutismo y tumor ovárico sugieren más bien, un tumor de cédulas hiliares que un masculinoblastoma o un arrenoblastoma, en los- cuales generalmente los 17 ketosteroides están elevados (2). Sin embargo, en algunos casos donde se ha encontra-

do arrenoblastoma, esta elevación de 17 ketosteroides, prácticamente no existía. En estos casos quizás la dosificación fraccionada de los mismos, podría dar algún indicio sobre la naturaleza arrenoblastomatosa del tumor, aunque en un caso estudiado con este método (6) se llegó a la conclusión de que el examen de metabolitos urinarios de las hormonas excretadas por el arrenobla&toma no fueron de ayuda en el diagnóstico preoperatorio, deduciéndose que no hay un cuadro endocrino de laboratorio característico del mismo. Cuando se sospecha la presencia de un tumor de células hiliares, los 17 ketosteroides urinarios se elevan mediante estimulación con gonadotropina coriónica (3). Hasta 1960, habían sido informados cerca de 18 ca&os de tumores de células hiliares; en cambio los de arrenoblastoma informados, llegan a un total aproximado de 150 casos (11). En una revisión de 188 neoplasias ováricas en pacientes hasta de 19 años de edad, en un período de 40 años, 75 fueron catalogados como de origen no germinal. Sólo 14 de ellos &e catalogaron como derivados de elementos gonadales especializados, 6 de tipo celular masculino (Arrenoblastomas) y ocho de tipo celular femenino (1).

Para enfatizar sobre la rareza del tumor, nótese que en África solamente se ha informado un caso hasta 1962, el cual pesaba 2500 gramos, siendo uno de los mayores informados en la literatura. Sin embargo, se ha informado un Arrenoblastoma que pesaba 4.600 gramos (4).

Para comprender mejor los eventos bioquímicos fundamentales asociados con biosíntesis de esteroides en ovarios normales y anormales, se están utilizando métodos de incubación y técnicas- analíticas con diluciones de radioisótopos (8). En un caso de Arrenoblastoma de tipo indiferenciado, con estos métodos se lograron producir andrógenos en grandes cantidades y también pequeñas cantidades de estrógenos.

De la descripción histológica en nuestro caso, se desprende que el tumor presentaba áreas de calcificaciones. Es éste el único dato que podría hacer dudar que se trate de un arrenoblastoma. De los tumores ováricos que pueden presentar síndrome de virilización y que contienen calcio, solamente tenemos referencia del Gonadoblastoma de Scully (15), el cual básicamente consiste en una mezcla de di&germinoma y cordones de células sexuales de origen mesenquimal. Casos semejantes han sido descritos por Uzima (17), quien describe cuatro tipos de componentes histológicos en e&tos tumores:

a) Abundancia de fibras colágenas, especialmente en la periferia del tumor.
b) Componente de disgerminoma.
c) Pequeñas estructuras alveolares en estroma edematoso, en el cual se encuentran calcificaciones. Estas zonas alveolares o foliculoides semejan al tumor de células de la granulos-a; y
d) Algunas células semejantes a las de Leydig.

Algunos autores proponen el término colectivo de "Gonadomas disgenéticos", a tumores semejantes a los de Scully y que se desarrollan en estructuras gonadales pobremente desarrolladas en casos de "intersexualismo". Aunque semejantes a los seminomas o disgerminomas que ocurren en gonadas de individuos normales, eí cuadro histológico es algo diferente (9). Estos autores tienen la impresión de que muchos de los casos informados como "intersexuales" y crecieron considerados como del sexo femé-

niño, desarrollando posteriormente neoplasias gonadales diagnosticadas como disgerminomas masculinizantes, eran en realidad pseudo-hermafroditas masculinos. Por consiguiente, se trataba de seminomas en sitio habitual, es decir, en testículo.

En nuestro caso, debido a la ausencia de cuadro histológico de **disger**minoma y de estructuras foliculares, a pesar de la abundancia de tejido conectivo colágeno y de calcificacione&^descartamos el diagnóstico de gonadoblastoma y lo ubicamos, por lo menos tentativamente, como un arrenoblastoma variedad **indiferenciada,** sarcomatoide o fibromatosa con una imagen histológica semejante a las que aparecen en el tratado de Ginecopatología de Novak (10).

Las calcificaciones podrían estar relacionadas con hemorragias antiguas y necrobiosis tumoral. Se han descrito también calcificaciones de intensidad variable en fibromas o";áricos. Nc hay que confundir las calcificaciones con los "cuerpos de Psamona", asociados a tumores originados de epitelio germinativo como cistadenomas serosos benignos o malignos (7). Los primeros quedan descartados desde el punto de vista clínico y los segundos desde el punto de vista histológico.

RESUMEN

Se informa sobre un caso, el primero en literatura médica hondurena, de tumor masculinizante del ovario en una paciente de 25 años de edad, quién después de haber estado menstruando normalmente durante 4 años, presentó amenorrea de 5 años. Después de extirpado el tumor, volvieron a presentarse las reglas. Se hace hincapié en las dificultades diagnósticas, desde el punto de vista histológico, ya que en la actualidad se acepta que diferentes cuadres histológicos en lesiones neoplá&icas o no neoplásicas de ovario, incluso muchas consideradas anteriormente como de tipo histológico femenino, pueden producir el síndrome de virilización. En el caso informado, se llegó a la conclusión de que se trataba de un Arrenoblastoma tipo indiferenciado, aunque no pudo establecerse claramente el significado de las calcificaciones del tumor, frecuentes en el Gonadoblastoma de Scully.

SUMMARY

This is the first case of a virilizing ovarian tumor reported in the hondurean medical **literature.** The patient was a 25 years oíd female who has had normal menses during 4 years, whereafter amhenorrhea ensued for a 5 years period. After removal of the tumor, menses where reinstalled normally. From the histological viewpoint, the tumor was labeled as an Arrhenoblastoma, sarcomatoid type although there was no plausible explanation of the numerous caleifie deposits found in several áreas of the tumor. This fact bring in memory of the Gonadoblastoma described by Scully, in which calcification is an outstanding feature of the tumor. However, no histological pattern of dysgerminoma with admixture of granulosa type cells where encountered. A brief consideration is made about the fact that sorae histologically "feminizing cell tumors" prove clinically to behave as virilizing.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—ABELL, M. Ií. & HOLTZ, F.: Ovarían neoplasms in childhood and adolescence. II.—Tumors of non germ cell origin. Am. J. Obst. & Gynec, 93: 850, 1965.

2.—BROCK, Donald R.: Hilus cell tumora of ovary. Am. J. Obst. & Gynec, 82: 386, 1961.

3.—CASTILLO, E. B. y colaboradores: Síndrome de masculinización producido por tumor de la& células del hilio ovárico. Rev. As. **Med.** Argent., 74: 413, 1960.

4.—FOSTER, Dale G.: Arrhenoblastoma of the ovary. Am. J. Obst. & Gynec, 83: 87, 1962.

5.—FRYMIRE, Louis J.: Arrhenoblastoma with two **subsequent** pregnancies. Obst. & Gynec., **17:** 248, **1961.**

6.—GRABER, Edward A.; O'ROURKE, James J. & STURMAN, Martin: Arrhenoblastoma of the ovary: Case report and endocrine evaluation. Am. J. Obst. & Gynec, 81: 773, 1961.

7.—HERTIG, Arthur T. and GORE, Hazel: Tumor of the female sex organs. Part. 3. Tumcrs of the ovary and fallopian tube. Atlas of Tumor Pathology. AFIP, págs. 94 y "l38, **1961.**

8.—KASE, Nathan & CONRAD, Suzanne, H.: Steroid synthesis in abnormaí ovaries. I.—Arhenoblastoma. Am. J. Obst. & Gynec, 90: 1251, 1964.

9.—MELICOW, Meyer M. & USON, Aurelio: Dysgenetic gonadomas and other gonadal neoplasms in intersexes. Cáncer, 12: 552, 1959.

10.—NOVAK's Gynecologic & Obstetric Pathology. 5th edition. W. B. Saunders Company, Pag. 417, 1962.

11.—NOVAK, Edmund R. & MATTINGLY Richard F.: Hilus cell tumor of the ovary. Obst. & Gynec. 15: 425, 1960.

12.—NOVAK, Edmund R. & LONG, J Hermán: Arrhenoblastoma of the ovary. Am. J. Obst. & Gynec, 92: 1082, 1965.

13—O'HERN, Thomas M. & NEUBECKER, Robert D.: Arrenoblastoma. Obst. & Gynec, **19:** 757, 1962.

14.—RICHARDSON, George S. & SCULLY, Robert E.: Virilization of a young woman. New Eng. J. Med. 272: 365, 1965.

15.—SCULLY, R. E.: Gonadoblastoma; Gonadal tumor related to dysgerminoma (seminoma) and capable of sex-hormone production Cáncer 6: 445, 1953.

16.—STEWART, R. S. & WOODARD, D. E.: Malignant ovarían hilus cell tumor. Arch. Path. 73: 91, 1962.

17.—UZIMA, Hirosi: Ovarían dysgerminoma associated with masculization. Report of a case. Cáncer 9: 736, 1956.

Fig. 1
Obsérvese reducción del tamaño de las glándulas mamarias.

Fig. 2
Detalle de región facial con bigote prominente.

Fig. 3
ecto macroscópico en superficie externa. trompa uterina en su sitio habitual.

Fig. 4
Aspecto macroscópico en superficie de Corte.

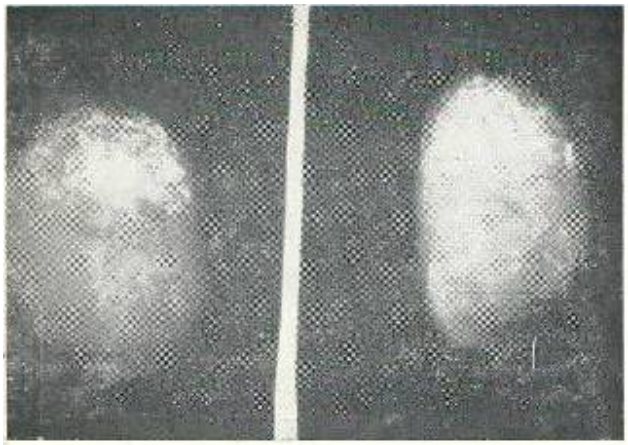

Fig. 5
Radiografía de la pieza operatoria mostrando las calcificaciones difusas, especialmente condensados en la periferia.

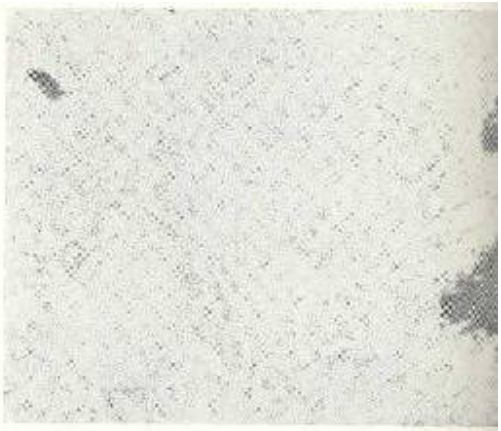

Fig. 6
Calcificaciones abundantes.

Fig. 7
Aspecto microscópico en vista panorámica.

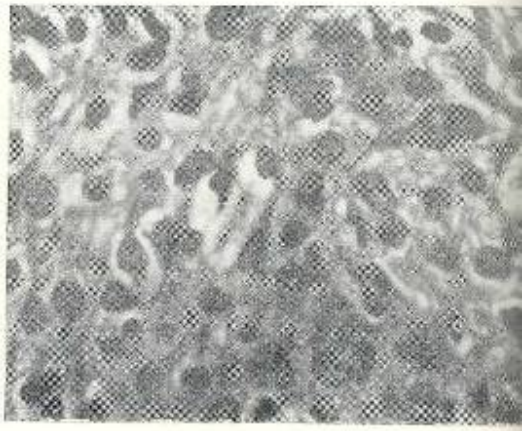

Fig. 8
Detalles Citológicos.

Mola Invasora con Metástasis Pulmonares

Dr. Osear Raudales (*) Dr.
Roberto Eibuschitz (*•)

Ocasionalmente aparecen informes de casos de metástasis pulmonares en pacientes que tienen mo'as invasoras (3-4). Las características extraordinarias del tejido trofoblástico han llamado mucho la atención ; Hertig (1) lacónicamente describe los aspectos más sorprendentes de la conducta de este tejido: "el trofoblasto aún en sus formas- más benignas muestra en un grado acentuado los atributos de invasión, respuesta endotelial, permeación intravascular y transporte de tal epitelio a los pulmones. No es sorprendente, por lo tanto, que la mola hidatiforme pueda en ocasiones realizar todo el potencial clínico de la malignidad trofoblástica, porque la mola, de todas las formas de embarazo, es la que permanece más cerca del estado del desarrollo de la placenta en que el trofoblasto posee más plenamente los criterios de malignidad, ordinariamente sólo presentes en el cáncer. El trofoblasto podría servir como instrumento excelente para estudiar los problemas de invasión y metástasis. Por qué el trofoblasto del huevo de siete días invade rápida y progresivamente, mientras que el mismo tejido ya más maduro solamente avanza un milímetro o dos en el miometrio? ¿Por qué puede ser transportado el trofoblasto a los pulmones pero solamente el del coriocarcinoma e& capaz de crecimiento sostenido?"

La mola invasora no es un tumor maligno a pesar de ser capaz de invadir y dar metástasis y de que su trofoblasto es morfológicamente muy parecido al del coriocarcinoma. La razón para no clasificar como maligno a este proceso &e funda en que las metástasis y las lesiones ulterinas desaparecen espontáneamente o después de la extirpación del útero: incluso existe una teoría que considera que la mola es una malformación (5).

El diagnsótico de la mola invasora (5) (Corioadenoma Destruens de Ewing) es difícil clínicamente. Es posible generalmente hasta demostrar la presencia de vellosidades coriales hidrópicas infiltrando estructuras vecinas, fuera de su localización normal (en intersticios o en los vasos sanguíneos). A, continuación se presenta un ca&o que ilustra la versatilidad del trofoblasto.

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 27 años, originaria de Puerto Cortés. Vista en consulta privada (Dr. Eibuschitz) el 2 de junio 1966. Acusaba hemorragia vaginal de poca intensidad y por algún tiempo náuseas y vómitos. Al examen físico se encontró útero muy blando, no se palparon partes fetales, cuello cerrado y fibroso; el fondo uterino a la altura del ombligo, como un embarazo de 6 meses lunares. Se sospechó mola hidatidiforme. El mismo día ingresó a la sala de maternidad del Hospital Leonardo Martínez, donde

(*) Patólogo del Hospital Leonardo Martínez V.
(**) Jefe del Servicio de Maternidad del Hospital Leonardo Martínez V.

continuó con hemorragia. ANTECEDENTES: Menarca a los 18 años, 2 embarazos, 1 parto, un hijo. Fecha última regla: 28 Enero, 1966. EVOLUCIÓN: El 2-VI-66 Hgb 6.7 gms/100 ce: 43%. GR 2.100.000 mni3, GB 5.300 mm3, N 44%, L 56% El 3 de junio 1966 Rx (8742): masa de densidad de tejido blando, de 20x20 caí.» proyectada en el abdomen inferior, línea media. No hay evidencia de partes fetales. Conclusión: El hallazgo es compatible con mola Iiidatidiforme. En la misma fecha se le practicó transfusión sanguínea. Radiografía de tórax se informa como negativa. El 10 de junio 1966 previa inducción con Pítocin, Synticinon y liranol, se practicó histerotomía, se "limpió" bien el útero que no presentó ninguna anormalidad. El contenido estaba formado per tejido molar que rao se estudió microscópicamente. El 17 de junio se le dio de alta.

