Revista
MEDICA HONDUREÑA
(2a. Epoca)
ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

Sumario

EDITORIAL: Los estudios de post-grado en Honduras — Págs.
Dr. Gaspar Vallecillo h. 78

Sinovectomía y resección de la primera fila del carpo
Dres. M. Rull González, A. Vizcaíno D., Renato Valladares R. 80

Panendoscopía en el I.H.S.S.
Dres. Gustavo Adolfo Zúniga A. y Lorenzo Amador 86

Fotoquimioterapia de la psoriasis con psoralenes por vía oral y luz negra
Dr. Hernán Corrales Padilla 96

Esplenosis
(primer informe hondureño y comentarios bibliográficos)
Dr. Raúl Durón M. 106

Alcoholismo en Honduras
Dr. Alfredo León Padilla H. 112

Apnea emocional
Dr. Oscar González Ardón 118

Diagnóstico radiológico
Dra. Eva. M. de Gómez 129

Electrocardiografía Práctica
Dr. Marco A. Bográn 131

Perlas de la Historia de la Medicina
Dr. Alfredo León Gómez 135

SECCION GREMIAL 138

VOL. 44 — Nº 2
ABRIL-MAYO-JUNIO-1976
LOPEZ Y CIA. TEGUCIGALPA

Revista MEDICA HONDUREÑA

(23 Época)
ÓRGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

DR. GASPAR VALLECILLO h.
Director

DR. CARLOS A. MEDINA
Secretario

Cuerpo de Redacción:

DR. ÓSCAR GONZÁLEZ A.
DR. LORENZO AMADOR P.
DR. JOSÉ D. PINEDA E.
DR. MARCO A. BOGRAN

Administración: "COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS"

Oficina "Colegio Médico de Honduras", Tegucigalpa, D. C. Tel. 22-5466
Apartado Postal Nº 810

SE SOLICITA CANJE

Imprenta LÓPEZ Y

CIA.

EDITORIAL

Los Estudios de Post-Grado en Honduras

DR. GASPAR VALLECILLO h.

Desde marzo de 1975 se iniciaron en el Hospital Materno ***Infantil*** *los cursos de residencia de post-grado en Ginecología y Obstetricia y Pediatría, como una necesidad imperiosa e impostergable para afrontar en parte los problemas de salud, que en el renglón materno-infantil son cada vez mayores.*

Estos cursos de especilización tienen como finalidad que el médico profundice sus estudios en una disciplina específica con propósitos esencialmente aplicables. El residente se somete a programas de entrenamiento práctico y educación dirigida en aspectos clínicos y básicos de la especialidad, que lo capacitan para resolver con propiedad los problemas inherentes de la misma.

Este primer paso en la formación de nuestros propios recursos, es meritoria, ya que como es sabido cada día se hace más dificil el entrenamiento en el extranjero; al mismo tiempo' que la salida de médicos nacionales significa una fuga de divisas y eventualmente pérdida de estos profesionales que encontrando un medio favorable no regresan al país a ejercer.

La inquietud de los programas de residencia nació de un grupo de médicos, especialistas que conociendo nuestras limitaciones y posibilidades, supieron aprovechar ese potencial humano inagotable como le es la capacidad profesional en beneficio del binomio madre-hijo, que crónicamente han demandado mejor atención médica. Estas dos fuentes, enseñanza y aprendizaje, profesores y pacientes, unidas al empeño de superación y a la necesidad de estudiar que no puede ser esporádica ni estacionaria, y que se hace presente por encima del cansancio y del desaliento, son garantes de la calidad de nuestros futuros especialistas formados por ahora en el Hospital Materno Infantil.*

El gremio médico nacional debe apoyar al máximo esta naciente Residencia, alentarla para que supere, alimentarla para que no decaiga, y aprovechar de la mejor manera posible sus frutos. Las autoridades de salud que han dado el aporte económico para su realización deberán estar preparadas a corto plazo, para recibir a los nuevos especialistas y distribuirlos en áreas específicamente necesitadas. No sólo basta conocer que habrá más profesionales capacitados sino que habrá que dotarlos de recursos físicos para su mejor desenvolvimiento. Si en el Plan Nacional de Salud están contemplados más y mejores hospitales' regionales o de emergencia, es menester acondicionarlos para que ofrezcan ***a*** *los futuros Gineco-Obstetras y Pediatras, mejores condiciones de trabajo en un ambiente propicio, para proyectarse adecuadamente a la comunidad.*

La implantación de un sistema docente de post-grado en nuestro medio, requiere además de la buena voluntad, un sinnúmero de actividades tendientes

a conocer necesidades, recursos, disponibilidad de los mismos y capacidad de los organismos responsables; para asegurar que esta inversión prioritaria en la formación de nuestros propios recursos, tendrá la debida acogida de acuerdo a mecanismos que faciliten la distribución de los médicos del país. Para esto se requiere que Honduras tenga la madurez necesaria para evitar el desperdicio de sus recursos, que son escasos, y retribuir al pueblo lo que con sacrificios nos ha brindado.

Es de esperar que la integración del futuro Hospital Escuela al Hospital Materno Infantil, sea una base sólida para una mejor medicina y desde luego se constituya como forjadora de especialistas en otras ramas como la Cirugía y Medicina Interna. Esta institución docente-asistencial buscará la mejor preparación para los jóvenes médicos, a fin de asegurarles una estabilidad profesional superior que se traduzca en un beneficio colectivo.

El Colegio Médico de Honduras, es la única legislación nacional que reconoce y ampara la categoría de especialista, después de haberse cubierto un programa de preparación. Por lo tanto ha visto con satisfacción y ha dado su respaldo unánime al programa de residencia del Hospital Materno Infantil, con la seguridad que los nuevos especialistas tendrán derroteros firmes en lo científico, lo clínico, lo asistencial y lo social.

Sinovectomia y Resección de la primera fila del carpo

** M. Rull González; A. Vizcaíno Domínguez; Renato Valladares Rivera (hondureño)*

Desde que Vaugham Jackson publicó sus primeros trabajos sobre sinovectomías en el tratamiento de la artritis reumatoide, varios autores como Vainio, Aiden, Savill, etc. publicaron sus experiencias acerca de ella, matizando sus indicaciones, así como las particularidades de la intervención según las articulaciones afectadas. Pues si la sinovectomia de la rodilla y codo, pueden ser completas- y sin problemas ulteriores, la articulación radio-carpiana plantea problemas no sólo del punto de vista técnico, sino en el biológico postoperatorio. De ahí que los resultados conseguidos con la sinovectomia de esta articulación, no se consideren uniformes.

Como siempre, los resultados van a depender del estado Icsional de la articulación radio-carpiana. En el llamado síndrome de la cabeza del cubito, descrito por Backdahl, la sinovectomia y resección del extremo cubital, por lo general da buenos resultados, así como la sinovectomia en fases precoces., cuando radiográficamente no hay imágenes de afectación aparente y lo calificamos así porque aún en los casos muy prematuros se encuentran lesiones condrales, que el estudio radiográfico no deja entreveer. Esto junto con la sinovectomia tendinosa da un porcentaje grande de éxitos.

Cuando el número de recidivas del dolor, rigidez acentuada e incluso progresividad de las lesiones óseas es importante, es cuando vienen muy evolucionados, con destrucción condral de la articulación radio-carpiana como en las interfalángicas. En estos tenemos según promedio estadístico hasta un 25% de recidivas, aunque con un síndrome clínico más moderado que el que padecían preoperatoriamente. La sinovectomía en estos casos,, no sólo hay que hacerla en la radiocarpiana con exéresis del extremo distal del cubito, sino que también hay que excindir la sinovial fungoide que penetra entre los huesos carpianos, así como la tenosinovectomía en los casos que concomitantemente están afectadas las vainas tendinosas.

En éstos la rigidez post-operatoria es considerable y los resultados a distancia ignorados ya que el futuro decidirá a la vista de lo obtenido si vale la pena hacer esta intervención o hay que decidirse por la artrodesis, que suele dar un magnífico resultado clínico, si bien en casos bilaterales o en aquellos que planteen problemas de incapacidad profesional, no puede llevarse a cabo.

En estos casos de intensas lesiones destructivas y con el handicap profesional, en donde hemos asociado la sinovectomia completa con exicisión de la extremidad distal cubital a la resección de la primera fila del carpo, con un resultado a los cuatro años largos francamente satisfactorio.

Servicio de Ortopedia y Traumatología
Universidad de Sevilla, España.

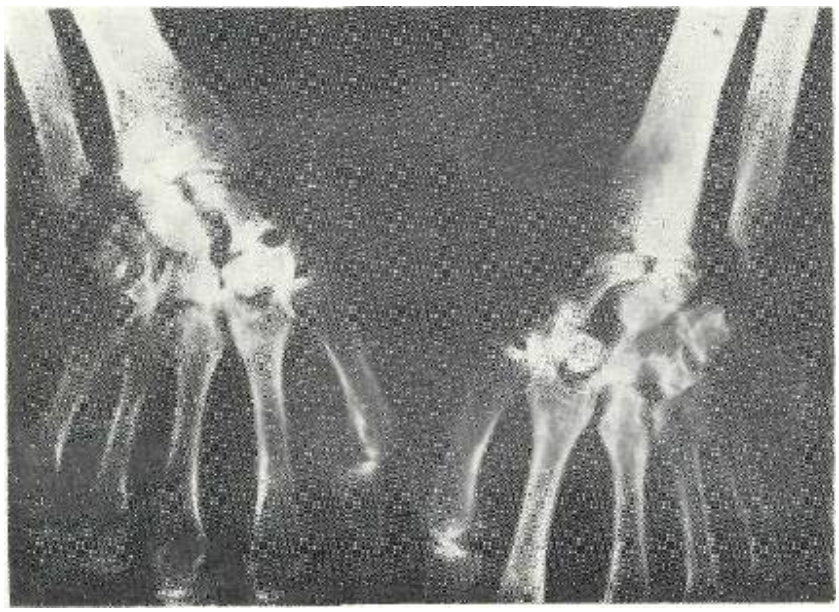


Fig. 1
Grave afectación ósea radiocubital y carpiana en ambas muñecas. La interlínea articular radio-carpiana, se encuentra muy pinzada.

Nuestro paciente J. M. L. de 44 años de edad, administrativo de profesión, obligado a mecanografiar durante gran parte de su jornada laboral, presenta un cuadro de artritis reumatoide con afectación de codos, carpo, rodillas y pies. Después de 10 años de evolución con tratamiento médico y fisioterápico, va progresando su enfermedad y viene con una incapacidad profesional total para su trabajo habitual.

Del estudio realizado las articulaciones radio-carpianas están intensamente afectadas (Fig. 1-2). En codo brote de crisis fluxionarios con hipertrofia sinovial, y en rodillas y pies dolor continuo que casi le impide la deambulación pero sin hipertrofia sinovial ni lesiones esqueléticas radiológicamente objetivas.

A la exploración existe tumefacción con hiperplasia sinovial dorsal de muñeca derecha y crepitación de los. huesos carpianos. En este lado no existe infiltración en las sinoviales metacarpo-falángicas, ni en las interfalángicas.

En muñeca izquierda, infiltración sinovial del dorso con crepitación. Ambas muñecas son dolorosas a la movilización.

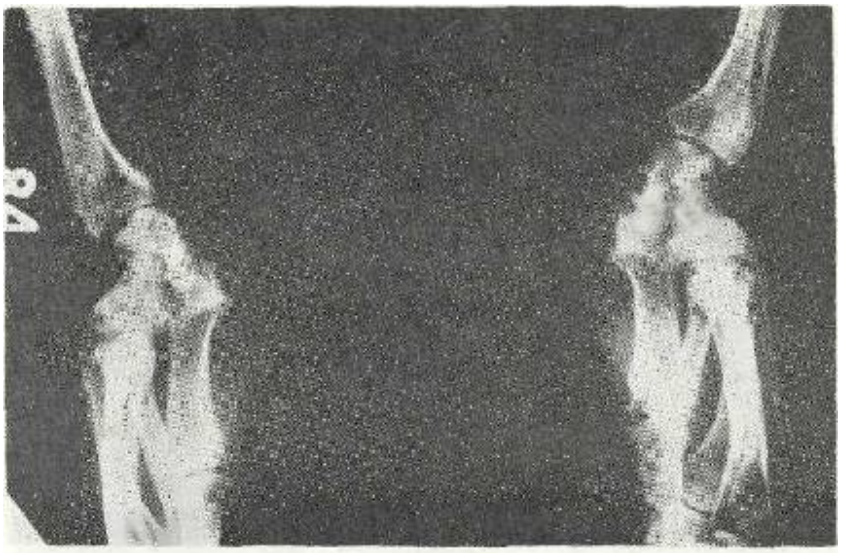


Fig. 2
Igual que la figura 1, en proyección lateral.

—Movilidad muñeca izquierda: 20° de flexión palmar y unos 15° de extensión dorsal, inclinación radial = 10°. Inclinación cubital = 20°. Pronación = 90°.

—Movilidad muñeca derecha: Flexión palmar = 10°. Extensión dorsal = 10°. Inclinación radial — 10°. Inclinación cubital = 20°. Pronación = **90°.**

Se le interviene la radio-carpiana izquierda, que es la menos afectada, practicándosele una sinovectomía y excisión de las fungosidades sinoviales intercarpianas, junto a la resección de la extremidad inferior del cubito. En los 10 días siguientes a la intervención desaparecerán todos sus dolores, comenzando la recuperación funcional, quedando prácticamente la misma movilidad que preoperatoriamente pero sin la algias en dicha articulación. Reapareciendo el síndrome álgico poliarticular en las otras articulaciones aunque más moderadamente.

Fig. 3
En la muñeca derecha se observa la resección de la extremidad distal del cúbito juntamente con la primera fila del carpo (escafoides, semilunar y piramidal, dejando el psiforme). En la izquierda, resección de la extremidad inferior del cúbito.

