



Revista

MEDICA HONDUREÑA

(2a. Epoca)

ORGANO DEL COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

Sumario

EDITORIAL

Dr. Carlos A. Javier Zepeda

Pág. 44

TRABAJOS CIENTIFICOS

REACCIONES SERODIAGNOSTICAS EN LA SIFILIS Y REACCIONES BIOLÓGICAS FALSAMENTE REACTIVAS (RBFR) EN TEGUCIGALPA, HONDURAS (1972-1975).

" 46

Dr. Ramón A. Custodio López

LAPARATOMIA CLASIFICADORA EN LA ENFERMEDAD DE HODGKIN

" 59

Angel E. Argueta

LOS TUMORES CEREBRALES EN PSIQUIATRIA

" 62

Por: Dagoberto Espinoza M.

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA CON SITUS INVERSUS

" 67

Dr. Oscar González Ardón, Dr. Raúl Durón, Dr. Rigoberto Trejo

ELECTROCARDIOGRAFIA PRACTICA

" 74

Dr. Marco A. Bográn

SECCION INFORMATIVA

INDICE ACUMULATIVO DE LA REVISTA MEDICA HONDUREÑA 1962 - 1976

" 77

Dr. Carlos A. Javier Zepeda

SECCION GREMIAL

" 93

VOL. 45

ABRIL - MAYO - JUNIO - 1977

No. 2

Revista

MEDICA HONDURENA

(2a. Época) ÓRGANO DEL
COLEGIO MEDICO DE HONDURAS
FUNDADA EN 1930

CONSEJO EDITORIAL

DR. GASPAR VALLECILLO h.
Director

DR. CARLOS JAVIER Z.
Secretario

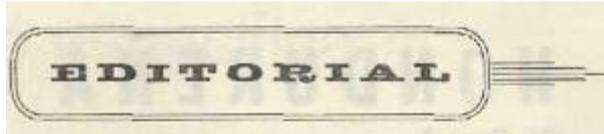
Cuerpo de Redacción
DR. JORGE A. GONZÁLEZ C.
DR. RENE HENRIQUEZ DR.
CARLOS GUTIÉRREZ DR.
ÓSCAR GONZÁLEZ A.

Administración: "COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS"

Oficina "Colegio Médico de Honduras", Tegucigalpa, D. C. Tel. 22-5466
Apartado Postal N* 810

SE SOLICITA CANJE

Honduras Industrial, S. A.



Al vernos encarados frente a la tarea de mantener activo el órgano de divulgación científica e informativa del Colegio Médico de Honduras nos sentimos agradecidos ante todos aquellos colegas que han mantenido hasta ahora una publicación ininterrumpida de la Revista Médica Hondureña, tanto en su primera época hasta 1965 cuando era una actividad de la Asociación Médica Hondureña, como en esta segunda época en que es una responsabilidad del Colegio. Los Médicos dedicados a ese esfuerzo, tanto los que han participado en las actividades directivas en el Consejo de la Revista como los que han contribuido con sus trabajos, merecen nuestro sincero aplauso.

En este número de la Revista se presenta un índice de los trabajos de contenido científico que han sido publicados en la Revista en los últimos 15 años (1962-1976). Este listado fue elaborado con el propósito de explorar el contenido de nuestra literatura médica y derivar algunas conclusiones para orientar el futuro de la misma así como para estimular a los colegas para presentar sus experiencias a la Comunidad Médica sobre todo en las disciplinas que menos atención han tenido en el pasado.

En la revisión efectuada se encuentra una buena proporción de informes de casos y revisiones estadísticas de grupos de pacientes; ha habido en general un gran vacío en lo que se refiere a estudios prospectivos y planificados, esto por supuesto no le resta valor a las publicaciones antes aludidas pero si nos hace pensar en la necesidad de organizar mejor nuestra investigación clínica a fin de producir trabajos de contenido más trascendental y mejor documentados.

Recientemente ha habido un menor número de citas bibliográficas en los trabajos publicados, en parte esto obedece a la carencia de fuentes de información en la localidad, en particular en la Biblioteca Médica Nacional. Sin embargo es posible que también los autores no hayan puesto su mayor esfuerzo para obtener la literatura que documente sus puntos de vista. Recientemente la Biblioteca Médica Nacional se ha trazado metas tendientes a actualizar las colecciones de libros y revistas y esperamos que en el futuro ya no sea este el mayor obstáculo para presentar trabajos de calidad óptima.

El surgimiento de las disciplinas de Medicina Social, Educación Médica, Psiquiatría y Salud Pública en los últimos diez años, se ha expresado también a través de la Revista, encomiable como es esta actividad, esperamos que las ciencias clínicas no se queden a la zaga y así podamos mantener nuestra Revista con un contenido más general para beneficio de toda la comunidad médica.

Es deseable continuar con la publicación de secciones breves de contenido educativo que periódicamente han aparecido en serie y en la misma forma mantener el interés en revivir para la posteridad, los datos históricos que documenten nuestra tradición, la pauta trazada por el Dr. Alfredo León Gómez es digna de nuestro elogio.

Finalmente deseo hacer un llamado a las nuevas generaciones para que reúnan -el entusiasmo necesario para contribuir con la Revista a fin de mantener para las futuras, el ejemplo que se nos ha legado.

Dr. CARLOS A. JAVIER ZEPEDA.

Reacciones Serodiagnósticos en la Sífilis y Reacciones Biológicas Falsamente Reactivas (RBFR) en Tegucigalpa, Honduras (1972 = 1975)

Dr. RAMÓN A. CUSTODIO LÓPEZ*

INTRODUCCIÓN

Aún cuando la sífilis era conocida desde finales del siglo XV, fue hasta el descubrimiento de la *Spirocheta pallida* por Spaudin y Hoffman en Hamburgo (1905) que tuvo una etiología reconocida (1). El descubrimiento tuvo lugar en el exudado de un chancro visto en el campo oscuro, en el que se le ha estudiado como un filamento espiral y luminoso de 6 a 15 m. de longitud, hasta 20 um según otros autores (2), y 0.25 um de espesor. Se mueve por movimientos rápidos de rotación, contracción, angulación y extensión, dando por resultado una traslación lenta y continua. La contracción y la angulación afectan a cada una de sus 4 a 14 vueltas de espiral u 8 a 24 según otros. Más tarde sus descubridores le llamaron *Treponema pallidum* y hoy por hoy ambos nombres son aceptables.

Sobre la existencia de la sífilis como una enfermedad precolombina en América y desconocida en Europa antes del descubrimiento de aquella, se dice que (1,3):

- A. —■ Era una treponematosis tropical transmitida por contacto corporal entre los aborígenes semidesnudos, al igual que la *Brambesia* actual.
- b. — Fue adquirida por los descubridores de América y llevada a Europa donde la vesti-

menta limitó su contagio a la esfera sexual.

- c. — Los treponemas patógenos de la familia *Treponemata* que produce la sífilis, la *Brambesia* (*Treponema pertenue*) y el Mal de Pinto (*Treponema carateum*), son morfológicamente idénticos (8), responden favorablemente a los mismos agentes terapéuticos, e inducen una respuesta inmunitaria que da la misma expresión serológica.
- ch.—■ Hasta el presente no se ha encontrado evidencia de la enfermedad en los registros médicos del antiguo Egipto, de la antigua Grecia o en Arabia.
- d.— Hay aparentemente lesiones óseas sífilíticas en piezas esqueléticas de indios americanos que murieron antes del siglo XV de nuestra era.
- e.— El regreso de la primera expedición de Colón fue seguido por una epidemia de probable sífilis en Barcelona, donde la Reina Isabel y el Rey Fernando de Aragón recibieron a Colón el 15 de abril de 1493. Luego en la sitiada Nápoles (1494) en donde hubo soldados de Fernando de Aragón que se dice ha-

Laboratorio Custodio, Tegucigalpa, D. C.

bían sido tripulantes, de Colón.

f.— Los testimonios de Ruy Díaz de Isla (1513), Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdez (1478-1557) y Fray Bartolomé de las Casas (1474-1566), confirma las afirmaciones anteriores[^]).

El médico y poeta italiano Girolamo Fracastorio escribió en 1521 su poema "Syphillis sive Morbus Gallicus"^(x)» en ^{es*} <3^{ue un} porquerizo llamado Syphillis sufre la enfermedad por haber desagradado al Dios Apolo. El nombre del personaje pasó a ser el de la enfermedad y concluyó así una acusación mutua entre franceses que la llamaban Morbus Italicus y los italianos que la llamaban Morbus Gallicus.

La confusión de que la sífilis y la gonorrea eran una sola y misma enfermedad duró hasta que Ricord (1838) estableció su distinta identidad.

Con el advenimiento del microscopio electrónico hemos adquirido una visión estructural del Treponema pallidum que ha permitido la identificación de un filamento axial, rodeado de un protoplasto, y con una cubierta periférica (periplazo) reforzada en su espesor por innumerables fibrillas que recorren espiralmente sus 4 a 14 ondulaciones⁽²⁾, 8 a 24 según otros autores⁽¹⁾. El Treponema pallidum probablemente se multiplica por fisión transversal cada treinta minutos en la fase de actividad⁽⁴⁾-

La primera prueba diagnóstica en suero fue desarrollada por Wasserman (1906) cuya positividad se debió a la "fijación del complemento por los anticuerpos contra un antígeno tisular" (Cardiolipina). Los anticuerpos llamados por años "Reaginas Sifilíticas" se designan ahora como anticuerpos de Wasserman y otras pruebas más de este tipo fueron desarrolladas por Eagle y Kolmer (Cuadro

No. 1) La floculación entre la cardiolipina y los anticuerpos de Wasserman fue usada por Hinton, Kline, Eagle y Kahn para pruebas que ya son obsoletas porque de ese tipo sólo perviven el VDRL* y el RPR**. De estos dos, la última es considerada superior por tener mayor sensibilidad y la misma especificidad (Cuadro No. 1) No comentamos sobre la RST porque tiene una sensibilidad menor que la del VDRL⁽ⁿ⁾ y de hecho no tiene ninguna ventaja sobre las ya mencionadas.

Posteriormente (Cuadro No. 2) se identificaron los anticuerpos contra la proteína de una cepa avirulenta, el Treponema de Reiter, y se usaron en la fijación del complemento (FCPR*, RPCF). La prueba dio entre el 10 al 20% de falsa positividad y se volvía negativa en la mitad de los casos de sífilis tardía o latente (50%). En 1949 Nelson y Mayer informaron del T.P.I.** basado en los anticuerpos inmovilizadores del treponema para la cepa patógena de Nichols, cosechada in vivo en los testículos de conejos inoculados. Hubo mucha inespecificidad por ser los anticuerpos comunes a todos los miembros de la familia Treponemata y en más de una ocasión la inmovilización era más bien un resultado del uso de antibióticos (penicilina, cloranfenicol, tetraciclinas, eritromicina, etc.). La prueba fue además falsamente positiva en 0.1 a 0.2 de personas aparentemente normales. Los anticuerpos antitreponémicos (gammaglobulina humana) fueron luego detectados por la técnica de la inmunofluorescencia indirecta usando antigammaglobulina humana marcada con isotiocianato de fluoresceína y

* Cardiolipina del Venereal Disease Reference Laboratory.

** Reaginas plasmáticas y aglutinación de cardiolipina cubierta con carbón vegetal en circuitos de 18 mm.

* Fijación del complemento por proteínas de el Treponema de Reiter.

** Prueba de la inmovilización del treponema-

con ello nació la prueba "FTA" (1954), que detectaba indistintamente los anticuerpos contra todos los treponemas (antígeno de grupo).

En un esfuerzo para ganar sensibilidad (S) y especificidad (E) se usó el suero diluido 1:5 con solución alcalina tamponada con fosfatos ("PBS") y luego 1:200. La técnica de la dilución hasta 1:200 redujo la inespecificidad en parte solamente, ya que aún resultaban fluorescentes los treponemas de la cepa de Nichols por los anticuerpos de grupo comunes a los demás miembros de los Treponemata. Los anticuerpos de grupo fueron absorbidos por Hunter (1964) al diluir el suero 1:5 con el producto de la desintegración por sonicación del Treponema de Reiter⁽³⁾. Así se llegó a una prueba subóptima llamada FTA-ABS y decimos que es subóptima porque aún cuando ha sido bien estandarizada no garantiza un 100% de especificidad, ya que puede ser falsamente positiva en una pequeña proporción de pacientes con patología no sífilítica y muy excepcionalmente en sujetos normales. Rathlev (1965) demostró anticuerpos anti-treponémicos mediante la aglutinación de eritrocitos de carnero sensibilizados con antígenos *T. pallidum*, y éste es el principio de la Micro Hem-Aglutinación del Treponema pallidum (MHA TP). La prueba ha sido recientemente incorporada en nuestro laboratorio y al momento de esta publicación estamos evaluándola en relación al RPR, VDRL y FTA-ABS de personas normales, sífilíticas y con RBFR. Los resultados de ese estudio, su correlación con los historiales clínicos y los nuevos conceptos inmunológicos sobre la sífilis serán el objeto de una publicación ulterior.

OBJETIVOS

El presente estudio fue iniciado en Tegucigalpa en diciembre de 1972 y comprende muestras tomadas hasta el 15 de noviembre de 1975. Sus objetivos se enuncian así:

1. Determinar la seropositividad para sífilis en dos grupos de distintos status social y económico mediante dos pruebas reagínicas (VDRL, RPR) y una anti-treponémica (FTA-ABS).
2. Abrir el capítulo de las causas de reacciones biológicas falsamente reactivas (RBFR), dada la elevada incidencia en Honduras de alguna de las causas informadas en otros países⁽⁷⁾.
3. Informar a la clase médica hondureña del aumento alarmante en la incidencia de la sífilis, verdad ya reconocida en otros países⁽¹⁰⁾.

MATERIAL

Dado que la incidencia de la sífilis puede resultar influida por las diferentes condiciones socio-económicas estudiamos dos grupos definidos así:

GRUPO I, son pacientes de ambos sexos y diferentes edades, atendidos en un laboratorio particular por razones de enfermedad principalmente extragenital o bien trámites de salud para: empleo, seguros de vida, matrícula en escuelas, institutos, universidades, y viajes, etc. Las personas incluidas son en su mayoría de alto y mediano ingreso, referidas por un médico privado o atienden de mottu propio.

GRUPO II, pacientes asistidos en una clínica para enfermedades venéreas, del Ministerio de Salud Pública. Todos son hombres y casi exclusivamente asalariados o desempleados. Estos pacientes fueron estudiados desde diciembre de 1972 hasta marzo de 1973 y para efectos de comparación se evaluaron simultáneamente con 450 pacientes del Grupo I atendidos en el mismo período en el mismo laboratorio privado.

Las personas pertenecientes al Grupo I han sido evaluadas en los años

1973, 1974 y 1975 según se informa más adelante.