El 12 de julio reingresa porque ha presentado hemorragia abundante por 3 días; el útero estaba agrandado, cuello entreabierto. Se sospechó la posibilidad de Coriocarcinoma. Se le practicó legrado y el examen histológico informó: Múltiples fragmentos grisáceos negruzcos, con aspecto de coágulos sanguíneos que en conjunto miden unos 20 ce. No se observan vesículas, pero el material es muy abundante. Los cortes histológicos están constituidos por decidua, no se encuentra tejido trofoblástico. La decidua presenta infiltrado inflamatorio crónico focal; las células suelen contener vacuolas; en las glándulas parece observarse el fenómeno de Arias-Stella. Tanto el tejido trofoblástico como quistes ováricos luteínicos pueden ser responsables de la presencia de decidua. Se recomienda hacer un test de embarazo para descartar la presencia de tejido trofoblá-stico. Diagnóstico: DECIDUA. ENBOMETRITIS CRÓNICA (18-7-66). Revisión posterior demostró que sí había trofoblasío atípico. El 20 de julio Gravindex positivo. El 21 de julio se le da el aíta con la recomendación de regresar en 3 semanas para un test de Gravindex Cuantitativo. El 24 de julio reingresa con abundante hemorragia y el médico interno le aplicó un taponamiento. Administró pintas de sangre. PA 70/50 al ingreso. Se le practicó Iaparatcmía sospechando corioepitelioma. Al abrir el abdomen se encontró sangre en la cavidad peritoneal (una pinta), se buscó el sitio de ía hemorragia y no se encontró, a pesar de haber explorado hígado, estómago, etc. El útero se encontró aumentado de tamaño, ambos ovarios quísticos; en la pared anterior del útero se encontró un tumor cito del tamaño de un guisante, morado, que al tocarlo con los ircstrumentos sangraba. Se practicó extirpación total del útero y anexos, dejando drenaje subperitoneal por la vagina. El estudio anatómico comprendía útero y anexos. El útero medía 9x6 cm. En el cuerpo uterino se encontraba un nodulo de 18 mm., rojizo que hacía prominencia en !a cavidad endom-etriaL hemorrágico y penetraba en el miemetrio en una extensión de 10 mm. En la serosa se encontraba un nodulo hemorrágico de 5 mm. del cuál provenía la hemorragia intraperítcnsal. Ambos ovarios eran quísticos y al seccionarlos dejaban escapar líquido citrino. Los cortes histológicos del nodulo encontrado en la cavidad uterina mostraban 2 vellosidades en el espesor del miometrio vecino; un vaso sanguíneo de gran calibre se encontraba ocupado por trofoblasto (Fig. 1). Hacia la luz uterina había abundante trofoblasto atípico pero aún con aspecto'organoide (7ig. *2,* 3 y 4). En el nodulo subsereso se observaba trofcblasto pero no se demostraban vellosidades. Los ovarios mostraban quistes tapizados por células luteínicas. Se hizo diagnóstico de ccricadenoma destruens y quistes luteínicos bilaterales. El 17 de julio, una radiografía de pulmones (?ig. 5) reveló densidades pulmonares de límites precisos, de pequeño tamaño en vértice izquierdo, tercio medio del campo pulmonar del mismo lado y alta sugerencia de las mismas

en el tercio medio y superior **del** campo superior derecho. Los hallazgos sugerían metástasis pulmonares (Dr. Barahona Coello). El 25 de agosto Gravindex positivo y radiografía de pulmones en la cual los nodulos aunque aparentes habían disminuido notablemente de tamaño (Fig. 6). El 29 de septiembre Gravindex negativo, radiografía de pulmones negativa. SI 31 de octubre radiografía de pulmones negativa (Fig. 7). El 8 de noviembre Gravindex negativo. La paciente fue vista por última vez en diciembre, asíntomática.

COMENTARIOS

A pesar de que no hay prueba histológica de que los nodulos encontrados en las radiografías de pulmones son efectivamente metástasis de una mola, hay datos de otra naturaleza que son suficientemente demostrativos: (A) Lo& nodulos aparecieron después de haber vaciado el útero, cuando era lógico esperarlo. (B) Las pruebas de embarazo se negativizaron al desaparecer estos nodulos. (C) Se encontró tejido trofoblástico ectópico en el espesor del miometrio y en localización subserosa. (D) El aspecto microscópico mostró trofoblasto atípico, incluso con cierto grado de anap!asia.

Se evitó el uso de agentes quimioterápicos (Metotrexato) para estar seguros de una involución espontánea, hasta cierto punto, a pesar de que algunos autores recomiendan su uso en el coriodenoma (6),

La patología del trofoblasto e& un tema importante en nuestro medio porque de acuerdo con autores asiáticos (2), la mala alimentación y la pobreza son factores etiológicos importantes, tanto que creen que la mola podría llegar a desaparecer al resolver este problema mundial, aunque quizás sea demasiado optimista pensar así. Algunos hechos de observación corriente pueden explicarnos la mayor concentración de la patología trofoblástica en nuestro medio: (1) Gran número de pacientes ginecoobstétricas asisten al Hospital solamente cuando algo anormal sucede, esto hace que el porcentaje de procesos patológicos relacionados con el embarazo se concentre en los hospitales y altere las estadísticas en relación a la población general. (2) Las enfermedades que hacen que haya más embarazos patológicos son muy frecuentes entre nosotros: salpingiti&, endometritis, abortos espontáneos o provocados, enfermedades venéreas, etc. (3) La actividad gestacional en nuestros países es muy prolongada; comienza más temprano y es más intensa, como lo demuestran en forma abrumadora las estadísticas de crecimiento de la población. En resumen más embarazos normales, más embarazos patológicos necesariamente tienen que ir asociados a una mayor patología del trofoblasto.

RESUMEN

Se informa sobre un caso de corioadenoma destruens en una paciente de 27 años de edad. Las radiografías pulmonares mostraron nodulos sugestivos de metástasis, las cuales aparecieron posteriormente al vaciamiento de útero. Catorce semanas después los nodulos pulmonares desaparecieron, al mismo tiempo que la& pruebas biológicas positivas de embarazo se negativizaron.

SUMMARY

A case of a 27 years oíd fcmale with a **histologic&l** diagnosis of Chorioadenoma destruens is reported. X-ray studies of lungs showed nodules interpreted as metastases, which appearded aí'ter the uterine cavity was curetted. Three and a half months later these "pulmonary nodules" dísappeared at the same time that previously positive pregnancy tests became negative.

REFERENCIAS **BIBLIOGRÁFICAS**

1.—HERTIG, A. T. and MANSELL, H.: Tumors of the Female Sex Organs. Part 1. Hydatiform mole and Choriocarcinoma. Atlas of Tumor Pathology AFIP 1956.

2.—P0EN, H. T.; DJOJOPRANOTO, M.: The possible Etiologic Factor of Hydatif orm mole and Choriocarcinoma. Am. J. Obst. & Ginec. 92: 510, 1965.

3.—SPADEMAN, L. C; TUTLLE, W. M.: Chorioadenoma Destruens, Am. J. Obst. & Gynec. 88: 549, 1964.

4.—KIRK, J. A.: Persistence of Abnormal Trophoblast. Am. J. Obst. & Gynec. 92: 667, 1965.

5.—MARTÍNEZ CÁRDENAS, S.; DE LA GARZA, S.; SÁNCHEZ GUTIÉRREZ. A.; URIEGAS, G.; PEÑA GARZA, R.; y **JAUREGUI, R.:** Tumores Córlales. Ginec. Obst. Mex. 18: 325, 1961.

6.—LEWIS, J.; GORE, H.; HERTIG, A. T.; GOSS, D. A.: Treatment of Trophoblastic Disease. Am. J. Obst. & Gynec. 9B: 710 1966.

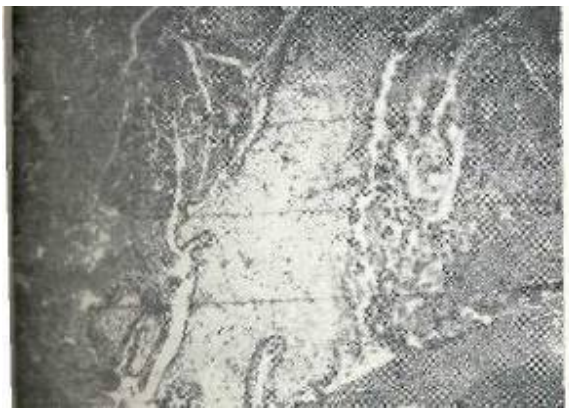

Fig. 1
Velosidades coriales dentro de vaso sanguíneo en el miometrio.

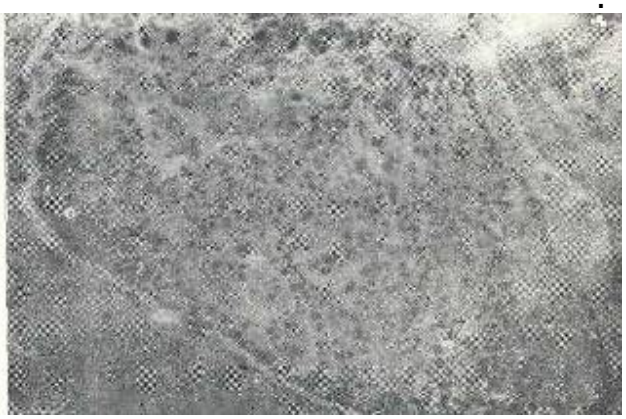

Fig. 2
Tejido trofoblástico atípico reteniendo imagen organoide en nodulo subseroso del útero.

Fig. 3
Teirdo trofobiiástico anaplástico en nodulo subseroso del útero.

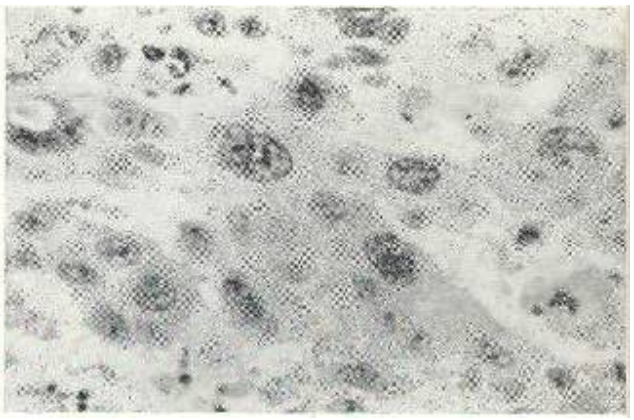

Fig. 4 Nodulo subseroso: Trofoblasto atípico

Diagnóstico y Tratamiento del cáncer del tiroides[*)(**)]

Por THEODORE WINSHIP, M. D. Patólogo Quirúrgico del "Washington Hospital. . Center"; Profesor de Patología de la Universidad Jorge Washington, Washington, D. C.

El carcinoma del tiroides no es una enfermedad muy común. La incidencia, basada en les datos de certificados de defunción, indica que el índice de mortalidad de esta enfermedad es aproximadamente de uno por cien mil (5). Por supuesto, estas cifras no muestran la prevalencia de la enfermedad en casos desconocidos, pues las estadísticas que se publican tienen muchas variaciones. La ocurrente de carcinomas informada en bocios nodulares no tóxicos varía de 5.6 a 17.1 por ciento y en nodulos solitarios de 9 a 33 por ciento. (6, 4, 1, 2). Estos datos conciernen solamente a pacientes de hospital y no se refieren a la población en general. La amplia variación en cifras se debe a la falta de seguridad para distinguir clínicamente nodulos solitarios o múltiples del tiroides y para diferenciar los carcinomas precoces de los adenomas. También se puede atribuir algo de esta disparidad a la inevitable selección de casos y a la falta de un criterio uniforme para evaluar los hallazgos patológicos. Ciertamente la baja frecuencia de tumores malignos en ciertos lugares refleja la falla de los patólogos para reconocer cánceres de crecimiento lento.

Por más de cincuenta años se ha asumido que el cáncer del tiroides es más común en las regiones bocígenas. No se ha efectuado una investigación en gran escala, pero las pocas encuestas practicadas en los últimos quince años indican que el cáncer del tiroides está distribuido de manera igual y no tiene relación con las regiones bocígenas. Pareciera que está directamente ligado al interés local en la enfermdad más bien que a las diferencias geográficas.

El carcinoma del tiroides raramente está asociado a la tirotoxicosis (7). Los tumores malignos se encuentran en aproximadamente dos y medio por ciento de los bocios tóxicos, sean nodulares o difusos en su morfo ogía.

Como otros desórdenes de la glándula **tiroides,** el cáncer se encuentra de manera predominante en el sexo femenino. Aproximadamente el ¡r: yí, de los pacientes con carcinoma del tiroides son mujeres. Se estima que este fenómeno está asociado a la influencia de las hormonas estrogénicas pero se hace difícil su comprobación. Se ha demostrado, sin embargo que el embarazo no acelera el crecimiento del cáncer del tiroides (9). Los nodulos tiroideos son raros en el hombre, pero cuando están presentes

---

(*) Trabajo presentado por su autor al XII Congreso Médico Nacional celebrado en La Ceiba, del 9 al 12 de febrero de 1967.

(**) Traducción del Dr. Roberto Zepeda Turcios.

tienen tres posibilidades más de ser carcinomas que los nodulos similares encontrados en mujeres. Lo mismo ocurre en los niños y se estima que en ellos el 50 por ciento de los nodulos son malignos (12). De manera diferente a otros tumores epiteliales malignos, el cáncer del tiroides no está limitado a los grupos de más edad. A pesar de que la mayoría de los pacientes pertenecen a la quinta y sexta décadas de la vida, aproximadamente el 15% tienen menos de 30 años de edad. En la serie de 812 casos en niños que Winship y Rosvoll han colectado durante los últimos 20 años, dos de los pacientes eran de cuatro meses de edad cuando se hizo el diagnósticos y 12 tenían tumores al nacer, y fueron diagnosticados después como carcinomas (12).

Generalmente, el carcinoma del tiroides se manifiesta primero por un nodulo en el cuello, ya sea en la glándula tiroides o en un ganglio cervical. En los adultos el nodulo está casi siempre en la glándula tiroides, mientras que un ganglio cervical afectado es el primer signo de la enfermedad en el 75 por ciento de los niños.

En la mayoría de los casos la etiología del cáncer no se conoce, sin embargo, se acepta actualmente, de manera general, que una irradiación previa puede resultar en la producción de una neopiasia maligna. En 1949, Quimby y Werner sugirieron que pedía hacer una relación entre la radiación y el desarrollo subsecuente de un carcinoma del tiroides (8). Desde entonces, numerosos investigadores han mostrado esta relación basados en los hallazgos encontrados en grandes series de pacientes. En nuestra casuística de carcinomas del tiroides en niños, se hicieron intentos para obtener una historia de radiación previa a la cabeza y el cuello en 445 pacientes. Deteste grupo, 74 por ciento habían sido tratados con radiación externa, en ocasiones 3 a 14 años antes de que se estableciera el diagnóstico. Las dosis variaban de 160 a 2600 r con un término medio de 513 r. En el mayor número de casos la radioterapia había sido dirigida al mediastino y al cuello durante la infancia por una hipertrofia del timo. El segundo grupo, más grande, había sido tratado durante la infancia por hipertrofia de las amígdalas y de las adenoides, y los otros habían sido tratados por hemangiomas, acné, eczema, nevos y otras numerosas lesiones benignas. El intervalo medio entre la radiación y el diagnóstico histológico de cáncer fue áe seis y medio a siete años (12). Se han producido cánceres en animales por el uso de radiación externa o de yodo radioactivo, lo que no se ha logrado en el ser humano. Hasta el momento no hay explicación para lo que parece ser un efecto diferente entre cantidades equivalentes de radioterapia (radiación externa) y el yodo radioactivo. Basados en los conocimientos que se poseen actualmente, parece que además de otros factores existe una relación definida entre la radiación en la infancia o la niñez y el subsecuente desarrollo de un cáncer del tiroides. Los peligros del yodo radioactivo en los jóvenes no se han determinado. Muy pocos pacientes se han seguido por un período suficiente para permitir "conclusiones definitivas, concernientes a la seguridad de administrar, aunque sea en pequeñas cantidades, yodo radioactivo. Por consiguiente, sería aconsejable tener mucha precaución al emplear radioterapia, de cualquier tipo, en la cabeza y el cuello de pacientes jóvenes (14).