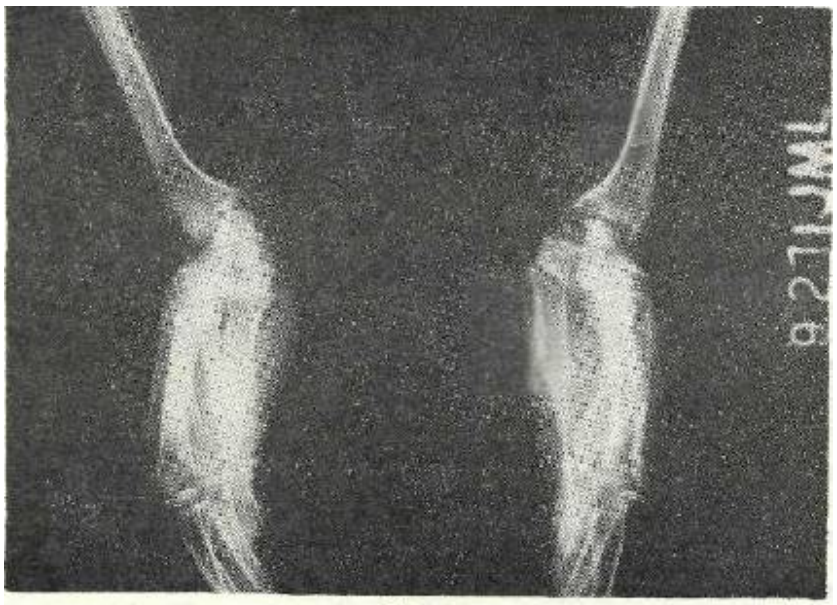


Fig. 4
Igual que en la figura 3, en proyección lateral.

Fig. 5

El cartílago articular del radio está destruido en gran parte por el pannus sinovia!. Lesiones erosivas condrales en escafoides y semilunar.

A los sesenta días, se decide intervenir en]a otra radio-carpiana, pero aquí las lesiones son tan amplias (Fig. 5) que tenemos por un mal resultado funcional. En vista de **ello,** se le propone al paciente como primer tiempo de una segunda intervención artrodesante, la resección de la primera fila del carpo y el enfermo acepta.

La evolución postoperatoria del paciente fue excelente, desapareciendo por segunda vez las algias, y el resultado funcional conseguido se mantiene a través de estos años. El síndrome doloroso poliarticular en la actualidad es muy moderado y no le impide su trabajo, si bien está sometido a tratamiento médico por temporadas, hecho que antes de las intervenciones no había conseguido a pesar de tratamientos más continuos y complicados.

La movilidad actual es prácticamente igual que en las otras muñecas.

Creemos que esta técnica combinada puede ser una solución para estos casos tan avanzados evolutivamente y donde profesión al mente no consideramos indicado una artrodesis. Con ella conseguimos una estabilidad que nunca puede conseguirse con la carpectomía parcial o total que realiza Brower o la atroplastia que cita Gschwend, resecando parcialmente la primera fila del carpo y la extremidad distal del radio, con interposición de fascia lata.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—BUNNELL, S.: Surgery of the rheumatic hand. J. Bone and J. Surg. Pág. 759. 37-A: 4, 1955.

2.—CLAYTON, M. L.: Surgical treatment and the wrist in rheumatoid arthritis. J. Bone and J. Surg. Pág. 741. 47-A. 7, 1965.

3.—FLATT, A. E.: Saivage of the rheumatoid hand. Clin. Ortrop. Pág. 207, Vol. 23.

4.—JACKSON, O. J. V.: Rheumatoid hand deformities considered in the light of tendon imbalance. J. Bone and J. Surg. Pág. 764. 44-B: 4, 1962.

5.—JAMES, A. y colab.: Palmar-shelf arthroplasty of the wrist in rheumatoid arthritis. Journal of bone and joint surgery. Pág. 896. 50-A: 8, 1968.

6.—JULLIARD, A.: La tendino synovectomie dans la main rhumatismale. Rev. du Rhumatisme. 36 année, Juillet-Aout. Pág. 399. N? 7-8, 1969.

7.—KESSLER, I. and VAINIO, K.: Posterior (dorsal) synovectomy for rheumatoid involvement of the hand and wrist. J. Bone and J. Surg. Pág. 1.085. 48-A: 6, 1966.

8.—MARMOR, L.: Surgical treatment for arthritic deformities of the hands. Clin. Orthop. Pág. 171, Vol. 39.

9.—PETER y colb.: Surgery of the rheumatoid hand. Journal and Joint Surgery. Pág. 1.258. Vol. 50-A, 6, 1968.

10.—TOBIANA, R.; ACHACH, P.; ILLOUZ, G.: Les synovectomies chirurgicales dans le traitement de la main rhumatismales. Rev. du rhumatisme, 35 année, Janvier-Fevrier. Pág. 39. N? 1-2, 1968.

11.—VAUGHAN, O. J-; JACKSON. Le Role de la Chirugie dans le traitment de lamainrhumatisante. Medicine et Hygiene. 738, 616-619, 1966.

12.—WILKINSON, M. C; LOWRY, J. H.: Synovectomy for rheumatoid arthritis. J. Bone and J. Surg. Pág. 482. 47-B: 3, 1965.

13.—ZIMMER, M.: La main rhumatismale. Rev. Chir. Orthop. Pág. 429. 44: 5-6, 1958.

Panendoscopia en el I.H.S.S.

* *Dr. Gustavo Adolfo Zúniga A.*
** *Dr. Lorenzo Amador*

La endoscopía gastrointestinal ha avanzado en forma acelerada en los últimos quince años. Adelantos tecnológicos en los instrumentos de fibra de vidrio han permitido una exactitud diagnóstica y terapéutica asimismo se han agregado instrumentos fotográficos de diversos tipos que permiten la documentación visual de las lesiones encontradas. El inviolable criterio diagnóstico del radiólogo se ha visto de pronto invadido, describiéndose lesiones que complementan los estudios radiológicos en un 50 a 100%.

Actualmente los avances en la endoscopía del tubo digestivo se pueden resumir en los siguientes puntos:

1.—La técnica del examen se ha simplificado. 2.—El rango de las aplicaciones clínicas se ha expandido. 3.—Los puntos ciegos de gastroscopía se han eliminado. 4.—La técnica fotográfica fija y en movimiento se ha mejorado.
5.—La biopsia y citología endoscópica han alcanzado un alto standard.

El propósito del presente trabajo es hacer un análisis estadístico de nuestras experiencias endoscópicas en el Instituto Hondureño de Segundad Social en el año de 1975, con el recién adquirido pan endoscopio ACMI, F-8. Este instrumento está constituido por fibra de vidrio, mide 1.25 metros de largo y 11 mm. de diámetro exterior, su extremo distal puede flexionarse 120° hacia arriba como hacia abajo y 90° de derecha a izquierda. (Fig. 1).

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el período comprendido del 10 de marzo al 10 de diciembre de 1975 se efectuaron en el IHSS un total de 209 pan endoscopias, casos que fueron seleccionados por el servicio de Gastroenterología tomando en cuenta tres factores: a) Problemas diagnósticos, b) Problemas de tratamiento, c) Pacientes internados con hemorragia digestiva y/o pacientes que la desarrollaron durante su estadía hospitalaria. En todos los casos se empleó el panendoscopio de la ACMI modelo F-8, usándose siempre como medicación preanestésica Atropina .5 mgs para los pacientes ambulatorios y Atropina la misma dosis más Meperidina 50 mgs en los pacientes internos si las condiciones lo permitían, asimismo se empleó anestesia bucofaríngea con gárgaras de lidocaína al *2%* y sedación N con diazepán en ciertos casos; para franquear el esfínter pilórico se empleó bromuro de propantelína o glucagon por vía intravenosa. Todos los casos fueron evaluados fluoroscópic amenté excepto 6 casos en que por embarazo o shock las condiciones. del paciente no lo permitieron.

---

* Profesor de Medicina Interna. UNAH.
** Médico Jefe, Depto. Endoscopía. IHSS.

Se examinaron un total de 151 hombres y 58 mujeres (Fig. 2), el paciente mayor tenía 85 años y el más joven 16 años, sin observarse ninguna complicación.

RESULTADOS:

Se aparearon y analizaron los diagnósticos en dos categorías, diagnóstico clínico y radiológico, confrontadas en forma separada con los hallazgos endoscópicos tal como están resumidos en los siguientes cuadros:

Diagnóstico clínico	Casos	Diag. endoscópico	% comprobado
Dispepsia	31	0	0
Ulcera duodenal	33	7	21.2
Ulcera gástrica	22	6	27.2
Dolor abdominal	21	0	0
Gastritis	20	6	30
Ulcera péptica	16	4	25
Hematemesis	18	0	0
Ca. gástrico	12	8	66.6
Cirrosis	7	0	0
Anemia	5	0	0
Esclerodermia	4	0	0
Ulcera duodenal sangrante	3	0	0
Hernia hiatal	3	2	75
Esofagitis	2	1	50
Pancreatitis	2	0	0
Reflujo biliar	2	0	0
Ca esofágico	2	0	0
Acalasia	1	0	0
Reflujo esofágico	1	0	0
Ulcera esofágica	1	0	0
Varices esofágicas	1	1	100
Estenosis esofágica	1	1	100
Normal	1	0	0
			21.52%

Los 18 pacientes con hematemesis presentaron los siguientes hallazgos a la panendoscopía:

Ulcera duodenal sangrante	6
Varices esofágicas sangrantes	3
Gastritis erosiva aguda	3
Ulcera gástrica	2
Gastritis antral	2
Duodenitis	1
Esofagitis	1
	8.61%

La confrontación radiológica endoscópica se resume en la siguiente forma:

Diagnóstico radiológico	Casos	Diag. endoscópico	%
Normal	61	20	32.7
Ulcera duodenal	45	21	46.6
Ulcera gástrica	34	8	23.5
Ca. gástrico	12	7	58.3
Gastritis	11	2	18.1
Hernia Hiatal	9	4	44.4
Várices esófago	6	6	100
Estenosis esófago	4	3	75
Ca. esófago	4	2	50
Pólipos	6	2	33.3
Fístula duodenal	1	0	0
Antritis	1	0	0
Acalasia	1	0	0
Ulcera duodenal sangrante	1	0	0
Divertículo	1	0	0
Pancreatitis	1	0	0
Sin estudio	6		
Esofagitis	2	2	100
Reflujo biliar	3	1	33.3

De los estudios radiológicos informados como normales se encontró anormalidades endoscópicas en el 67.3% de los casos, tal como se detalla:

Gastritis aguda	17
Hernia hiatal	5
Ulcera duodenal	4
Ulcera gástrica	2
Várices esófago	2
Esofagitis	2
Reflujo esófago	2
Reflujo biliar	1
Pólipo gástrico	1

67.3% La confrontación R.E. y clínico endoscópica está representada en la Fig. 3.

DISCUSIÓN

En nuestra experiencia el panendoscopio ACMI, F-8 demostró ser de gran valor diagnóstico complementario a la clínica y radiología en los casos problemas en la práctica de Gastroenterología en el Hospital del IHSS de Tegucigalpa. Comparando experiencias con otros instrumentos análogos, parece ser de más fácil introducción y la pinza de biopsia es más maniobrable, sin embargo como desventaja este aparato tiene una falta de automaticidad fotográfica que representó un serio problema para la documentación de la mayoría de los hallazgos endoscópicos positivos en el presente trabajo.

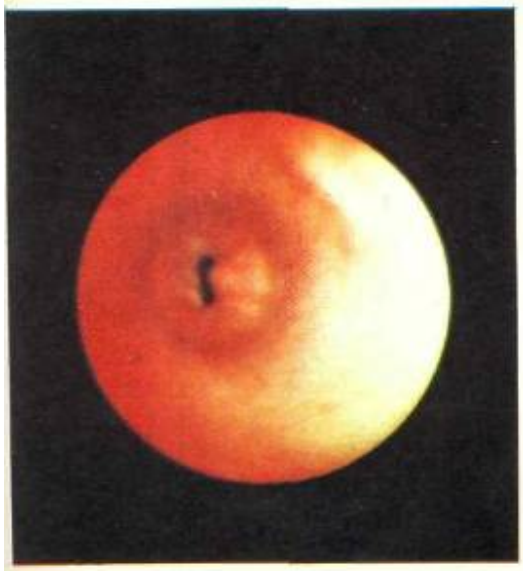
Sin lugar a dudas el mayor beneficio lo obtuvieron dentro de estos casos. los 18 pacientes con hemorragia digestiva aguda en que se localizó una úlcera duodenal sangrante, hecho que no está de acuerdo con la mayoría de la literatura mundial a este respecto, que cuantifica la gastritis erosiva aguda como principal causa de sangrado; atribuimos esta cifra baja de gastritis en el presente trabajo a la tardanza en efectuar el examen, aunque pudiera ser que esta enfermedad sea menos frecuente en nuestro medio.

La gastritis aguda representó el diagnóstico endoscópico más frecuente en estudios, radiológicos ■ normales, tal como está demostrado en estudios previos; el hallazgo de hernia hiatal y várices esofágicas arrojan cifras similares que hablan bien de la acusiosidad. diagnóstica de nuestros radiólogos.

Otra cifra comparable con la literatura mundial es la correlación R-E con el carcinoma de estómago, sin embargo, no se encontró en el presente trabajo un solo caso de carcinoma gástrico precoz.