MÉTODOS

Al principio del estudio (1972-1973) sólo se hizo el VDRL cualitativo como prueba de rutina, haciendo la titulación solamente en los casos positivos y verificando la especificidad de éstos con FTA-ABS. En 1974 incorporamos el RPR cualitativo en suero, lo que permitió una evaluación personal del VDRL y del RPR en las mismas muestras y condiciones. Desde enero de 1975 empleamos de rutina la prueba cuantitativa de RPR hasta la dilución 1:16. La prueba FTA-ABS ha sido bien estandarizada para cada uno de sus reactivos y en cada lote hemos incluido sueros positivos y negativos de lecturas anteriores para verificar la reproducibilidad. La exactitud del método se ha verificado con sueros específicamente reactivos y de inespecificidad reconocida. El conjugado de fluoresceína, la suspensión de treponemas y el reactivo de absorción fueron obtenidos de la BBL. Se tituló la primera para adaptarla a nuestras condiciones de trabajo con microscopio

binocular, una lámpara de vapor de mercurio de alta presión (Osram HBO 200 W), dos filtros excitadores (BG 38/2.5 y BG 12/4) y dos filtros supresores (53/44) de la Casa Zeiss.

La indicación fundamental ha sido la confirmación de los casos serológicamente positivos con el RPR o el VDRL.

Se consideran bien estandarizadas las condiciones experimentales de cada uno de los métodos empleados excepto en lo que se refiere al VDRL de grupos gruesos ("Rough") que fueron tomados como DR y los casos sospechosos de FTA-ABS (Borderline) que fueron tomados como reactivos. La mayor parte de estos últimos fueron procesados una segunda y tercera vez antes de tomarlos como reactivos (+).

RESULTADOS

Incidencia y Condición Socio-económica. Los resultados del estudio comparativo de los Grupos I y II desde diciembre de 1972 hasta marzo de 1973 permiten apreciar esta interrelación en los cuadros Nos. 3 y 4.

CUADRO Nº 3

INCIDENCIA DE ANTICUERPOS DE WASSERMAN (VDRL) EN DOS GRUPOS DE CONDICIONES - SOCIO-ECONOMICAS. TEGUCIGALPA. DICIEMBRE 1972 - MARZO, 1973

	GRUPO I "Alto Ingreso"	GRUPO II "Bajo Ingreso"
NUMERO TOTAL	450	170
NUMERO REACTIVOS	20	77
% DE REACTIVOS	4.44	45.29

CUADRO No. 4
TITULACION DE ANTICUERPOS DE WASSERMAN POR MEDIO DEL
VDRL EN 620 PACIENTES DE AMBOS SEXOS CORRESPONDIENTES A
DOS GRUPOS DE DIFERENTE CONDICION SOCIO-ECONOMICA.
TEGUCIGALPA.
DICIEMBRE 1972 A MARZO 1973.

Grupo	Número	Sexo	DR	1:1	1:2	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	TOTAL
I	234	Femenino N°	1	1	1	0	0	0	0	0	3
			0.43	0.43	4.43	—	—	—	—	—	1.29
I	216	Masculino N°	3	7	3	1	2	0	0	1	17
			1.39	3.39	1.39	0.46	0.93	—	—	0.46	7.87
II	170	Masculino N°	1	33	23	9	2	2	4	3	77
			0.59	19.41	13.53	5.29	1.18	1.18	2.35	1.76	45.29

Hay una mayor incidencia de seropositividad en el Grupo II que incluye sólo varones con escasos ingresos o desempleados, que asisten a consulta médica por tener una enfermedad "genital".

Para establecer comparaciones válidas con el Grupo I que incluye personas de ambos sexos y todas las edades, estudiadas más que todo por enfermedades no "genitales" o control de su salud para distintas gestiones, se ha preparado una tabulación de los títulos de reactividad por sexos, según puede apreciarse en el Cuadro No. 4.

Las pruebas reactivas en el sexo masculino del Grupo I totalizan 17 casos (7.87%) que es definitivamente mayor que la incidencia en tres mujeres del mismo grupo (1.29%). Ello es reflejo no sólo del mayor número de casos positivos en las diluciones mas bajas sino también en la ocurrencia de casos positivos en las diluciones mayores de 1:2, que es el título máximo en las mujeres del Grupo. Si comparamos al componente masculino de cada uno de los grupos resulta que la incidencia de reactividad y de títulos

elevados es definitivamente mayor en los hombres del Grupo II con 77 casos (45.29%). La incidencia es casi seis veces mayor entre los hombres de este grupo en relación a los del Grupo I, ya que dicha relación es de **5.71:1**. Solamente se practicó y encontró el FTA-ABS reactivo a 26 de los 77 pacientes del Grupo II con VDRL reactivo (R) en los títulos expuestos en el Cuadro No. 4.

En los 51 sin FTA-ABS se registraron los siguientes datos: campo obscuro positivo 1, antecedentes venéreos (chancro, gonorrea, adenopatías inguinales, VDRL R por más de 6 meses, 34, sin anteoedentes 4, sin información disponible 12. Vale la pena señalar que a dos pacientes del Grupo II con VDRL NR se les encontró un FTA-ABS reactivo y al cotejar con el expediente clínico de uno de ellos, se le consideró curado y con esa cicatriz biológica, del otro no se tuvo ninguna información adicional.

Control de Calidad. De los 170 pacientes del **Grupo II se hizo un control de VDRL en 87**, obteniéndose los resultados siguientes:

RESULTADOS VDRL			
Centro de Salud	Control	Nº Casos	%
NR	NR	52	59.77
N	NR	2	2.30
Mismo título	Mismo título	17	19.54
Título menor	Título mayor	1	1.15
Título mayor	Título menor	15	17.24
		<u>87</u>	<u>100.00</u>

Los resultados fueron reproducibles en 69 muestras (79.31%). Las causas de la divergencia en el resto se expondrán en la discusión.

Morbilidad. Por razones de facilidad en el trabajo se limitó la curva de morbilidad al Grupo I durante 1973,

1974 y hasta el 15 de noviembre de 1975, inclusive, usando los resultados de seropositividad para VDRL y RPR en casos nuevos solamente.

En este lapso se examinaron 2713 sueros y los resultados por sexo y año se presentan en los cuadros Nos. 5 y 6.

CUADRO N° 5

INCIDENCIA DE ANTICUERPOS DE WASSERMAN Y TITULOS DE SEROPOSITIVIDAD DEL VDRL EN PERSONAS DEL GRUPO I, SEGUN SEXOS, TEGUCIGALPA. 1973, 1974, 1975*

AÑO	SEXO	NR	DR**	1:1	1:2	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128	%R*	TOTAL
1973	Masculino	306	1	27	3	2	5	3	1	1	0	5.60	349
	Femenino	405	0	10	3	1	0	0	0	0	0	1.82	419
1974	Masculino	405	0	18	6	5	4	4	0	0	1	3.50	443
	Femenino	617	0	10	4	3	6	1	2	0	1	2.39	643
*1975	Masculino	312	0	13	17	7	4	4	2	2	0	5.71	361
	Femenino	456	0	17	13	3	3	2	2	0	1	4.78	497

* Hasta el 15 de noviembre

** Débilmente reactivo

CUADRO N° 6

INCIDENCIA DE ANTICUERPOS DE WASSERMAN POR RPR Y TÍTULOS DE SEROPOSITIVIDAD POR SEXOS EN PERSONAS DEL GRUPO I, TEGUCIGALPA

1974 — 1975*

AÑO	SEXO	NR	RM**	1:1	1:2	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128	%R*	Total
1974	Masculino	400	0	14	12	5	4	4	3	0	1	3.96	443
	Femenino	607	0	12	10	3	5	4	2	0	0	3.31	643
*1975	Masculino	308	0	11	9	15	5	4	6	2	1	6.17	361
	Femenino	446	0	14	19	10	3	2	2	1	0	5.94	497

* Hasta el 15 de noviembre

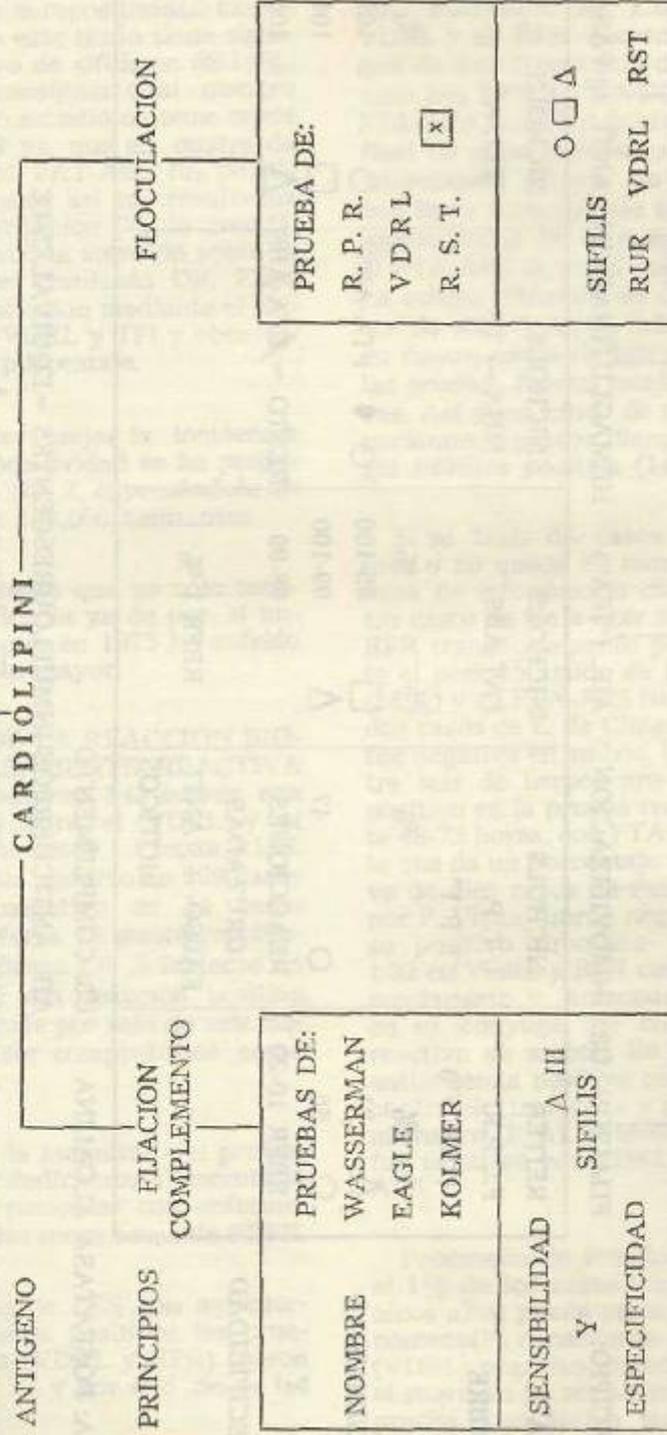
** Reactividad mínima

Valor relativo de las pruebas reagi-nicas. En 1974 y 1975 se corrieron en paralelo el VDRL y el RPR. en 1944 muestras, y como resultado de ese estudio podemos decir que hay una definida tendencia de los títulos del RPR a ser mayores que los del VDRL en una dilución. Esta tendencia es más apreciable con los títulos bajos, hasta de 1:2 ya que luego se equiparan. Para los efectos prácticos estamos de acuerdo con otros autores de que se puede hablar de una mayor sensibilidad del RPR sobre el VDRL

por cuanto la seropositividad con el primero fue porcentualmente mayor en hombres y mujeres en los dos años consecutivos. Así en 1974 la diferencia de seropositividad a favor del RPR fue de 1.38% y en 1975 de 1.62% lo que da un promedio de 1.5%, concordando con el informe de Reed⁽¹²⁾ (1968) quien dio un porcentaje de 1.3%. Para concluir esta correlación se estudiaron con FTA-ABS 22 muestras con RPR 1:1 y VDRL NR, y se evaluaron los resultados así:

N° Pacientes	Resultados FTA-ABS	%	Conclusión
7	Negativo	31.82	RBFR
1	+	4.55	Sífilis
5	+ +	22.73	Sífilis
6	+ + +	27.27	Sífilis
6	+ + + +	13.63	Sífilis
		100.00	

CUADRO No. 1
 PRUEBAS SEROLOGICAS PARA SIFILIS O
 ANTICUERPOS DE WASSERMAN
 ("REAGINAS")



POSITIVIDAD EN SIFILIS ○ PRIMARIA □ SECUNDARIA

Δ LATENTE TARDIA III TERCIARIA

MARCA REGISTRADA. (LEDERLE). DICYMAN (1976): REAGIN SCREENING TEST.

CUADRO No. 2
PRUEBAS SEROLOGICAS PARA SIFILIS
ANTICUERPOS ANTITREPONEMAS

(Ig G, Ig M)

ANTIGENO	TREPONEMA*			
PRINCIPIO:	FLJACION C3	INMOVILIZACION	AIF ("IFA")	HEMAGLUTINACION ANTI. Ig-PASA
CEPA	REITER F.C.P.R. ("RPCF")	NICHOLS L.T.P. "T P I"	NICHOLS FAT-ABS	NICHOLS MHA -- TP
NOMBRE				NICHOLS "ELISA"
SENSIBILIDAD	% 31 50 RBFR 10-20	% 47	% 85-100 99-100 98-99	% 100 100 100
Y	△ ○	○	○ □ △	○ □ △
ESPECIFICIDAD	REACCIONES CRUZADAS FALSO +: ANTI-BIOTICOS		RBFR 1 %	RESTO = FTA-ABS

FASA: FOSFATASA ALCALINA C3: COMPLEMENTO
 AIF: ANTICUERPOS INMUFLORESCENTES = EQUIVALENTE
 POSITIVIDAD EN SIFILIS ○ PRIMARIA NO TRATADA □ SECUNDARIA △ LATENTE TARDIA
 III TERCIARIA

COMPUESTO DE: SPARLING (1971), VELDkamp Y VISSER (1975).
 *EL TREPONEMA PALLIDUM, CEPA AVIRULENTE DE NICHOLS AHORA SE LLAMA TREPONEMA REFRIGENS.

O sea que la seropositividad exclusiva del RPR a este título tiene significado definitivo de sífilis en 68.18%. Es oportuno consignar aquí nuestro resultado de un estudio de once casos con VDRL DR ya que en cuatro de ellos (36.4%) el FAT-ABS fue positivo y confirmamos así los resultados de un grupo británico⁽¹³⁾ de investigación, que llamó la atención sobre la importancia del resultado DR. Ellos sacaron su conclusión mediante el uso combinado de VDRL y TPI y obtuvieron el mismo porcentaje.

Para apreciar mejor la incidencia anual de seropositividad se ha preparado la Figura No. 2, expresándole en miles por cada 100,000 habitantes.

Resulta evidente que no sólo tenemos una incidencia ya de por sí importante sino que en 1975 ha sufrido un aumento aún mayor.

ESTUDIO DE LA REACCIÓN BIOLÓGICA FALSAMENTE REACTIVA (RBFR). Se tomaron 143 sueros con seropositividad para el VDRL y el RPR con títulos desde 1:1 hasta 1:128. El FTA ABS fue positivo en 129 casos (90.21%) y negativo en 14 casos (9.79%). De éstos 13 mostraron títulos desde 1:1 hasta 1:8. Solamente un caso presentó una reacción positiva de 1:32, sostenida por más de seis meses antes de ser comprobados como LES*.

Establecida la magnitud del problema (9.79) nos dedicamos al escrutinio de sueros de pacientes con enfermedades reputadas como causa de RBFR.