El tratamiento del carcinoma del tiroides depende en un amplio grado de los tipos histológicos. Por esta razón es nece&ario comprender bien

la clasificación de las neoplasias tiroideas. La mayoría de los tumores benignos observados son adenomas foliculares y no presentan problema en lo que concierne a malignidad. El raro adenoma feta! ofrece más dificultades para su evaluación. ₜCuando hay duda en la mente del patólogo en lo que se refiere a la malignidad de tales lesiones, se debe hacer una interconsulta antes que se practique un procedimiento quirúrgico.

Los neoplasmas malignos del tiroides pueden ser clasificados en tres grupos*:

TIPO	PORCENTAJE
Papilares	62 %
Foliculares	20 %
Indiferenciados	18 %
Total	100 *7c*

Se incluyen en la categoría papilar todos los ca&os que muestran papilación. Estos tumores están casi siempre mezclados y secciones múltiples muestran números- variables de folículos en función. Los carcinomas foliculares están compuestos solamente de folículos malignos. Los carcinomas indiferenciados son un grupo más heterogéneo y están constituidos por aquellos tumores malignos que no tienen ni papilación ni folículos. Generalmente son sólidos y tienen un tipo uniforme en contraste con los cánceres bien diferenciados. Los indiferenciados, ocurren con más frecunria en los grupos de mayor edad. A pesar de que hay muchas variantes en esta categoría se distinguen tres sub-grupos principales: de células pequeñas, medulares y fusiformes, y carcinomas de células gigantes. Excepto por algunos de los tumores medulares, estos son cánceres muy malignos y de crecimiento rápido (13).

Para propósitos prácticos los tumores bien diferenciados del tiroides, tales como los papilares y los foliculares pueden ser tratados de igual manera. Virtualraente todos los aspectos de la terapia para estos tipos pueden ser tomados en base al tratamiento de un nodulo solitario de la glándula tiroides. Obviamente, un ganglio linfático del cuello, indoloro y de crecimiento lento que revele metástasis de un carcinoma del tiroides nos llevará a un tratamiento quirúrgico de esta glándula. Ya sea que el nodulo esté en la región cervical o en la glándula tiroides se debe practicar una terapia adecuada y se debe hacer un esfuerzo para eliminar todo el cáncer. Como terapia adecuada aceptamos una lobectomía por un cáncer pequeño que afecta solamente un lóbulo. La extirpación rutinaria del istmo con la iobectomía total es aconsejable. Si al tiempo de la operación se palpa un lóbulo contralateral anormal, en ese caso y solamente en ése, se debe practicar una lobectomía "casi total" que remueva todo el tejido tiroideo con excepción de un borde delgado en el área de las glándulas paratiroideas.

Si se hace necesario más tarde eliminar el tiroides puede hacerse con una dosis relativamente pequeña de iodo radioactivo. **Nosotros** creemos que el hipoparatiroidismo es una enfermedad peor que un carcinoma papilar del tiroides.

La gran mayoría de los investigadores ha encontrado lesiones bilaterales en un 20 a 30 por ciento de las glándulas en vez del 82 por ciento informado por Clark y sus asociados (3). Por consiguiente, una tiroidectomía total es raramente nece&aria y no debe practicarse rutinariamente.

Después de que un lóbulo ha sido extirpado, debe practicarse una biopsia inmediata por congelación, si se cuenta con ese servicio. A pesar de que el diagnóstico de carcinoma del tiroides es difícil en una biopsia de esta cla.se, usualmente se puede hacer el diagnóstico y ésto constituye una gran ayuda para determinar si es necesario ampliar el proceso quirúrgico. Cuando se ha hecho el diagnóstico de carcinoma en una biopsia, por congelación, el cirujano debe abrir la vaina carotídea y examinar cuidadosamente en busca de nodulos linfáticos firmes e hipertróficos. Si no se encuentran no &e debe practicar ningún otro procedimiento quirúrgico en ese momento. Si los ganglios linfáticos cervicales laterales se están afectando, se debe practicar la disección del cuello inmediatamente. En general no es necesario practicar una disección radical del cuello incluyendo el músculo esternocleidomastoideo y la vena yugular interna como se hace en el carcinoma de la lengua y del piso de la boca. En la mayor parte de los casos de carcinoma papilar o folicular el músculo esternocleidoma&toideo no está afectado y se puede practicar la disección respetando el músculo. Las intervenciones quirúrgicas mutilantes y desfigurantes no son necesarias. Si hay gang ios linfáticos afectados en ambos lados del cuello, se impone una disección modificada bilateral.

En muy raras ocasiones se presentan al médico los pacientes con cáncer indiferenciado del tiroides para ser tratados antes de que el tumor sea extensivo. En esta situación nosotros recomendamos que se extirpe tanto del tumor como sea posible. Se puede usar la radioterapia para fines paliativos y para los residuos tumorales.

En algunas instituciones todos los pacientes con cáncer del tiroides reciben radiación profiláctica o terapéutica. Es difícil evaluar cual es el beneficio que se obtiene en la supervivencia. Sin embargo, Sheline y sus ayudantes (10) y Smedal y Meissner (11) han descrito algunos resultados muy favorables con el uso de la radioterapia en pacientes cuyos 'tumores no son tratables por procedimientos quirúrgicos., Nosotros también tenemos una serie creciente de pacientes con carcinomas residuales, reconocidos que han sido controlados por largos períodos con el uso juicioso de radiación externa. Esto es de un valor especial en aquellos* pacientes en quienes se han dejado residuos carcinomatosos en la laringe o en la traquea.

El yodo radioactivo es a menudo de valor en pacientes con carcinoma folicular metastático. Generalmente no se toma en cuenta que muchos carcinomas papilares y foliculares combinados, contienen una gran cantidad del elemento folicular, suficiente en muchos casos para responder a la radiación. Tenemos actualmente 21 pacientes cuyos pulmones han clarificado después del uso de yodo radioactivo. Todos estos pacientes tenían carcinomas papilares y foliculares combinados y algunos han vivido por más de 10 años después de una terapia adecuada.

Para evaluar completamente los resultados de la terapia en el cáncer del tiroides es necesario seguir a los- pacientes por lo menos durante veinte años, sin embargo, ha sido demostrado por muchos investigadores que la muerte ocurre con mayor frecuencia en los primeros cinco años. Dos factores influyen en el pronóstico del carcinoma del tiroides: El primero e& el tipo de célula y el segundo la extensión de la afección. En el grupo grande de niños, previamente mencionados, casi todos los que tenían

carcinomas indiferenejados murieron en los primeros cinco años. En la serie de 160 adultos vistos en el Washington Hospital Center se comprobó lo mismo. La tasa de supervivencia de 10 años en niños con carcinoma del tiroides es de 85 por ciento y en nuestras series de adultos es- de 78. por ciento. Debe señalarse que el cáncer del tiroides es una afección cuyo curso no se puede pronosticar, y tenemos dos pacientes que han tenido recurrencias de carcinoma papilar después de 20 años. Otros pacientes han vivido continuamente con carcinoma por más de 3o años.

Estamos firmemente convencidos de que los pacientes con cáncer bien diferenciado del tiroides deben ser tratados de manera conservadora.

RESUMEN

Se presenta un cuidadoso estudio de pacientes con cáncer del tiroides, seguidos durante 20 años en el Washington Hospital Center, en una serie de 972 casos, 812 en niños y 160 en adultos. Hubo una supervivencia de 10 años en el 85% de los niños y en el 78% de los adultos. El autor concluye que los cánceres bien diferenciados del tiroides deben tratarse en forma conservadora.

SUMMARY

A review of 972 patients with carcinoma of the Thyroid gland who have been followed in a 20 years period at Washington Hospital Center in made. 812 cases were seen in children and 160 cases in the adult group. In the first an 85% survival was noted at the end of the 10 years follow up period and 78% survival in the older group. It is the opinión of the author that thyroid carcinoma of the well differenciated type should be treated by conservative measures.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—ANGLEM, T. J., and BRADFORD, M. L. : Nodular goiter and thyroid cáncer. New Eng. J. Med: 239: **217,** 1948.

2.—CATTELL, R. B. and COLCOCK, B. P.: Carcinoma of the thyroid. J. Clin. Endocrin. 13: 1408, 1953.

3.—CLARK, R. L., Jr., WHITE, E. C. and RUSSELL, W. O. Total thyroidectomy for cáncer of the thyroid; signif icance of intraglandular dissemination. Ann. Surg. **149:** 858, 1959

4.—COLÉ, *W.* H., SLAUGHTER, D. P. and ROSSITER, L. J.: Potential dangers of nontoxic nodular goiters J.A.M.A. 127: 883, 1945.

5.—DORN, H. F. **Symposíum**; Cáncer: What we know today; changing incidence of cáncer. New York Acad. Med. 31: 717-725, 1955.

6.—-LAHEY, F. H.: Surgical treatment of thyroid disease. New Eng. J. Med. **221: 978,** 1939.

7.—OLEN, E. and KLINCK, G. H.: Hypertyroidism and thyroid cáncer. Aren. Path. 81: 531, 1966.

8.—QUIMBY, E. H. and WERNER, S. C: Late radiation effeets in roentgen therapy for hyperthyroidism: Theír possible bearing on use of radioactive iodine. J.A.M.A. **140:** 1046, 1949.

9.—ROSOLL, R. V. and WINSHIP, T.: Thyroid carcinoma and pregnancy. S. G. & O. **121:** 1039, 1965.

10.—SHELINE, G. E., GALANTE, M. and LINDSAY, S.: Radiation therapy in the control of persistent thyroid cáncer. Am. J. Roent.. Rad. Therapy & Nuclear Med. 96: 923, 1966.

11.—SMEDAL, M. I. and MEISSNER, W. A.: Results of x-ray treatment in undifferentiated carcinoma of thyroid. Radiology 76: 927, 1961.

12.—WINSHIP, T. and ROSVOLL, R. V.: Childhood thyroid carcinoma. Cáncer 14: 734, 1961.

13.—WINSHIP, T.: in Pathology, Fifth Edition by W. A. D. Anderson. p. 1078, 1966. C. V. **Mosby** Ce, St. Louis, Mo.

14.—WHINSHIP, T.: Relationship of radiation to thyroid cáncer in children (In press).

Leishmaniasis en Honduras*

Dr. Eduardo Fernández h. (**)

A pesar de la gran frecuencia de esta parasitosis cutánea y cutáneo-mucosa, con sus graves formas destructivas y deformantes, que ataca principalmente a nuestras masas campesinas y que con la excepción de El Salvador, existe en todos los países centroamericanos, se le ha dado relativamente poca importancia en nuestro medio, aunque ya en algunas de nuestras reuniones el que esto escribe había propuesto que fuera señalada como un problema de salud pública en el área mesoamericana.

Los dermatólogos costarricenses han sido los que más han insistido sobre el tema y han hecho grandes avances en el sentido de su epidemiología y tratamiento, presentando interesantes investigaciones sobre dicha parasitosis. Sin duda alguna, es posible que oigamos en este Congreso, que los colegas ticos nos tienen preparados trabajos sobre inmunidad y estudios sobre las formas tegumentarias difusas o anérgicas, de las cuales los autores venezolanos con Convit y Kerdel-Vegas (1) a la cabeza han querido crear una nueva entidad clínica. Entidad sumamente interesante y cuyo estudio sistemático promete grandes sorpresas en el campo de la inmunología.

De esta manera, este trabajo, no tiene la pretensión de enseñar algo nuevo, sino una contribución más para el estudio de la Leishmaniasis en Centroamérica, para ir completando nuestra patología dermatológica tropical y de esta manera también en nuestra patología geográfica.

Honduras, país poco poblado, con extensas regiones montañosas por doquier y zonas a veces casi inexploradas, presenta zonas endémicas de Leishmaniasis bastante bien conocidas y que están indicadas en el mapa. En estos lugaxes las condücones climáticas son muy favorables para el desarrollo del agente etiológico y del vector. La enfermedad en estas áreas se presenta en forma endémica en los grupos de población, habiendo casos donde familias completas son atacadas simultáneamente. Recuerdo que en varias ocasiones internamos en nuestros servicios de Dermatología, al padre, la madre e hijos pequeños, en quienes comprobamos Leishmaniasis cutánea.

Todos los autores están de acuerdo en que Ja Leishmaniasis produce un alto índice de inmunidad y que un ataque protege por largo tiempo al individuo; tan es así que en algunos países suramericanos y africanos existe la costumbre de los padres de inocular de una manera empírica a sus hijos pequeños, para que éstos desarrollen una inmunidad duradera.

Trabajo presentado ante el 5? Congreso C. A. de Dermatología, San José, Costa Rica, Diciembre 1965.

* Jefe Servicio Dermatología Hombres, Hospital General San Felipe, Tegueigalpa, Honduras, C. A.
Profesor Adjunto de Medicina, Escuela de Medicina, U.N.A.H.
Profesor Patología Oral, Escuela Dental, U.N.A.H.

Sin embargo nuestra experiencia es diferente y las formas recidivantes, con inmunidad baja o nula son relativamente frecuentes; más adelante presentaremos ejemplos, lo mismo que un caso en el cual se trata sin lugar a dudas de una forma difusa o diseminada anérgica, que coincide con todo con las formas presentadas por los brasileños y venezolanos. Se debe esto a: ¿ausencia total o parcial de anticuerpos antileishmania?, o ¿a la aparición de cepas diferentes o más virulentas? Respuestas éstas que necesitan más estudios sobre todo desde el punto de vista inmunológico, que desgraciadamente nosotros no estamos en condiciones de hacer por el momento, pero que representan un campo extenso de investigación, además de su utilidad práctica, ya que conocemos que estas formas anérgicas son de tratamiento muy difícil, aún con las modernas armas terapéuticas como la anfotericina B.

Una pregunta que siempre me he hecho, es por qué es tan frecuente la Leishmaniasís cutánea y mucosa en nuestro país y sin embargo otra enfermedad producida por leishmanias, el Kala-azar, que es el tipo visceral de la enfermedad, que tiene prácticamente los mismos vectores y condiciones climáticas favorables para su desarrollo, no ha sido encontrado en Honduras. Ha sido informado en El Salvador, en el cual practicamente no existe Leishmaniasis cutánea.

Las diferentes formas de Leishmanias, tanto las causantes de las formas viscerales como tegumentarias y mucosas o sea L. donovani, L. Trópica, L. Brasillensis son idénticas o imposibles de diferenciar, tanto desde el punto de vista morfológico, como en cultivos en medio N.N.N. Es posible que los modernos estudios inmunológicos, demuestren dichas diferencias desde ese punto de vista o también demuestren como pretenden los autores venezolanos, que sean causadas por variantes de L. brasilionsís, con características específicas de algunas cepas, especialmente en pacientes con Leishmaniasis cutánea difusa.

ESTUDIO GEOGRÁFICO ESTADÍSTICO.

Honduras, país situado en el Centro de América Central, sumamente montañoso, con climas y altitudes variables, grandes zonas cubiertas de enormes bosques, muchos de ellos casi vírgenes, presenta condiciones ambientales ideales para el desarrollo de los flebótomos vectores de la Leishmaniasis, como se puede observar en el mapa adjunto.

Nuestra estadística comprende el estudio de 100 pacientes, desde 1957 a 1965, tanto de los internados en los Servicios de Dermatología del Hospital General, como de los observados en la consulta extena Demartológica del mismo. Todos los enfermos proceden de diferentes zonas del país, que presentan la enfermedad en forma endémica y no se puede considerar en manera alguna, que ellos representan la totalidad de casos, ya que estamos seguros son la minoría, es decir los que tienen la oportunidad ^e trasladarse a la capital, para recibir atención en el único centro especializado que existe en el país.