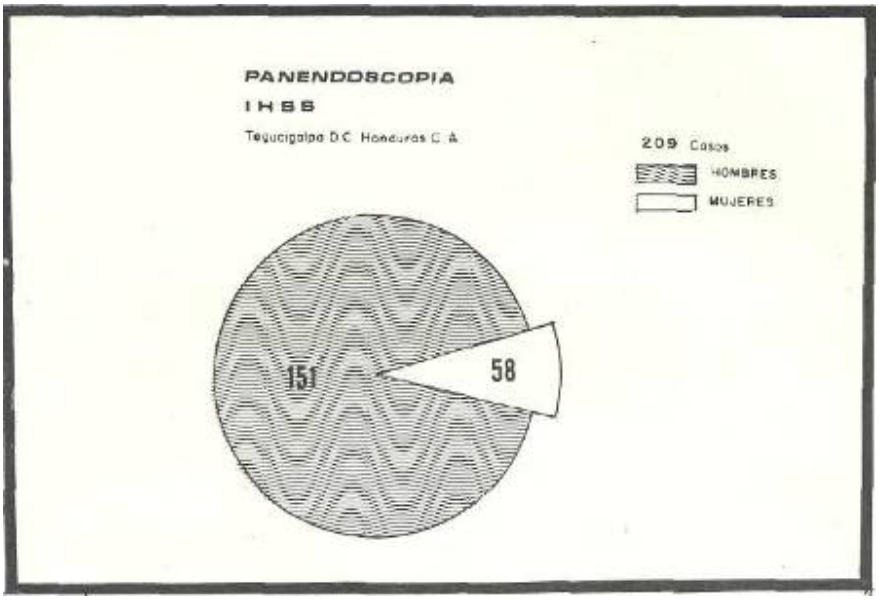
Finalmente hemos, de considerar que a pesar de haberse efectuado[1] este examen en pacientes en condiciones cardiovasculares precarias, no se observa una sola complicación en lo que aventajamos hasta ahora otros estudios similares.

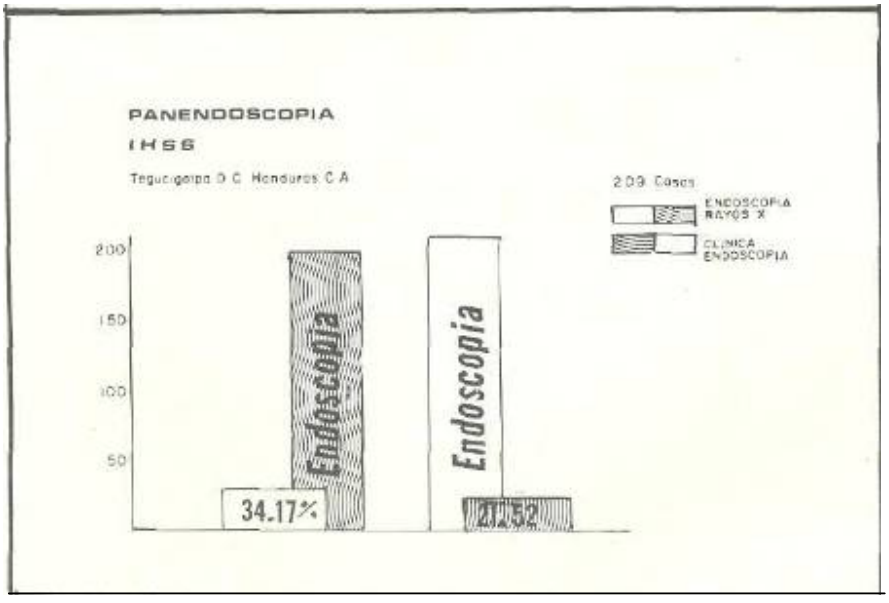
No. 1 ULCERA DUODENAL SANGRANTE



No. 2 · DEFORMIDAD DEL PILORO

No. 3 CANCER DE PILORO


PANENDOSCOPIA
IHSS
Tegucigalpa D.C. Honduras C.A.
209 Casos
HOMBRES
MUJERES
151
58


PANENDOSCOPIA
IHSS
Tegucigalpa D.C. Honduras C.A.
209 Casos
ENDOSCOPIA RAYOS X
CLINICA ENDOSCOPIA
200
150
100
50
Endoscopia
Endoscopia
34.17%

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—COLCHER, H.: Current concepts in Gastrointestinal endoscopy. N.E.J. Med. 292: 1129, 1975.

2.—COLCHER, H.: Endoscopy of stomacb and duodenum, Gastroenterology^ third edition. W. B. Saunders Company, 1974, p.p. 454-474.

Fotoquimioterapia de la Psoriasis con Psoralenes por vía oral y luz negra

Hernán Corrales Padilla (*)

Epstein y Fukuyama (1) demostraron inhibición de la. síntesis del DNA en la epidermis del ratón usando 8-metoxipsoralen y luz ultravioleta de onda larga. Badén y Col. (2) demostraron inhibición de la síntesis del DNA en fibroblastos de piel normal y en piel de pacientes con xeroderma pigmentosum consecutiva al tratamiento con 8-metoxipsoralen y luz ultravioleta de onda larga.

Walter, Voorhees y Col. (3) mostraron que el 4, 5', 8 trimetoxipsoralen más luz negra inhibe fuertemente la síntesis del DNA de la epidermis y obtuvieron mejoría de lesiones de psoriasis en placas, en 8 de 11 pacientes usando 4, 5', 8 trimctilpsoralen en aplicación tópica y luz negra. Se inhibe la fase S (síntesis del DNA del ciclo celular de la epidermis).

Tronnier y Schüle (4) y Weber (5) informaron sus resultados al fotosensibilizar la piel con 8-metoxipsoralen y aplicar luz ultravioleta de onda larga.

Parrish y Col. (6) obtuvieron una rápida desaparición de psoriasis generalizada en 21 pacientes tratados con 8-metoxipsosalen por vía oral seguida de la exposición a un sistema de luz ultravioleta de onda larga de gran intensidad.

En el presente estudio[1] se obtuvo desaparición de lesiones en 15 pacientes ' de psoriasis ampliamente distribuida con 8-metoxipsoralen (Metoxsalen) y 4, 5', 8 trimetoxipsoralen (trioxsalen) por vía oral seguida de exposición a luz ultravioleta de onda larga.

MATERIAL Y MÉTODO

En este estudio se compara la efectividad de 8-metoxipsoralen (8-MOP) y de 4, 5', 8-trimetoxipsoralen (TMP) administrados por vía oral seguido de la exposición de luz ultravioleta de onda larga en el tratamiento de la psoriasis. Se estudiaron quince pacientes adultos de raza mestiza con psoriasis generalizada, de distribución simétrica e interesando del 40 al 90% de la superficie cutánea. Se excluyeron pacientes con psoriasis pustulosa, con psoriasis gutata aguda y con psoriasis eritrodérmica.

Siete pacientes han tenido hospitalizaciones anteriores para tratamiento de la psoriasis.

Se trataron con TMP oral ocho pacientes, Grupo A, (cinco hospitalizados. y tres no hospitalizados) seguido de aplicación de luz ultravioleta de onda larga (320 a 400 mm) a la mitad del cuerpo y luz ultravioleta convencional a la otra mitad del cuerpo en tres pacientes y de luz ultravioleta de onda larga solamente

---

De la División de Dermatología, Departamento de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad Nacional de Honduras. Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A.

a los otros cinco. Es decir que en tres pacientes se hizo comparación pareada, determinándose los lados al azar. La exposición a luz ultravioleta convencional se realizó antes de administrar el trioxsalen y la exposición a luz ultravioleta de onda larga se realizó dos horas después de la ingestión del fármaco. Se protegió adecuadamente la mitad correspondiente del cuerpo. No se utilizó ningún tratamiento tópico durante el estudio. El tiempo de exposición fue el necesario para mantener un leve eritema.

Se trataron con 8-MOP oral siete pacientes, Grupo B, (cuatro hospitalizados *y* tres no hospitalizados) seguido de aplicación de luz ultravioleta de onda larga solamente.

LUZ ULTRAVIOLETA CONVENCIONAL

Se utilizó una batería de 6 tubos fluoroeentes Sun Lamp colocados en un plano horizontal. Esta fuente de luz emite un espectro continuo con un punto máximo a 313 nm.

LUZ ULTRAVIOLETA DE ONDA LARGA

Se utilizó una batería de 8 tubos fluorescentes General Electric F 20 T12 BL (Black Light Lamp) colocados en un plano horizontal. Esta fuente de luz emite un espectro continuo de radiación entre 320 y 450 nm con un punto máximo a 360 nm. Se usó un filtro de vidrio de ventana de 3 mm para eliminar longitudes de onda por debajo de 320 nm. Se practicó examen de hemoglobina, recuento globular y diferencial, nitrógeno ureico, bilirrubina, transaminazas sérica glutámico oxalacética y glutámico pirúvica, fosfatasa alcalina, hematocrito, VDRL y glicemia antes y después del tratamiento.

El grado de pigmentación de la piel de las pacientes permitió determinar el tiempo inicial de exposición con cierta amplitud sin recurrir siempre a la determinación de la dosis eritema mínima, aunque en algunos casos ésta se determinó previamente. A medida que la pigmentación aumentó se prolongó el tiempo de exposición a ambas fuentes de luz. Con el Metoxsalen la pigmentación es mucho más aparente que con trioxsalen. Se mantuvo un grado moderado de eritema con los dos tipos de luz.

El tiempo de exposición inicial a la luz ultravioleta de onda larga fue de 10 minutos y se aumentó gradualmente de 5 en 5 minutos hasta llegar a 20 o 25 minutos.

El tiempo de exposición inicial a la luz ultravioleta convencional varió de 1 a 2 minutos y se aumentó en $l/_2$ minuto gradualmente.

TRIOXSALEN Y METOXSALEN

Se administraron 30 mg. de trioxsalen o metoxsalen oral a pacientes de 66 a 80 kg.

Se realizó observación diaria de los pacientes. Se tomó fotografías de cada uno antes y a intervalos de 2 semanas.

del DNA incluyen disminución de la viscosidad y de la densidad flotante, caída de la temperatura de desnaturalización del DNA aislado, rotura de las ligaduras de hidrógeno, hipercromicidad del DNA,¡ enlace cruzado de las cadenas complementarias, rotura simple y doble de las cadenas de enlace posterior del fosfato de azúcar en el DNA, d) enlace cruzado de proteínas al DNA, e) formación de productos he hidratación de pirimidinas (7).

La radiación ultravioleta en la piel humana conlleva también la producción de radicales libres, es decir especies químicas que tienen un número impar de electrones, esto es uno o más electrones impares, se trata de un estado químico muy reactivo por medio del cual la radiación puede producir daño biológico. Se pueden formar varios tipos de radicales, por ejemplo, semiquinona en la melanina, en coenzima Q, peroxi-radicales, de peróxidos en la oxidación do lípidos que causan la destrucción de la membrana lipoproteínica. Hay varios más. Algunas de estas radicales causan mucho daño a los constituyentes celulares incluyendo la membrana. Pues bien, cuando se irradia la piel con longitudes de onda menores de 320 nm. se observa un amplio, más que asimétrico giro electrónico. Se pueden detectar los radicales libres a concentraciones muy bajas con la técnica de la espectroscopia de resonancia electromagnética. Se cree que estos radicales libres están involucrados en los cambios fotolíticos relacionados con el daño de las células epidérmicas.

El significado biológico de la entidad reactiva "oxígeno singlete excitado" que constituye el más bajo estado de excitación del oxígeno aún está por establecerse en sistemas biológicos como la piel; aparentemente, sin embargo, 02 puede estar involucrado en varias reacciones de fotooxidación en sistemas biológicos.

La luz ultravioleta puede además causar destrucción de ciertos aminoácidos tales como histidina ,triptofano, metionina, cistina y tirosina. La modificación de estos o la disrupción generalizada de ciertas ligaduras responsables de la configuración de enzimas y actividad biológica, pueden producir la pérdida de la actividad enzimática.

El espectro de absorción de 8-MOP y TMP_r va de 210 a 330 nm. El espectro de acción no se encuentra en la región de máxima absorción, sino que está situada entre 320 y 380 nm, con máxima efectividad cerca de los 360 nm.

La reactividad es debida aparentemente al cambio de ¡a molécula foto-excitada de psoralen al estado "triplete" que es altamente reactivo y metaestable, así como desempeña importante papel en la transferencia de energía ultravioleta absorbida al DNA iniciándose la fotosensibilización biológipa. El mecanismo de fotosensibilización de la piel se ha aclarado un tanto por estudios *in vitro* que muestran fotoreactividad de los psoralenes con primidinas del ácido nucleico y no con las purinas, adenina y guanina. Los productos de fotoadición de los psoralenes con las piramidinas uracilo, timina y citosina y con DNA han sido caracterizados como C4-ciclobutano, productos de adición de ambos la doble ligadura de pirona y furano a la doble ligadura 5, 6 de pirimidina (8), (9), (10). Dicho de otra manera se forman productos C-4-cicloadición entre la doble ligadura 5, 6 de la pirimidina timina y la doble ligadura 4', 5', o 3, 4 de la molécula del psoralen.

La formación de este C4-ciclobutano producto de fotoadición de psoralen y pirimidina produciría inhibición de la síntesis del DNA. Esta inhibición de la síntesis del DNA en la epidermis constituye el fundamento de este tratamiento. Las furocumarinas no fotosensibilizantes no se unen al DNA.

RESUMEN

La administración oral de 4, 5', 8 trimetoxipsoralen (TMP) y 8-Metoxi-psoralen (8 MP) seguida de la exposición de luz ultravioleta de onda larga dio por resultado la desaparición de lesiones de psoriasis en 6 de 8 pacientes tratados con el primero y en 6 de 7 pacientes tratados con el segundo. En 3 de los pacientes tratados con Trioxsalen una comparación pareada mostró que la ingestión de la droga, cuando es seguida de la aplicación de luz ultravioleta de onda larga, es más efectiva que la aplicación de luz ultravioleta convencional. Parris y Col. han probado este extremo para el 8 Metoxipsoralen.

La ingestión de TMP y 8-MP seguida de la exposición a luz ultravioleta de onda larga, inhibe la síntesis del DNA epidérmico lo cual ha constituido la base científica de las experiencias realizadas por los autores citados en este trabajo ya que en la psoriasis se ha postulado la existencia de un ciclo celular acelerado y de síntesis del DNA.

SUMMARY

Oral 4, 5, 8 trimethoxypsoralen (TMP) or 8-M-methoxypsoralen (8 MP) plus black light therapy of psoriasis produced disappearing of lesions in 6 out of 8 pacients treated wtih TMP and in 6 out of 7 treated with 8 MP.

In three patiens treated with the first drug, a paired comparision demonstrated that the ingestión of it, when followed of black Hght exposure, is more effective than the exposure to conventional ultraviolet light.