En 22 casos de LES con anticuerpos antinucleares positivos las pruebas reagínicas (VDRL y RPR) fueron negativas en 17 y por ello no se les

hizo FTA-ABS. En cuatro casos el VDRL y el RPR fueron positivos lo que da una frecuencia de 18.18%. El caso con RPR 1:1 y VDRL NR dio un FTA-ABS positivo y su clasificación final no pudo hacerse por falta de la información clínica. De 24 pacientes con lepra tuberculoide tres dieron seropositividad del RPR mayor de 1:1 y el FTA-ABS también resultó positivo. La misma situación se dio en dos casos de seis de lepra indeterminada, y en cuatro casos de lepra lepromatosa las pruebas fueron totalmente negativas. Así pues, cinco de un total de 34 pacientes leproso dieron una serología sífilítica positiva (14.7%).

Si se trata de casos genuinos de lúes o no queda en entredicho por la falta de información clínica. En cuatro casos de Kala-azar se encontró un RPR transitoriamente positivo durante el período agudo de la enfermedad (25%) y su FTA-ABS fue negativo. En dos casos de E. de Chagas la serología fue negativa en ambos. Un caso de entre seis de herpes pro-genitales, fue positivo en la prueba reagínica durante 48-72 horas, con FTA-ABS negativo lo que da un porcentaje de 16.67. Nueve de diez casos de Paludismo agudo por P. Vivax fueron negativos y el caso positivo tuvo una positividad de 1:32 en VDRL y RPR con signos de secundarismo y antecedentes luéticos en su cónyuge, así como FTA-ABS reactivo en ambos. En diez casos de antigenemia positiva comprobada por contra-electroforesis y por radioinmunoensayo (RIA), la serología para lúes fue negativa por VDRL, RPR y FAT-ABS.

Fenómeno de Pro-Zona. Ya que en el 1% de los casos con títulos reagínicos altos puede presentarse este fenómeno⁽¹³⁾ consistente en una prueba (VDRL) negativa cuando no se diluye el suero, se ha aconsejado el uso de la prueba cuantitativa en forma rutinaria. Nosotros practicamos el RPR cuantitativo hasta la dilución 1:16 en

Lupus Eritematoso Sistémico.

un total de 864 muestras del Grupo I de las que 720 fueron NR (83.33%) y R en 144 (18.67%), sin encontrar ningún ejemplo de pro-zona.

DISCUSIÓN

El estudio comparativo de la aerología sifilítica en los dos grupos socio-económicos (I y II) sólo tiene un valor relativo por cuanto los del grupo II atienden a una clínica para enfermedades venéreas lo que impone una selección considerable en relación a los datos de alto ingreso (I), ya que éstos asisten más que todo por enfermedades extragenitales y por razones de certificados de salud. El índice real de enfermedades venéreas en este grupo I no puede tenerse porque no se registró la razón del examen. De acuerdo con los títulos registrados para el VDRL en los pacientes del grupo II, que son mayores de 1:8 en 5.29% y tan solo 0.46% en los del I, la práctica del VDRL cuantitativo como rutina para detectar el fenómeno de prozona, queda más justificada en una clínica de venerología. Este mismo criterio debería aplicarse a los casos que clínicamente son muy sospechosos y sin embargo dan una serología cualitativamente negativa, situación que se da en el 1% de la sífilis secundaria⁽¹⁵⁾.

En el control de calidad que se hizo en 87 VDRL del grupo II quedaron expuestas una coincidencia de 79.31 y una discrepancia en 18 casos (23.69%). La ocurrencia de un título mayor que el real en 15 casos (17.24%) puede explicarse por un defecto en la estandarización cuando se informa como título la dilución más alta con DR en lugar de aquella con R. Esta falta de estandarización en la lectura correcta de los títulos explicaría también los resultados fluctuantes que preocupan al médico tratante, no sin razón por cuanto el título de las pruebas neagénicas (RPR y VDRL) es el in-

dice usado para la eficacia del tratamiento. La negligencia es la única explicación para dos casos NR informados como R (2.30%) y el informe de un título mayor que el real en un caso (1.15%).

La curva de incidencia anual para los años 1973, 1974 y 1975 no refleja una realidad a nivel nacional, pero tiene el valor de señalar la mayor incidencia de una seropositividad sifilítica en el grupo de altos ingresos (I), cuyas causas conviene determinar para dictar las medidas preventivas adecuadas. Como parte de un diagnóstico nacional convendría estudiar si la incidencia también ha aumentado en el grupo de bajos ingresos (II).

El incremento anual de seropositividad en los años señalados parece haber tenido lugar a expensas del sexo femenino ya que en 1973 la relación hombre mujer fue de 3:1, y pasó a ser 1.46 y 1.19:1 en 1974 y 1975 respectivamente. El volumen de mujeres estudiadas en el grupo I fue mayor por cuanto en ellas se practica de rutina el VDRL y RPR prenatales.

Queda demostrada la mayor sensibilidad del RPR en relación al VDRL, del orden del 1.5% lo que está de acuerdo con informes previos⁽¹²⁾. Esta mayor sensibilidad no compromete su especificidad en relación a VDRL, ya que entre los 22 casos de reactividad 1:1 del RPR y VDRL NR, el FAT-ABS fue significativamente positivo en 68.18%.

Debemos resaltar el valor diagnóstico del VDRL de grumo grueso ("rough") y DR ya que nosotros encontramos el FTA-ABS reactivo en 36.4% de tales casos y confirmamos así los resultados de un grupo británico (Garner y Grantham, 1968)⁽¹³⁾, quienes alcanzaron la misma cifra usando el TPI. No tenemos ninguna explicación por haber obtenido el mismo resultado con un

método más específico como lo es el FAT-ABS, excepto que quizá ése es el mayor grado de certeza alcanzable con los métodos actuales.

La frecuencia de "falso biológico" (RBFR), como se le conoce entre nosotros, se da en 9.79% de los resultados seropositivos por RPR o VDRL y negativos por FTA-ABS. Entre las causas identificadas el lupus eritematoso sistémico (LES) es hasta el momento la más importante del sexo femenino pues alcanza una positividad reagínica del 18.18%, con FTA-ABS no reactivo. En el único caso de LES con FTA-ABS reactivo no tenemos la información clínica para considerarlo como sífilis o RBFR.

Los títulos de las RBFR fueron siempre entre 1:1 y 1:8 (92.86%) excepto en un caso en que el título alcanzó 1:32 durante nueve meses antes de su diagnóstico definitivo como LES. La situación en 34 leproso resultó muy interesante por cuanto en cinco casos de seropositividad con RPR y VDRL también resultó reactivo el FAT-ABS. Lo que sugiere que se trata de casos genuinos de sífilis o bien de que la lepra produce una RBFR tanto para reaginas como para anticuerpos antitreponémicos. El tipo tuberculoide fue el predominante con tres casos, sin saber hasta este momento el significado del hallazgo. En un caso de Ka a-Azar el RPR fue transitoriamente reactivo (1:1) durante uno días pero con FTA-ABS negativo. Contrario a lo que señalan algunos autores y libros de texto⁽²⁾ el paludismo no positiva la serología sífilítica en el 100% de los casos, porque nosotros estudiamos diez casos y sólo uno tuvo pruebas positivas pero se trataba de sífilis secundaria. El antígeno HBs Ag se detectó por contraelectroforesis y RIA en diez muestras de las que cuatro correspondían a pacientes con hepatitis y seis a portadores, y en todas ellas resultaron negativas las pruebas para serología sífilis-

tica. Se excluyen así en forma razonable estas dos supuestas causas de RBFR en países tropicales, aún cuando se acepta que el número de casos estudiado es insuficiente para una afirmación definitiva.

AGRADECIMIENTO

Se agradece la valiosa colaboración técnica del señor Jorge Amador.

BIBLIOGRAFÍA

1. **King Ambrose and Nicol Claude:** Venereal Diseases, 3rd. Ed. Bailliere Tindai, London, **1975**.
2. **Johnson Thomas W.:** Syphilis. In: Infectious Diseases 539-555 Edited by Paul D. Hoeprich, Harper and Row Publishers, **1972**.
3. **Mofler-Christensen Vilh.:** Un estudio osteorquológico sobre la historia de la sífilis y la lepra. Abbotempo, libro I, 20-25, 1969.
4. **Turner, T.B. and Ho'lander, D. H.:** Biology of the Treponematoses, Wld. Hlth. Org. Monogr. Ser. 35:42, Geneva, 1957.
5. **ironnenwirth, AI^x C:** Serologic tests in infectious diseases. II. Tests for syphilis. In: Gradwolvn's Clinical Laboratory Methods and diagnosis, 1501 - 1553, The C. V. Mosby Company, 7th Ed. 1970.

6. Deacon, W.E., Lucas J.B., Price E.V.: Fluorescent treponemal antibody-absorption (F T A-A B S) test for syphilis, JAMA 198:624-628, 1966.
7. Julián A.J., Logan, L.C., Norins L.C., and Scotti A.T.: Latent Syphilis: Inmunoglobulins Reactive in Immuno fluorescence and other Serological Tests, Infection and Immunity, Vol. 3, N^o 4:559-561, 1971.
8. Musher Daniel M. and Schell Ronald F.: The Immunology of Syphilis, Hospital Practice Volumen 10 N^o 12, 45-50, 1975.
9. Jaffe Harold M-: The Laboratory Diagnosis of Syphilis, Ann. of Int. Medicine 83:846-850, 1975.
10. Reported morbidity and mortality in the United States, 1974, Center for Disease Control, Weekly Report, Vol. 23 N^o 53:60.
11. Dyckman John D., Wende Reuben D., Gntenbeln Dorothea, and Williams Robert P.: Evaluation of Reagin Screen, a New Serological Test for Syphilis, 3. Clin. Microbiol. 4:145-150, 1976.
12. Reed Edward L.: The combined use of the RPR Card and FTA-ABS Test in the serodiagnosis of syphilis. Journ. of the Conference of Public Health Laboratory Directors, 26: N^o 4:123-134, 1968.
13. Sparling Frederick P.: Diagnosis and Treatment of Syphilis, Medical Progress, New Engl. J. of Med. 284:642-653, 1971.

Laparatomía Clasificadora en la Enfermedad de Hodgkin

ÁNGEL E. ARGUETA*

Finalidad e Importancia

La finalidad de la Laparotomía en el Hodgkin es su diagnóstico y localización por debajo del diafragma para clasificarla y administrar el tratamiento correcto; ejemplo: en estadio I y II el tratamiento es esencialmente CO⁶⁰, en estadio III quimioterapia más CO⁶⁰, y en estadio IV es primordialmente quimioterapia.

En cuanto a su importancia, la Laparotomía localiza exactamente la enfermedad no quedando de esta forma, áreas sin ser tratadas con cobalto, que puedan dar lugar a recurrencias. Al disminuir la dosis y las áreas a radiar, se evitan los efectos secundarios de la cobaltoterapia en los huesos, que en los niños provoca el retardo del crecimiento, las neoformaciones óseas, las depresiones medulares o los efectos que a veces aparecen con la quimioterapia como las disfunciones vesicales y aspermias. Otra de las ventajas, es que al realizar la esplenectomía se previene el hiperesplenismo frecuente en esta enfermedad y al no ser sometida esta área a las radiaciones se evita el daño al riñón y base pulmonar izquierda; asimismo se ha podido observar que las personas esplenectomizadas presentan mayor número de linfocitos y plaquetas circulantes, siendo capaces de tolerar dosis más altas de drogas y radiación; éstos a la vez, mejoran la respuesta del paciente al tratamiento y su pronóstico.

La Linfografía, aunque ayuda a determinar si hay ganglios paraaorticos aumentados de tamaño, falla en visualizar las cadenas ganglionares portales, celíacas, esplénicas y paraórticas altas, por lo que no descarta la posibilidad que haya enfermedad por debajo del diafragma.

Indicaciones

Diagnosticar y localizar las áreas intrabdominales afectadas por la enfermedad.

Contraindicaciones

. En pacientes con problemas (cardíacos, pulmonares) que contraindiquen la cirugía.

. En niños menores de 4 años, se aconseja no hacer la esplectomía, ya que se han reportado serias infecciones post-operatorias y muerte súbitas, al parecer debido a una disminución de sus defensas inmunitarias provocadas por la esplectomía y desencadenadas por las drogas o la cobaltoterapia. En estos casos, se sugiere hacer una biopsia de ganglios esplénicos y si estos son negativos, no deberá hacerse la esplectomía.

Técnica Operatoria

Debe de tenerse presente las siguientes normas:

* Cirujano Oncólogo, Hospital General, Tegucigalpa.

1. La Laparotomía clasificadora consiste en biopsia de los ganglios ilíacos, paraórticos, celíacos, portales, esplénicos, esplenectomía, biopsia hepática y de la cresta iliaca.

2. Todo ganglio deberá ser analizado por medio de biopsia sea o no sospechoso, ya que con frecuencia ganglios normales en tamaño tienen focos microscópicos de la enfermedad.

3. Deben identificarse las áreas en las que se practique la biopsia con clips metálicos para que puedan ser localizadas ulteriormente para su tratamiento con CO⁶⁰, en grandes masas sospechosas deberá hacerse biopsia y delimitarlas con clips metálicos, si están produciendo obstrucciones gastrointestinales podrán ser reseçadas o hacerse algún tipo de derivación.

4. Generalmente se realiza a través de una incisión vertical paramedial izquierda. Se explora el abdomen meticulosamente y se anotan los hallazgos. Primeramente, se exponen los ganglios ilíacos y paraórticos inferiores, para lo cual se desplazan los intestinos hacia la derecha y afuera, se abre el retroperitoneo y se resecan los ganglios palpables; hay ciertos ganglios, como los situados por detrás del duodeno o páncreas que son técnicamente difíciles de resecar.

Para la biopsia de los ganglios celíacos, el mejor abordaje es a través del epiplón menor, por encima del páncreas, el cual se desplaza hacia abajo; otra vía sería a través de la transcavidad de los epiplones. Deberá aprovecharse cuando se trabaja en esta región para hacer la biopsia de los ganglios de la porta-hepatis.

La Esplenectomía se hará de la forma usual; sin embargo, a veces presenta problemas, si el bazo es muy

grande, se aconseja controlar los vasos esplénicos primero a través de la transcavidad de los epiplones. Debe evitarse la lesión de la cola del páncreas cuando se diseque el hilio esplánico para no producir una pancreatitis; simultáneamente deberán ser resecados los ganglios esplénicos.

A toda lesión sospechosa en el hígado, se deberá hacer biopsia, si no hay lesión visible se realizará biopsia incisional del borde hepático y una con aguja de cada lóbulo.

Finalmente, se expondrá la parte anterior de la cresta iliaca y se tomará una biopsia incisional o con aguja.

Se aconseja que en la mujer premenopáusica, en la que se sospeche existe enfermedad en la pelvis, hacer una ovariopexia, es decir, fijar el mesovario y el ovario por detrás del útero para reducir su exposición a la radiación.

Complicaciones

La morbilidad operatoria es: Complicaciones 5%, mortalidad 0.8%.

Las complicaciones más frecuentes son: dehiscencia de la herida operatoria, atelectasias pulmonares, acceso subfrénico; menos frecuentes han sido las trombo-flebitis, las septicemias reportadas en niños menores de 4 años a quienes se les hizo la esplenectomía, y dos casos de broncos espasmo reportados en pacientes con adenopatías mediastínicas, en uno de los cuales fue fatal. En estos casos se aconseja radiar el mediastino antes de la Laparotomía, para evitar esta complicación.