De estos 100 pacientes, 68 pertenecen al sexo masculino y 32 al femenino. Esta diferencia a favor de los hombres, se explica fácilmente por sus condiciones de vida y trabajo, que los hace exponerse más a la picadura del flebotomo infectante. Insistimos que todos ellos pertenecen a la clase campesina y que no hemos observado al presente ningún paciente de zonas urbanas.

Formas Clínicas. En nuestra casuística, encontramos que la forma clínica predominante, es la de ataque puramente Cutáneo, con un 67%. Las partes del cuerpo más afectados siempre son las zonas desnudas expuestas a la picadura del insecto vector, es decir cara, miembros superiores e inferiores, no siendo raras las lesiones múltiples, con las características clínicas que han sido yfi magistralmente descritas formando las úlceras típicas. La Forma Muco-cutánea que según los autores es causada casi siempre por Leishmania brasiliensis, da un total de 32%, afectando en su mayoría, nariz, labios y cavidad ora], causando las conocidas y tremendas lesiones destructivas. Estos pacientes afectos de esta forma mucocutánea, casi siempre necesitan de la cirujía reparadora (Plástica) después de su curación clínica.

De la Forma Diseminada o anérgica solo obtuvimos un caso del Hospital del Instituto Hondureno de Seguridad Social, quien fue visto roginalmente por el Dr. Héctor Laínez y comprobado histológicamente por el Dr. Raúl A. Durón M., con todas las características informadas por los Drs. Convit y Kerdel-Vegas en su trabajo original y que son demostradas perfectamente por las fotografías. Los autores antes mencionados creen que esta forma diseminada es una variante de la Leishmaniasis cutánea americana, con sus propias características clínicas, inmunológicas y parasitológicas, por lo cual depe de ser distinguidos de ésta.

Ellos piensan que el parásito causante es una variedad de L. brasiliensis. Hasta la fecha solamente 16 casos han sido informados en Venezuela y sus características clínicas son tan importantes que consideramos oportuno consignarlas en este trabajo:

CARACTERÍSTICAS DE LA LEISHMAMASIS DISEMINADA (CONVIT y KERDEL-VEGAS)

1) Extensa invasión cutánea
2) Abundancia extraordinaria de parásitos en las lesiones.
3) Anergia (Montenegro negativa)
4) Ausencia de invasión visceral
5) Gran resistencia a la terapéutica
6) Evolución sumamente crónica y progresiva.

Infortunadamente nuestros medios de investigación no nos permiten llevar este caso hasta la investigación exhaustiva (Inoculación a animales de laboratorio .anticuerpos inmunofluorescentes, microscopía electrónica etc.) Pero es importante hacer constar, que el caso antes mencionado llena completamente los requisitos antes mencionados desde el punto de vista clínico, parasitológico e inmunológico (Reacción de Montenegro negativa en varias ocasiones).

Posiblemente el primer caso de esta nueva forma de Leishmanfasis tegumentaria difusa o diseminada fue informado en 1948 en Brasil (3). En el caso antes mencionado del IHSS, al principio le fue instituido el tratamiento con las medicaciones clásicas (Glucantin, Repodral) sin obtener ningún resultado, luego se puso bajo tratamiento con Amfotericina

B., con una dosis total de 1.200 miligramos, en fracciones diarias de 100 miligramos, habiéndose obtenido una respuesta buena con el desaparecimiento de las lesiones, pero el re&ultado definitivo no se conce, en cuanto a posibilidad de recidivas se refiere.

Epidemiología. Prácticamente puede decirse, que la Leí sh maní a sis es endémica en todo el país y que las zonas no sombreadas de rojo en e! mapa, no significan que la enfermedad no exista en ellas, sino que no se han obtenido datos de pacientes procedentes de dichas zonas; porque estamos seguros por ejemplo, que en el departamento de Gracias a Dios (Mosquitia hondurena), del cual no hemos recibido ningún paciente, sea talvez por sus condiciones* especiales, la mayor zona afectada por esta parasitosis. Para esto creemos que la reacción de Montenegro ayudaría en una campaña de tipo sanitario a descubrir los individuos que han sido atacados por la enfermedad y que presentan una inmunidad duradera.

Estamos actualmente haciendo estudios, para determinar cuáles de los flebótomos, vectores de la enfermedad, son los más frecuentes en nuestro país, para de esta manera, poder sentar pautas profilácticas en la destrucción de los mismos, aunque actualmente con las luchas antimaláricas, los rociados de insecticidas, indudablemente son beneficiosos en la exterminación de los fletemos. También Ja educación de los campesinos en las zonas endémicas como usar ropa adecuada, repelentes, protección de partes expuestas, evitar la deambulación después de la puesta del sol, son medidas que ayudarían a bajar la incidencia de la parasitosis.

Inmunología: En las formas cutáneas puras (Ulcera Oriental) causada por la variedad de L. Trópica, hemos encontrado que en la mayoría de los casos, el paciente desarrolla una inmunidad duradera a la enfermedad, evolucionando las lesiones en un período de 6 meses a 1 año, dejando cicatrices tan características, que el diagnóstico retrospectivo se hace fácilmente. En todos ellos, la reacción de Montenegro es siempre francamente positiva.

En -cambio, nuestra experiencia cambia, en la Leishmaniasis Cutáneomucosa por L. brasiliensis, que causa las conocidas lesiones* destructivas especialmente localizadas en nariz y orofaringe, pues a pesar de que la reacción de Montenegro resulta positiva en la mayoría de pacientes, las recidivas son sumamente frecuenten, a pesar de los tratamientos intensivos y en nuestra casuística varios pacientes han tenido que ser reingresados repetidas veces al servicio para nuevos tratamientos, por la activa recidiva de las lesiones que se suponía ya estaban curadas.

Nuestra experiencia con la forma diseminada o anérgica es muy limitada, ya que hasta la fecha solo hemos tenido un caso, en el que la reacción de Montenegro practicada, con dos antigenos diferentes y en distintas regiones cutáneas, fue totalmente negativa, lo que está de acuerdo con las observaciones do Convit y Kerdel-Vegas (2).

Los acuciosos investigadores venezolanos creen que esta variedad clínica de la enfermedad, ptfede ser debida a una variante genética de L. brasiliensis con poderes enzimáticos propios capaces de destruir los mecanismos defensivos del huésped o también como una rara forma de la enfermedad, que íe ocurre únicamente a individuos que son incapaces de formar anticuerpos específicos.

Tratamiento de la LEISHMANIASIS

1) **Gluconato antimónieo sódico (Solustibosan)**
2) **Neostibosan, Repodral, tartrato antimónico sódico**
3) **Tártaro emético, fuadina.**
4) **Esparseno (derivado de arsfenamina).**
5) **Sulfato de Berberina o Atebrina (infiltración)**
6) **Clorcquina Aralen, infiltración.**
7) **Anfoteridna B (formas difusas o anérgicas)**
8) **Pamoato de Hihidrotriazina (A. Peña Chavarría, E. Kotcher, K. O. Courtney) Nov. 1965, New Orleans, Reunión Anual Soc. Am. Trop. Medicine.**
9) **Control infección secundaria.**
10) **Cortícosteroides.**
11) **Electrocoagulación.**

Se resume la lista de medicamentos que hemos querido publicar, para beneficio especialmente de los que no están en relación muy íntima con la especialidad. En general se puede decir, que los antimoniales pentavalentes (Repodral, Solustinbusan, etc.), son medicamentos bastante efectivos, lo mismo que los **antimaláricos** de síntesis (Cloraquina, atebrina), especialmente cuando se usan en pequeñas lesiones resistentes al tratamiento por antimoniales y en la forma de infiltración local.

En nuestra experiencia el uso combinado de cortícosteroides, potencializa la acción de las drogas antes mencionadas, por su potente acción anti-inflamatona, sobre todo tn.los casos rebeldes, dándonos en general buenos resultados.

La **anfotericina** B, solo la hemos usado en el caso de la Leíshmaniasis tegumentaria difusa, con buen resultado inicial, pero sin poder evaluarla; la experiencia de los venezolanos-, indica la recidiva como regla.

El Dr. Peña Chavarría, de Costa Rica, presentó con sus colaboradores, en reciente reunión de la Sociedad Americana de Medicina Tropical, verificada en New Orleans (Nov. 1965) un informe preliminar sobre una nueva droga de acción prolongada: Pamoato de Dihidrotriazina, en Leishmaniasis, cuyos resultados parecen ser prometedores, aunque no conozco en detalle dicho trabajo **(4).**

RESUMEN:

Se presenta un estudio Geográfico-estadístico de 100 casos la Leishmaniasis en Honduras (1957-1965). Sólo un paciente presentó la forma diseminada o anérgíca. Hacemos consideraciones epidemiológicas y terapéuticas. Consideramos este estudio como una contribución a la patología geográfica de la Leishmaniasís en América.

SUMMARY

A study of the problem represented by Leihsmaniasis in Honduras and its geographical distribution is discussed (100 ca&es in our Dermatological Service, from 1957 to 1965, Hospital General, Tegucigalpa D. C.)

One patient with the disseminated or anergic form of Leihsmaniasis is reported.

The epidemiólogo and the different drugs used in its treatment are reviewed.

Thís paper is considered by the author, as a contribution to the study of Leishmaniasis in América.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—J. CONVIT C. J. ALARCON, O. REYES; F. KERDELL, II Cong. Ib. Lat. Am. de Dermatología Oct. 1956.

2.—J. CONVIT, F. KERDEL-VEGAS; Di&seminated Cutaneous Leishmaniasis, Arch. Derm. 91: 1965.

3.—PRADO BARRIENTOS L.: y un caso atípico de Leishmaniasis cutáneo-mycosa (espundia) Mem. Inst. Cruz, 46: 417 1948. 417-418.

4.—A. PEÑA-CHAVARRIA, EMIL KOTCHERQUEL K. O. CONITNEY, "Preliminary therapeutic Evaluation of Dihydrotriazine Pamoate in demal Leishmaniasis", Louísiana State Univer&ity ICMR.T, San José, Costa Rica and Parke Davis and Co. Ann Arbor Michigan.

Ángulos Pélvicos en el Mongolismo

Dr. Roberto Zepeda Turcios (*) **Dr. Tomás García Erazo** (**)

INTRODUCCIÓN

El médico general en su práctica diaria se encuentra ante la disyuntiva de hacer un diagnóstico de mongolismo y anunciarlo a los padres **del** niño, lo que constituirá para ellos un impacto emocional ante el hecho de haber procreado un hijo anormal y ante la perspectiva de criarlo con todos los inconvenientes y complicaciones sociales y morales, derivadas de su estado de atrasado mental. Por consiguiente, dicho médico debe hacer acopio de todos los medios a su alcance para llegar a un diagnóstico seguro. Por esta razón hemos considerado de importancia hacer una revisión de los cambios esqueléticos asociados al mongolismo, que han sido descritos por varios autores, además de las malformaciones cardíacas y externas pertenecientes al campo de la Clínica.

En el trabajo actual enfocaremos nuestro interés exclusivamente a las alteraciones pélvicas en el mongolismo, ya que se han descrito alteraciones de las ala& coxales y de los ángulos acetabulares. Según Nelson los huesos ilíacos son anchos, los isquiones alargados y los ángulos acetabulares reducidos.

La relativa frecuencia del mongolismo hace que cualquier medio diagnóstico que coadyuve a su determinación sea de mucha importancia. Para Nelson el mongolismo constituye el uno por ciento de todas las deficiencias mentales, y Benda asevera que el mongolismo se presenta en dos de cada mil nacimientos.

Las alteraciones físicas son difíciles de distinguir en los niño& menores y por esta razón se ha recurrido al estudio radiográfico de las alteraciones esqueléticas, aparentes aún en los recién nacidos, en quienes tienen mayor valor debido a la dudosa apreciación de los cambios; externos.

Hemos tenido en cuenta las consideraciones anteriores para hacer la recolección de casos obteniendo el material de la Sala y Clínicas de Pediatría del Hospital Vicente D'Antoni, durante los años de 1965 y 1966, controlados y examinados por el Dr. Tomás García Erazo y habiéndose hecho los estudios radiográficos en el Departamento de Radiología del mismo Hospital.

Se hizo el estudio de diez casos, fluctuando sus edades entre 4 meses y 10 años, siendo la mayoría menores de un año. Se tomaron radiografías de la pelvis en posición neutra, encontrando las **ala&** coxales ensanchadas lateralmente con los ángulos ilíacos y acetabulares disminuidos.

Determinación del ángulo acetabular. (Fig. **1)** Se traza una horizontal a través de los acetábulos, llamada línea sinfisial, y otra línea que una los bordes del acetábulo a la línea sinfisial. El ángulo a&í formado será el ángulo acetabular.

(*) Jefe del Servicio de Radiología. Hospital Vicente D'Antoni. La Ceiba, Atlántida. (**) Departamento de Pediatría. Hospital Vicente D'Antoni. La Ceiba, Atlántida.

Este ángulo mide normalmente 34 grados en el niño recién nacido y 24 grados en el niño mayor de un año (2). El ángulo acetabular varía entre 25 y 28 grados en el niño normal.

El valor promedio para el mongólico es¿ de 14 grados (2).

Determinación del áng-ulo ilíaco. Se traza una línea de los bordes más salientes del ala ilíaca a la línea sinfisial.

El ángulo ilíaco mide normalmente de 55 a 58 grados, con un promedio de 56.5 grados (1).

El valor promedio para el mongólico se calcula en 42 grados.

índice Ilíaco. Se determina haciendo la suma de los valores de los ángulos acetabulares e ilíacos dividido entre dos.

El promedio normal del índice ilíaco es de 80. El índice ilíaco en los mongólicos es más reducido teniendo un valor promedio de 50.

Según Kauffmann y Taillard cuatro de cada cinco mongólicos tienen alteraciones pelvianas típicas y constantes que justifican la designación de pelvis mongólica.

Revisión de la Casuística del Hospital Vicente D'Antoni.

Como se había mencionado anteriormente se hizo el estudio de diez casos obtenidos de la Sala y Clínicas* de Pediatría del Hospital Vicente D'Antoni y un caso del Centro de Salud, durante los años de 1965 y 1966, fluctuando sus edades de 4 a 10 meses, de los cuales 6 casos eran menores de un año, 3 menores de cinco años y uno de más de cinco años. Se estudiaron 5 casos de cada sexo, para obtener una proporción igual por sexo.

Las radiografías de la pelvis fueron tomadas en posición neutra. Encontramos valores reducidos en toda nuestra serie.

Todos los ángulos acetabulares nos dieron valores reducidos; en uno nos dio exactamente el promedio mongólico de Caffey y Ross; en seis casos obtuvimos valores ligeramente sobre el promedio mongólico, pero sin acercarse al promedio normal; en 3 obtuvimos valores por debajo del promedio mongólico.

No.	Inic.	∢A.D.	∢A.I.	∢I.D.	∢I.I.	I.I.	Edad
1	JAG	18°	22°	50°	55°	72.5	9 meses
2	JAC	16°	21°	47°	50°	67.0	3 años
3	BYM	16°	16°	55°	50°	68.5	19 meses
4	MCE	21°	16°	41°	38°	58.0	4 meses
5	MM	12°	16°	51°	50°	64.5	11 meses
6	NC	11°	11°	43°	45°	55.0	11 meses
7	LEE	19°	19°	47°	45°	65.0	8 meses
8	CS	10°	11°	53°	58°	66.0	10 años
9	MF	12°	12°	49°	48°	60.5	14 meses
10	NU	18°	18°	50°	45°	65.5	5 meses

CUADRO I RESUMEN DE LA CASUÍSTICA DEL HOSPITAL D'ANTONI

C U A D R O I I

CASOS OBSERVADOS EN EL HOSPITAL D'ANTONI

Casos por edad y sexo	Nº	%
de 3 a 12 meses	6	60%
de 1 a 5 años	3	30%
de más de 5 años	1	10%
Sexo femenino	5	50%
Sexo masculino	5	50%

C U A D R O I I I

VALORES ANGULARES POR EDAD PROMEDIO

Valores de Rauffmann, Caffey y Ross

Valor promedio normal		26.50	56.50	80.00
Valor promedio mongólico		14.00	42.00	50.00
VALORES EN LA CASUISTICA DEL HOSPITAL D'ANTONI				
Menores de 1 año	— 6 —	16.75	46.66	63.40
Mayores de 1 año	— 4 —	14.25	51.25	65.50
VALORES PROMEDIOS GENERALES EN EL HOSPITAL D'ANTONI				
		15.50	48.95	64.45

Todos los ángulos ilíacos nos dieron valores reducidor; en un caso obtuvimos un valor más bajo que el promedio mongólico (Kauffmann y Taillard) y en 9 casos obtuvimos valores ligeramente por encima del promedio mongólico.