Combined TMP or 8-MP and black light therapy inhibits epidermal DNA synthesis and this is the scientific base of its application in the therapy of psoriasis, disease in which an accelerated celular cicle and DNA synthesis has been postulated.

RESUME

L'administration par voie bucale de 4, 5', 8 TRIMETOXIPSORALEN (TMP) et 8-METOXIPSORALEN (MP) suivie de l'exposition á la lumiére ultra-violette de grandes ondes a ou pour résultat la disparition des lésions de PSORIASIS chez 6 des 8 patients traites par le I^{9} et chez 6 des 7 patients trités par le 2^{Q}. Chez 3 ds patients traites avec du TRIOXSALEN une étude comparée a montré que 1'ingestion du médicament quand elle est suivie de l'application de lumiére ultra-violette de grandes ondes, est plus efficace que Fapplication de lumiére ultraviolette conventionnclle. PARISH et COL. ont prouvé ceci par le 8 METOXIPSORALEN.

L'ingcstion de TMP et 8-MP suivie de l'exposition á la lumiére ultra-violette de grandes ondes, inhibe la synthése du DNA épidermique ce qui a constitué la base scientífique des expériences réalisées par les auteurs cites dans ce travail étant donné que l'on a supposé í'existence d'un eyele cellulaire accéléré et de synthése du DNA dans la PSORIASIS.

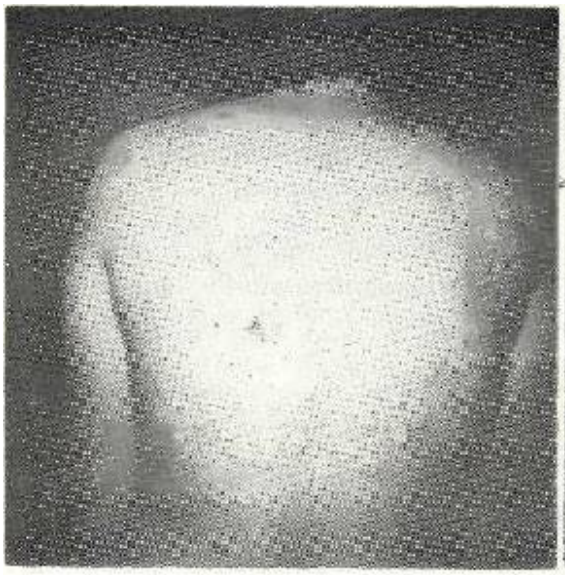


Fig. 1 (a)
Antes del tratamiento

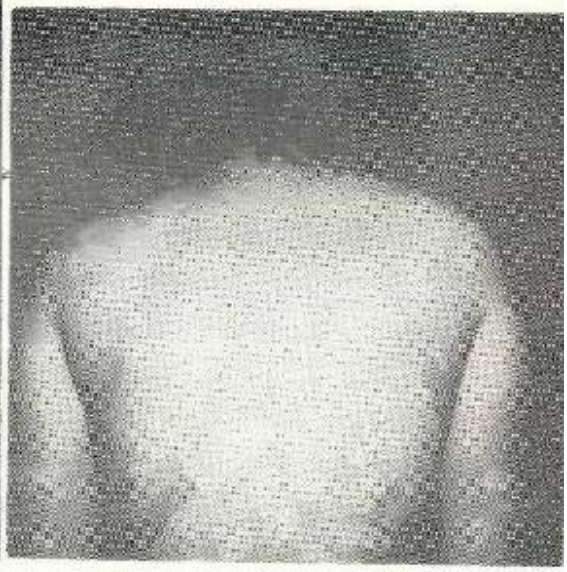


Fig. 1 (b)
Después de 15 tratamientos se observa modificación de las placas.

Fig. 1 (c)
Después de 28 tratamientos con TMP.

Fig. 2 (a)
Antes del tratamiento

Fig. 2 (b)
Después de 18 tratamientos.

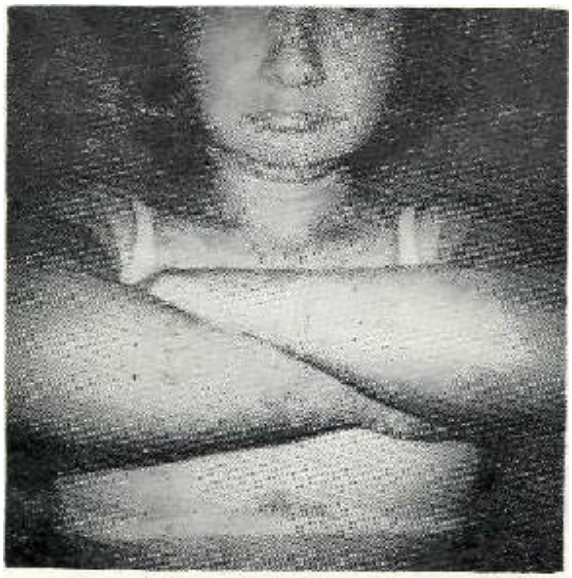


Fig. 2 (c)
Después de 25 tratamientos.

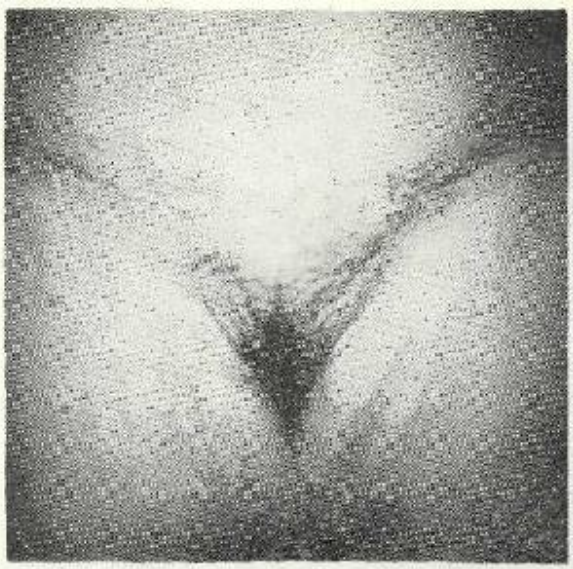


Fig. 3 (a)
Psoriasis de región genito-crural.
Antes del tratamiento.

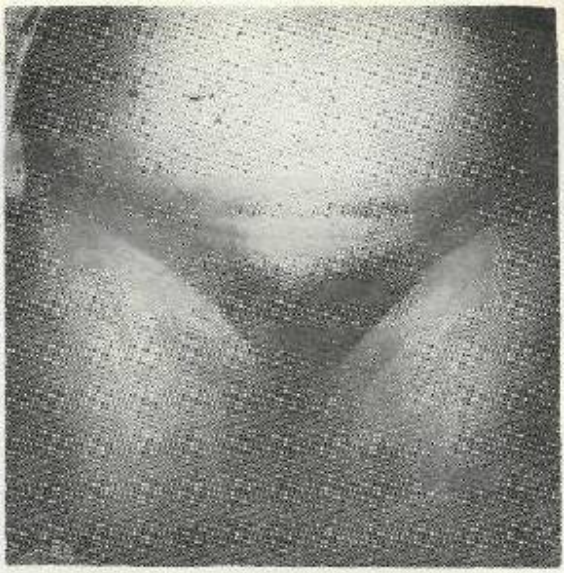


Fig. 3 (b)
Después de 23 tratamientos.

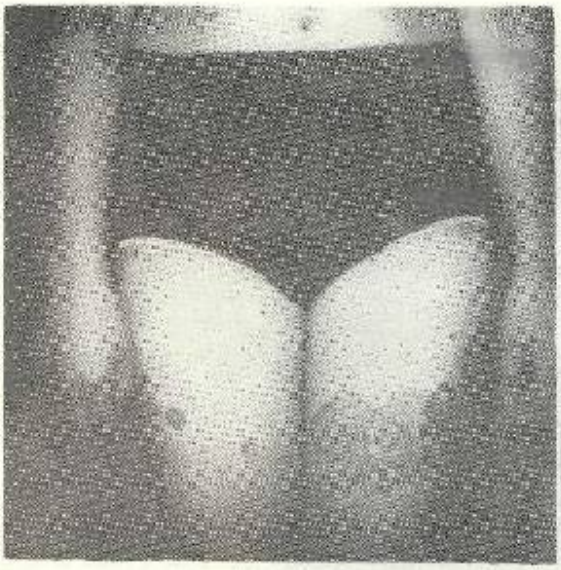


Fig. 4 (a)
Psoriasis de muslos. Antes del tratamiento.

Fig. 4 (b)
Después de 24 tratamientos,
solamente hay eritema

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—EPSTEIN,, J. H.; FUKUYAMA, K.: A study of 8-Methoxypsoralen (8-MOP) induced phototoxic effects on mammalian epidermal mononuclear synthesis in vivo. J. Invest. Dermatol. 54: 350-351, 1970.

2.—BADEN, H. P.; FARRINGTON, J. M.; DELHANTY, JDA et al: DNA synthesis in normal and xeroderma pigmentosum fibrohlast following treatment with 8-Methoxypsoralen and long wave ultraviolet light. Biechem Biophys Acta. 262: 247-255, 1972.

3.—WALTER, J. F.; VOORHEES, J. J.; KELSEY, W. H. et al: Psoralen Plus black light inhibits epidermaí DNA synthesis. Arch. Dermatol. 107: 861-865, 1973.

4.—TRONNIER, H., SCHULE, D.: First results of Therapy with longwave UV after photosensitizatíon of skin, Book of Abstracts, Symposia, and Contributed Papers, Sixth International Congress of Photobiology. Bochum, Germany. GOSschenck, August 21-25, 1972, p. 340.

5.—WEBER, G.: Combined 8 Methoxypsoralen and bleck light therapy of Psoriasis: technique and results. Br. J. Dermatol. 90: 317-323, 1974.

6.—PARRISH, J. A.; FITZPATRICK, T. B.; TANENBAUM, L.; PATHAK, M. A.: Photochemoterapy of psoriasis with oral methoxsalen and longwave uítraviolet light. N. Engl. J. Med. 291: 1207-1211, 1974.

7.—PATHAK, M. A.: Physical and biochemical events in skin following UVL exposure. Photobiologv: Science and Clinical practice (course). American Academy of Dermatology. December, 1974.

8.—PATHAK, M. A.; TODA, K.; FITZPATRICK, T. B.: Psoralen and cutaneous photosensitization. Exhíbition at The XIV Congress of Derinatology.

9.—PANEL 1. Introductions: Psoralens and radiant energy; proceedings of a symposium published as a supplemcnt to the J. Invest. Derm. 32: 132-391, 1959.

10.—PANEL 4. PATHAK, M. A. et al: Structures and photosensitizing potency of furocoumarius. J. Invest. Derm. 32: 255, 1959; 35: 165, 1960; 48: 103, 1967.

11.__PATHAK, M. A.; KR^MER, D. M.; FITZPATRIC. ., T. B.: Photobiology and photochemistry of furocoumarins (psoralens). Sunlight and Man: Normal and abnormal photobioíogic responses. Edited by M. A. Pathak, L. C. Harber, M. Seigi, et al. Tokyo, University of Tokyo Press, 1974, pp. 335-368.

12.—O'NEAL, M. A.; GRIFFIN. A. C.: The effect of oxypsoralen upon ultraviolet carcinogenesis in albino mice. Cáncer Res. 17: 911-916, 1957.

13.—BLUM, H. F.: Carcinogenesis by ultraviolet light. Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1959.

14—HAKIM, R. E.; GRIFFIM, A. C; KNOX, J, M.: Erythema and tumor formation in methoxsalen treated mice exposed to fluorescent light. Arch. Dermatol. 82: 572-577, 1960.

Así por ejemplo, Cohén (2) informa sobre implantes esplénicos subcutáneos, ocurridos en la cicatriz de una esplenectomía previa, Dalton (3) sobre esplenosis intratorácica y Otteman (6) sobre esplenosis como una lesión del estómago.

Es concebible entonces, que en la *patogenia* de esta condición interviene la siembra directa de células esplénicas en los tejidos alcanzados por el objeto contaminante, tales como el bisturí, los guantes del cirujano o el proyectil que después de atravesar el bazo, va sembrando células esplénicas en el curso de su trayecto. La siembra esplénica es también factible en el pericardio, según se desprende de los estudios experimentales en revascularización del corazón efectuados por Garamella et al (4). Según Widman (10) la esplenosis no debe considerarse como una enfermedad sino como un efecto compensador del organismo para suplir la falta de bazo. Si los mecanismos inmunes son afectados por la esplenectomía, especialmente en niños, la preservación de tejido esplénico es de la mavor importancia y logrado por la deliberada producción de esplenosis después del trauma esplénico.

Refiriéndose más específicamente a la esplenosis intraobdominal, de la excelente revisión bibliográfica efectuada por **Brewster** (11 se deduce q"e el *diagnóstico* de esta condición es de tipo quirúrgico en el 83% de los casos y diagnóstico en autopsias en el 17% de los casos restantes. Aún no se ha informado sobre diagnóstico clínico de esplenosis **preoperatorio.** El tiempo más corto transcurrido en efectuar dicho diagnóstico ha sido de 5 meses después de la esplenectomía post-traumática v el más largo hasta 32 años después de haber ocurrido el traumatismo esplénico. La cantidad de nodulos de esp[lci]nosis ha sido hasta de 400 o más v el nodulo más grande ha llegado a medir 7 cms. En el diagnóstico clínico diferencial, estos nodulos pueden simular:

a) Tumores subcutáneos.

b) Tumores de pared torácica o de costillas.

c) Lesión "en moneda" de los pulmones.

d) Carcinoma broncogénico.

e) Masas mediastínicas.

f) Tumor gástrico.

g) Etc.

La impresión diagnóstica operatoria puede ser de endometriosis, carcinomatosis, hemangiomatosis, etc. Un diagnóstico precipitado de carcinomatosis puede inducir a tratamientos radicales innecesarios, de ahí la importancia de tener muy en cuenta el antecedente de esplenectomía post-traumática en casos de supuesta carcinomatosis metastasica del peritoneo en el curso de una laparatomía.