REFERENCIAS

- 1.—■ Surgical Management of Hodgkin's Disease, *Annals of Surgery* 148: 705, 1958.
- 2.—> Laparotomy for Hodgkins' Disease: Some Surgical Observations, *Surgery* 71:694, 1972.
- 3.—■ Critical Evaluation Laparotomy and Splenectomy in Hodgkin's Disease, *Archivas of Surgery* 105: 222, 1972.
- 4.— Surgical Management of Lymphatic Tumors of the Mediastinum in Children, *Thoracic and Cardiovascular Surgery* 65;8, 1973.
- 5.— Surgical Experience with Staging Laparotomy in 125 Patients with Lymphoma, *Archives of Internal Medicine* 131: 356, 1973.
- 6.— The Staging of Hodgkin's Disease in Children Reviewed Proceeding of the American Cáncer Society. Page 973 - 1975.
- 7.— Hodgkin's Disease in Children Proceeding of the American Cáncer Society. Page 979 - 1975.
- 8.— Lymph Node Biopsy during Laparotomy for the Staging of Hodgkin's Disease. *Annals of Surgery* 178: 698 - 1973.
- 9.— Hodgkin's Disease Technic and Resu'its of Staging Laparotomy *Archives of Surgery* 106:507 - 1973.

Los Tumores Cerebrales en Psiquiatría

Por: *DAGOBERTO ESPINOZA M**

Paciente fememina, de 47 años, casada, traída al Hospital Psiquiátrico por haber sido encontrada en una de las calles de su ciudad, completamente desnuda y hablando incoherentemente. Se mostraba agitada y peleaba con la gente sin motivo aparente. No duerme y pasa en permanentes soliloquios. Durante la entrevista de ingreso la paciente fue descrita como psicótica en vista de su lenguaje incoherente y pláticas con personas ya fallecidas; además con aparentes alucinaciones auditivas y visuales.

Como único antecedente se encontró que desde hacía 4 meses se quejaba de "piquetazos en la cabeza", en región temporo-parietal derecha que se calmaban con analgésicos tipo aspirina.

Tanto el examen físico, como los complementarios: Rx de cráneo (simple, neumocéfalo y arteriografía), así como el electroencefalograma fueron concluyentes de proceso expansivo intracraneal. El neumocéfalo y la arteriografía fueron decisivos en la localización.

El diagnóstico histopatológico fue el de un meningeoma maligno grado II del lóbulo frontal izquierdo.

La clásica división de las psicosis **en somáticas y funcionales** tiene la

ventaja de obligarnos a descartar toda organicidad en las primeras, tales como tumores cerebrales, hematomas, neurolúes, intoxicaciones, etc., etc., y sólo cuando estamos seguros de su inexistencia podemos hablar con propiedad de las psicosis funcionales, es decir, de la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva.

He aquí una ligera revisión de los síntomas generales de los tumores cerebrales:

- a) Cefalea: Con frecuencia ocurre en forma de ataque muy severo, a veces intolerable para el paciente. Muchos de ellos se refieren que la cefalea es más intensa en horas de la mañana y que de crece gradualmente. Con frecuencia el dolor es sentido en sitios distantes al asiento del tumor.
- b) Vértigos: Es un síntoma frecuente. En los casos de rotación y tendencia a caer es probable que el proceso esté localizado en la fosa posterior.
- c) Vómitos: Los vómitos cerebrales son reconocidos por su carácter explosivo y generalmente no precedidos de náuseas. Con frecuencia coinciden los ataques de cefalea con los vómitos.

* Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.

- d) **Papiledema:** Es el principal signo objetivo. Puede estar presente por un largo período antes de que se presenten trastornos de la visión. Generalmente es bilateral. Ciertos tumores, en particular los de la región hipofisaria no dan este signo, pero causan atrofia del nervio óptico por presión directa.
- e) **Crisis convulsivas:** Con frecuencia son un síntoma temprano de tumor cerebral y, a excepción de la línea media, dan esta sintomatología en la mayoría de los casos. Es excepcional en los de la fosa posterior. La forma jacksoniana tiene un valor de localización.
- f) **Bradipsiquia:** Es un fenómeno frecuentemente encontrado, especialmente en aquellos que han alcanzado un grado considerable de tamaño. Ocasionalmente exhiben síntomas de una verdadera psicosis.

Síntomas psiquiátricos

Los síntomas iniciales de un tumor pueden estar enmascarados por trastornos mentales y emocionales preexistentes o concomitantes. La alteración de la memoria y de la conciencia son considerados como los más importantes.

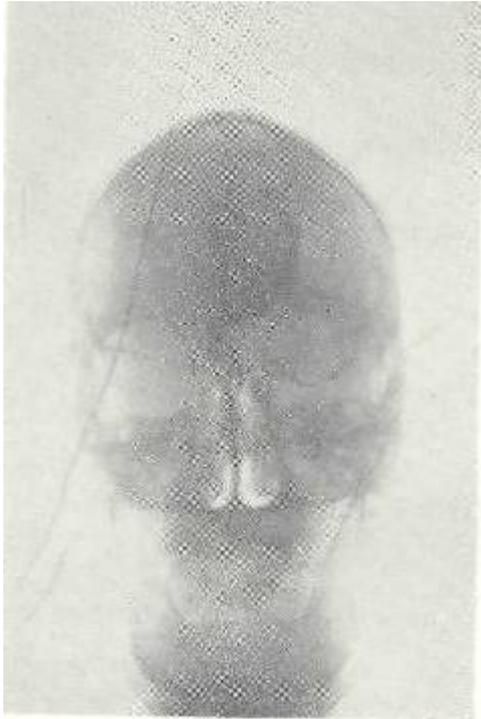
En algunos pacientes hay una acentuación de las tendencias de la personalidad; en otros hay pérdida de las inhibiciones, con embotamientos del sentido moral y social, incluso delitos sexuales.

Otros síntomas derivarán del daño cerebral producido por el tumor y la presión intracraneal. Así podemos encontrar disminución de la atención, trastornos de la memoria de fijación, obnubilación de la conciencia, somnolencia, confusión y desorientación. En otras palabras, un síndrome psico-orgánico.

En Psiquiatría tienen interés los del **lóbulo frontal**, que afectan preponderantemente la personalidad. Con frecuencia se advierte apatía y descuido en cuanto a su persona y a sus pertenencias. Pueden mostrarse irritables. Hay tendencia a las bromas de mal gusto.

Los del **lóbulo temporal** pueden dar una sintomatología que haga pensar en un cuadro esquizofrénico. Se refieren alucinaciones olfatorias y gustativas desagradables. Puede haber experiencias de extrañeza o estados oníricos. No son raros los estados de automatismo motor, llegando inclusive a la agresión física.

Corolario: A todo paciente psiquiátrico debe practicársele examen físico cuidadoso, incluyendo exploración neurológica.



"En el arteriograma de la carótida izquierda se observa la presencia de una tumoración redondeada de 6 cms. de diámetro, la cual se localiza profundamente en el lóbulo frontal y contiguo a la superficie interna del cerebro".



"Tumor se tiñe intensamente con el materia] de contraste y desplaza hacia la derecha la cerebra^l anterior".

BIBLIOGRAFÍA

1. **Bodechtel, G.** Diagnóstico diferencial de las enfermedades neuroológicas.
Ed. Paz Montalvo 1967.
2. **Biernond, A.** Brain Disease Amsterdam, Elsevier, 1970.
3. Noyes Psiquiatría Clínica Moderna
4a. Edición
La Prensa Médica Mexicana.
4. **Poeck, K.** Einführung in die klinische Neurologie
Springer-Verlag 1966.

Hiperplasia Suprarrenal Congénita con Situs Inversus

Presentación de un Caso

*Dr. ÓSCAR GONZÁLEZ ARDON**

*Dr., RAÚL DURON***

*Dr. RIGOBERTO TREJO****

La Hiperplasia Suprarrenal congénita es una entidad patológica producida por una falla enzimática, que ocasiona una insuficiente producción de cortisol que secundariamente, por alteración del mecanismo de "feed back" causa una hiperplasia de la glándula suprarrenal con aumento del A.C.T.H., fallando la producción de 1 a s hormonas mineralocorticoides, con aumento en la producción de hormonas androgénicas y virilización secundaria (1-2-3-4).

La falla enzimática en la síntesis de cortisol puede ser de diversos tipos, lo que lleva consigo cuadros muy similares con muy pocas variantes clínicas.

Se han descrito anomalías congénitas asociadas a esta entidad que pueden o no tener relación con la alteración hormonal (6-10-12-14-8-9).

Habiendo tenido un caso de hiperplasia suprarrenal con situs inversus y no encontrando en la literatura descripción de tal asociación, creímos conveniente presentarlo y discutir su patogenia.

Resumen de Historia Clínica:

Hijo de M.D.M.F. nacido el 4 de enero de 1977. La madre secundigesta de 24 años de edad. El primer producto normal, nacido a término. El embarazo actual de 39 semanas. FUM: 6-V-76.

Durante el parto no se aplicó anestesia, la ruptura de membranas fue artificial, saliendo líquido amniótico claro. El parto y alumbramiento fueron espontáneos. El peso fetal fue de 5 lbs. 6 onz. y la placenta 1 lb. Nació en buenas condiciones generales. El sexo indeterminado debido a apertura de aspecto vulboescrotal y órgano feoide con aparente hipospadia III, sin palpase testículos en la supuesta bolsa escrotal. Talla 48 cms. T 37 °C, P.C. 31 cms. Se consideraron los diagnósticos siguientes:

1.— Hipospadias III con ectopia testicular y 2.— Hiperplasia suprarrenal congénita.

La evolución fue satisfactoria hasta 20 días después de nacido que presentó signos de deshidratación, decaí-

• Jefe Servicio de Sala Cuna Hospital del IHSS, Tegucigalpa. **
Jefe del Servicio de Patología. Hospital del IHSS, Tegucigalpa. ***
Residente del Hospital del IHSS Tegucigalpa.

miento y vómitos. Se informó hiponatremia e hiperpotasemia. Con hidratación adecuada mejoró, pero a los 24 días del nacimiento presentó convulsiones tónico-clónicas generalizadas, especialmente del lado derecho. Murió a las 12 horas de presentado este cuadro.

Las exámenes practicados informaron:

Cariotipo sin anormalidades, sexo femenino (XX)

VDRL Negativo. Tipo sanguíneo "O" Rh(+)

Na: 121-119 m.Eq/L; K: 9.5[^]7.9 m.Eq/L; Cl: 85.5-102 m.Eq/L.

Hb: 19.4 grs. Hto. 54 Vols./OO; G.R.: 5.590.000; G.B. 30.800 mm³

N: 89% — L 11%; urocultivo contaminado

Na en orina: 38 m.Eq/L

Na en orina: 52 m.Eq.

17 Cetosteroides 2,4 mg/24 hrs.

17 hidroxisteroides 0.81 mg/24 hrs.

Creatinina en orina 0.11 q/24 hrs.

DATOS DE AUTOPSIA No. 2

Reconocimiento externo: Se observa clítores agrandado y labios escrotoideos sin palpase gonadas dentro de esta bolsa. Fuera de esto no se observan anormalidades.

Autopsia: Órganos torácicos y abdominales en SÍTUS INVERSUS. El pulmón derecho en lado izquierdo y viceversa. El corazón en lado derecho. Hígado en lado izquierdo y bazo en derecho. La misma anormalidad afecta al intestino. El apéndice en fosa iliaca izquierda. Se observa aparato genital femenino completo con útero, trompas y ovarios.

Corazón y grandes vasos: No se observan alteraciones de vasos. No se ven comunicaciones ni defectos auriculo-ventriculares.

Pulmones: Expandidos normalmente.

Bazo: Sin anormalidades macroscópicas.

Timo: Abundante, en situación precordial.

Riñones; Uréteres y Vejiga Urinaria: Sin anormalidades.

Suprarrenales: Agrandadas. Su peso en conjunto es de 18.5 gms. lo que indica hiperplasia ya que el peso normal en conjunto debería ser de 8 gms. No contiene nodulos.

Genitales internos: Presencia normal de útero, trompas y ovarios.

Cerebro: De apariencia normal.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA DE AUTOPSIA No. 2

Corazón: N.D.P.

Pulmones: Cortes de ambos pulmones muestran alvéolos bien distendidos, aireados.

No se observan focos neumónicos.

Hígado: No se observan alteraciones de hepatocitos ni de las áreas portales. No existe persistencia de hematopoyesis extramedular.

Bazo: No se observan anormalidades tanto en pulpa roja como en pulpa blanca.

Vejiga Urinaria: Ligeras hemorragias submucosas.

Riñones: No se observan alteraciones de glomérulos, túbulos, tejido intersticial ni vasos sanguíneos.

Timo: N.D.P.

Cerebro: N.D.P.

Suprarrenales: Las zonas compacta, fasciculada y reticular se encuentran ensanchadas por proliferación benigna de sus células. No se observan nodulos de adenoma o de carcinoma. Se observa poca vacuolización, casi nula de esta célula y ligero incremento de mitosis normales. En otros cortes se observan efecto de nodulación adenomatoide del parénquima adrenal. La médula suprarrenal no muestra anormalidades.

Gónadas: Cortes de gónadas muestran histología normal de ovarios, con abundancia de folículos ováricos dentro de un estroma compacto. No existe mezcla con componente gonadal masculino.

DIAGNÓSTICOS FINALES A.—

SITUS INVERSUS completo.

B.— HIPERPLASIA SUPRARRENAL BILATERAL CONGENITA, causando:

- 1.—Pseudohermafroditismo masculino.
- 2.—Síndrome adrenogenital del lactante.

DISCUSIÓN

La Hiperplasia suprarrenal congénita es un error del metabolismo del cortisol que se transmite por un gen autosómico recesivo, afecta por igual a ambos sexos y el defecto enzimático específico tiende a ser semejante en cada grupo familiar.

El síndrome adrenogenital se divide en I VIRILIZANTE: A. Deficiencia de 21 hidroxilasa (1.— compensada 2.— perdedora de sal) B. Deficiencia de 11 hidroxilasa (1.— Hipertensiva 2.— no hipertensiva?) II.— MIXTA: A. Defi-

Ciencia de 3-b hidroxisteroide Dehidrogenasa (usualmente perdedora de sal) III. — NO VIRILIZANTE: A. Deficiencia de 17 hidroxilasa (hipertensiva) B. Deficiencia de desmolasa (perdedora de sal) (1. 2. 3. 4.).

La falla de la 21 hidroxilasa es la forma más común, ocurre en 90% de los casos, (2) está asociado con virilización en las niñas con presencia de falo que simula un pene, presencia de seno urogenital, pigmentación de genitales y de areolas mamarias, en el niño varoncito no se presenta macrogenitosomía sino de 2 a 3 años por lo cual el Diagnóstico es difícil en el RN. Hay crecimiento rápido con aumento de la edad ósea y cierre precoz de la epífisis que ocasiona talla baja al final.

En la forma perdedora de sal, existen además vómitos, deshidratación producida por la pérdida excesiva de sal y agua por orina, cuadro que se ve en los dos sexos, pero que en la niña se puede sospechar por tener además genitales ambiguos, no así en el varón el cual al nacer es anatómicamente normal (7-13-1-2-3-4).

Esta pérdida de electrolitos se traduce por una hiponatremia, hipocloremia, hiperkalemia y acidosis metabólica. A ello se agrega un aumento de 17 — cetosteroides y pregnantriol en orina.

Cada día se reportan nuevos casos de hiperplasia perdedora de sal y para algunos este llega de 30 — 40%.