Todos los índices ilíacos fueron más bajos que el promedio normal de 80 (Caffey y Kauffmann), pero ligeramente por encima del promedio mongólico de 50.

En términos generales* nuestros promedios fueroa un poco mayores que los promedios mongólicos establecidos por los autores ya mencionados. (Ver radiografías y cuadros).

COMENTARIOS

Se determinó el valor y la exactitud del método de ayuda radiográfica en la aportación de elementos para el diagnóstico de mongolismo en todos nuestros casos.

Este método se considera de más valor en los niños menores. Además se aprecia su importancia para el diagnóstico diferencial con el hipotiroidismo.

Se considera un método sencillo y fácil que puede ser de mucha utilidad al médico general.

RESUMEN

Estudio de las anomalías pélvicas en diez niños de ambos sexos, con el 90% de los casos menores de 5 años, en los cuales en el examen físico se observó la presencia de rasgos mongoloides.

Se practicó la valoración de los ángulos acetabulares, ángulos ilíacos e índices ilíacos, en radiografías de la pelvis en posición neutra.

La ca&uística del Hospital Vicente **D'Antoni** comprende los niños estudiados en el período de dos años, 1965 y 1966.

Se verificó uno cuidadosa correlación de los hallazgos clínicos con las alteraciones radiográficas, con el propósito de determinar la utilidad del método.

líe enmendamos el uso de este método por su sencillez y su valor en el aporte de elementos para un diagnóstico de mongolismo.

S U M M A *R Y*

Ten cases of children with mongoJoíd characteristícs, 90% of which **were** under 5 years of age were studied from 1965 to 1966 at Vicente **D'Antoni** Hospital.

An evaluation of the acetabular angles, iliac angles and iliac indexes was made radíogxaphs of pelvis, in neutral position.

AU cases had reduced valúes from the mongol oid standards stated by Kauffmann, Caffer and Ross.

The use of this method is recommended, in view of its simplícity and accuracy ofr the diagnosis of mongolism.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—CAFFEY, J.: Pediatric X Ray Diagnosis, 4^ edic. 1961, Year Book Medical Publishers, Chicago.

2.—CAFFEY, J. y ROSS, S.: "Mongolism during earíy infancy. Some newJy recogm'zed diagnostic changes in the pelvic bones". Pediatrics, 17: 642, 1956,

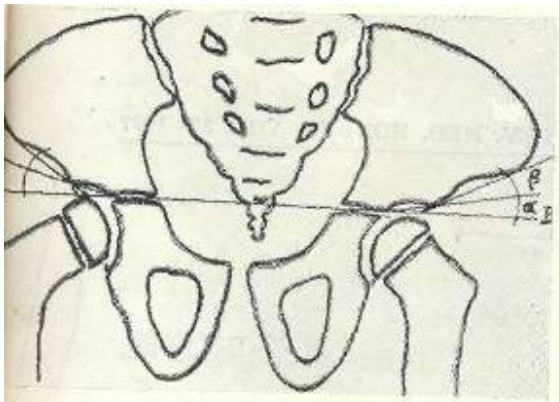

Fig. 1

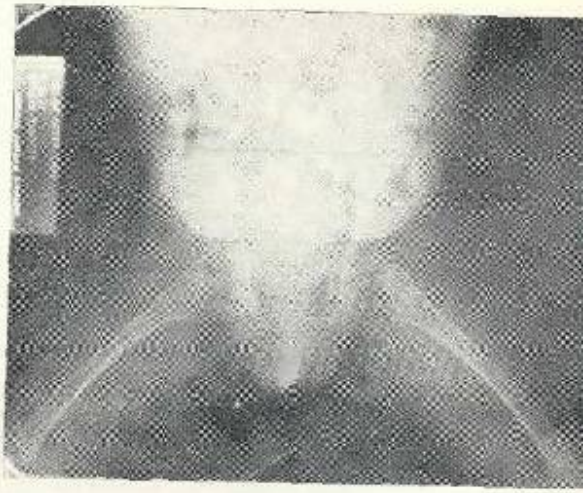

Fig. 2

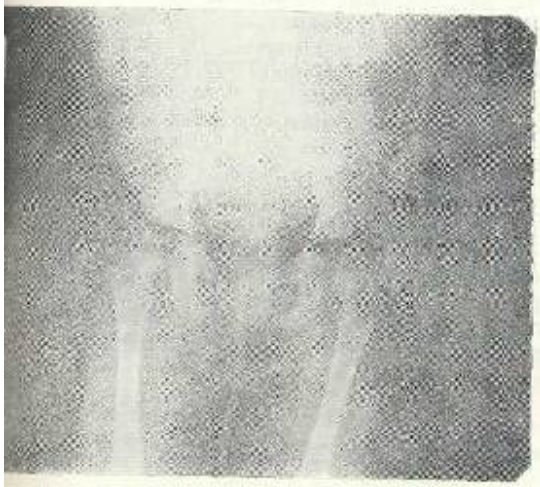

Fig. 3

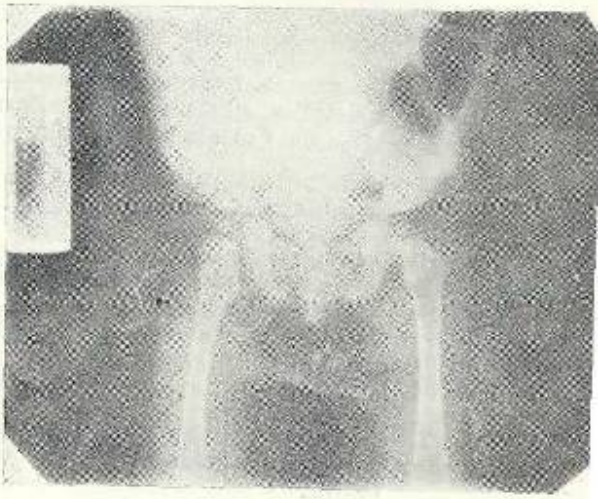

Fig. 4

Fig. 5

EDITORIAL

(Viene de la página 62)

estaban interesados en temas especiales, o bien a que por motivos de otros atractivos, que se presentaron en el intervalo, se privaran de oir el trabajo escogido.

Meditando alrededor de estas consideraciones, trataremos de hacer algunas sugerencias para que, de esta experiencia, se traten de obtener los frutos *aue* nos permitan mejorar la presentación científica en los futuros congresos.

Asimismo, hacemos un llamado a todos los colegas que hayan notado otros detalles, que nosotros hallamos olvidado, y los remitan a la Junta Directiva del Colegio Médico para que ésta pusda aprovechar sus opiniones.

SUGERENCIAS

1.—Dedicar totalmente el PRIMER DÍA, en jornada única, para uso exclusivo de la Asamblea del Colegio, terminando con la elección y toma de posesión de la nueva Directiva. Así se eludiría en forma efectiva la interferencia de la Asamblea del Colegio con el desarrollo del 'Programa científico del Congreso.

2.—Poner en vigencia el Reglamento de Congresos, haciéndole las modificaciones necesarias para que se ajuste a los requerimientos actuales.

3.—Que la Comisión de Trabajos, de cada Cong-reso, tenga plenas facultades para rechazar los que no llenen los requisitos establecidos. Para ello debe obligar a su presentación por duplicado y en una fecha fija, con bastante anterioridad al Congreso.

4.—Acondicionar por lo menos dos Salas de Conferencias, Medicina y Cirugía, *que* funcionen simultáneamente.

5.—Uniformar el tipo de diapositivas y proyectores, utilizando tamaño de 35 mm y equipo automático de la mayor precisión (carrusel), teniendo a mano un aparato manual para casos de emergencia.

Creemos haber cumplido con un deber al hacer las anteriores observaciones y esperamos que sean de alguna utilidad.

CIERRE DE PERFORACIONES GASTROINTESTINALES CON TEJIDO ADHESIVO DE CIANOACRILATO.—Matsumoto, M. T., Pant, K. C, Hardaway, R. M. y Leonard, F Arch of Surgery 94:184 Febrero 1967

En situaciones de guerra o de desastres en masa la rapidez y seguridad en la reparación del tubo gastrointestinal es de suma importancia. El método convencional toma mucho tiempo y, por ello, se ha desarrollado un método utilizando parches de tejido adhesivo de cianocrilato.

Lo& autores utilizaron 40 perros adultos en los que se practicaron perforaciones gastrointestinales que fueron reparados a) según el método convencional, b) cierres con serosa invertida utilibando N-butilicianocrilato; c) cierre con parches de mucosa intestinal normal que fueron suturadas con seda continua.

Los resultados finales fueron que el uso de parches en el cierre de múltiples perforaciones gastrointestinales utilizando N-butil-cianocrilato o una mezcla de 959c heptil- y 5% cianoacrilato fue significativamente más rápido que el mtéodo convencional y no se observó mortalidad.

La mezcla de heptil y metil-ianocrilato se reabsorbe más rápidamente en el tubo gastrointestinal que el N-butíl-ianoacrilato por lo que el primero parece ser el **adhesivo** de elección.

S. R. Z.

ÁCIDOS BILIARES Y COLESTEROL SÉRICO EN EL DRENAJE POR TUBO EN T. DePalma, R. G., Levey, S., Hartman, P. H. y Hubey, C. A Arch of Surgery 94:271 Febrero 1967

El objeto de este estudio fue observar en forma completa la excreción de ácidos bulares **y** la respuesta de la concentración del colesterol sérico en el hombre con drenaje con tubo en T. En su informe explican el método seguido y los resultados con sus correspondientes comentarios.

Las conclusiones a que llegaron fueron que ocurre una pérdida consistente de ácidos biliares relacionada con una estabilización **de** la concentración de colesterol sérico en un nivel más bajo. La elevación del tubo en T &e acompañó en descenso del volumen de bilis, aumento en la concentración de ácidos biliares y un ligero aumento en la concentración de colesterol sérico. En el hombre el ácido cólico es el principal ácido biliar excretado por el tubo en T. El colesterol sérico no se afecta por el drenaje en el embarazo, posiblemente debido al aumento de la síntesis de colesterol. Finalmente, parecen íntimamente relacionados los mecanismos de **flujo** biliar, concentración de ácido biliares en la bilis y colesterol sérico.

S. R. Z.

PORTOGRAFÍA ARTERIAL: INDICACIONES Y TÉCNICA.
Bron, K. M. y Fisher, B. Surgery 61:136 Enero 1967

Los autores hacen resaltar la importancia de la adecuada visualización del sistema venoso porta antes del tratamiento quirúrgico de la hipertensión portal. Hacen historia de los variantes usados con este **fin** y el puesto que ha venido a tomar la esploportografía desde 1951 como procedimiento preoperatorio de la hipertensión portal. Desde 1953 se ha usado la vía arterial para demostrar radiográficamente el sistema porta, bien inyectando la aorta abdominal o bien por cataterización selectiva de arterias viscerales (tronco celíaco o simultánea inyección en éste y la arteria mesentérica superior).

Los autores usaron la cateterización simultánea del tronco celíaco y la mesentérica superior y evaluaron la circulación portal en 25 pacientes afectos de hipertensión portal y en 16 pacientes con tumores retroperitoneales. En todos los casos el procedimiento fue diagnóstico. **La** versatilidad del método demostró su aplicación en pacientes que previamente habían sido esplenectomizados.

Concluyen que los resultados obtenidos sugieren que el método puede **ser** empleado como procedimiento iniciar para evidenciar la circulación portal, reservando la esplenoportografía para los casos en que otros estudios han sido inadecuados.

S. **R. Z.**

PERDIDA DE LA FUNCIÓN NERVIOSA EN LA MANO CAUSADA POR GANGLIONES

Trevasks, A. **E., Tilly D., Marcks K. M. and Hefferman A. H. Allentown, P'ennsylvania. Plástic and** Reccnstrucyive **Surgery 39, 97, 1967.**

Los autores describen la distribución anatómica de los nervios de la mano y especialmente del nevio cubital y hacen un informe de dos casos de parálisis del nervio cubital y uno de parálisis parcial del mediano, producidas por ganglíones, los dos primeros poco aparentes pero de 1 y $1^{1}/^{\wedge}$ cm. de diámetro, profundos, en la región hipotenar y el otro con un ganglión bien aparente, de 2 cm. de diámetro, en la parte proximal de la región tenar.

A. B. M.

REGLAMENTO PARA LA CELEBRACIÓN DEL XII CONGRESO MEDICO CENTROAMERICANO

19—FINALIDADES
2*[1]—SEDE Y FRECUENCIAS DE LOS MISMOS
3?—DURACIÓN
4?—SECCIONES CON QUE DEBE CONTAR
59—FINANCIAMIENTO
6? DELEGACIONES
79—TRABAJOS A PRESENTARSE
89—FINALIDADES DEL CONGRESO
99—EVENTOS SOCIALES.

FINALIDADES

1.—Estimular y dar a conocer la investigación y *él* desarrollo de la Medicina en Centroamerica.
2.—Estrechar las relaciones entre las sociedades científicas, escuelas de medicina e instituciones médica& del Istmo.
3.—Impulsar los programas de Educación Médica.
4.—Propiciar las relaciones amistosas entre los médicos, los pueblos de Centroamérica y sus Gobiernos.

SEDE Y FRECUENCIA DE LOS MISMOS

Los Congre&os se celebrarán cada dos años en un país diferente. La sede se establecerá en forma rotativa por orden alfabético a partir de la aprobación de los presentes reglamentos.

Si por razones especiales uno de los países no pudiera llevar a cabo el Congreso cuando le corresponde puede intercambiarlo con el país que le sigue.

DURACIÓN DEL CONGRESO

El Congreso, no podrá durar má& de cuatro días en sesiones de trabajo.

ORGANIZACIÓN

El Congreso se compondrá de uno General y los de Especialidades.

Cada una de estas secciones podrá organizar su trabajo conforme a los siguientes puntos:

a) Temas Oficiales
b) Temas Libres
c) Conferencias
d) Seminarios y Mesas Redondas
e) Exposición Científica.

Queda a inciativa de cada país sede el agregar exposiciones culturales.

FINANCIAMIENTO

El financiamiento de cada Congreso es responsabilidad del país sede. La Contribución de los otros países constará de:

a) Cuotas de inscripción de los médicos asistentes la que no podrá ser mayor del equivalente a quince dólares. Las esposas, acompa ñantes y estudiantes de Medicina pagarán como máximo la mitad.

b) Una cuota equivalente a $500.00 por cada *país.* Los países res pectivos podrán acudir en solicitud de ayuda financiera a las fuentes que consideren convenientes.

DELEGACIONES

Cada país asistente al Congreso deberá nombrar una delegación oficial acreditada por la máxima institución médica de su país, tan numerosa como sea conveniente, un jefe de delegación y un suplente, adecuadamente acreditados ante el Comité Organizador del Congreso

El jefe de la delegación será el representante de su país en las decisiones generales que se tomen durante la celebración del Congreso.

TRABAJOS A PRESENTAR

Debe dársele máxima atención a las presentaciones que traduzcan el trabajo de ios países centroamericanos.

a) Temas Oficiales: El Comité Organizador consultará con cada país su Tema Oficial, que &erá de índole tal que revista interés y trascen dencia a todos los países centroamericanos y que, al mismo tiempo, ofrezca a los países participantes oportunidad de exponer la labor realizada.