Es curioso que en algunos informes de esplenosis se hayan encontrado *condiciones patológicas* dentro de estos autoinjertos. Tal es el caso informado por Shaw (7) quien diagnosticó en un nodulo de esplenosis, *tuberculosis miliar y amiloidosis.* Gilí (5) informa sobre el agrandamiento súbito de un tumor de pared torácica en relación con un estado de remisión de una infestación malárica. AI estudio histológico de dicha masa se hizo diagnóstico de esplenosis con. *infestación malárica.* El paciente había sufrido previamente herida por arma de

fuego en el cuadrante superior izquierdo del abdomen con trayecto hacia el tórax. En un paciente con esplenectomía previa por *anemia hemolítica congénita,* informado por Stafie (8) esta condición se reprodujo después en nodulos de esplenosis abdominal. Durante la esplenectomía previa había ocurrido: desgarro de la cápsula esplénica con hemorragias.

En el estudio *histológico* del caso nuestro, que informamos en esta oportunidad, encontramos lesiones de siderocalcinosis (Figs. 2 y 3) cuya explicación estribaría quizá como un intento de fagocitosis de hemosiderina residual en peritoneo relacionada con el traumatismo abdominal sufrido 15 años antes.

RESUMEN

Este es el primer informe sobre esplenosis en Honduras, Centro América. La afección se desarrolló en forma asintomática después de una esplenectomía post-traumática. Quince años después se practicó histerectomía por metrorragia disfuncional y fue entonces cuando se encontró la siembra peritoneal con nodulos de esplenosis, lo cual fue interpretado por el cirujano como una carcinomatosis. El nodulo presentaba lesiones de siderocalcinosis.

SUMMARY

This is the first report in honduran Hterature about splenosis. The condition developped asymptomatically after a post-traumatic splenectomy ocurred 15 years previously. It was discovered during the course of a laparotomy performed for histerectomy. A nodule of splenosis was removed and sent for histological studies with the presumtive diagnosis of peritoneal carcinomatosis. The nodule of splenosis showed siderocalcinosis.

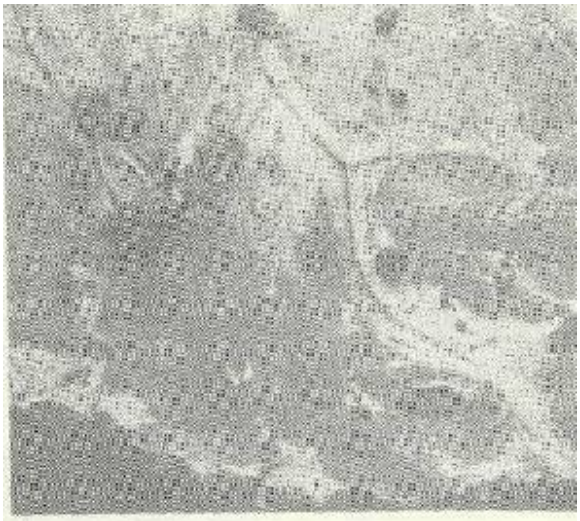


Fig. 1
Mesenterio con siembra de esplenosis

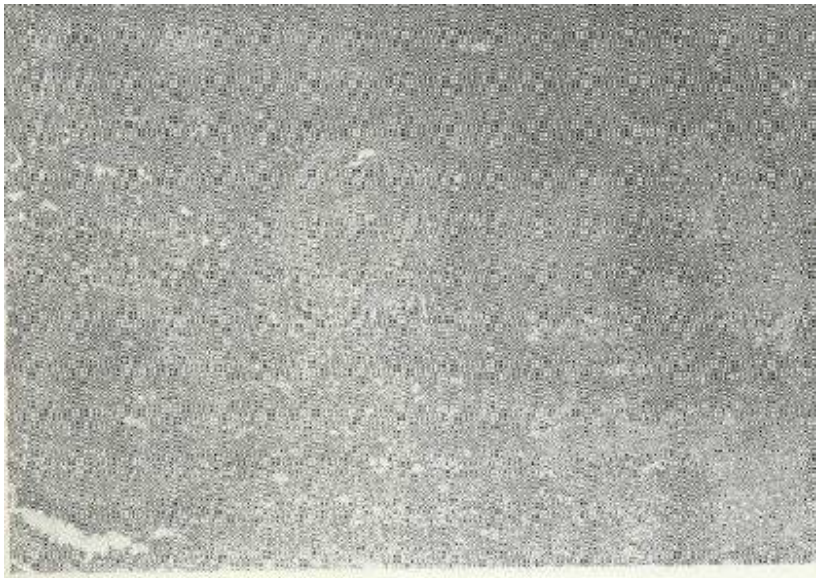


Fig. 2
Aspecto histológico de un nódulo de esplenosis mostrando arquitectura similar a la de un bazo normal.

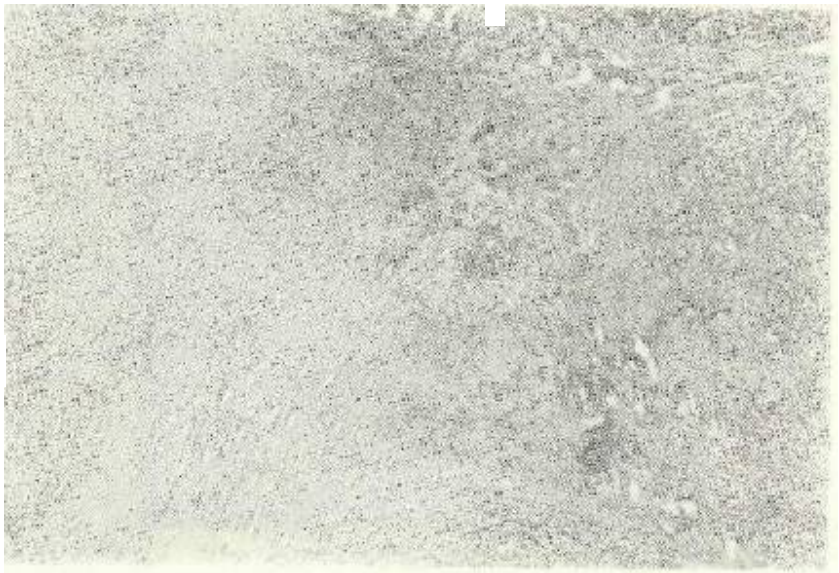


Fig. 3
Nódulo de esplenosis mostrando área de siderocalcinosis

Fig. 4
Siderocalcinosis en nódulo de esplenosis

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—BREWSTER. D. C: Splenosis: report of 2 cases and review of the literature. Am. J. Surgery. *126:* 14, 1973.

2.—COHÉN, E. A.: Splenosis; review and report of subcutaneous splenic implan! Arch. Surg. *69:* 777, 1954.

3.—DALTON, M. L., Jr.; STRANGE, W. H. and DOWS, E. A.: Intrathoracic splenosis, case report and review of the literature. Am. Rev. Respir. Dis. *103:* 827, 1971.

4.—GARAMELLA, J. J.; HAY, L. J.: Autotransplantation of Spleen: Splenosis. Ann. Surg. *140:* 107, 1954.

5.—GILL, A. J.: Traumatic autograft of splenic tissue in the body wall. J. Lab. Clin. Med. *29:* 247, 1944.

6.—OTTEMAN, M. G.; WISE, J. K.; HENSON, S. W. Jr.: Splenosis as a lesión of the stomach. Rocky Mt. Med. J. *69:* 53, 1972.

7.—SHAW, A. F. B.; SHAFI, A.: Traumatic autoplastic transplantation of splenic tissue in man with observations of the late results of splenectomy in six cases. J. Exper. Path. Bact. *45:* 215, 1937.

8.—STOBIE, G. H.: Splenosis. Canad. Med. Assoc. J. 56: 374, 1947.

9.—VON STUBENRAUCH, E.: Experimentelle der sogenannten Nebenmilzen, insbesondere nach Milzoerktzungen. Brunz. Beitr. Klin. Chir. *119:* 710, 1920.

10.—WIDMANN, W. D.: LAUBSCHER, F. A.: Splenosis: a disease or beneficial condition? Arch. Surg. *102:* 152, 1971.

"Alcoholismo en Honduras"

Dr. Alfredo León Padilla H. (*)

1.—INTRODUCCIÓN

El alcoholismo ocupa actualmente un lugar importante entre las enfermedades psicosociales que interesan a la Salud Pública, tanto por su magnitud como por su trascendencia.

Fue Jellinek quien en su obra "Phases in Alcohol Addiction" (1), establece la historia natural del alcoholismo mediante el estudio de 2.000 casos. Aquí demuestra irrefutablemente que el alcoholismo es una enfermedad.

Estudios clínicos realizados en base a sus ideas comprobaron que la dependencia psicológica y especialmente la dependencia física hacia el alcohol es irreversible. "De esto se desprende que la meta-del tratamiento del alcoholismo es la abstinencia definitiva de bebidas alcohólicas" (2).

Debemos pensar en un proceso de multicasualidad cuando nos referimos al alcoholismo. Esta concepción nos permitirá intentar explicaciones que se ajusten a la realidad de nuestros pueblos.

Muchos son los estudios realizados en que se demuestra el grave daño que ocasiona el alcoholismo, tanto en forma individual como social. Con datos precisos se ha comprobado en algunos países que el alcoholismo ocasiona grandes pérdidas, algunas de ellas irreparables.

Es poco el interés que ha despertado el alcoholismo en nuestras comunidades. Ya lo dijo el Dr. José Horwitz en el Simposio Sobre Alcoholismo y Problemas del Alcohol en 1957, en Santiago de Chile: "Es como un telón de fondo, que por su presencia constante lo aceptamos como un mal ineludible, terminando por acostumbrarnos y no reparar en su existencia" (3).

Honduras sufre actualmente las consecuencias de ser un país alcoholizada. * Los que trabajamos en el área de la Salud y especialmente los que nos dedicamos a la Salud Mental, vivimos diariamente la experiencia de ver hogares destruidos por el alcoholismo. La necesidad de ampliar la cobertura de atención a enfermos alcohólicos se hace imperativa.

Diariamente reportan los informativos nacionales, de hondureños muertos por intoxicación alcohólica, por accidentes automovilísticos, homicidios, etc., en la que la ingestión inmoderada de bebidas alcohólicas está presente.

No ha sido sino hasta la última década que SD aprecia algún interés por el Alcoholismo en Honduras, y esta preocupación que se despierta en agrupaciones religiosas, periodísticas, organizaciones sociales como la Fundación Hondureña Sobre Alcoholismo, etc., nace coincidencialmente con la aparición de Grupos de Alcohólicos Anónimos en el país.

(*) Jefe de la División de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Profesor de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. U.N.A.H.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, crea en 1975 la División de Salud y se diseña por fin un Programa Nacional Contra el Alcoholismo, resultando histórico que por primera vez se ordena la atención del enfermo alcohólico en los establecimientos estatales de Honduras; la aceptación oficial de que el Alcoholismo es realmente una enfermedad, aunque tardíamente, es un hecho.

En este trabajo pretendemos hacer un rápido enfoque de a stuación actual del Alcoholismo en Honduras, refiriéndonos a los recursos disponibles para combatirlo y a las perspectivas de solución.

2.—SITUACIÓN ACTUAL

Son pocos los estudios realizados en el país que nos puedan brindar un conocimiento amplio del problema que suponemos como muy grave. La mayoría de ellos han sido realizados en Tegucigalpa, capital de la República, y especialmente en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza" única institución estatal que por muchos años han brindado atención directa al enfermo alcohólico. Los demás hospitales del Estado se han **limitado** a dar atención a los que adolecen de tratarnos físicos secundarios al alcoholismo.

Son múltiples las formas en que se reciben mensajes que invitan a la ingéstión de bebidas alcohólicas pero muy pocos los que previenen al pueblo sobre la enfermedad del alcoholismo. No existe en el país ninguna Ley que controle " la propaganda de las bebidas alcohólicas.

Aun cuando se sabe que la educación a todos los niveles y dirigida a modificar la intemperancia es importante en el enfoque del Alcoholismo, ésta no se realiza.

Las Instituciones Educativas del país poco o nada hacen para solucionar el problema. No existe en Honduras un proceso educativo[1] formal que prevenga a los estudiantes sobre la enfermedad **del** Alcoholismo. Fuera de algunos Foros y Seminarios que se realizan ocasionalmente en la Universidad, ésta no ha mostrado hasta ahora mayor preocupación por el Alcoholismo en Honduras.

La Legislación hondureña en lo que se relaciona con el Alcoholismo resulta obsoleta y al enfermo alcohólico que deambula por las calles se le encarcela y se le castiga por las autoridades que tienen poco o ningún conocimiento del problema.

Los establecimientos de venta de bebidas alcohólicas se ubican sin ningún control y en un estudio de la T. S. Amanda Von Eicken (4) se menciona que ., en la capital existen 58 expendios cerca de alguna escuela y 39 cerca de alguna iglesia.

"Existen en Tegucigalpa, 2.000 establecimientos de expendios de bebidas ' alcohólicas, lo que correspondería a un local por cada 75 personas mayores de 15 años. (5)

En su mismo estudio Von Eicken menciona que en 1974 hubo un ingreso' al fisco de L. 25,879.025.10 solo de impuesto a bebidas de producción nacional controlada, y de L. 856.852.00 como producto de impuestos a la importación de bebidas extranjeras durante los 6 primeros meses del año. A pesar de estos generosos ingresos, el Estado no dedica ningún presupuesto especial para combatir el alcoholismo.

2.1.—DAÑOS A LA SALUD

El Alcoholismo es una enfermedad que ha ocupado los primeros lugares entre los trastornos que requieren atención psiquiátrica en el país. En un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico de Honduras en 1967 el Dr. Richard W. Hudgens (6) encontró que el alcoholismo y las esquizofrenias eran los desórdenes predominantes entre los pacientes hospitalizados y que sin considerar el diagnóstico, el 72% de los hombres y el 8% de las mujeres hospitalizadas tenían una historia presente o pasada de ingestión excesiva. "Esta prominencia de excesos alcohólicos existía también entre los familiares de. los pacientes hospitalizados; 65% de todos los pacientes y 84% de los alcohólicos tenían historia familiar de alcoholismo.