Los demás cuadros clínicos son más raros, en la II hidroxilasa hay hipertensión y virilización con la acumulación de Desoxicorticosterona (DOC). Por desgracia para el diagnóstico, los caracteres clínicos son variables, el virilismo ha ocurrido tardíamente incluso en la pubertad. Y en ocasiones no ha habido hipertensión. (1).

En la 3—b hidroxisteroide dehidrogenasa, el bloqueo ocurre en un etapa

muy temprana, disminuyendo mucho la síntesis de cortisol y aldosterona lo que explica los caracteres adisonianos del trastorno.

Además disminuye la síntesis de testosterona por ello hay poca virilización en la mujer. (5-11-1).

En la falla de la 17 hidroxilasa hay elevación de la desoxicorticosterona la cual causa hipertensión. En la falla de la desmolasa los genitales externos tienen desarrollo sexual incompleto, hay pérdida de sal y líquidos. (1-2-3-4).

La Asociación de hiperplasia suprarrenal congénita con otras anomalías ha sido ya reportada. (6-10-12-14-8), sobre todo de tipo músculo esquelético. Cohén en 1977 describió la asociación de esta entidad e Hipotiroidismo (10) la asociación de hiperplasia suprarrenal con SITUS INVERSUS no ha sido descrita.

En nuestro caso especial nos encontramos con una niña con Diagnóstico corroborado por clínica y laboratorio de un Situs Inversus más Síndrome Adrenogenital de tipo perdedor de sal,

un estado infeccioso agudo desencadenó una crisis suprarrenal que le causó la muerte.

Es de hacer notar que el Situs Inversus total fue un hallazgo de Autopsia.

R E S U M E N

Se presenta un caso de Hiperplasia Suprarrenal Congénita, perdedora de sal por falla de la 21 hidroxilasa que a su vez tenía un situs inversus. Se trataba de una niña recién nacida que presentaba genitales ambiguos, y que a los 20 días de nacido sufre deshidratación con vómitos y poliuria, sin cuadro diarreico, examen de electrolitos demostró una hiponatremia con una hiperkalemia y una acidosis metabólica, 17 cetosteroides y 17 hidroxisteroides estuvieron dentro de límites normales, una cromatina sexual demostró sexo femenino normal. La autopsia comprobó la hiperplasia suprarrenal y el situs inversus.

Se discute la etiopatogenia de la entidad y se analiza el caso en particular.



Fig. 1 Glándulas Suprarenales Hipertrofiadas.

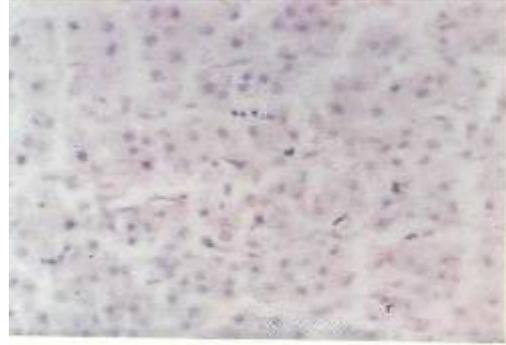
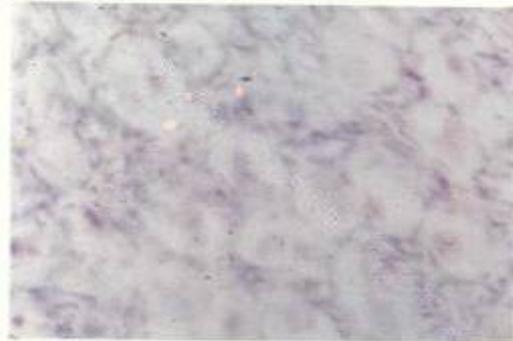


Fig. 2 Corte Histológico de la Glándula Suprarenal donde se visualiza Hiperplasia de las capas.

Fig. 3 Pieza Anatomopatológica con Ovario y Utero Normal.



Fig. 4 Corte Histológico del Ovario Normal,



BIBLIOGRAFÍA

- 1.— New **M. D.** "Hiperplasia Suprarrenal Congénita Clin. Ped. Nort América. Mayo 1968 - 395 - 407.
- 2.— **Bongiovanni, A. M.** "Disorders of Adrenocortical Steroid Biogénesis" (The Adrenogenital Syndrome Associated with Congenital Adrenal hyperplasia). The metabolic Basis of inherited disease. —Third Edition— 1972 MacGraw-Hill Inc. 857-868.
- 3.— **Wilkins, L.** "The Diagnosis and treatment of endocrine disorders in childhood and adolescence" Ed. 3 Springfield, Illinois, Charles C. Thomas. Chapter XVII - 1975.
- 4.— Zurbrugg, R. P. "Hiperplasia Suprarrenal Congénita - Enfermedades genéticas y endocrinas de la Infancia Ly H. L. Gardner. Traducción española. Salvat Editores, S. A. 1971 - 466 - 490.
- 5.— Kenny, F. M. Reynolds, J. Green, O. C. "Partial 3-b-Hydroxysteroid dehydrogenase (3b-HSD) deficiency in a family with congenital Adrenal hyperplasia: evidence for increasing, 3b-HSD activity with age". Pediatrics Vol. 48, Nov. 1971.
- 6.— **Kirkland, R. T, Kirkland. J. L. Librik, L. M. Clayton, G. W.** "The incidence of associated anomalies in the patients with congenital Adrenal Hyperplasia". Pediatrics Vol. 49, No. 4 Abril 1972.
- 7.— **Zangener, F.** "Vomiting, dehydration and shock in a baby". C l i n i c a I Pediatrics May. 1973.
- 8.— Gabrilove, J. L. Nicolis, G. L. Sohval, A. R. "Non tumor feminizing Adrenogenital Syndrome in the male subject" The Journal of Urology. Vol. 110. Dic. 1975. **710-713.**
- 9.— Scott, E. M. "Genetics disorders in isolated populations". Arch. Environ Health. Vol. 26 En. 1973 - 32 - 35.
- 10.— Cohén, L. A. "Congenital hypotiroidism and congenitaS adreno-cortical hyperplasia in an i n f a n t: Diagnostic and metabolic implications". The Journal of Pediatrics Vol. 90. No. 1 En 1977-77-79.
- 11.— Gabrilove, J. L. **Sharna D. C,** Dorfman R. I., "Andrenocortical 11 B-hydroxylase deficiency and virilism first manifest in the adult woman". The New England Journal of Medicine. June 10 V. 272. N. 23. 1965.
- 12.— Maclaren, N. K. Migeon C. J. Raiti, S. "Gynecomastia with congenital virilizing adrenal hyperplasia (11-B hydroxylase deficiency)". The Journal of Pediatrics V. 86 N. 4 Ab. 1975. 579-561.
- 13.— Marks, i. Fink Cb. W. "Incidence of the salt-losing form of congenital Adrenal Hyperplasia". The Journal of Pediatrics.
- 14.— **Earli, J. M. Neijman, S. G. P. Raimando, V. C,** "Bilateral testicular tumor in untreated congenital adrenocortical hyperplasia JAMA Ag. 11, 1969. V. 209. No. 6.

Electrocardiografía Práctica

Dr. MARCO A. BOGRAN*

Observe ^Electrocardiograma ilustrado, el ritmo es sinusal, relativamente lento con frecuencia de 58, el segmento PR es largo midiendo 0.22 de seg. (normal hasta 0.20 de seg.), pequeña onda Q en DI con onda S profunda en D3. Note además patrón RSR, en VI con onda S. persistente en V6.

Encontramos entonces bloqueo AV de primer grado, (PR Largo) desviación de eje a la izquierda de menos de 50 (Q en DI-DL, S en D3 y F), y además bloqueo completo de rama derecha (RSR' en VI S persistente en V6). Esta combinación de hallazgos electrocardiográficos se ha denominado bloqueo trifascicular, en otras palabras, bloqueo AV de primer grado, bloqueo de la subdivisión anterior de la rama izquierda del Fascículo de His y bloqueo de la rama derecha del mismo.

COMENTARIO

El bloqueo trifascicular es relativamente infrecuente, en aproximadamente 3,500 Electrocardiogramas leídos personalmente por el autor en diferentes Intituciones hospitalarias de la ciudad, solo hemos encontrado 3 casos. Es un paso previo al bloqueo

AV completo en un porcentaje alto de casos. No existe tratamiento más que la "Expectación Armada" para la inserción de Marcapaso Artificial Permanente.

La etiología en el 90% de los casos es la esclerodegeneración primaria del tejido conductor (Enfermedad de Le-negre), la afectación degenerativa secundaria del sistema conductor (Enfermedad de Lev), la arterieesclerosis coronaria, y las miocardiopatías de diversa etiología.

El 10% de los bloqueos trifasciculares lo encontramos en Cardiopatías congénitas o de origen reumático.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

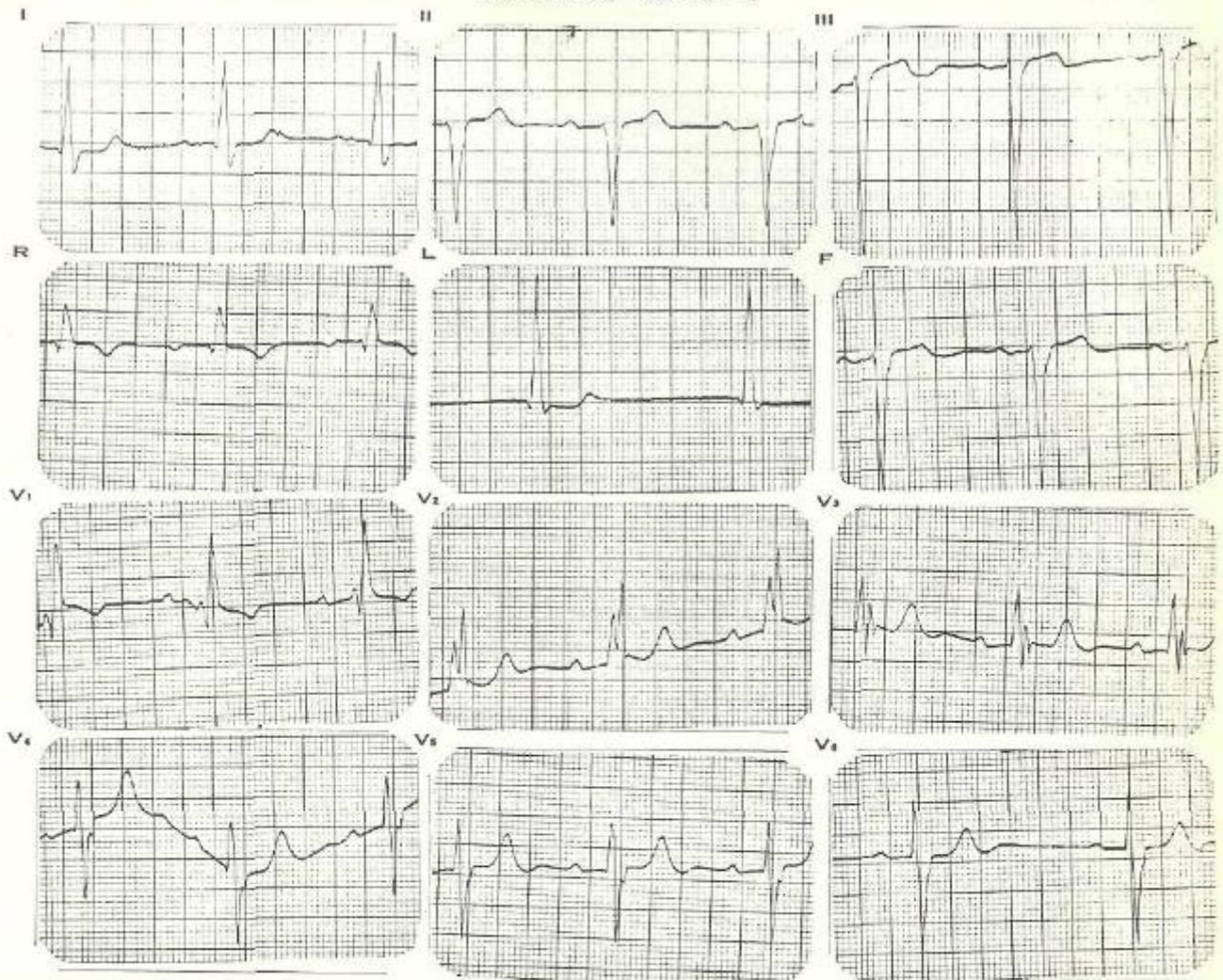
- * Practical Electrocardiography, Fifth Edition, Marriot HJL, Williams & Wilkins, Baltimore, 1972 Pa. 93-94.
- * Rosenbaum M B, Elizari M. V, Lazzari JO, Los Hemibloqueos, Buenos Aires, Pardo 1968.
- * Bográn M A, Electrocardiografía Práctica. Revista Médica Hondurena. Vol. 42 No. 4, 1974.
- * Workshop in Electrocardiography, Marriet H J L , Tampa Tracings, Oldsmar Florida, 1972. Pag. 152-153.

* Clínicas Centro Médico Hondureno, Comayagüela, D. C.

Dr. Marco A. Bográn

MEDICO CARDIOLOGO

TEGUCIGALPA, D. C. HONDURAS. C. A.



NOMBRE:

ECG. PREV. SI NO DIG. QUIN. OTRAS EDAD 72 SEXO M P.A. 150/90 FECHA 30-3-76, H.U.M.U. NO. 5

DIAG. CLIN.: Parotitis Avc

RITMO: SINUS OTROS:

Bradicardia

LECTURA ELECTROCARDIOGRAFICA

FRECUENCIA: AUR. VENTR.

INTERVALOS: P-R 0.12 QRS 0.08 QTc

EJE: + - 50

DESCRIPCION:

P
QRS
S-T
T U.

normal

DER. PRECORDIAL

rS r' U1

INTERPRETACION:

DCI BAAV 1º grado
BCPD

Marco A. Bográn

DR. MARCO A. BOGRAN

índice Acumulativo de la Revista Médica Hondureña, 1962-1976

Dr. CARLOS A. JAVIER ZEPEDA*

Se ha efectuado un índice de los Artículos originales, revisiones de literatura, informes de casos clínicos, anotaciones científicas y contribuciones breves de contenido científico para la Revista Médica Hondureña, que han aparecidos publicados en los volúmenes 30 al 44 de los últimos 15 años (1962-1976). No se han incluido en esta revisión los editoriales, las cartas al editor, las secciones gremial, literaria, etc. Que también representan el esfuerzo de muchos colegas.

Actualmente la Biblioteca Médica Nacional está preparando el catálogo completo de la Revista Médica Hondureña, el cual será publicado oportunamente.

El temario para la clasificación de los artículos fue seleccionado por el autor para organizar mejor esta presentación y los títulos han sido distribuidos de acuerdo con el tema de mayor afinidad con el contenido de la publicación.

Grupo 1. CIENCIAS BÁSICAS DE LA MEDICINA.

—Biología Celular —
Bioquímica Fisiológica —
Genética Humana —
Embriología Humana —
Fisiología Humana —
Anatomía Microscópica
(Histología) Humana

—Anatomía Macroscópica
Humana
—Microbiología Médica —
Zoología (Parasitología)
Médica
—Inmunobiología —
Farmacología Médica —
Patología General

Grupo 2. MEDICINA CLÍNICA.