Una vez escogido el Tema Oficial debe comunicarlo al país sede y éste a su vez a los demás países, con un mínimo de un año de anticipación a la celebración del Congreso, y entregar dos copias a la Secretaría, antes de presentar el tema.

Estos Temas tendrán 45 minutos de exposición y 45 minutos de discusión por cada país.

b) Temas Libres: Se considera que los Temas Libres son el reflejo más fiel del avance y la intensidad del trabajo médico particular en los países participantes. Cualquier médico puede presentar un Tema Libre siempre que haya sido llevado a cabo en algunos de los países miembros y llene los requisitos que a continuación s-e enumeran:

1?—Debe ser una contribución que contenga obserbaciones origínales sobre material clínico, anatomopatológico, o de otra clase.

29—El trabajo puede haper sido presentado previamente en congresos internacionales, regionales o locales, pero no en otros congresos centroamericanos'.

3?—El que el trabajo haya sido publicado no lo hace inaceptable.

49—Una síntesis del trabajo conteniendo aspectos generales, material, métodos y, si es posible, resultados, ccn una extensión entre 100 y 200 palabras», debe ser enviado al Comité Organizador con por lo menos, 3 meses de anticipación a la celebración del Congreso,

5^{9}—Si no se cumple con el requisito 4^{9} el Comité Organizador podrá rechazar la inscripción de Temas Libres.

6^{9}—Los Temas Libres contarán con 15 minutos de exposición y 5 de discus-ión.

7^{Q}—El Comité Organizador dará un certificado a los autores por los Temas Libres que se presenten.

8°—Para poder presentar este tipo de trabajos es necesario entregar a la Secretaría dos copias, cuando menos un mes antes de la celebración del Congreso.

MEMORIAS DEL CONGRESO

Las Memorias del Congreso deberán ser publicadas por el país sede y constarán de toda la información pertinente sobre el Congreso. Además deberán ir en ella resúmenes o texto completo de las ponencias libres y conferencias de los invitados.

EVENTOS SOCIALES

El tipo, número y demás características de los eventos sociales de los Congresos Centroamericanos se dejan a iniciativa de cada país sede.

RECOMENDACIONES

1?—Tratar de que los países se acoplen en la celebración de los Congresos Centroamericanos.

2^{9}—Los eventos sociaels no deben interferir con las actividades fundamentales.

39—Los Temas Oficiales deberán programarse en un período que no interfiera con ninguna otra actividad y en horas perfectamente viables.

4^{9}—Cuando un Tema Oficial del Congreso General se esté exponiendo deberán suspenderse todas las actividades **del** Congreso.

5^—'Temas de interés general pueden programarse de manera tal que no interfieran con los temas de las especialidades.

5?—Si no se cumple con el requisito 4Q el Comité Organizador podrá rechazar]a inscripción de Temas Libres.

6<?—Los Temas Libres contarán con 15 minutos de exposición y 5 de discu&ión.

70—El Comité Organizador dará un certificado a los autores por los Temas Libres que se presenten.

8?—Para poder presentar este tipo de trabajos es necesario entregar **a** la Secretaría dos copias, cuando menos un mes antes de la celebración del Congreso.

MEMORIAS DEL CONGRESO

Las Memorias del Congreso deberán ser publicadas por e] país sede y constarán de toda la información pertinente sobre el Congreso. Además deberán ir en ella resúmenes o texto completo de las ponencias libres y conferencias de los invitados.

EVENTOS SOCIALES

El tipo, número y demás características de los eventos sociales de **los** Congresos Centroamericanos se dejan a iniciativa de cada país sede.

RECOMENDACIONES

1$—Tratar de que los países se acoplen en la celebración de los Congresos Centroamericanos.

2?—Los eventos sociaels no deben interferir con las actividades fundamentales.

39—LOg Temas Oficiales deberán programarse en un período que no interfiera con ninguna otra actividad y en horas perfectamente viables.

4?—Cuando un Tema Oficial del Congreso General se esté exponiendo deberán suspenderse todas las actividades del Congreso.

5?—'Ternas de interés general pueden programarse de manera **tal** que no interfieran con los temas de las especialidades.

Sección Informativa

ANUNCIOS DE CONGRESOS

XII CONGRESO MEDICO CENTROAMERICANO,
TEGUCIGALPA, D. C., HONDURAS, C. A.
6 - 10 de diciembre de 1967.

IX CONGRESO INTERAMERICANO DE RADIOLOGIA,
PUNTA DEL ESTE - URUGUAY
6 - 12 de diciembre de 1967.

35º MEETING OF THE AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPEDIC SURGEONS — CHICAGO, U.S.A.
20 a 25 de enero de 1968.

VII CONGRESO LATINO-AMERICANO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA (SLAOT) — CARACAS, VENEZUELA.
28 de enero a 4 de febrero de 1968.

PREMIO Y BECA SLAOT

La Directiva de la Sociedad Latino Americana de Ortopedia y Traumatología ha instituido recientemente el PREMIO SLAOT para el mejor trabajo escrito para optar al mismo por un residente Latino Americano, montante a la cantidad de $ 1.000.

Asimismo la Directiva de nuestra Sociedad ha creado dos Becas anuales de $ 1.000 cada una con el objeto de avudar al perfeccionamiento de un joven residente Latino Americano en algún servicio d
lidad de Latino América o fuera de ella y que será elegido
Residente premiado.

EL PREMIO SLAOT será discernido cada tres años c
la reunión del Congreso de la Sociedad.

CONDICIONES PARA OPTAR EL PREMIO SL

a) No ser mayor de 35 años.

b) Ser Residente en algún país Latino Americano y d
especialidad.

c) Inscribirse especialmente para el PREMIO SLAOT.

d) El trabajo debe ser inédito y con un solo autor.

e) Versará sobre cualquier tema de la Especialidad, bie
clínico o de investigación;

f) Presentar 5 (cinco) copias del trabajo con dos mes
pación a la realización del Congreso, para que pueda
por los Miembros del Jurado.

19.—Se nombró al Dr. Manuel Carrasco Flores, delegado a la Asamblea General Ordinaria de 3a Liga Hondurena contra la Tuberculosis.

20.—La Junta Directiva recibió la visita del distinguido Profesor Dr. Samuel Middleton M., Director del Instituto de Fisiología, de la Universidad de Chile.

21.—La Junta Directiva del Colegio Médico propició nuvamente la reunión de los Directivos de los demás Colegios a objeto de solicitar la reíorma de la Ley Orgánica de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras propuesta por asesor traído por esta Institución. Después de varias reuniones, no se pudo obtener ningún logro por fallas nuevamente de ciertos sectores profesionales que no quisieron acuerpar tan vital acontecimiento.

22.—Se acepta la renuncia interpuesta por el Dr. José Gómez-Márquez G., como Director de la "Revista Médica" por razones de querer dedicar su tiempo a la Secretaría del próximo Congreso Médico Centroamericano a celebrarse en diciembre del corriente año. Se nombra, a propuesta del mismo colega, al Dr. Antonio Bermúdez Milla.

23.—Se ratificó el nombramiento del Dr. Virgilio Banegas M., propuesto por el Ministerio de Salud Pública, para formar parte de la comisión que estudiará el anteproyecto para el ejercicio legal de la enfermería.

24.—Por audiencia especial, se sostuvo entrevista con el señor Ministro de Educación Pública quien aceptó los siguientes puntos sugeridos por los Directivos:

a) Las certificaciones médicas de matrícula son válidas extendidas en papel del Colegio.
b) Que la tarjeta de salud no es suficiente para saber si un alumno está en condiciones de estudiar de conformidad a un buen estado de salud. La Junta Directiva se ofreció para gestionar ante el Ministerio de Salud Pública que se agregue una hoja que se re fiera a examen físico que deberá hacerse.
c) Aceptar como válidos los exámenes complementarios' de labora torio y Rayos X que se hacen en clínicas privadas.
d) Permitir a la Junta Directiva, revise los archivos de los diferen tes Colegios de Secundaria, para examinar si ha habido violación por parte de los colegas, de extender certificados en papel no autorizado por el Colegio. El Ministerio aceptó lo s-egurido por la Directiva.

25.—Se aprobó el anteproyecto de Reglamento de la Junta de Vigilancia Médico-Farmacéutica,

26.—Se aprobó el anteproyecto de presupuesto presentado por el Comité Organizador del XII Congreso Médico Centroamericano.

27.—Se nombraron en comisión a los Dres. José Gómez-Márquez G. y Francisco Alvarado S., para que presten asesoría a los miembros del Comité Organizador del XII Congreso Médico Nacional, en io referente a la organización científica del mismo.

28.—Se nombró Delegado de la Junta Directiva a la toma de posesión de la Seccional de la Zona Norte y Occidente del Colegio de Peritos Mercantiles y Contadores Públios al Dr. Luis A. Cousin.

29.—Quedan comisionados los Dres. Rigoberto Alvarado Lozano y Francisco Alvarado S., paar discutir con las autoridades competentes, el nuevo Reglamento del Servicio Médico Social, que prestarán los médicos jóvenes recién egresados de la Facultad de Ciencias Médicas.

— III —

FUNCIÓN ETICA

1.—La Junta Directiva dio su opinión, después de estudio exhaustivo y consultas legales **pertinentes,** al ciudadano Presidente de la República, con copia al Presidente del Congreso Nacional, sobre la proyectada reforma al artículo 21 de la Ley de Química y Farmacia, tendiente a la venta libre de productos medicinales. El apoyo dado a] Colegio hermano y la opinión de la Junta Directiva pesaron mucho al impedir la reforma del mencionado artículo.

2.—Se distribuyó en forma personal el Reglamento de Sanciones, una vez remitido a la Secretaría por la comisión de Estilo, nombrada e integrada por los colegas: Carlos M. Gálvez, Roberto Suazo Córdova y Carlos Bendaña, estilo que fue aprobado por la Junta Directiva.

3.—Se nombró la comisión para interpretar desde un punto de vista médico el artículo 110 de la Ley Orgánica de Colegiación, quedando integrada con los colegas Rene Carranza (coordinador), Ramón Custodio, Jesús Rivera h., Joaquín Núñez y Alfredo Zambrana.

4.—Se apoyó al colega Ernesto Argueta Ariza en la denuncia contra él hecha por alumnos de la Escuela Superior del Profesorado, la cual fue aceptada en forma improcedente por la dirección de esa institución.

5.—Se destacó a la ciudad de La Ceiba, con el objeto de resolver problemas suscitados entre algunos colegas, una comisión integrada por los Dres. Julio C. Batres y José Martínez Ordóñez.

6.—Se recibió solicitud de apoyo de parte del Colegio de Químicos-Farmacéutico& en el sentido de que los visitadores médicos fueran profesionales de ese Colegio o alumnos egresados de la Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia. La Junta Directiva resolvió consultar con el Decano de esa Facultad en vista de la posibilidad de hacer servicio social los egresados y cubrir en esa forma el déficit de regentes de farmacias que existe en el resto de la República. El apoyo solicitado dejaría sin oportunidad la posibilidad mencionada. No se recibió respuesta del Decano.

7.—Se denegó el ejercicio profesional de médicos osteópatas extranjeros.

8.—Lo& miembros de la Junta Directiva, en grupos de dos, dieron ocho charlas a los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas que están por egresar, sobre ética profesional.

_ IV — DE LAS

DENUNCIAS

En capítulo aparte hacemos referencia de que durante nuestro período se transcribieron al señor Ministro de Gobernación y Justicia, y para hacer más expedito el trámite, ccpia de la misma ai señor Director del Cuerpo Especial de Seguridad, veinte denuncias de diferentes partes de la República hechas por los Delegados, colegas en ejercicio o autoridads competentes, relacionadas con el ejercicio ilegal de la profesión.

_ V „

DE **LAS EXENCIONES**

Fueron eximidos del pago de cuotas ordinariaas y extraordinarias de colegiación, quince colegas, todos ellos por salir al exterior, becados, a hacer cursos de especialización.

De conformidad con la ley y previo auditaje, fueron eximidos del pago de cuotas de auxilio mutuo, siete colegas.

_ VI — DEL TESORO DEL COLEGIO

Se exigió ei pago de las cuotas que la ley demanda a todos los colegiados. eS practicó la auditoría completa al ex-Tesorero, Dr. Armando Castillo M., copia de la cual se adjuta, así como de las< respuestas a los reparos hechos. Se organizó el sistema de contabilidad y el sistema de manejo de fondos.

— VII —

TRIBUNAL DE HONOR

Se tramitaron ante ese organismo, seis denuncias recibidas, una de ellas afectando seis colegas y cuyo informe de lo actuado sobre **las** mismas se consigna aparte.

— VIII —

COLEGIACIONES

Durante nuestra gestión se colegiaron definitivamente 73 colegiados. En forma provisional fueron colegiados 86 futuros colegas, algunos de los cuales, al rendiros este informe, ya lo hicieron en forma definitiva.

— IX — DE LAS SESIONES

Para realizar esta labor, la Junta Directiva celebró 39 sesiones, teniendo que realizar un trabajo promedio de cuatro horas por sesión, lo que nos arroja un total de 156 horas trabajadas. Se excluyen indudablemente de este número las horas que los Directivos gastaron en hacer visitas a Ministros, funcionarios estatales y de otras instituciones, lo mismo que las horas en las cuales los directivos desempeñaron alguna comisión.

En esta forma creemos haber cumplido junto con los demás compañeros directivos, la misión que nos impusieron en elmomento de la promesa de ley, &i vuestros anhelos y aspiraciones no han sido satisfechos, estamos seguros que esta pequeña labor servirá de base para que en un futuro próximo se plasmen en realidad.

D. Virgilio Hanegas M.
Presidente.

Dr. Francisco Alvarado S.,
Secretario.

REGLAMENTO DE TÉCNICOS £N RñDIOTECNOLOGIfí

Art. I?—Toda persona que se dedique al ejercicio de la Técnica Radiológica y que como tal manipule equipos de Rayos X o sustitutos, tales como Telecobalto o Telecesio, para fines diagnósticos, terapéuticos o cualquier otro fin médico; intervenga en el manejo o funcionamiento del equipo mencionado, deberá ejercer sus funciones bajo la supervisión directa de un médico colegiado y poseer una licencia de técnico en radiología.

Como "Técnica Radiológica" se entenderá el conjunto de métodos y procedimientos empleados en el uso de equipo radiológico, tanto para diagnóstico como para tratamiento

Se tendrá corno "TÉCNICO EN RADIOLOGÍA" a la persona que se dedica a la práctica radiológica en la forma, expresa en el inciso anterior.

Art. *2[9]*—Habrá una Junta Examinadora de Técnicos en Radiología compuesta por tres médicos radiólogos. Los miembros de esta **Junta** serán **nombrados** por la Junta Directiva del Colegio Médico, durarán en sus **funciones** un año ytomarán posesión de sus cargos una semana después de **su** nombramiento,

Art. 3°—Los miembros de la Junta Examinadora de técnicos en radioolgía prestarán sus servicios en forma gratuita mientras el presupuesto **del** Colegio no permita dietas por sesiones celebradas u otra forma de remuneración. Cobrarán la cantidad de diez lempiras cada uno por cada examen que practiquen y serán pagados directamente por el interesado cualquiera que sea el resultado del examen.

Art. *49*—La Junta Examinadora celebrará su primera sesión dentro de los primeros treinta días posteriores **a** su elección y en ella elegirán de entre sus miembros, un Secretario Coordinador. Deberá celebrar por lo menos cuatro sesiones ordinaira& por año y extraordinarias cuando el caso lo omerite.

El quorum lo formarán dos de sus miembros.

Art. 5[9]—Son atribuciones de la Junta:

a) Adoptar las medidas necesarias para Ja aplicación de este Regla mento.
b) Celebrar exámenes a los candidatos a Técnicos en Radiología.
c) Aprobar la creación de escuelas para técnicos en radiología e ins peccionar su funcionamiento.
Reglamento.
d) Anular cualquier licencia expedida por los motivos que señala este
e) Emitir fallos por mayoría sobre cualquier asunto sometido a su
f) Informar inmediatamente a la Directiva del Colegio Médico de consideración y que sea de su competencia, en el plazo señalado.
„ , cualquier transgresión de este Reglamento, para que tome las medidas legales convenientes.