En ese mismo estudio el Dr. Hudgens afirma que "El alcohol también jugó un papel de importancia en homicidios y suicidios entre los familiares de los pacientes hospitalizados en Honduras. "Los 71 pacientes que dieron una historia familiar aceptable nombraron 18 familias que habían cometido homicidios y 8 se habían suicidado. Todos los 18 que habían matado a otra persona eran hombres y 7 eran probablemente alcohólicos."

De acuerdo a estadísticas hospitalarias en 1974, 1.000 personas necesitaron atención especializada para tratamiento de su alcoholismo. El 60% de varones que ingresaron al Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza", fueron clasificados como alcohólicos. Resulta interesante además que en un estudio previo se notó que "los alcohólicos hospitalizados pertenecían a una clase social significativamente más alta que los pacientes con otros desórdenes. Parece que los alcohólicos de clases más bajas rara vez reciben tratamiento psiquiátrico formal en Honduras, a pesar de ser numerosos."

En 1972, noventa personas (60 hombres y 30 mujeres) murieron en el país por cirrosis hepática, que es una enfermedad íntimamente relacionada con el alcoholismo (7).

En el mismo año 1972, el 46% de las defunciones registradas en el país I* para enfermedades mentales (incluyendo las epilepsias), fueron de enfermos alcohólicos. Para 1973, fueron reportados por los hospitales estatales 86 casos de psicosis alcohólicas que necesitaron hospitalización produciendo 500 días de estancia. Fueron hospitalizados produciendo 6.935 días de estancia, 1610 alcohólicos (8).

Según la misma fuente, en 1973 se reportaron 229 casos de cirrosis hepática que produjeron 3,870 días de estancia. De los 229 casos fallecieron 47.

En un estudio realizado por nosotros: (9) "La Atención Psiquiátrica en el Hospital "Dr. Mario Mendoza", durante los años 1970, 1972 y 1974" en el que se tomaron en cuenta solamente los pacientes que necesitaban atención por primera vez, encontramos que durante esos años el alcoholismo absorbió el 13.8%; 8.8% y 9.4% respectivamente de las atenciones hospitalarias.*En ese mismo estudio se demostró que el promedio de días de hospitalización (1970 - 5.7 días,. 1972 - 4.2 días y 1974 - 2.8 días) se hace cada vez menor debido[1] probablemente a la necesidad de dar atención a otros pacientes demandantes.

Resulta interesante además en ese mismo estudio ver como el alcoholismo que no aparece en el sexo femenino durante los años de 1970 y 1972, para 1974 ya produce un 7.9% del total de alcohólicos atendidos en ese hospital. En 1970 no aparecen alcohólicos en menores de 21 años, pero en 1972 y 1974 ya se

reportan casos, lo que está de acuerdo con estudios realizados en Costa Rica que muestran que la mayoría de los alcohólicos "Iniciaron su primera ingestión entre los 15 y 19 años" (10). Durante los 3 años en estudio el alcoholismo se * presentó con mayor frecuencia entre el grupo etario comprendido entre los 31 y 60 años, que es en nuestro país el período de mayor productividad. También es concluyente nuestro estudio en que el grupo que se dedica a oficios manuales (obrero, campesino, vendedor de lotería y del mercado, artesanos) es con mucho, el más afectado.

Es alarmante saber que entre las diez principales causas de defunciones, ' el rubro de los "Accidentes, envenenamientos y homicidios" ocupa el 2° lugar. La estrecha relación que en Honduras existe entre este rubro y la ingestión inmoderada de alcohol no puede pasar desapercibida.

2.2.—RECURSOS

Los recursos de que se dispone en Honduras para la atención del Alcoholismo son insuficientes, de regular calidad y mal utilizados.

2.2.1.—RECURSOS MATERIALES

Actualmente se cuenta con seis servicios de desintoxicación, funcionando el principal en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza" y cinco más en los hospitales generales de Choluteca, La Ceiba, Tela, Santa Bárbara y Comayagua. Cada uno de estos servicios cuenta con un promedio de 5 camas; lo que significa que para la desintoxicación alcohólica en el país se dispone de 1 cama por cada 95,977 habitantes aproximadamente.

Algunas Clínicas privadas prestan el Servicio de Desintoxicación Alcohólica siempre y cuando el paciente no adolezca de algún síndrome cerebral orgánico psicótico en cuyo caso es rechazado y remitido al Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza", o a Clínicas Psiquiátricas extranjeras. Tenemos conocimiento que solamente la Clínica El Carmen (privada) dispone de 3 camas exclusivamente para la atención de enfermos alcohólicos.

No existe en el país "hogares temporales" y ningún otro tipo de servicio de rehabilitación para alcohólicos en los que la terapia ocupacional y. recreativa se utilice.

2.2.2—RECURSOS ECONÓMICOS

Se desconoce el financiamiento que las clínicas privadas dedican para sus servicios de desintoxicación alcohólica.

La Fundación Hondureña Sobre Alcoholismo funciona en base a las cuotas voluntarias que pagan sus miembros y a las donaciones que ocasionalmente reciben de algunas empresas nacionales y personas colaboradores. No reciben ayuda gubernamental.

Los grupos de A.A. funcionan en base a las contribuciones voluntarias de sus propios miembros. No reciben ningún otro tipo de ayuda económica ni material.

El Estado, fuera del costo de los- Servicios de Desintoxicación Alcohólica establecidos en sus hospitales, no destina ninguna partida presupuestal especial para combatir el alcoholismo.

2.2.3.—RECURSOS HUMANOS

No hay en el país profesionales que se dediquen exclusivamente a la atención del enfermo alcohólico. Algunos Psiquiatras del Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza" y los Médicos, Enfermeras y Trabajadoras Sociales que laboran en los Servicios de Desintoxicación Alcohólica en los hospitales generales han recibido algún entrenamiento en el manejo del enfermo alcohólico.

Desde 1975 el personal profesional de los Dispensarios de Salud Mental adscritos a los Centros de Salud, realizan actividades educativas contra el alcoholismo entre la población joven preferencialmente. Brindan atención psicológica al enfermo alcohólico que asiste a consulta en demanda de ayuda. Realizan Seminarios y Foros Públicos tendientes a concientizar a la población sobre la gravedad del problema y la necesidad de establecer una lucha unida, continua y efectiva contra la enfermedad.

Entidades religiosas delegan en algunos de sus miembros las actividades que en forma de charlas contra el alcoholismo, la drogadicción y el tabaquismo dan a los miembros de su agrupación en forma ocasional como parte de sus Programas de Temperancia.

Desde hace 3 años funciona en el país la Fundación Hondureña Sobre Alcoholismo con personería jurídica, y compuesta por profesionales conscientes en la gravedad del problema. Desafortunadamente la ayuda gubernamental que reciben es nula y sus logros han sido escasos.

Existe en el país grupos de a.C. que localizados en casi toda la extensión territorial dan la ayuda necesaria a todas aquellas personas que reconocen ser alcohólicos y buscan solución a su enfermedad. Su labor es grandiosa.

3—PERSPECTIVAS DE SOLUCIÓN

La aceptación a nivel de nuestras autoridades ministeriales de que el alcoholismo es una enfermedad, abre perspectivas halagadoras en la necesaria lucha que nuestro país debe mantener contra esta enfermedad.

La creación de la División de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como oficina coordinadora y normativa de las actividades que se realicen en el país tendientes a buscarle solución al problema, dan mayores perspectivas.

Estamos de acuerdo con el Dr. Luís Weinstein cuando dice que "seria utópico creer que un programa a nivel nacional sobre la prevención, tratamiento *y* erradicación del alcoholismo haría desaparecer dicho problema." (11) pero vemos en la elaboración de un "Sub-Programa Nacional Contra el Alcoholismo" (12) un gran paso de parte de las autoridades ministeriales, tendientes a iniciar una lucha abierta, y tenaz contra el flagelo que es el Alcoholismo en Honduras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—JELLINEK, E. M.: The Disease concept ol Alcoholism. College and University Press. 1-1960.

2.—HORWITZ J., MARCONI J. y ADIS CASTRO G.: Epidemiología del Alcoholismo en América Latina. Acta, Buenos Aires. 11: 16, 1967.

3.—HORWITZ J. y HORONATO, L.: Importancia del Alcoholismo y los problemas del Alcohol. Simposio Sobre el Alcohol y Problemas del Alcohol. Santiago, Chile, 1957.

4.—VON EICKEN, AMANDA: Estudio social del Alcoholismo en la capital hondureña. Material mimeografiado. 1975.

5.—ESTRELLA, E.: Informe de la Asesoría en Salud Mental dentro del Plan de Asistencia Técnica para el Desarrollo del Proyecto Hospital-Escuela. Hon-5 201/6201, 1975.

6.—HUDGENS, R. W.: Enfermedades mentales en dos culturas de las Américas, 1975.

7.—Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Honduras, 1972.

8.—Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Honduras, 1973.

9.—PADILLA, A. L.; NEUPERT, S. R. y DE NEUPERT, C: La atención psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico "Dr. Mario Mendoza" durante los años de 1970, 1972 y 1¡974. Trabajo presentado en el IX Congreso Centro Americano de Psiquiatría, El Salvador, 1975.

10.—MORALES DE FLORES, I. y CHASSOEL, M. CH.: Diagnóstico de Alcoholismo en Costa Rica, resumen y conclusiones. 1972. Folleto N^{9} 13, página 8.

11.—WEINSTEIN, L.: Informe de la Asesoría en Salud Mental dentro del plan de Asistencia Técnica para el Desarrollo del Proyecto Hospital-Escuela. Hon-5201/6201. 1975.

12.—Sub Programa Nacional Contra el Alcoholismo. División de Salud Mental. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Honduras. 1975.

APNEA EMOCIONAL

Dr. Osear González Ardón (*)

El espasmo de sollozo, crisis de llanto, apnea emocional, crisis de detención respiratoria (1-2-3-4-5-6) es una patología neurológica muy frecuente en la práctica pediátrica a la cual se le ha dado poca importancia.

Dado que en dicha patología se encuentran datos clínicos claros y que ha habido un criterio variado en cuanto a su tratamiento (1-4-6), a tal grado de sugerirse en algunas publicaciones que sólo hay que tranquilizar a los padres (4), nos impusimos la tarea de estudiar un grupo de niños con la mencionada entidad y sacar conclusiones de su manejo a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

70 niños fueron estudiados y seguidos por un promedio de 3 años y medio en la Clínica Periférica No 1 del IHSS. Para el estudio se usó la clasificación y tratamiento propuestos por los Dres.: Mariano La Torre y Javier Cox del Hospital Luis Calvo Mackena de Santiago de Chile (comunicación personal), que resume el cuadro de una manera simple y que a continuación detallamos:

a) Apnea emocional grado I: corresponde a aquellos niños que hacen apnea más cianosis.

b) Apnea emocional grado II: este grupo comprende niños que hacen apnea más cianosis más pérdida de la conciencia.

c) Apnea emocional grado III: corresponde a aquellos niños que hacen apnea, cianosis,, pérdida de la conciencia y convulsiones.

A los pacienes del grado I y II se les trató con tranquilizantes Diazepán y Theoridazina y a los del grado III con anticonvulsivantes (Primidona). A todos los del grado II y grado III se les tomó Electroencefalograma. Se mantuvo la terapia por espacio de tres meses, si ésta fallaba se cambiaba de droga después de tres meses continuos de uso, siempre siguiendo el esquema propuesto según el grado en que se encontrase la apnea.

Se practicó evaluación clínica mensual. Se clasificó como excelente todo tratamiento con el cual los síntomas cedieron por tres meses consecutivos; de satisfactorio si después de tres meses de terapia adecuada el cuadro se presentaba en una forma esporádica. De fracaso, cuando a pesar de la terapia bien llevada por tres meses, el cuadro se presentaba de igual manera.

A los pacientes que se consideraron con resultado excelente se continuaron los medicamentos por tres años, a los que se agrupó como satisfactorios se cambió la terapia por otro trnaquilizante en el caso de ser apnea grado I y II, o en su

---

* Médico Pediatra de la Clínica Periférica N9 1 del IHSS.

efecto se asoció otra droga. Cuando hubo fracaso se cambió la droga, independientemente de apnea que se tratara.

Se practicó electroencefalograma de control cada seis meses a los pacientes comprendidos en el grado II y grado III y siempre que hubieran alteraciones en el primer encefalograma. Se clasificaron asimismo los pacientes en dos grupos, aquellos que hacían cianosis (forma cianótica) y aquellos que hacían formas pálidas. Como grupo control se usaron los niños que no cumplieron la terapia indicada.

RESULTADOS

En nuestra casuística la apnea II fue la más frecuente con un 75% seguida por la apnea grado I con un 15% y por último la apnea grado III, que fue la más rara (Fig. 3). De los tipos el cianótico fue el más frecuente con un 83% (Fig. 4). En cuanto a la edad, se anotó una mayor prevalencia en los niños de uno a dos años (37%), seguidos del grupo de niños de 2 a 3 años (30%), siendo mucho menos frecuente en los niños mayores de 4 años y en los niños de 6 meses a un año de edad (16%) (Fig. 5). Los antecedentes obstétricos fueron nulos en un 95%, lo cual estaría demostrando, que dicha patología no es producida por problemas de parto. (Fig. 6).

El tratamiento se hizo en el grado I y II con Thioridazina y Diazepán y en el grado III a base de Primidona, con resultados halagadores (Figs. 7 y 8). El grupo control estuvo constituido por diez casos, que correspondieron a aquellos pacientes que no acudieron a la cita y los cuales pasaron de un grado a otro, lo cual demuestra, que estos niños *deben* seguir un tratamiento continuo (Fig. 9).

FIG. N^{9} 1 * CLASIFICACIÓN DE LAS APNEAS

Apnea emocional Grado I	=	Apnea y cianosis
Apnea emocional Grado II	=	Apnea y cianosis y pérdida de la conciencia
Apnea emocional Grado III	=	Apnea y cianosis, pérdida de la conciencia y convulsiones.