2.1—Mecanismos Patológicos Básicos

—Enfermedades causadas
por agentes biológicos
(Infectología)
—Enfermedades genéticas
y anomalías del desarrollo
—Enfermedades metabólicas
y Nutricionales
—Enfermedades de origen
Inmunológico
—Enfermedades Neoplásicas
(Oncología)
—Enfermedades causadas
por agentes Químicos y
Físicos

2.2—Medicina Sistémica y afines

—Dermatología —
Psiquiatría —
Neurología —
Cardiología —
Angiología

* Secretario, Revista Médica Hondureña.

índice Acumulativo de la Revista Médica Hondureña, 1962-1976

Dr. CARLOS A. JAVIER ZEPEDA'

Se ha efectuado un índice de los Artículos originales, revisiones de literatura, informes de casos clínicos, anotaciones científicas y contribuciones breves de contenido científico para la Revista Médica Hondureña, que han aparecidos publicados en los volúmenes 30 al 44 de los últimos 15 años (1962-1976). No se han incluido en esta revisión los editoriales, las cartas al editor, las secciones gremial, literaria, etc. Que también representan el esfuerzo de muchos colegas. Actualmente la Biblioteca Médica Nacional está preparando el catálogo completo de la Revista Médica Hondureña, el cual será publicado oportunamente.

El temario para la clasificación de los artículos fue seleccionado por el autor para organizar mejor esta presentación y los títulos han sido distribuidos de acuerdo con el tema de mayor afinidad con el contenido de la publicación.

Grupo 1. CIENCIAS BÁSICAS DE LA MEDICINA.

—Biología Celular —
Bioquímica Fisiológica —
Genética Humana —
Embriología Humana —
Fisiología Humana —
Anatomía Microscópica
(Histología) Humana

—Anatomía Macroscópica
Humana
—Microbiología Médica —
Zoología (Parasitología)
Médica
—Inmunobiología —
Farmacología Médica —
Patología General

Grupo 2. MEDICINA CLÍNICA.

2.1—Mecanismos Patológicos Básicos

—Enfermedades causadas por agentes biológicos (Insectología)
—Enfermedades genéticas y anomalías del desarrollo
—Enfermedades metabólicas y Nutricionales
—Enfermedades de origen Inmunológico
—Enfermedades Neoplásicas (Oncología)
—Enfermedades causadas por agentes Químicos y Físicos

2.2—Medicina Sistémica y afines

—Dermatología —
Psiquiatría —
Neurología —
Cardiología —
Angiología

* Secretario, Revista Médica Hondureña.

- Neumología
 - Hematología y sistema Linforeticular
 - Musculo-esquelético (Reumatología)
 - Gastroenterología y Hepatología
 - Nefrología
 - Endocrinología
 - Sistema Reproductivo
 - Oftalmología
 - Otorrinolaringología
 - Inmunología y Alergia
 - Anestesiología
 - Terapéutica Farmacológica
 - Terapéutica con fluidos
 - Rehabilitación y Medicina Física
 - Medicina Experimental
- 2.3—**Cirugía Regional**
- Neurocirugía
 - Cirugía Cardiopulmonar
 - Cirugía Vasculat
 - Cirugía Abdominal
 - Cirugía Urológica
 - Cirugía Ginecológica y Obstetricia — Cirugía Ortopédica y Traumatología — Cirugía Oftálmica — Cirugía Otorrinolaringológica
 - Cirugía Plástica — Cirugía de Mama — Cirugía de Tejidos Blandos
 - Cirugía Proctológica — Cirugía de Cuello — Cirugía Maxilofacial — Técnica Quirúrgica — Cirugía Experimental
- 2.4—**Patología Clínica**
- Histopatología Clínica — Citología Clínica — Microbiología Clínica — Microscopía Clínica — Citogenética Clínica — Química Clínica — Inmunología Clínica

- Inmunoematología Clínica
- 2.5—**Radiología**
- Radiodiagnóstico
 - Radioterapia — Gammagrafía

Grupo 3. **MEDICINA SOCIAL Y SALUD PÚBLICA.**

- Epidemiología — Higiene y Salud Pública — Sociología Médica — Administración de Servicios de Salud

Grupo 4. **HUMANIDADES EN MEDICINA V EDUCACIÓN MÉDICA.**

- Educación Médica. — Historia de la Medicina — Filosofía y Ética en Medicina

Í N D I C E

GRUPO I.

NO HUBO PUBLICACIONES EN ESTE GRUPO EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

GRUPO 2.

ENFERMEDADES CAUSADAS POR AGENTES BIOLÓGICOS (INFECTOLOGIA)

- | | | |
|---------------------------------|---|--------------|
| Corrales Padilla H. | Reacciones Serológicas para la Sífilis-Problemas de Trabajo | 30:23, 1962 |
| Zúñiga S. R. | Tuberculosis Abdominal | 32:243, 1964 |
| Fernández E., Laínez H. | Incidencia de la Blastomycosis en Honduras..... | 33:6 1965 |
| Durón R. A. Castro Reyes | 3. Histoplasmosis | 36:241, 1968 |

Cardona L. V., Aguilar Paz E., Histoplasmosis en Honduras38:109,1970

Figueroa M. E., Bueso J. A. Zachary E. G., Frank P. T. Encefalitis Equina Venezolana en Humanos de Honduras38:126,1970

Laínez H., Fernández S. Forma aguda de la enfermedad de Chagas39:4 1971

Reimans H. Problemas en el manejo de las infecciones Respiratorias Agudas. 39:203,1971

Pacheco J. A. Entamoeba histolytica-Revisión de su tratamiento40:202,1972

Villela Vidal R. Trascendental cambio en la Resistencia Bacteriana41:206,1973

Sierra E., Morera P. Angiostrongylosis Abdominal41:208,1973

Nuernberger S. P., Ramos C. V. Leishmaniasis Visceral42:234,1974

Elvir A. Miasis Orbitaria por Dermatobia hominis. .42:253,1974

Membreño M. Conceptos fundamentales en el tratamiento de la Tuberculosis43:20, 1975

Corrales Padilla H. Sífilis, algunos aspectos de interés43:49, 1975

Donas S., Berlíoz Z., Boquín P. M. Calcedo R., Torres T. De Análisis de 152 casos de Meningitis Supurada43:214,1975

León Gómez F. El Virus Lento de la Rubeola.....43:264,1975

Rivas M. E. De consideraciones sobre Tuberculosis Infantil43:282,1975

Matco, S. T., Cleaves, F., Padilla L., Martínez P. T., Infecciones intrahospitalarias44:146,1976

Figueroa M. Becerra. I. M. de Casti lo D. Prevalencia del Estreptococo de grupo A en escolares de Tegucigalpa44:230,1976

ENFERMEDADES GENETICAS Y ANOMALIAS DEL DESARROLLO

Padilla R. L., Gánzalez Ardón, O. Síndrome de Seckel o enanismo con Perfil de pájaro44:3 1976

González Ardón, O. Trejo R., Haddad J. Distrofia Torácica asfixiante44:159,1976

ENFERMEDADES METABOLICAS Y NUTRICIONALES

Raudales, O. Hemocromatosis31:34, 1963

Schumer N. O. Kubral J. C. Metabolismo del Shock36:166,1968

Gutiérrez Mayano A. Comentarios generales acerca de la gota.....36:275,1968

ENFERMEDADES DE ORIGEN INMUNOLOGICO

Jennings E. R. Uso de la globulina Camma anti Rh.37:87, 1969

Laínez H. Inmunobiología en el transplante de órganos y tejidos.....38:9, 1970

ENFERMEDADES NEOPLASTICAS (ONCOLOGIA)

Banegas, V. M. Cáncer de la mama30:31, 1962

Faraj E. Análisis estadístico de los resultados obtenidos en la clínica detectora del cáncer cervicouterino en Tegucigalpa, 1960-196231:4, 193

Durón R., Delgado C., Medina Nolasco R. Cáncer Pediátrico en Honduras31:23, 1963

Raudales O. Método del diagnóstico del carcinoma in situ del cuello uterino..32:161,1964

Winship T. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de tiroides35:77, 1965

Zúñiga S. R. Reticulosarcoma del Bazo38:202,1970

Zelaya R. La Hipofisectomía en el tratamiento del cáncer mamario39:198,1971

Ochoa Alcántara R. Cáncer del cuello uterino. Estado actual del Problema.39:306,1971

Medina C. A., Mendoza, J. E. Cáncer de cuello uterino en prolapso uterino...44:195,1976

ENFERMEDADES CAUSADAS POR AGENTES QUIMICOS Y FISICOS

León Gómez A. Lozano Cabalero C. Intoxicación con Pentaclorofenato de Sodio en Honduras33:7, 1965

DERMATOLOGIA

Fernández, E. Blastomycosis suramericana31:41, 1963

Oviedo, G. P. Nuestra Experiencia en la enfermedad de Leiner32:201,1964

Fernández, E. El micetoma en Honduras33:83, 1965

Corrales Padilla H. Dermatología en el Trópico Centroamericano. Lepra Manchada de Lucio, Antimalaricos en reacción leprosa33:129,1965

Fernández, E. Informe del primer caso en Centroamérica de Micetoma por *Nocardia asteroides*33:265,1965

Corrales Padilla, H. Penfigo Foliáceo34:50,1966

Corrales Padilla, H., Fernández, E., Laínez, H. Contribución al tratamiento de la úlcera crónica de las piernas34:125,1966

Corrales Padilla, H. Carcinogénesis en Dermatología34:180,1966

Fernández, E. Dermatomiositis. Informe del primer caso en Honduras...34:236,1966

Fernández, E. Leishmaniasis en Honduras35:83, 1967

Durón R. A. Laínez H. Enfermedad de Mondor..35:126,1967

Corrales Padilla, H., Padilla, A. L. Piodermitis vegetante35:201,1967

Handal, A. E. Introducción al Estudio de las genodermatosis35:239,1967

Corrales Padilla, H., Laínez, H. Leishmaniasis cutánea diseminada36:142,1968

Salamanca, E. Tratamiento inmediato de las quemaduras36:285,1968

Corrales Padilla, H., Laínez, H., Medina Nolasco R. Síndrome del carcinoma nevoide basocelular..37:198,1969

Corrales Padilla, H. Cromomicosis38:48, 1970

Corrales Padilla, H. Lupus eritematoso profundo...38:174,1970

Corrales Padilla, H. Deficiencia mental y piel...40:37, 1972

Corrales Padilla, H. La vasculitis en diversos procedimientos sintéticos ...41:281,1973

Henríquez, C. I. Lesiones cutáneas producidas por irradiación ionizante41:26, 1973

Corrales Padilla, H. Fotodermatosis41:104,1073

Corrales Padilla, H. Queratitis por fotosensibilidad...43:163,1975

Corrales Padilla, H. Fotoquimioterapia de la Psoriasis con psoralenos por vía oral y luz negra.....44:96,1976

PSIQUIATRIA

Mendoza, M. Psicología y Psicopatología del embarazo, parto y puerperio...33:94, 1965

León Gómez, F. Aspectos psicodinámicos del alcoholismo33:164,1965

Zapata, S., Izaguirre, S., Mendoza, M., Ríos, O. Los sueños en el adolescente peruano34:39, 1966

León Gómez, F. Síndrome del Padastro36:50, 1968

León Gómez, F. La Naturaleza del Proceso psicoterapéutico38:20, 1970

León Gómez, F., Osorio, O. V. Variables en el tratamiento de 241 pacientes convulsivos39:225,1971

Espinoza, D. Psicosis en epilépticos43:160,1975

Padilla, A. L. Alcoholismo en Honduras44:112,1976

Reconco, M. A. M. El enfoque conductual del Desarrollo y mantenimiento de el alcoholismo44:203,1976

Espinoza D. ¿Homicidio-suicidio?44:221,1976

NEUROLOGIA

León Gómez, F. El Síndrome de daño cerebral mínimo en el niño32:54 1964

León Gómez, F. El examen del L CR por punción lumbar y arterial33:30, 1965

Rivera Williams, C. Síndrome de Guillain-Barre...35:230,1967

León Gómez, F. Indicaciones y limitaciones del EEG41:278,1972

León Gómez, F. Factores preventivos en la insuficiencia cerebrovascular ..42:245,1974

Fornazzin, L., Bulnes, R. Encefalopatía anóxica .42:248,1974

González Ardón, O. Apnea Emocional44:118,1976

CARDIOLOGIA

Cardona López, V. Insuficiencia cardíaca con manifestaciones predominantemente hepáticas32:298,1964

Sierra Andino, C. Nuevos conceptos de la enfermedad coronaria33:25, 1965

Sierra Andino, C. Estenosis Mitral. Algunos conceptos33:274,1965

León Gómez, A. Incidencia de la enfermedad cardíaca en Honduras34:242,1966

Sierra Andino, C. Hipertensión Arterial a través de las edades42:184,1974

Bográn, M. A. Defibrilación ventricular por medios mecánicos42:213,1974

Bográn, M. A. Ritmo nodal con onda P positiva43:227,1975

Bográn, M. A. Electrocardiografía práctica. (Arritmia provocada por un marcapaso artificial defectuoso)44:67, 1976

Bográn M. A. Electrocardiografía práctica (Estenosis aortica)44:131,1976

Bográn, M. A. Electrocardiografía práctica (Hipertrofia ventricular izquierda)44:184,1976

ANGIOLOGIA

Rivera h. J. Gómez Márquez, G. J. Síndrome de Leriche. Informe de un caso y revisión de la literatura30:28, 1962

Gómez-Márquez G. J. Tumor Glomo30:37, 1962

NEUMOLOGIA

Cueva, J. A. Reporte de dos casos de fibrosis pulmonar intersticial difusa que se presentaron en el Sanatorio Nacional para Tuberculosos de Tegucigalpa33:77, 1965

Cueva, J. A. Informe preliminares sobre fibrosis pulmonar33:250,1965

Cardona López, V., Mencia, D. Microlitiasis pulmonar alveolar37:232,1969

Silva, M. E., Mencia, D. Microlitiasis pulmonar alveolar43:43, 1975

HEMATOLOGIA Y

SISTEMA LINFORETICULAR

Arrowsmith, W. R. Manejo del Problema del Sangrado38:25, 1970

Coello, C. R. Tratamiento de la leucemia en niños...39:209,1971

Coello, C. R. Los factores de la coagulación39:268,1971

Alvarado, R. E. Síndrome de Mickulicz, Leucemia linfoblástica con infiltración de las glándulas salivales y lagrimales44:37, 1976

SISTEMA MUSCULOSO — ESQUELETICO (REUMATOLOGIA)

Zúñiga, C. A. Lumbosacralgia-Estudio de 107 casos30:25, 1962

Samra, L., Zepeda, A., Hipertrofia Cortical Infantil31:3, 1963

Bermúdez Milla, A. Enfermedad de Paget32:271,1964

GASTROENTEROLOGIA Y

HEPATOLOGIA

Haddad, J. La Punción biopsia hepática con el procedimiento de Menghini32:28, 1963

Haddad, J. Alonzo, E. Ictericas en el embarazo ...32:44, 1964

Cardona López, V. Presentación de un caso de enfermedad poliquística del hígado33:167,1965

Alonzo, E. Haddad, J., Cardona López, V., Rivera h. J., Lozano, C. Cirrosis hepática en Honduras34:31, 1966

Haddad, J. Alonzo, E. Comunicación de cinco casos de lesión hepatocelular en embarazadas34:172,1966

Rivas, A. Fisiopatología de las pruebas de función hepática38:34, 1970

Larach, C. J. Raquel P. Colestasis intratratéptica con embarazo38:211,1970

Bueso, M., Rivera h. J. Exsanguinotransfusión, medida heroica en el tratamiento de la insuficiencia hepática aguda debida a fósforo inorgánico42:88, 1975

Zúñiga, G. A. Ictericia Post-operatoria44:46, 1976

Zúñiga, G. A. Amador, L. Panendoscopia en el I.H.S.S.44:86, 1976

Cassis, L. G. Úlcera Péptica en el Hospital General y Asilo de Inválidos44:151,1976

NEFROLOGIA

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976

ENDOCRINOLOGIA

Rivera h. J., Haddad, J. Serotonina y Síndrome del Carcinóide32:100,1964

Zúñiga, S. R. Pseudohermafroditismo masculino ..39:45, 1971

Sarmiento Soto, M. A. Síndrome virilizantes suprarrenales y ováricos39:294,1971

Durón, R. A. Hiperparatiroidismo primario40:76,1972

Custodio, R. Coma no cetónico en el paciente senil .42:92 1974

SISTEMA REPRODUCTIVO

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ASPECTOS MEDICOS DE LA REPRODUCCION ENTRE 1962 y 1976

(VER TEMAS QUIRURGICOS BAJO CIRUGIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICIA).