Art. 6?—El Colegio expedirá licencia para ejercer la Técnica Radiológica a cualquier persona que hubiere aprobado satisfactoriamente las pruebas teóricoprácticas del examen propuesto por dicha junta. Las personas que deseen ejercer solamente la radioterapia, limitarán su examen a esta rama de la radiología y así será .especificado en su licencia.

Art. 79—Las personas que deseen ejercer la Técnica Radiológica deberán solicitar per escrito examen a la Junta y acompañar los siguientes documentos:

1) Certificado de nacimiento.
2) Constancia de buena salud.
3) Haber cursado por lo menos dos años de enseñanza secundaria.
4) Comprobantes de haber cursado por lo menos dos años de ^ense ñanza radiológica teórico-práctica bajo la supervisión directa de un médico radiólogo y en laboratorios de radíodiagnóstíco y ra dioterapia de reconocida competencia o en escuela pública o pri vada para técnicos en radiología.

Art. 8?—nUa vez comprobados los extremos a que se refiere el artículo anterior, los aspirantes a técnicos en radiología deberán someterse ante la Junta a las siguientes pruebas;

a) Examen teórico sobre nociones de Anatomía, Fisiología, Teoría Física de los Rayos X y sub&tancias radioactivas usadas en radio terapia; Técnica de Radiodiagnóstico y Radioterapia: Química de revelado y preparación de placas radiográficas; principios fun damentales sobre técnica de seguridad contra las radiaciones; higiene y ética profesional. Este examen tendrá un valor máxi mo de 50% del puntaje requerido.

b) Una prueba práctica que consistirá en un examen en su habilidad técnica radiológica y radioterapia en un hospital del Es-tado o en otro laboratorio radiológico aprobado por el Colegio Médico.
Esta prueba tendrá también un valor máximo de 50% del puntaje mínimo.
Para ser aprobado será necesario obtener un total de 80% como requerido.

Art. 99—La Junta practicará exámenes regulares en marzo y en septiembre si hay solicitudes pendientes y en cualquier otra efeha si las circunstancias lo requieren.

Art. 10?—Dentro del primer año de vigencia de este reglamento, la Junta podrá otorgar licencia para ejercer la Técnica Radiológica, sin examen, a las personas que acrediten debidamente los siguientes extremos:

a) Haber trabajado dos años en forma satisfactoria en técnica radio lógica (radiodiagnóstico y radioterapia) en un hospital o labora torio de Rayos X y bajo la dirección de un médico radiólogo.

b) Haber aprobado un curso teórico-práctico en una escuela pública o privada de Rayos X o en una clínica, hospital o laboratorio de R^yos X, bajo la direcciónde un médico radiólogo; y

c) Pagar a la Tesorería del Colegio Médico de Honduras la suma de veinte lempiras como valor de inscripción.

Art. 11^—El Colegio expedirá licencias a la& personas que llenen los requisitos técnicos a que se refieren los artículos anteriores y enteren a la Tesorería del Colegio Médico de Honduras la suma de VEINTE lempiras como valor de inscripción. Las licencias llevarán la firma del Presidente y Secretario de la Junta Directiva del Colegio Médico.

Art. 12?—La Junta levará un Libro de Registro de los exámenes practicados donde constará el nombre, edad, estado civil, domicilio y demás datos que puedan identificar claramente al beneficiario lo mismo que su dirección,

Art. 13?—El presente Reglamento entrará en vigencia al ser aprobado por la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras.

COLEGIADOS POR ORDEN ALFABETICO

	Nº de Inscripción
"A"	
Aguilar Paz, Enrique	003
Alonzo Medina, Edgardo	011
Aguiluz Berlioz, Oscar	012
Aguilar Barrientos, Gabriel Rafael	059
Arriaga Iraheta, Edgardo	061
Andonie Fernández, Juan A.	071
Alvarado Lozano, Rigoberto	081
Alvarado Lozano, Hugo	082
Alvarado Salgado, Francisco R.	113
Andino Matamoros, Armando	161
Alcerro Oliva, José Napoleón	168
Abularach Sabat, Francisco	169
Acosta Guifarro, Isidoro	172
Abud Handal, César Roberto	200
Alvarado Lozano, Carlos Alberto	223
Ayestas López, Claudio Leonardo	225
Alemán Quiñónez, Armando	245
Abadie García, César Augusto	244
Aguilar Antúnez, Reginaldo	274
Agüero Vega, René	302
Alcerro, Ramón	303
Andrade Tejeda, Rolando	308
Aguilar A., José Trinidad	315
Agurcia Membreño, Carlos	317
Abraham Galo, David	319
Ayala Avila, Saúl	322
Argueta Ariza, Ernesto	371
Azcona del Hoyo, Fernando F.	374
Ayestas López, Juan Francisco	385
Ayestas López, Guillermo	393
Alvarado Sagastume, Rómulo	417
Amaya Bográn, Antonio Ramón	422
Alcerro Castro, Mario	424
Almendares Bonilla, Juan	430
Aguilar y Aguilar, Rafael Antonio	448
Aguilera Romero, Rolando	453
Argueta Aguilar, Angel Ernesto	457
Atuán Simón, José	495
Almendares Irías, Juan Bautista	468
Ayestas López, Santos Darío	481
Aguilera Ponce, Rolando Alonso	473
"B"	
Bueso Gómez, Manuel	042
Bustillo Oliva, Guillermo	043
Barahona C., J. Rodrigo	044
Bobadilla, J. Antonio	045
Barahona Coello, Adán	046
Beaumont L., Austin Augustus	047
Bendaña Meza, Sergio	048
Banegas Montes, Virgilio	049
Boza Zerón, Adán	050
Batres Pineda, Julio César	051
Bennaton G., Carlos Alfonso	058
Bermúdez Bográn, Roberto	060
Bermúdez Milla, José Antonio	066
Bustamante C., María Cristina	079
Borjas V., Ernesto A.	089
Bendaña Medal, Renato	090
Barahona Garay, Luis Alonso	095
Barrientos Valle, Juan	096
Brevé Martínez, Roberto	153
Bendaña Medal, Luis Tirso	100
Bendaña Meza, Arturo	154
Bueso, Julio César	190
Baltodano Mejía, Federico	208
Benavides G., Juan Pablo	210
Bendaña Ulloa, Carlos Alberto	230
Bertrand Anduray, Tulio	242
Bulnes B., Martín A.	292
Bustillo R., Emilia	293
Bonilla Contreras, Adán	313
Bográn Idiáquez, Marco Antonio	488
Bueso Castillo, José Antonio	354
Bendaña Meza, Guillermo	356
Bueso Arias, Juan Angel	357
Bueso Arias, Luis	358
Bendaña Meza, René	361
Bendeck Nimer, Alberto C.	363
Barrientos Ventura, Oscar Adolfo	367
Boesh Matute, Raúl Fernando	379
Bueso Pineda, Arnulfo	387
Bueso Cáceres, Arturo	436
Bustamante, Luis Alonso	460
Bados Mendoza, Leonel Armando	403
"C"	
Custodio López, Ramón	006
Claros Fortín, Honorio	008
Cuéllar Martínez, Raúl	015
Corrales Padilla, Hernán	026
Carranza Velásquez, René	027
Collart Valle, Juan Ramón	062
Carrasco Flores, Manuel	063
Calderón R., Manuel Antonio	068
Cárcamo T., Tito Humberto	069
Cárcamo Tercero, Oscar Jacobo	092
Carías Oviedo, Rolando	093
Coello Oliva, Miguel Humberto	114
Castillo Moncada, Armando	115
Canales Zúñiga, Zulema	118
Castillo Antúnez, Mario	126
Cueva Vilamil, J. Adán	151
Castro Reyes, José	156
Cáceres Vijil, Manuel	163
Cardona López, Virgilio	186
Castillo Handal, Selim	189
Caballero R., Armando	191
Caballero Meíía, Lucas	490
Cortés de Villeda, Martha	204
Callejas Zelaya, Luis	217
Cardona de Herrera, Hena Haydeé	222
Corrales Padilla, Cornelio	268
Cervantes Gallo, René	282
Casco Mazier, oJsé Harold	288
Cuevas B., José Pablo	289
Castillo Barahona, Manuel	299
Carías Donaire, Gustavo	328
Cousin, Luis Alejandro	349
Canahuati, Shibli M.	360
Castellón, Esteban	363

	Nº de Inscripción
Cerna Salgado, Félix	408
Castellón Tercero, Prisciliano	413
Castellanos S., Plutarco	414
Cardona Chinchilla, Herlindo	394
Ceello Núñez, Ramiro	405
Cálix Hernández, Roberto	427
Canahuati Mitri, Jamal Emilio	439
Caminos Díaz, Carlos	428
Castillo Molina, Danilo	456
Castillo Ochoa, José de Jesús	475
Cerrato Zelaya, Ciro Randolfo	479

"CH"

Chavarría Suazo, Gilberto	057
Chavarría R., Santiago Ramón	312
Chirinos Velásquez, Raúl	300
Chirinos Velásquez, Manfredo	375

"D"

Durón Rivera, José Ramón	005
Downing Chavarría, Alberto	039
Díaz Bonilla, José Manuel	040
Domínguez R., José Refugio	052
Durón Martínez, Raúl	054
Delgado, Carlos Antonio	116
Dávila, José Manuel	197
Delgado Pineda, Juan	220
Díaz Santos, Pablo	221
Díaz Maestre, Luis	245
Duarte de Lafitte, Olga	273
Dubón Martínez, Rodolfo	321
Díaz Salinas, René	324
De León Paz, Carlos	330
Durón García, Jorge Arturo	381
Díaz Lobo, Alfonso	388
Duarte M. de Núñez, Flora C.	403
Del Cid López, Juan Rafael	404
Delgado y Aguirre, Ricardo	432
Delgado eZpeda, Armando Nicolás	462
Dox Guilén, Francisco	463

"E"

Eibuschitz, Roberto	207
Estrada Domínguez, Anarda	280
Echeverría, Justo Manuel	301
Erazo Caballero, Servio Tulio	311
Escorcia H., Rafael de Jesús	327
Echeverri, Victoriano	359
Elvir Aceituno, Carlos	362
Echeverría, Manuel de Jesús	398
Espinoza Mourra, Dagoberto	410
Enamorado Castro, Edgardo	461
Estrada Duarte, Rafael	464

"F"

Fiallos Salgado, Julián Federico	001
Florentino P., Guillermo	030
Fernández h, Eduardo	038
Fajardo h., Jerónimo	072
Faray Rischmawy, Elías Alejandro	076
Ferrufino O., Ramón	088
Flores Fiallos, Raúl	135
Fajardo Cabrera, Hernán Danilo	142
Fiallos Fonseca, Ernesto Narciso	151
Ferguson Luna, Arturo	192
Fortín Midence, Benjamín	198
Fajardo Aguirre, Modesto	272
Figueroa Rodezno, Ramiro	320
Flores Fiallos, Armando	340
Flores Flores, José René	497
Figueroa Girón, Virginia	441
Férez Illa, Marcio César	474

"G"

González Rosa, Virgilio	064
García Becerra, Guillermo	067
González Flores, Atilo	070
Gómez Robelo, Roberto	101
Godoy Sandoval, José Leonardo	108
Gómez Padilla, César Alberto	136
Girón Mena, Edgardo	139
García, Donaldo L.	170
Godoy Arteaga, Carlos	185
Gómez Núñez, Concepción	194
Gómez-Márquez G., José	224
Gúnera Aguilar, Napoleón	226
González O., Julio Augusto	248
Girón Aguilar, Arístides	253
Gálvez Robelo, Carlos M.	260
Gutiérrez Villafranca, Roberto	275
Guzmán Banegas, Alberto	276
García Erazo, Tomás	305
González H., Carlos Humberto	297
Gutiérrez López, Rodrigo	307
Gauggel C., José Eduardo	334
Guillén Pinel, Humberto	335
Galo Puerto, Ramón	344
Gómez Rivera, Daniel	345
García G., Jacinto Radegundo	406
Gómez Alvarado, Vicente	426
Girón Rodríguez, Miguel A.	451

"H"

Haddad Quiñónez, Jorge	080
Herrera Arrivillaga, Víctor	134
Handal Handal, Alberto Elías	138
Hernández Meléndez, Pablo	295
Hilsaca H., Fernando	323
Hernández Rodríguez, René	343
Hernández Canales, Miguel Angel	370
Handal Handal, oJsé Elías	390
Hiza Kury, Salvador	407
Herrera Cruz, Santiago	409
Herrera Cruz, Oscar Leonel	410

"I"

Interiano, Rodolfo E.	087
Irías Cálix, Héctor Armando	341
Irías Miralda, Marco Tulio	493
Inestroza Zelaya, Javier	372
Interiano Rodríguez, Manuel	382
Interiano Rodríguez, Pompilio	477

"J"

Javier S., Carlos Alberto	131
Jiménez N., Rodolfo	270
Jiménez Leiva, Salvador	296
Joya Moncada, Pablo Ulises	309

	Nº de Inscripción
"L"	
León Gómez, Francisco	007
León Gómez, Alfredo	009
Lozano Caballero, César	010
Larach Jamis, César	029
Laínez Núñez, Héctor	053
Lázarus Bernhard, Roberto	097
Lozano Matamoros, Ramiro H.	105
Lafitte Martínez, Enrique	112
López Zelaya, Alejandro	158
Lara Zepeda, Juan	174
Leiva Vivas, José María	181
López Villa, José Antonio	184
Lara López, Alejo	232
Larios Bonilla, Manuel Enrique	233
Larios Hernández, Saúl Enrique	491
Lanza, Mario Duilio	353
López Lagos, Rigoberto	378
Larios Contreras, Ramón	401
Lacayo Sánchez, Alfonso	442
Larios Ulloa, Jerónimo	447
Lagos Lagos, Alberto	478
"M"	
Midence Moncada, Ignacio Emilio	002
Márquez Cerrato, Antonio	016
Moreno Perdomo, Dagoberto	017
Mejía y Mejía, Miguel Angel	018
Milla Galeano, Horacio	019
Matamoros Flores, Benjamín	020
Moncada Medrano, Lucas Gregorio	028
Midence, Alfredo C.	077
Medina Nolasco, Aníbal	094
Munguía Alonzo, Salomón	104
Munguía Alonso, Luis	106
Moncada Amador, Miguel Rafael	119
Moncada, Miguel Roberto	120
Mejía Castro, Cándido	141
Medrano Díaz, Héctor	145
Medrano Martínez, Raúl H.	487
Mendoza F., José Trinidad	146
Martel Guillén, Pedro	148
Muñoz Mendoza, Miguel Rafael	159
Matute Canizales, Eugenio	167
Mendoza Alvarado, Amado Mario	175
Mencía Salgado, Daniel	179
Murillo Selva h., Francisco	180
Mannheim de Gómez, Eva	201
Madrid Zelaya, German Rigoberto	202
Montes Guerrero, Francisco	149
Martínez Ordóñez, José	205
Molina Castro, Rafael	212
Mejía Durón, Roberto	235
Medal, Mario Santos	236
Martínez Pinel, Carlos Alfredo	237
Montoya Alvarez, Juan	238
Martínez Valenzuela, Rafael	259
Moreno V., José Jacinto	261
Mena Díaz Galindo, Carlos	269
Meza Galeas, Ramón	278
Membreño Marín, Héctor	290
Mejía del Cid, Armando	290
Montes Guerrero, José Aníbal	306
Montenegro P., Leopoldo	310
Mejía Antúnez, Cornelio	316
Martínez Guillén, Andrés Arturo	339
Mc. Kinney, Mariano E.	342
Murillo Escobar, Francisco	364
Moncada Irías, José Máximo	360
Martínez Matamoros, Oscar	386
Muñoz Muñoz, Carlos Miguel	397
Mendoza Valdés, Clemente	411
Morales San Martín, Ramón	421
Membreño Padilla, Alejandro	451
Mejía Valladares, Enrique	423
Mariona Mejía, Antonio	438
Merino Zaldívar, Orlando	443
Murillo Escobar, Edgar Anibal	444
Mayes Huete, S. Eduardo	450
Martínez Funes, José	452
Munguía Padilla, Carlos Elpidio	465
Martínez Castillo, Carlos	466
Martínez Boquín, Gustavo	469
Medina Nolasco, René	471
Matute Alvarez, Roberto A.	484
"N"	
Núñez Ortiz, Joaquín Angel	234
"O"	
Osorio Contreras, Gilberto	004
Odeh Nasrala, Nicolás	014
Oviedo C., Raúl G.	258
Ochoa Reina, Efraín	264
Oviedo Padilla, Guillermo	318
Osejo Paz, Gloria	326
Orellana M., J. Humberto	333
Orellana, Carlos Alberto	338
Oliva Barralaga, Roberto	346
Oviedo Meza, Lisandro	400
Oviedo Pineda, Antonio	492
Ochoa Alcántara, Ricardo	412
"P"	
Pascua Leiva, Herman	034
Peraza Casaca, J. Antonio	035
Peña Zelaya, Guillermo	036
Pineda Tábora, Manuel	065
Pereira, J. Ramón	074
Ponce Ochoa, Marco Antonio	086
Pastor Zelaya, Rodolfo	107
Portillo G., Carlos F.	123
Pavón Leiva, Rafael Antonio	124
Pacheco Reyes, Jorge Alberto	150
Paredes Regalado, Leandro S.	160
Pineda Muñoz, Carlos Alberto	162
Pavnó Aguilera, Armando	166
Pinto Mejía, José	195
Palma Molina, Jacobo	206
Ponce Ochoa, Marcial	219
Pérez Izaguirre, José Antonio	217
Ponce Tejeda, Felipe	251
Paredes P., Manuel Armando	252
Pineda Coello, Mario	254
Pineda Fasquelle, Constantino	257
Paredes Toro, Salvador Ramón	271