* Mariano La Torre y Javier Cox
Santiago de Chile.

FIG. N9 2 *

TRATAMIENTO MEDICO

Apnea emocional Grado I — emocional — tranquilizante	(—) (Thioridazina)
Apnea emocional Grado II - EEG	(+) Epi. - Primidona
Apnea emocional Grado III - EEG	

* Mariano La Torre y Javier Cox
Santiago de Chile.

FIG. N? 3

GRADOS

Grado I	9 casos	15%
Grado II	45 casos	75%
Grado III	6 casos	10%

FIG. N? 4

T I P O

Cianótíco	50 casos	83%
Acianótico	10 casos	17%

FIG. N? 5
EDAD

6 meses a un año:	10 casos	16%
1 año a 2 años	22 casos	37%
2 años a 3 años	18 casos	30%
3 años a 4 años	7 casos	12%
4 años a 5 años	3 casos	5%

FIG. N? 6 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Antecedentes Obst. nulos	57 casos	95%
Trauma al nacer	3 casos	5%

FIG. N* 7
TRATAMIENTO

Grupo I y II	a) Theroridazína	28 casos	47%
	b) Diazepán	26 casos	43%
Grupo III	**Primidona**	6 casos	10%

FIG. N9 8
RESULTADOS

Satisfactorios	40 casos	67%
Buenos	18 casos	30%
Malos	2 casos	3%

FIG. N? 9

GRUPO CONTROL	10 casos (pacientes que no acudieron a la cita)
Cambio de grado de I a II	6 casos
de II a III	4 casos

COMENTARIO

Aunque la apnea emocional es al parecer, una afección neurológica benigna (4), el hecho de que los niños dejados al azar pueden evolucionar de una forma leve a una forma grave, indica que hay que ahondar más en el asunto, antes de dejar a un niño sin tratamiento.

Aunque la fisiopatología no es clara, se supone que el cuadro se debe a una respuesta parasimpática hipersensible (2-5). Gastaut y Lombroso (2-5) han demostrado que estos niños presentan un reflejo óculo-vagal hiperactivo. La compresión ocular durante 10 segundos (o más tiempo) les desencadena apnea, a veces seguida de espasmo tónico. La compresión de los ojos en niños que no tienen este cuadro no produce apnea.

La forma cianótica es la más frecuente (1-2-4). Tras una frustración o un regaño, el niño se pone a llorar, la fase respiratoria se vuelve larga, con cianosis progresiva, a veces con convulsiones, casi siempre tónica, muy rara vez tónico-clónica. La apnea viene después de dos a tres sollozos.

La forma pálida es la más rara (2-4), se relaciona con el dolor, para el caso golpes en la cabeza. Se ha atribuido como etiopatogenia un paro cardíaco por descarga vagal masiva (2-5). La entidad clínica se presenta de 6 meses a 3 años y raramente sobrepasa esta edad.

Niños que presentan dicha patología antes de los 6 meses, se considera que son epilépticos (2).

Si se le atribuye un origen sincopal, ello desde luego lo aleja de la epilepsia, pero a nuestro modo de ver, las apneas repetidas con falta de oxigenación cerebral, son capaces de causar daño cerebral con manifestaciones electroencefalográficas, de allí que en este caso el síndrome se vuelve importante, y debe ser clasificado como una entidad relacionada con la epilepsia (5-6). Hemos visto pasar niños de un grado a otro, sobre todo del grado II al grado III o del grado I al grado II, no hemos visto sin embargo paso de grado I al grado III. Aunque en un alto grado el electroencefalograma es normal, en el grado III está alterado, lo cual está demostrado que es ésta una forma relacionada con la epilepsia y que necesita mayor investigación (6). Si bien la forma II es más frecuente, es posible que el grado I pase desapercibido por lo benigno del cuadro, ya que los padres no consultan por ello, hasta que el paciente tiene un grado II que les llama la atención.

Un hecho llamativo es que la terapia orientada tal como la esbozamos (6) da un resultado satisfactorio, y que este tratamiento debe ser instituido entre

más pequeño es el niño. El hecho de que algunos pacientes que no acudieron a la cita y abandonaron el tratamiento, volvieron a presentar la apnea, da una pauta que es ésta un patología que debe ser tratada en forma continua. En nuestra casuística sólo dos casos han sido rebeldes al tratamiento, un niño con bronquitis espástica y con antecedentes de una encefalopatía por sarampión que hacía apnea grado III, el cual se mantenía con drogas antiepilépticas, y que finalmente falleció por una bronconeumonía, el otro caso correspondía a un desnutrido grado III con derrame subdural. Los demás niños evolucionaron satisfactoriamente y algunos después de dos años de tratamiento han dejado de hacer apnea una vez suspendida la terapia.

La forma pálida es poco frecuente y se observa en aquellos niños que reciben un estímulo doloroso (4), de los cuales tenemos 15 casos, la forma más frecuente la constituyó la forma cianótica de los cuales contamos con 45 casos en total. En cuanto al tratamiento, tanto los grados I y II evolucionaron bien con Teoridazina y/o Diazepán con resultados similares.

RESUMEN

Se presentaron 70 casos de apnea emocional seguidos durante un lapso de 3 años y medio en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, habiéndose hecho tratamiento en el grado I y II a base de tranquilizantes (Diazepán y Teoridazina) y grado III a base de anticonvulsivantes con resultados satisfactorios. El hecho que el grupo control corresponde a niños que abandonaron el tratamiento, hace pensar que esta patología debe de ser manejada con los criterios anteriormente indicados y que tiene un pronóstico bastante favorable.

A) La niña está lúcida y tranquila.

B) Hay llanto con cianosis

Hay cianosis y pérdida de la conciencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.—PRICHARD, J. S.: Trastornos convulsivos en niños. Algunas notas en diagnóstico y tratamiento. Clínica Ped. North Amer. Ng 983, Nov. 1974.

2.—FARMER, T. W.: Afecciones convulsivas. Síncope cefalea. Neurología Pediátrica de Thomas W. Farmer Toray. Pág. 95, 1974.

3,__SNYDER, C. H.: Epileptic equivalent in children. Pediatrics. 21: 308, 1958.

4.—ARCADY, J.: Enfermedades convulsivantes. Espasmo del sollozo. Pediatría Robert Debré Mareel Lelong. Tomo III, página 1.764, Editorial Jims, 1974.

5.—BREATH HOLDING SPELL (Cianotic and Pallid Infantil Syncope). Pediatrics. 39: 563, 1967.

6.—MENA CRUZAT, F.: Algunas consideraciones prácticas sobre el tratamiento de la epilepsia infantil. Rev. Chil. Pediat. 45: 536, 1974.

Diagnóstico Radiológico

Dra. Eva M. de Gómez (*)

P. R. F. Paciente de 45 años de edad, Maestro de Educación Primaria, reingresa al Instituto Nacional del Tórax el 26 de enero de 1976.

En dos oportunidades anteriores había ingresado al I.N.T., la primera en 1958; en este primer ingreso se le practicó neumonectomía izquierda. El diagnóstico anatomopatológico: TBC caseificada.

En una solo oportunidad el esputo directo había sido positivo.

Reingresa en 1974 por absceso de pared torácica en el lado en que se practicó la **neumonectomía.** De la secreción de la fístula se aisló *Proteus mira bilis.* Evolucionó bien con antibióticos.

El último ingreso !o motivó nuevamente la presencia de fístula pleurocutánea.

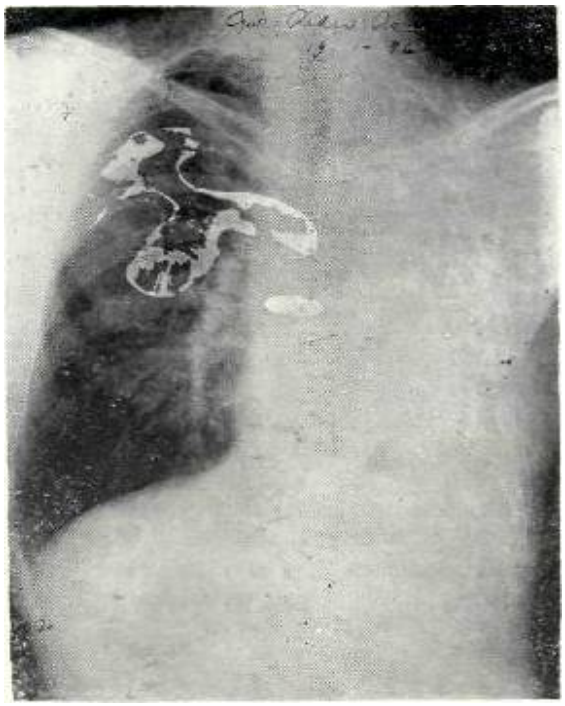


Fig. 1

(*) Médico Neumólogo I.N.T.
Catedrático de Neumología Facultad de Medicina.

Se revisaron los cortes histológicos de 1958 por el Patólogo Dr. Virgilio Cardona y se practicó coloración por hongos llegándose al diagnóstico de histoplasmosis en el pulmón resecado. El **motivo** de la revisión de los cortes histológicos fue la presencia en la radiografía, de calcificaciones en cabeza de alfiler en el pulmón derecho, típicas de histoplasmosis. La inmunodifusión por histoplasmosis fue negativa en este paciente, lo que demuestra inactividad de la enfermedad.

Este caso demuestra la importancia del archivo de biopsias, lo que permite rectificar un diagnóstico después de 20 años.

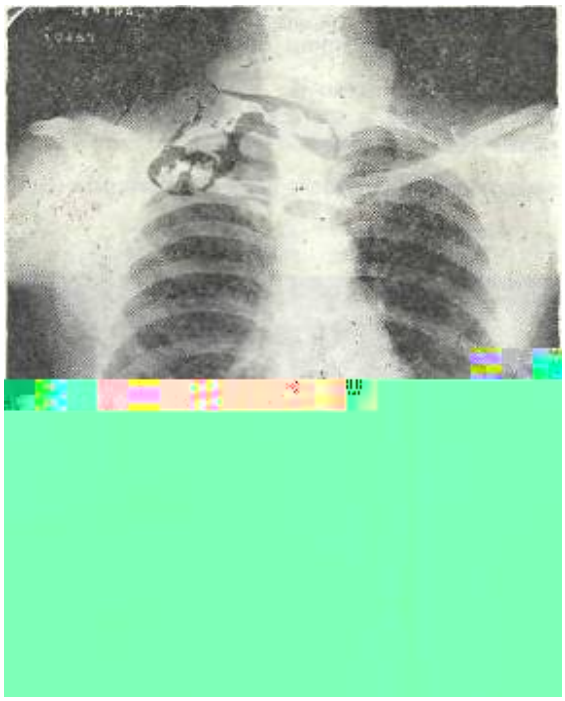


Fig. 2

En esta radiografía mostramos otro caso descubierto en 1958, **asintomático** y cuya radiografía muestra calcificaciones en cabeza de alfiler, típicas de histoplasmosis. La histoplasmina fue positiva y el paciente fue dado de alta sin confirmación histológica.

COMENTARIO

La presencia de ondas P negativas en las derivaciones mencionadas nos hace **pensar** que el ritmo no se origina en el nódulo S A como normalmente sucede sino más bien en el nódulo AV, o su vecindad; entonces lo clasificamos como ritmo nodal alto también llamado ritmo nodal coronaria o de la unión AV.

Los ritmos nodales son aquellos en que el nodulo AV actúa como marcapaso cardíaco, depolarizando la aurícula (Onda P) antes, simultáneo o después del ventrículo (QRS). De allí la conocida división de los ritmos nodales en altos, medios o bajos si la onda P se encuentra antes del QRS, con el QRS o se inscribe después del QRS. En toda caso la depolarización auricular se efectúa de abajo hacia arriba dando entonces ondas P negativas en **2-3-F,** característica casi invariable de esta entidad.

Es de notar que esta clasificación es más electrocardiográfica que anatómica, ya que con estudios electrofisiológicos microscópicos no se ha logrado demostrar células capaces de producir electricidad en el nodulo AV y si en la región auricular-nodal, Has de His, región His-ventricular. La tendencia actual es a llamarlos ritmos de la unión AV aunque el término nodal sigue usándose indistintamente pese a que no tiene una base anatomofisiológica demostrada.

La figura 1 A demuestra la conducción normal originándose en el nodulo SA pasando aurícula y nodulo AV (PR) y luego Has de His y sus ramas (QRS). El proceso está representado en el diagrama de escalera, IB.

En la figura 2 A, el ritmo se origina en el nodulo AV, depolariza primero las aurículas de abajo hacia arriba (P invertida) luego los ventrículos a través del Has de His (QRS normal). El diagrama de escalera 2B demuestra la conducción anormal.

Los ritmos de la unión AV pueden ser transitorios, encontrándose en personas normales, o permanentes; están en relación entonces con enfermedad cardíaca orgánica de diferente etiología como ser fiebre reumática, miocardiopatías infecciosas, enfermedad coronaria o enfermedad cardíaca congénita, pudiendo ser también debido a la administración de digital. El ECG ilustrado pertenece a paciente del sexo femenino de 41 años de edad que presenta una estenosis aórtica muy leve, posiblemente congénita y que hasta la fecha es asintomática. Creemos que es ritmo permanente, ya que todos los electrocardiogramas de la paciente muestran el mismo patrón.