OFTALMOLOGIA

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE LOS ASPECTOS MEDICOS DE LA OFTALMOLOGIA ENTRE 1962 y 1976.

OTORRINOLARINGOLOGIA

Aguilar Paz, E. Otoesclerosis en Honduras31:4, 1963

Aguilar Paz, E. Síndrome de Wegener36:118,1968

INMUNOLOGIA Y ALERGIA

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTOS TEMAS ENTRE 1962 y 1976.

ANESTESIOLOGIA

Echeverría, J. M. Bloqueo axilar perivascular32:280,1965

Rivera, O. A. Anestesia peridural lumbar35:148,1965

Rivera, O. A. Anestesia dissociativa con clorhidrato de Ketamina (Katalar) ...38:181,1968

Echeverría, J. M. Manejo de pacientes con compromiso de la vía superior ..40:9, 1972

Rivera, O. A. Consideraciones sobre el empleo de Epontol (propanidida) en la operación cesárea. Análisis clínico de 100 casos. .40:263,1972

Rivera, O. H. Anestesia para laparoscopia43:24, 1975

TERAPEUTICA FARMACOLOGICA

Corrales Padilla, H. Antimicóticos31:62, 1963

Alvarado, F. Algunos aspectos químicos de los desórdenes mentales y los efectos cualitativos de las drogas psicotrópicas en el humano32:117,1964

Corrales Padilla, H. Antihistamínicos32:285,1964

León Gómez, F. Librium y Valium en el tratamiento de los estados convulsivos34:259,1966

Corrales Padilla, H. Diaminodifenilsulfona en Psoriasis35:15, 1967

Corrales Padilla, H. Quimioterapia de los epitelomas cutáneos. Uso de tres agentes citostáticos36:225,1967

Núñez, J. A. Evaluación de algunos anticonceptivos orales36:247,1967

López Quiles, J. Las Tripsinas en el tratamiento de las lesiones deportivas agudas36:360,1968

Anónimo Informe de Estudios con la Calaguala37:243,1969

Corrales Padilla, H. Etambutol e Isoniazida en el tratamiento de la Tuberculosis38:3, 1970

Coello, C. R. Uso de los diuréticos en el tratamiento del edema38:131,1970

Mendoza, M. Manejo Psicofarmacológico de la angustia. Utilización de Hidroxifenamato39:286,1970

Iriás Cáliz, A. Complicaciones por el uso de antibióticos y quimioterápicos en obstetricia40:107,1972

Corrales Padilla, H., Pacheco, J. Calagualina, su ensayo en el tratamiento de la Psoriasis40:253,1972

Cámbar, P. Interacciones Medicamentosas42:30, 1974

Vallecillo h. G., Uso y Abuso de las Drogas durante el embarazo42:109,1974

Núñez, J. A. Uso de la Prostagladina F2 alfa por vía intravenosa en la interrupción del embarazo ..43:34, 1975

Aguilar Paz, E. Estreptocinasa y Estreptodornasa en amigdalectomizados43:167,1975

Bueso J. A. Dosis masivas de atropina en la intoxicación orgafosforada43:207,1975

TERAPEUTICA CON FLUIDOS

C'eaves, F. Terapia líquida en Pediatría43:136,1975

Sandoval, W. C. Uso práctico de la Hiperalimentación parental43:185,1975

González Ardón, O., Vásquez, O. Tratamiento de la deshidratación en el lactante44:53, 1976

REHABILITACION Y MEDICINA FISICA

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTOS TEMAS ENTRE 1962 y 1976.

MEDICINA CLINICA

EXPERIMENTAL

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976.

NEUROCIRUGIA

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976

CIRUGIA CARDIOPULMONAR

Murillo, S. F. Un caso raro de herida penetrante de tórax39:292,1971

Murillo, S. F. Cuerpos Extraños en pulmones y bronquios43:115,1975

CIRUGIA VASCULAR

Gómez-Márquez G. J. Aneurisma micótico bilateral de la arteria femoral .31:12, 1963

Gómez-Márquez G. J. Fístulas arteriovenosas, informe sobre 6 casos personales31:28, 1963

Gómez-Márquez G. J. Formas Clínicas del Síndrome de Obliteración de los troncos supraaórticos ...31:30, 1963

- Gómez-Márquez G. J.** Fístula arteriovenosa femoral tratada por estirpación e injerto venoso32:136, 1964
- Gómez-Márquez G. J. Rivera h., Durón R.** Oclusión aortoiliaca, presentación de 6 casos33:177,1964
- Gómez-Márquez G. J.** Trauma Vascular. Nuestra experiencia con 43 casos .33:209,1965
- Gómez-Márquez G. J.** Fístula arteriovenosa traumática asociada a falso aneurisma34:61, 1966
- Gómez-Márquez G. J.** Arteriopatías obliterantes en el medio hondureño ...34:101,1966
- Gómez-Márquez G. J.** Síndrome de Obliteración de los troncos supraaórticos .34:192,1966
- Gómez-Márquez G. J.** Flebovalvulopatía en la insuficiencia venosa profunda .35:22, 1967
- Gómez-Márquez G. J.** Fístulas arteriovenosas traumáticas35:134,1967
- Zúñiga, S. R., Ramírez O.** Canalización del conducto torácico para el diagnóstico de la Tuberculosis abdominal36:20, 1967
- Gómez Márquez G. J.** Nuestra experiencia en aneurismas traumáticos verdaderos y falsos ..36:27, 1968
- Gómez Márquez G. J.** Secuelas de los traumatismos arteriales36:325,1968
- Gómez-Márquez, G. J.** Panorama de la Patología arterial en Honduras. Análisis de 351 casos.....37:270,1969
- Gómez-Márquez G. J.** Problemas de las fístulas arteriovenosas subclavias ...39:33, 1971
- Gómez-Márquez G. J.** Obliteraciones crónicas del sector femoropoplíteo ...42:150,1972
- Gómez-Márquez G. J. Corletto, H.** Relación entre fractura de los miembros y trombosis venosa43:215,1973
- CIRUGIA ABDOMINAL**
- Zúñiga, S. R.** Obstrucción mecánica del intestino ...30:4(2),1962
- Gómez-Márquez G. J.** sobre un caso de hiperplasia nodular hepática31:13, 1963
- Zúñiga, S. R.** Un nuevo tipo de obstrucción mecánica del intestino31:25 1963
- Banegas, V.** Abdomen agudo quirúrgico no traumático31:23, 1963
- Zúñiga, S. R.** Absceso hepático amebiano32:22, 1964
- Zúñiga, S. R.** Hepatoma ..32:133,1964
- Zúñiga, S. R.** Quiste del Calédoco32:216,1964
- Zúñiga, S. R.** La ocurrencia independiente de úlcera y cáncer en el mismo estómago33:9, 1965
- Zúñiga, S. R.** Leiomioma del intestino delgado33:234,1965
- Zúñiga, S. R. Banegas, V.** Pseudoapendicitis34:15, 1966
- Zúñiga, S. R.** Ictericia obstructiva posthepática en el Hospital General34:84, 1966
- Zúñiga, S. R.** Tuberculosis afectando la tercera porción del duodeno34:189,1966
- Zúñiga, S. R.** Cáncer Primitivo del tracto digestivo I36:91, 1968
- Zúñiga, S. R.** Cáncer Primitivo del tracto digestivo II III IV36:197,1968

- Zúñiga, S. R. Cáncer Primario del tracto digestivo V**36:310,1968
- Gómez-Márquez G. J. Revisión estadística de 259 casos de Cirugía de vías biliares. Análisis de la colangiografía transoperatoria**37:4, 1969
- Zúñiga, S. R. Abdomen traumático**37:12, 1969
- Gómez-Márquez G. J. Duplicación del duodeno, a propósito de un caso personal**37:126,1969
- Zúñiga, S. R. Lipoma endofítico del duodeno**37:311,1969
- Zúñiga, S. R. Leiomiomas exofíticos del duodeno**38:29, 1970
- Zúñiga, S. R. Signo contributivo a la diferencia de la hernia inguinal directa e indirecta**39:242,1971
- Zúñiga, S. R. Adenocarcinoma de Colón y recto** ..41:62, 1973
- Zúñiga, S. R., Gómez-Márquez G. J. Complicaciones post operatorias en cirugía abdominal I**42:113,1974
- Zúñiga, S. R., Gómez-Márquez G. J. Complicaciones post operatorias en cirugía abdominal II**42:200,1974
- Zúñiga, S. R., Gómez-Márquez G. J. Complicaciones post operatorias en cirugía abdominal III**42:272,1974
- Zúñiga, S. R. Diagnóstico del abdomen agudo traumático**43:9, 1975
- Arriaga Ch., R. Ze'aya, M. R. Núñez, L. E. Tratamiento quirúrgico de la obesidad**44:10, 1976
- Cassis, L. G. Fístulas entéricas, biliares y pancreáticas**44:21, 1976

CIRUGIA UROLOGICA

- Zúñiga A. Lesión yatrogénica de un uréter sin consecuencia anatómicas ni funcionales**36:335,1968
- López R. Litiasis cistínica**39:38, 1971

CIRUGIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICIA

- Zúñiga G. A., Vásquez C., J. A. Rupturas uterinas en el curso del parto Revisión de la literatura**30:16, 1962
- Carranza R., Faraj E. Cáncer de la vulva, vulvectomía radical con Linfocetomía pélvica bilateral** ..31:19, 1963
- Zúñiga A., Zambrana A., Zavala O. Cirugía conservadora del útero**35:224,1967
- Vásquez Cueva J. A. Vides Turcios M. Aplicación de Forceps en occipitoderecha anterior-Modificación de la toma clásica** ..36:342,1968
- Vásquez Cueva J. A., Vides Turcios M., Sabillón R. O. Embarazo ectópico. Revisión de 140 casos** ...37:35, 1969
- Vásquez Cueva J. A. Vides Turcios M. Histerec-tomía abdominal total técnica subfacial. Revisión de 100 casos**37:50, 1969
- Faraj E. Carranza R. Morbilidad de la gran múltipara**37:111,1969
- Vásquez Cueva J. A., Fortín M. reimp ante de las trompas de Falopio**37:280,1969
- Vásquez Cueva J. A., Fortín M., Vides Turcios M. Ploenta previa en el hospital Vicente D'Antoni** ..37:284,1969

Anónimo Efecto de la polivinilpirrolidona yodo como solución microbicida en la preparación de la histerectomía vaginal ...41:274,1973

Faraj E. El aborto en el hospital del I.H.S.S. de Tegucigalpa42:191,1974

Samayoa E. Uso de la antibioticoterapia profiláctica en la histerectomía vaginal43:201,1975

Vallecillo G. Ramos J. N., A'varado A. D. Parto distótico por desproporción fetopélvica43:271,1975

Medina C. Curiosidades obstétricas en Honduras .43:289,1975

Vásquez Cueva J. A. Fortín M. B. Vides T. M. Ruptura uterina, análisis de 28 casos en el Hospital D'Antoni44:170,1976

CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Cárcamo, T. H. De las fracturas supracondilares en niños3:35, 1962

Zúniga C. Embolia de grasa31:52, 1963

Samra L. Tratamiento incruento de las fracturas supracondíleas del húmero31:433,1963

Samra L. Tratamiento de las fracturas supracapitales del humero31:44, 1963

Cárcamo T. Algunos conceptos sobre el tratamiento de los traumatismos múltiples31:51 1963

Bermúdez Milla A. Revisión cervicoartrosis.....32:106,1964

Cárcamo T. Fractura de la diáfisis de la tibia y el peroné32:195,1964

Cárcamo T. De la subluxación de la cabeza del radio en niños menores33:84, 1965

Zepeda Turcios R., García Erazo T. Angulos pélvicos en el mongolismo35:89, 1967

Bermúdez Milla A., Montes Guerrero F. Fracturas del codo36:40, 1968

Rivera Williams C. Pie equino varo congénito ...36:153,1968

Bermúdez Milla A. Tratamiento de las fracturas de clavícula, enclavijamiento intramedular40:191,1972

Rull Gozález M. Jiménez Alcazas J. Valladares Rivera R. Hernioartroplastia de rodilla43:256,1975

González M. R., Jiménez J., Valladares R. R. Artroplastia de la cadera con prótesis total de Sbarbaro .44:32, 1976

González M. R., Vizcaíno D., Valladares R. R. Sino-vectomía y resección de la primera fila del carpo44:80, 1976

CIRUGIA OFTALMICA

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976.

CIRUGIA

OTORRINOLARINGOLOGICA

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976.

CIRUGIA PLASTICA

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976.

CIRUGIA DE MAMA

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976.

CIRUGIA DE TEJIDOS BLANDOS

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976.

CIRUGIA PROCTOLOGICA

Castejón M. G. Urgencias proctológicas42:175,1974

CIRUGIA DE CUELLO

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976.

CIRUGIA MAXILOFACIAL

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976.