	Nº de Inscripción
Paz Rivera, José Trinidad	352
Pineda Contreras, Octavio	355
Pérez Izaguirre, Manuel de Jesús	377
Pineda Santos, F. Humberto ...	395
Paredes P., Francisco Otomán ..	399
Pino Montes de Oca, Emilio Roy	402
Pavón Moncada, Mario	418
Ponce de Avalo, Reinaldo	429
Paredes Escoto, Marco Antonio .	434
Pinto oGnzález, Ernesto Antonio .	435
Pérez Estrada, Alberto Vicente .	449
Pineda Escoto, José David	455
Paz Rivera, Juan	486

"R"

Rivera Reyes, Manuel de Jesús .	037
Reyes de Paz, Olga	041
Ramírez Alfaro, Rigoberto	075
Raquel Sánchez, Pompeyo	091
Reyes Berlíoz, Rodolfo	099
Rodríguez A., Reynaldo Antonio	111
Ramos Reina, Luis Vidal	127
Raudales de Midence, Martha ...	128
Rivera Wiliams, Carlos	129
Rivas Alvarado, Carlos	130
Rivera Reyes, Oscar Armando ..	133
Rivas Bustamante, Gustavo A. .	137
Rivera Miyares, Jorge Alberto ..	147
Raudales Alvarado, Rodolfo A. ..	157
Romero Madrid, Manuel	173
Rivera Medina, Carlos Humberto .	183
Raudales Barahona, Oscar	187
Rierra Hotta, Abraham	192
Rivera Henry, Julio C.	196
Romero Madrid, Raúl Manuel ...	199
Reyes Soto, Joaquín	209
Rodríguez O., Conrado Ernesto .	213
Rodríguez Soto, Gonzalo	216
Rivera Cáceres, José Augusto ...	231
Rivera Domínguez, Presentación	485
Rivera Suazo, Edgardo	489
Rivas, Mario Catarino	250
Rodríguez, Benjamín	256
Rivera N., José Benjamín	284
Reyes Ramírez, Ramón	285
Rivera Vallecillo, M. Jesús	286
Reyes Quezada, José Lisandro ...	325
Romero Méndez, Joaquín	348
Rivera Fajardo, Elio	350
Rivera Reyes, Roberto	376
Rodríguez Izaguirre, Rigoberto .	433
Rodríguez Leiva, Saúl	446
Ramos Funes, Carlos Ventura ...	459
Ramírez, Marco Antonio	467
Rivas García, José Armando	462
Ruiz Leiva, Rafael	388

"S"

Sosa Vidal, Jesús	032
Salvadó Aguilar, Ramón	033
Sosa Alvarado, Manuel Esteban .	055
Sandoval Pineda, Manuel Antonio	073
Sánchez Guevara, Angel Porfirio	084
Sabillón Leiva, Juan	110
Suazo Córdova, Roberto	122
Seaman Reyes, Julio	132
Salgado Martínez, Humberto ...	177
Sarmiento Soto, Manuel	188
Sierra Andino, Carlos	203
Sarmiento Acosta, Luis Alonso ..	496
Sikaffy Talamas, Jesús	265
Sequeiros Verde, Manuel	267
Sierra Lagos, Rafael Enrique ..	329
Saybe Cabús Jorge Martín	331
Sibrián C., Laudelino	336
Suazo Bulnes, Arístides	369
Samra Saykaly, Luis	373
Sosa Vidal, Marco Antonio	391
Sierra García, Donaldo	415
Sandoval Cálix, Wilfredo	420
Samayoa, Enrique Octavio	445
Sarmiento Soto, Ramón Alberto	470
Sierra Martínez, Edgardo	472
Sabillón Rivera, Oscar Rolando ..	476
Sevilla Rivera, Marco Antonio ..	494

"T"

Talavera Westin, Eduardo	085
Tábora Bautista, José Eliseo ...	117
Torres Wills, Carlos Arturo	156
Torres Wills, Manuel Antonio ...	165
Tercero Mendoza, Rafael Antonio	211
Tróchez Sabillón, Gonzalo	255
Tinoco Araya, Eduardo	337
Torres Padilla, Benjamín	458

"U"

Ulloa D., Miguel A.	294
Ulloa P., Angel Augusto	314
Ulloa Vásquez, Ernesto	486

"V"

Valladares Rivera José Erasmo ..	022
Voto Delgado, José	023
Valladares Lemaire, Juan René .	024
Velásquez Laínez, Armando	025
Vargas Funes, Angel Donoso ...	031
Vaquero Muñoz, Luís	056
Villeda Soto, Juan José	083
Velásquez V., Víctor Manuel ...	109
Valladares Estrada, Octavio	143
Valerio Pazzetti, José René	164
Venegas Flores, Arturo Joaquín .	171
Villanueva Doblado, Jorge Alberto	176
Vallecillo Toro, Gaspar	214
Valle Mejía, Carlos Arístides ...	215
Villela Vidal, Ricardo	227
Valle Mendieta, Teodoro	239
Vallecillo Toro, Octavio César ...	240
Velásquez Suazo, Fausto	249
Villeda Chinchilla, Roberto	263
Varela Mejía, Fausto José	265
Velásquez G., José Ramón	279
Villafranca Soto, Terencio	291
Villela A., Miguel Angel	332

	Nº de Inscripción
Villeda Morales, José Ramón	347
Valenzuela, Juan Ramón	351
Villalobos Castillo, Juan Roberto	366
Vásquez, Jesús Alberto	368
Velásquez Cruz, Danilo	392
Vides Turcios, Marcial	396
Valenzuela Guerrero, Rodolfo ...	425
Valle Siguí, Héctor Augusto ...	454
"Y"	
Youngberg Strephen, Aaron	386
"Z"	
Zelaya Flores, Juan Evangelista	013
Zúñiga Durón, Silvio Renato	021
Zelaya Smith, Jorge M.	073
Zúniga, César Augusto	098
Zelaya Ramírez, Angel	103
Zúniga Díaz, Gustavo Adolfo ...	140
Zepeda Raudales, Adán	144
Zavala Castillo, Octavio	173
Zepeda Turcios, Roberto	182
Zavala Chirinos, Alejandro	218
Zelaya Pinel, Arturo	229
Zepeda V., Francisco Salomón ...	241
Zúniga Ortega, Raúl Enrique ..	277
Zelaya Martínez, Rafael	281
Zambrana Castillo, Mario Alfredo	283
Zúniga Lagos, Alejandro	287
Zúniga h., Gustavo Adolfo	416
Zerón Ortega, Roberto	419

Colegio Médico de Honduras

JUNTA DIRECTIVA 1967-1968

PRESIDENTE	DR. VIRGILIO BANEGAS M.
VICE-PRESIDENTE	DR. IGNACIO MIDENCE M.
SECRETARIO	DR. FRANCISCO ALVARADO S.
PRO-SECRETARIO	DR. MANUEL CARRASCO FLORES
TESORERO	DR. CARLOS RIVERA WILLIAMS
PRO-TESORERO	DR. RIGOBERTO ALVARADO
FISCAL	DR. ABRAHAM RIERA HOTTA
VOCAL 1º	DR. CESAR ZUNIGA
VOCAL 2º	DR. JULIO C. BATRES

TRIBUNAL DE HONOR

PROPIETARIOS

DRES.: JOSE GOMEZ-MARQUEZ, HERNAN CORRALES PADILLA, ENRIQUE AGUILAR PAZ, JUAN E. ZELAYA, SILVIO R. ZUNIGA, MANUEL BUESO, GILBERTO OSORIO CONTRERAS

SUPLENTES

DRES. ARMANDO CASTILLO MONCADA, CARLOS F. PORTILLO

JUNTA DE VIGILANCIA

DRES. ANGEL D. VARGAS, RENE CARRANZA V.

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA HONDUREÑA

PRESIDENTE	DR. LUIS SAMRA
VICE-PRESIDENTE	DR. RIGOBERTO ALVARADO
SECRETARIO	DRA. EVA M. DE GOMEZ
PRO-SECRETARIO	DR. JOSE CASTRO REYES
TESORERO	DR. VICTOR HERRERA A.
FISCAL	DR. ARMANDO VELASQUEZ
VOCAL 1º	DR. LUIS CALLEJAS
VOCAL 2º	DR. ALBERTO BENDECK
VOCAL 3º	DR. ADAN BOSA

ASOCIACION HONDUREÑA DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DEL TORAX

PRESIDENTE	DR. RAUL FLORES FIALLOS
VICE-PRESIDENTE	DR. ALBERTO GUZMAN B.
SECRETARIO	DR. EDGARDO GIRON M.
PRO-SECRETARIO	DR. JOSE MANUEL DAVILA
TESORERO	DR. MARIO SANTOS MEDAL
FISCAL	DR. JOAQUIN REYES SOTO
VOCAL 1º	DR. RIGOBERTO ALVARADO L.
VOCAL 2º	DRA. ZULEMA CANALES
VOCAL 3º	DR. ROBERTO GOMEZ ROBELO

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA DE HONDURAS

PRESIDENTE	DR. R. ASDRUBAL RAUDALES A.
SECRETARIO	DR. RAFAEL MOLINA CASTRO
TESORERO	DR. FRANCISCO LEON GOMEZ
VOCAL 1º	DR. A. MARIO MENDOZA A.
VOCAL 2º	DR. CARLOS A. MENA
FISCAL	DR. RENE VALLADARES

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION DE PATOLOGIA Y RADIOLOGIA CLINICAS

SECRETARIO GENERAL	DR.	JORGE RIVERA
TESORERO	DR.	RAMON PEREIRA

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION QUIRURGICA DE HONDURAS

PRESIDENTE	DR.	JOSE GOMEZ MARQUEZ
SECRETARIO	DR.	LUIS SAMRA
TESORERO	DR.	ANTONIO BERMUDEZ MILLA
VOCAL	DR.	ARMANDO VELASQUEZ

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE OTORRINOLARINGOLOGIA

PRESIDENTE	DR.	J. NAPOLEON ALCERRO O.
SECRETARIO	DR.	ENRIQUE AGUILAR-PAZ
TESORERO	DR.	JOSE CASTRO REYES
VOCAL	DR.	DAGOBERTO MORENO

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION PEDIATRICA HONDUREÑA

PRESIDENTE	DR.	ADAN ZEPEDA
VICE-PRESIDENTE	DR.	GUILLERMO OVIEDO P.
SECRETARIO	DR.	ALBERTO BENDECK
PRO-SECRETARIO	DR.	CARLOS RIVERA WILLIAMS
TESORERO	DR.	JOSE ELISEO TABORA
VOCAL 1º	DR.	JUAN PABLO BENAVIDES
VOCAL 2º	DR.	LUIS A. BARAHONA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

PRESIDENTE	DR.	ADAN BOZA
SECRETARIO	DR.	ANTONIO BERMUDEZ MILLA
TESORERO	DR.	FRANCISCO MONTES
VOCAL	DR.	CESAR A. ZUNIGA

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION HONDUREÑA DE TISIOLOGIA

PRESIDENTE	DR.	RAUL FLORES FIALLOS
VICE-PRESIDENTE	DR.	ALBERTO GUZMAN B.
SECRETARIO	DR.	EDGARDO GIRON M.
PRO-SECRETARIO	DR.	JOSE MANUEL DAVILA
TESORERO	DRA.	EVA MANNHEIM DE GOMEZ
FISCAL	DR.	JOAQUIN REYES SOTO
VOCAL 1º	DR.	RIGOBERTO ALVARADO L.
VOCAL 2º	DRA.	ZULEMA CANALES
VOCAL 3º	DR.	ROBERTO GOMEZ ROVELO

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGIA

PRESIDENTE	DRA.	ZULEMA CANALES Z.
SECRETARIO	DR.	J. MANUEL ECHEVERRIA F.
TESORERO	DR.	ARMANDO RIVERA R.
FISCAL	DR.	NAPOLEON ALCERRO O.
VOCAL 1º	DR.	ALEJO LARA L.
VOCAL 2º	DR.	RENE CERVANTES G.

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE HONDURAS

PRESIDENTE	DR.	ALEJANDRO ZUNIGA
SECRETARIO	DRA.	MARTA R. DE MIDENCE
TESORERO	DR.	ELIAS FARAH
VOCAL 1º	DR.	RENE DIAZ SALINAS
VOCAL 2º	DR.	JULIO C. BATRES
FISCAL	DR.	OCTAVIO ZAVALA

DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA

PRESIDENTE	DR.	HERNAN CORRALES PADILLA
VICE-PRESIDENTE	DR.	CESAR LOZANO
SECRETARIO	DR.	JORGE VILLANUEVA
PRO-SECRETARIO		JORGE A. PACHECO
TESORERO		RAUL DURON
FISCAL		ARMANDO FLORES FIALLOS

DIRECTIVAS Y SOCIOS
DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA SAMPEDRANA

PRESIDENTE	DR.	J. RAMON VALENZUELA
SECRETARIO	DR.	ADAN BARAHONA COELLO
PRO-SECRETARIO	DR.	ANTONIO MARQUEZ C.
TESORERO	DR.	PEDRO MARTEL
FISCAL	DR.	ELIO RIVERA
VOCAL 1º	DR.	RENE BENDAÑA MEZA
VOCAL 2º	DR.	RODRIGO BARAHONA C.

DIRECTIVA DE LA ASOCIACION MEDICA CEIBEÑA

PRESIDENTE	DR.	ENRIQUE LAFFITTE
VICE-PRESIDENTE	DR.	TOMAS GARCIA ERAZO
SECRETARIO	DR.	MARCIO C. PEREZ
PRO-SECRETARIO	DR.	MANFREDO CHIRINOS V.
TESORERO	DR.	RAUL CHIRINOS V.
FISCAL	DR.	ROBERTO ZEPEDA TURCIOS
VOCAL 1º	DR.	RAUL G. OVIEDO
VOCAL 2º	DR.	RAFAEL RUIZ
	DR.	CARLOS AGURCIA