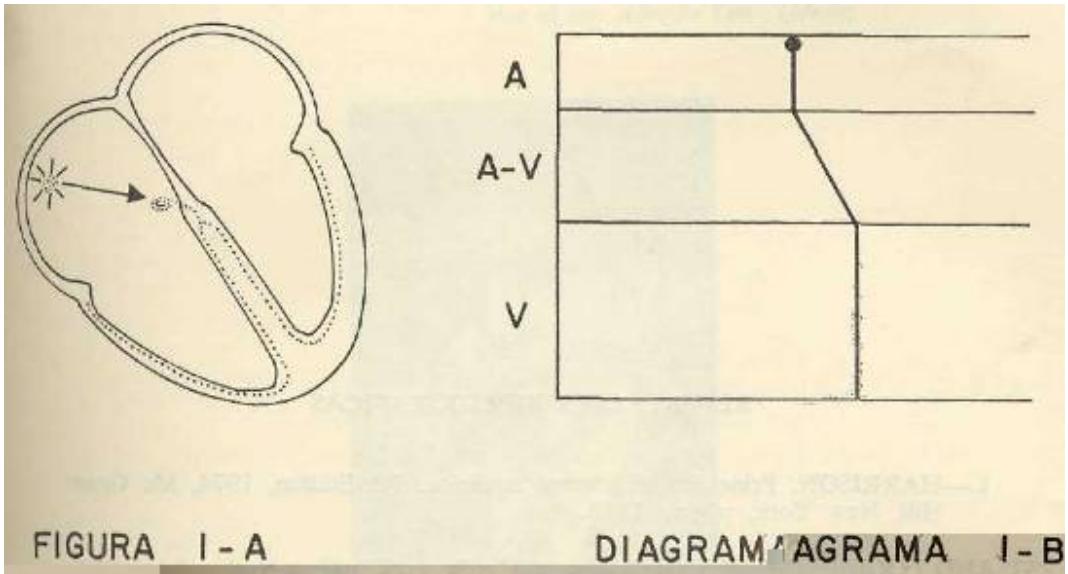


FIGURA I - A DIAGRAMA I - B

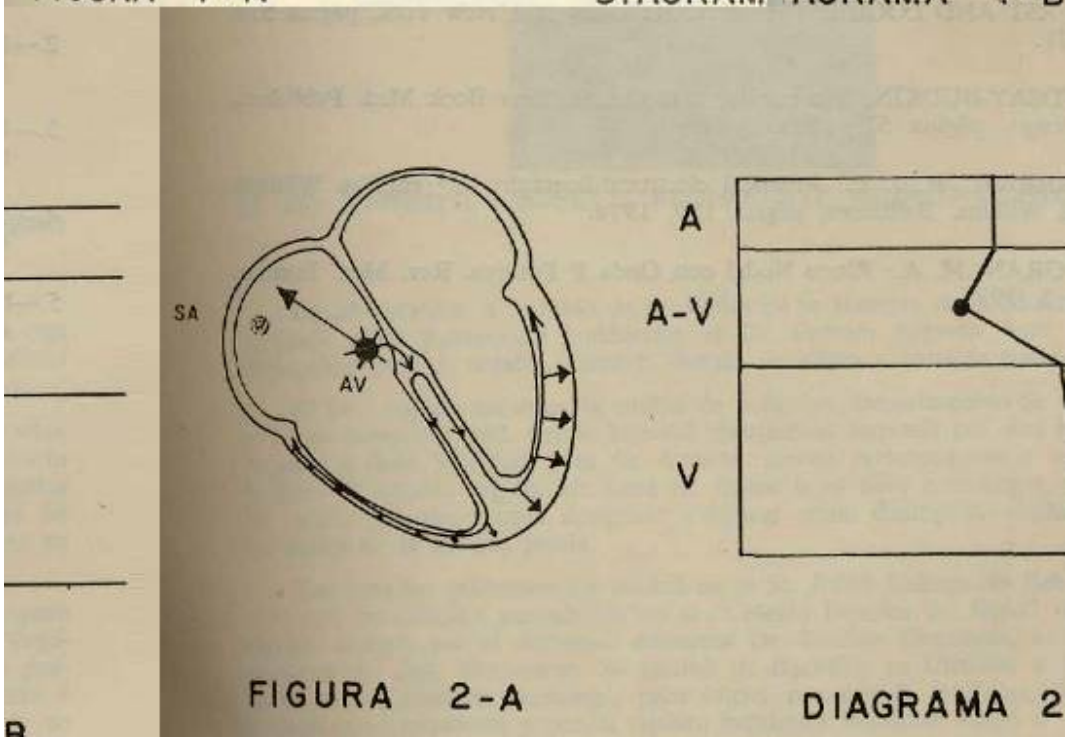


FIGURA 2-A DIAGRAMA 2

SECCIÓN GREMIAL

FEDERACIÓN DE COLEGIOS PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DE HONDURAS (FECOPRUH)

En la ciudad de Tegucigalpa, D. C, el 26 de enero de 1965, se suscribió el Acta Constitutiva de la "Federación de Colegios Universitarios de Honduras", en base al Artículo 22 del Decreto Legislativo N^{9} 73, Ley de Colegiación Profesional Obligatoria. Debidamente autorizados por las Juntas Directivas de sus respectivos Colegios suscribieron este documento los siguientes profesionales: Dr. Carlos Galeano h., Presidente del Colegio de Cirujanos Dentistas de Honduras; Dr. Gilberto Osorio Contreras, Presidente del Colegio Médico de Honduras; Dr. Miguel Andone Fernández, Presidente del Colegio de Químico-Farmacéuticos de Honduras; e Ing. José D. Caballero, Presidente del Colegio de Ingenieros Civiles de Honduras.

El 12 de enero de 1976 al publicarse en el diario oficial "La Gaceta" N^{1}? 21788 la Resolución N? 44 por la cual el Poder Ejecutivo reconoció la personera jurídica y aprobó los Estatutos de la "Federación de Colegios Profesionales Universitarios de Honduras" (FECOPRUH) cristaliza en realidad la primera fase de las labores desarrolladas a través de varios años en pro de la unión de los Colegios.

Integran la FECOPRUH: Colegio de Abogados de Honduras, Colegio de Cirujanos Dentistas de Honduras, Colegio Hondureño de Economistas, Colegio Médico de Honduras, Colegio de Ingenieros Civiles de Honduras y Colegio de Químico-Farmacéuticos de Honduras. La cuota de ingreso de cada Colegio miembro es de L. 1.000.00; la cuota ordinaria anual que deberá pagar cada afiliado de los Colegios federados es de L. 5.00. El Ing. Camilo Gómez y Gómez y el Dr. Enrique Ortez Pinel fungen como Presidente y Secretario, respectivamente, del Consejo Directivo Provisional de la Federación, en octubre de 1976 la Asamblea convocada al efecto en agosto próximo, conforme a los Estatutos elegirá el Consejo Directivo en propiedad.

El domicilio de la FECOPRUH es la capital de la República. Este organismo será ajeno a toda cuestión sectaria de tipo político o religioso.

ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE LA FEDECODEMCCA

Los Dres. Fernando Tomé Abarca y Jorge Haddad Q. representaron al "Colegio Médico de Honduras'5 en la sesión de Asamblea Extraordinaria de la "Federación de Colegios de Médicos y Cirujanos de Centro América" (FEDECODEMCCA), verificada el 13 de marzo de 1976 en la ciudad de Guatemala y que presidió el Dr. Helmut Hermán, actual Secretario General de la misma.

En esta sesión se aprobó el Acta Nº 3 de la sesión ordinaria efectuada en San Salvador, República de El Salvador, el 9 de diciembre de 1975. En relación a la celebración del XVII Congreso Médico Nacional y considerando

la situación que confronta Guatemala a causa del terremoto ocurrido el 4 de febrero de 1976, siendo el país sede del citado evento, se aprobó darle plazo hasta el 15 de mayo de este año para que resuelva sobre las siguientes alternativas:

—Si está en capacidad de celebrar el Congreso de diciembre de 1977;

—Pedir prórroga para que el Congreso se efectúe en diciembre de 1978; o

—Si definitivamente declina ser la sede del XVII Congreso Médico Centroamericano.

En este último caso la sede del Congreso pasaría a Honduras, fijándose el mes de diciembre de 1978 para su celebración. Previamente se efectuará sesión extraordinaria de la FEDECODEMCCA en Tegucigalpa para elegir al nuevo Secretario General de la Federación, que actuará también como Presidente del XVII Congreso Médico Centroamericano.

En la misma Asamblea se encargó a la Delegación de Costa Rica elaborar material sobre los siguientes asuntos:

—Necesidades primordiales del Médico centroamericano. Objetivos, mecanismos para hacerlos efectivos a corto, mediano y largo plazo.

—La Unificación del Gremio Médico Centroamericano como necesidad prioritaria.

El Dr. Fernando Tomé Abarca mocionó porque en el futuro las Actas y agendas de las sesiones de la FEDECODEMCCA se envíen con suficiente anticipación a la celebración de las mismas para que puedan ser discutidas por las Directivas de los Colegios miembros, moción que fue aceptada.

La próxima sesión de Asamblea Ordinaria se verificará los días 9 y 10 de octubre de 1976 en Guatemala.

DIPLOMA DE RECONOCIMIENTO

En ceremonia oficial realizada el 7 de abril de 1976 en el Club de Oficiales de la Fuerza Aérea el Dr. Benjamín Rivera N., en representación del "Colegio Médico de Honduras" recibió el Diploma de Reconocimiento que extendió a esta Institución el Consejo Permanente de Emergencia Nacional (COPEN) por la destacada labor realizada en favor del pueblo guatemalteco a raíz de la tragedia ocasionada por el terremoto ocurrido el 4 de febrero de 1976.

El "Colegio Médico de Honduras" expresa a los colegiados que prestaron sus valiosos servicios en tal ocasión su agradecimiento por la encomiástica ayuda prestada, labor que se proyectó a través del Comité Médico de Emergencias Nacionales de esta institución, coordinado por el Dr. Ricardo Ochoa Alcántara.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

El 20 de abril del presente año se efectuaron elecciones para la escogértela de las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, resultando electos los siguientes colegas:

Decano: Dr. Dagoberto Espinoza Mourra
Vice Decano: Dr. Marcial Vides Turcios
Secretario: Dr. Mario Germán Castejón
Pro Secretario: Dr. Jaime Haddad Q.

Las citadas autoridades de nuestra Escuela de Medicina tomaron posesión de sus cargos el 3 de mayo de 1976. El Dr. Marcial Vides Turcios funge como Secretario de! Comité Ejecutivo del Servicio Médico Sociail.

Los Dres. Ramón Custodio L. y María Helena Silva de Rivas fueron nombrados Representantes Propietario y Suplente, respectivamente, del "Colegio Médico de Honduras" para integrar la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas, por un período de tres años cuya vigencia se inició el I^{9} de mayo de 1976.

XXI CONGRESO MEDICO NACIONAL

El más importante evento científico nacional que anualmente se celebra en el país, tendrá por sede en 1977 la ciudad de La Ceiba, Atlántida.

El Comité Organizador del XXI Congreso Médico Nacional y los Comités Especiales que laboran en las diversas tareas inherentes a la celebración de este Congreso, están integrados en la siguiente forma:

Comité Organizador: Presidente, Dr. Roberto Zepeda Turcios; Secretario, Dr. Ernesto Ulloa Vásquez; Tesorera, Dra. Olga Duarte de Laffite.

Coordinador y Representante de la Junta Directiva: Dr. Wilfredo Sandoval Cálix, Delegado del "Colegio Médico de Honduras" en La Ceiba, Atlántida.

Comité Científica: Dres. Wilfredo Sandoval Cálix, Raúl A. Gamero, Jesús A. Vásquez, Arnulfo Mejía Palacios y Fernando Azcona.

Comité de Finanzas: Dres. Olga Duarte de Laffite, Homer Kawas y Fernando Azcona.

Comité Social: Dres. César R. Rodríguez Laínez, Rolando Andrade Tejeda y Carlos H. González.

Comité de Transporte y Aliñes: Dres. Juan Cardona Bonilla, Rafael A. Pavón Leiva y Benjamín Torres Padilla.

Comité de Divulgación: Dres. Miguel Roberto Moneada R., Rigoberto Rodríguez Izaguirre y Carlos Rivas Alvarado.

Comité de Proyecciones y Afines: Dres. Luis Alberto Ponce, Reynaldo A. Rodríguez y Reynaldo Paz Rápalo.

Coordinadora del Comité Auxiliar Femenino: Dra. Olga Duarte de Laffite.

La superación científica y el fortalecimiento de la solidaridad gremial de la Clase Médica Hondureña constituyen incentivos que exigen la contribución de todos los colegiados para dar mayor realce al XXI Congreso Médico Nacional, a cuya organización los colegas ceibeños dedican todo su esfuerzo, entusiasmo y capacidad.

XIII CONGRESO LATINOAMERICANO CARDIOVASCULAR

El XITI Congreso Latinoamericano Cardiovascular, auspiciado por la "Sociedad Cardiovascular Hondureña" y la "Asociación de Cirugía Cardiovascular Centroamericana", ambas integrantes del Capítulo Latinoamericano de la "Sociedad Internacional Cardiovascular", se desarrollará en el Salón Zodíaco del Hotel "Honduras Mayaí', de la ciudad de Tegucigalpa, D. C, del 22 al 26 de agosto de 1976.

Honduras se honra en ser la sede de este Congreso en que participarán altos exponentes de la Medicina latinoamericana que han dedicado su potencial científico, experiencias e investigaciones a la detección de anomalías cardíacas y a incrementar la eficiencia en la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Que las conclusiones de este evento sean de positivo beneficio para la humanidad.

OTROS EVENTOS

—ler. Congreso Ibero-Latinoamericano de Psiquiatría "Intercontinental", del 6 al 10 de septiembre de 1976, Buenos Aires, República Argentina.

—11^ Seminario Médico Panamericano, patrocinado por el "Mount Sinai Medical Center", dictado en español, del 18 al 22 de octubre de 1976, Miami Beach, Florida, U.S.A.

—IX Congreso del Hemisferio Occidental del Colegio Internacional de Cirujanos, febrero de 1¡977, San José, República de Costa Rica.

—XIV Congreso Internacional de Radiología, del 23 al 29 de octubre de 1977, Río de Janeiro, Brasil.

A través de la Sección Gremial la Junta Directiva del "Colegio Médico de Honduras" saluda cordialmente a todos los médicos del país, deseando que en las labores profesionales cotidianas y las múltiples facetas que ellas encierran, se reafirme su vocación y espíritu de servicio a la humanidad.

¡SALUD COLEGAS!