TECNICA QUIRURGICA

Cáliz M. R. Los aparatos rusos de sutura mecánica y su empleo en la cirugía .39:384,1971

Membreño A. Conse-.....jos prácticos acerca del uso y manejo de los drenos en Cirugía general ..42:242,1974

CIRUGIA EXPERIMENTAL

Kachelhoffer J. Mendel C., Wong P. Arriaga R., Grenier J. F. Conservación de órganos a bajas temperaturas. Estudio de la perfusión de un frioprotector ..39:388,1971

Grenier J. F. Gillet M., Kachehoffer J. Wong P., Arriaga R., Moody A., Hedryq L. G., Harkussen J. Sudby F. Circulación extracorporea del intestino aislado en el perro. Demostración de una secreción por el intestino de tipo Glucagón40:199,1972

Gillet M., Kachehoffer J., Wong P., Arriaga R., Randerianorivo P., Grenier J. F. Weiss A. G. Estómago de perro en circulación extracorpórea41:226,1973

Arriaga R. Wong P. R., Gillet, M. Kachehoffer J. Grenier J. F. Trasplante de páncreas. Técnica quirúrgica44:213,1976

HISTOPATOLOGIA CLINICA

Durón R. A. Ascariasis Pleural30:3, 1962

Durón R. A. Granulomatosis omentomesentérica parasitaria33:3, 1965

Mc Kenney M. B., Barrientos O., Durón R. A. Tumor Masculinizante del ovario con calcificaciones33:63, 1965

Durón R. A. Melanoma mamaligno del albino33:149,1965

Raudales O., Esbuschitz R. Mola invasora con metastasis pulmonares37:71, 1965

Durón R. A. Miocarditis Chagásica33:240,1965

Durón R. A., Zavala O. Pelvipéritonitis enterobiasica34:3, 1966

Durón R. A. Primer caso de Histoplasmosis informado en Honduras34:7, 1966

Cardona V. Hidatidosis cerebral34:115,1966

De'gado C. A., Durón R. A., Sequeiros H. Tumor de células de la granulosa ..34:155,1966

Cardona V. Efectos tóxicos del Cloranfenicol en la médula ósea34:227,1966

Cardona V. Secuestación intralobular del pulmón .34:231,1966

Durón R. A. Oblitomas intestinales y extraintestinales35:3, 1967

Durón R. A. Cisticercosis humana en Honduras ...35:126,1967

Raudales O. Blastomycosis Suramericana35:168,1967

Cueva J. A. Núñez J. A. Histología endometrial en pacientes usando dispositivos anticonceptivos intrauterinos36:259,1968

Montero C. Aspectos histoquímicos del amiloide en un caso de amiloidosis secundaria37:144,1969

Durón R. Conferencia clínico patológica (Cirrosis, Tuberculosis, Pancreatitis)37:152,1969

Durón R. A. Zavala O. Granulomas enteroblasticos pelviperitoneales.37:212,1969

Durón R. A. Ba'antidiasis con perforación del colón primer informe en Honduras37:294,1969

Cardona V. Toxoplasmosis congénita, informe de los dos primeros casos en Honduras37:301,1969

Gómez-Márquez G. J. Paz Paredes A. Cambios estructurales de los ganglios linfáticos en las arteriopatías crónicas38:64, 1970

Cardona López V. Sección Clínico Patológica (Tuberculosis Miliar)38:78, 1970

Cardona López V. Sección Clínico Patológica (Cirrosis alcohólica nutricional severa)38:142,1970

Cardona López V. Sección Clínico Patológica (Tuberculosis generalizada)39:245,1971

Cardona López V. Sección Clínico patológica (Histoplasmosis)39:310,1971

Cardona López V., Custodio R. Sección Clínico Patológica (síndrome nefrótico y trombosis de la vena renal)39:396,1971

Zúniga h. G. A. La fibrosis retroperitoneal40:4, 1972

Tinoco R. O., Pacheco J. A. Sección Clínico Patológica (Adenocarcinoma de Páncreas)40:83, 1972

Tome A. F., Cardona L. V. Sección Clínico Patológica (Síndrome de Waterhouse Friderischen)40:173,1972

Bendeck A. C. Cueva A. Sección Clínico Patológica (Enfermedad de Niemann Pick)40:310,1972

Raudales O. Granuloma alérgico en ganglios linfáticos42:258,1972

Durón R. A., Rivas A. Blastomycosis primaria del esófago42:285,1974

Durón R. A. Amebiasis cervicovaginal42:103,1974

Raudales O. Reacción de Arias Stella43:95, 1975

Durón R. A. Esplenosis ..44:106,1976

Alvarado Q. D., de Chávez A. Fibroxantoma atípico de piel y Fibroxantomasarcoma de partes blandas ..44:163,1976

CITOLOGIA

de Herrera E. C. Papel de la citología exfoliativa en el diagnóstico precoz del cáncer uterino33:11, 1965

de Herrera E. C. Pesquisa del cáncer de cuello uterino36:6, 1968

de Herrera E. C. Que es un citólogo36:292,1968

Raudales O. Análisis de las primeras 5.000 mujeres con estudio colpocitológico en San Pedro Sula .37:98, 1969

Henríquez G. R. La citología exfoliativa en la detección oportuna del cáncer cervicouterino44: ,1976

MICROBIOLOGIA CLINICA, MICROSCOPIA CLINICA, PARASITOLOGIA CLINICA, QUIMICA CLINICA INMUNOLOGIA CLINICA E INMUNOHEMATOLOGIA CLINICA.

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTOS TEMAS ENTRE 1962 y 1976.

RADIO DIAGNOSTICO

- Gómez-Márquez G. J., Rivera h. J., Corrales P. C. Azigografía, su valor diagnóstico en la hipertensión portal y en los síndromes intratorácicos32:4, 1964
- Rivera J. Carcinoma Bronquiogénico31:31, 1963
- Rivera, J. Cual es su diagnóstico (raquitismo) ... 33:109,1965
- Gómez-Márquez G. J. La arteriografía como posible causa de error diagnóstico. A propósito de un caso de reconstrucción arterial ... 33:170,1965
- Rivera, J. Cual es su diagnóstico (plastrón apendicular y sarcoma osteogénico)33:176,1965
- Rivera, J. Cual es su diagnóstico (esofagitis péptica por hernia hiatal)33:290,1965
- Rivera, J. Cual es su diagnóstico (tuberculosis del duodeno)34:60, 1966
- Rivera, J. Cual es su diagnóstico (sarcoïdosis)34:136,1966
- Rivera, J. Cual es su diagnóstico (atelectasia pulmonar por carcinoma bronquiogénico)34:196,1966
- Rivera, J. Cual es su diagnóstico (Riñón poliquistico bilateral congénito)34:214,1966
- Gómez-Márquez G. J. Linfografía34:269,1966
- Gómez-Márquez G. J. Linfangiograma flebografía accidental por vía

transósea 36:149,1968

Alvarado D. Diagnóstico radiológico con medio de contraste de las heridas penetrantes de abdomen .37:133,1969

Villanueva J. A. Nuevo método para la inyección de O₂ en la práctica de Neumoperitoneo y retro-neumoperitoneo37:223,1969

Gómez E. M., A'onzó E. Importancia del Neumoperitoneo en el diagnóstico del absceso hepático amebiano propagado a pulmón42:167,1974

de Rivas M. E. Diagnóstico radiológico (Enfisema lobar en lactantes)44:65, 1976

de Gómez, Eva M. Diagnóstico radiológico (Histoplasmosis pulmonar)44:129,1976

RADIOTERAPIA

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976.

GAMMAGRAFIA

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976.

EPIDEMIOLOGIA

Alvarado, R. Resultado del estudio epidemiológico de la histoplasmosis y Coccidioidomicosis realizados en la República de Honduras 1962-196534:250,1966

Zepeda, J. E., Barahona, G. A. Estudio Coproparasitoscópico escolar en Santa Lucía, F. M. Honduras38:74, 1970

Zepeda, J. E. Barahona, G. A. Estudio coproparasitoscópico en el Chimbo, F. M. Honduras38:195,1970

Poujol, R. E., Javier Zepeda, C. A. Estudio epidemiológico de la Coccidiodomosis en el Valle de Comayagua39:274,1971

Rodríguez Gudiel, R. Los Problemas de Salud en las Escuelas primarias y sus posibles soluciones39:299,1971

Zepeda, J. E., Barahona, G. A. Estudio coproparasitoscópico en Monjarás, Ch. Honduras39:306,1971

Zepeda, E. J. Estudio coproparasitoscópico en tres escuelas primarias de la zona suburbana de Tegucigalpa40:119,1972

Figueroa, M. E., Mata, L. J., Gúnera N. Evidencia serológica de una epidemia de disentería causada por el Bacilo de Shiga en Honduras40:274,1972

Zepeda, J. E. Vivas, M. O. Prevalencia de *E. vermicularis*41:223,1973

Tróchez, H. Figueroa, M., E. Jackson, J. Seguridad y eficacia de las vacunas contra el sarampión, la rubéola y las paperas administradas en combinación .42:13, 1974

Figueroa, M. E. Guzmán, A. La Hepatitis viral en Honduras43:86, 1975

HIGIENE Y SALUD PUBLICA

Alvarado, R., Guzmán, A. Bouroncle, A. Lucha anti-tuberculosa en el área rural de Honduras32:80, 1964

Pineda, C. A. Fundamentos y características básicas del Plan Nacional de Salud38:191,1970

Cálix, R. F. La Medicina Socializada39:27, 1971

Haddad Q. J. Los Servicios de Salud en la República Popular China42:4, 1974

VilLeda Bermúdez, R. Donde está? Hacia donde va nuestra conciencia médica en Salud Pública?42:25, 1974

Aguilar, G. H. Fallas en el certificado médico42:217,1974

Padilla, A. L. La prevención primaria en Salud Mental43:158,1975

Padilla, A. L. Las enfermedades psicosociales como problema de Salud Pública43:178,1975

Donas, S. Relación Peso/Edad, Peso/Talla. Cual indicador usar? implicaciones en Salud Pública43:267,1975

Alvarado, T. Reflexiones y realidades de la Salud Pública en un mundo cambiante44:209,1976

SOCIOLOGIA MEDICA

Mendoza M. La relación médico-enfermo31:48, 1963

León Gómez F. El problema social de los adictos a drogas en nuestro medio .32:293,1964

Faraj E. Carranza R., Aborto. Factores médico—sociales33:157,1965

Bueso A. P. La explosión demográfica y el control de la natalidad39:16, 1971

Sarmiento Soto M. A. La diabetes como enfermedad social39:231,1971

Valdivia Ponce O. El migrante interno en la metropoli39:232,1971

Quilici J. J., Constants J. Informe sobre el estado de la población Jicaque en la Montaña de la Flor40:116,1972

Lainez H. Minimata y Marcala, un pasado aprendido y una lección olvidada ...41:4, 1973

León Gómez F. Instruismo charlatanismo41:14, 1973

Portillo P. R. Asma bronquial. Un problema social .41:37, 1973

Padilla A. L. Factores socioculturales a considerar en la interpretaciones de las enfermedades psicossociales44:27, 1976

Neupert R. S. Consideraciones teóricas acerca del alcoholismo. Enfoque sociológico44:41 1976

ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

Santos, J. A. El Hospital como institución de cuidados progresivos del paciente40:211,1972

Sierra Andino C. Temas sobre administración médica y hospitalaria40:280,1972

EDUCACION MEDICA

Haddad, J. Problemas de estudiantes de medicina .34:257,1966

Zúñiga, C. Banegas, V., Rivera Cáceres A., de Cámara M. G. Consideraciones sobre la evaluación de los estudiantes en el Departamento de Ciencias Morfológicas.35:180,1967

Haddad, J. Educación Médica en los países en desarrollo36:271,1968

Haddad, J. Educación, Salud y Desarrollo38:69, 1970

Haddad, J. Reorientación de la educación médica ..39:357,1971

Custodio L. R. Panorama del Ejercicio de la medicina en Honduras39: (Supl.),1971

Didio, L. J. A. Metodología Científica40:21, 1972

Pacheco, J., Castellanos, P. Educación Médica continuada43:77, 1975

HISTORIA DE LA MEDICINA

León Gómez A. El Dr. Manuel Gamero40:317,1972

León Gómez A. Los médicos en Honduras a la creación de la Universidad Nacional41:93, 1973

León Gómez A. La Doctora Marta Raudales de Midence42:138,1974

León Gómez, A. El año de 189742:222,1974

León Gómez A. El Dr. Hipólito C. Matute42:300,1975

León Gómez A. El cólera en Honduras43:75, 1975

León Gómez A. Los médicos del Ferrocarril Interoceánico43:152,1975

León Gómez A. La fiebre amarilla en Amapala: por el Dr. Ramón López Cobos43:231,1975

León Gómez A. El Dr. Alonso Suazo, prominente médico hondureño43:295,1975

León Gómez A. Los primeros hospitales en Honduras44:70, 1976

León Gómez A. El Dr. Ernesto Argueta, prominente médico hondureño44:135,1976

León Gómez A. El Dr. Manuel Larios Córdova44:186,1976

FILOSOFIA Y ETICA EN MEDICINA

NO HUBO PUBLICACIONES SOBRE ESTE TEMA ENTRE 1962 y 1976

SECCIÓN GREMIAL

COLEGIADOS FALLECIDOS

Se lamentaron los fallecimientos de los Doctores: Doctor Ángel Augusto Ulloa Padilla, fallecido el 30 de marzo de 1977.

Doctor Federico Fiallos Salgado, fallecido el 13 de abril de 1977.

Doctor Leandro Salomón Paredes Regalado, fallecido el 24 de abril de 1977.

Al deplorar la muerte de estos Colegiados tributamos a su memoria nuestro homenaje de fraternal respeto.

VISITA A COLEGIADOS DEL INTERIOR DEL PAÍS

La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, en cumplimiento de] punto 6o. del Plan de Trabajo a realizar designó varias comisiones para hacer visitas a los Colegiados que radican en el interior del país, habiéndose sostenido intercambio con los colegiados que radican en las ciudades de Siguatepeque, Comayagua y Santa Rosa de Copan.

Esta experiencia resultó ser sumamente interesante ya que los colegas de esas regiones tuvieron la oportunidad de expresar sus problemas e inquietudes a la Junta Directiva del Colegio.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

La Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras ha continuado el Proyecto de Educación Médica continua y en el transcurso del presente período este Proyecto ha realizado la actividad que nos permitimos señalar:

Curso de Actualización sobre "Rehabilitación y Medicina Física" para médicos generales y personal técnico. Con la participación de Instructores, Médicos Nacionales y Médicos extranjeros.

Este curso se llevó a cabo en la ciudad de Tegucigalpa, D. C, del 25 al 27 de julio de 1977.

INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL

En fecha 24 de mayo de 1977 se realizó taller para evaluar las condiciones que permiten la Vigencia del Programa de Docencia de Pre. y Postgrado en el Instituto Hondureno de Seguridad Social. Este taller fue organizado por la comisión encargada del estudio de factibilidad para la implantación de Docencia en dicha Institución, contándose con el Patrocinio de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, a Través de la Facultad de Ciencias Médicas; Colegio Médico de Honduras e Instituto Hondureno de Seguridad Social.

El estudio y labores desarrolladas han sido de mucha importancia para el Gremio Médico siendo muy posible que en 1978 se inicie el Programa de Residencias de Post-grado en Medicina Interna y Cirugía en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, Proyecto en el que participan los organismos siguientes: Instituto Hondureño de Seguridad Social, Colegio Médico de Honduras, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La Comisión permanente encargada de la implementación de la Docencia en el I.H.S.S. trabaja actualmente en la fijación de objetivos, elaboración de Programas de Estudio y Proyecto a suscribirse.

**XVII CONGRESO MEDICO
CENTROAMERICANO**

Tegucigalpa, D. C. se convertirá en la sede del XVII Congreso Médico Cen-

troamericano, a celebrarse del 6 al 9 de diciembre de 1978 en el Auditorio y Aulas de Docencias del Hospital-Escuela; simultáneamente y sin interferir en el Congreso General, se efectuarán los 13 Congresos de Especialidades siguientes:

- VIII de Cirugía General
- VI de Medicina Interna
- VIII de Gastroenterología
- XI de Neumología
- XI de Traumatología y Ortopedia
- X de Psiquiatría
- XVI de Radiología
- X de Urología
- IV de Salud Pública
- VIII de Anestesiología
- IV de Oftalmología
- I de Neurología y Neurocirugía.
- XXI Centroamericano y VI México - Centroamericano de Patología.