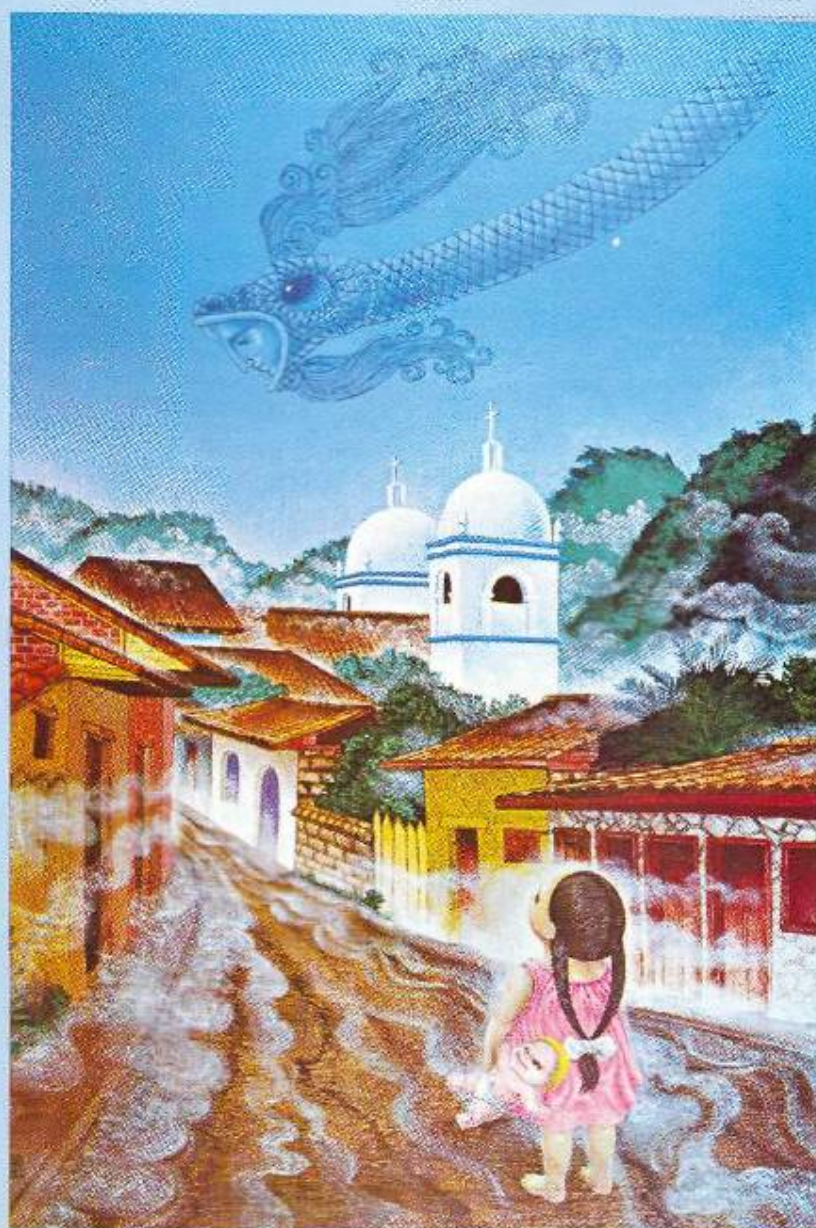




ORGANO DEL
COLEGIO MEDICO
DE HONDURAS

Revista MEDICA Hondureña

VOLUMEN 63 - No. 4 Octubre, Noviembre, Diciembre de 1995





Revista **MEDICA** Hondureña

VOL. 63, # 4, OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE 1995

CONSEJO EDITORIAL

Dr. EFRAIN BU FIGUEROA
Director

Dr. ERNESTO DALA SIERRA
Secretario

Cuerpo de Redacción

Dr. DENIS D. PADGETT MONCADA
Dr. CARLOS A. JAVIER ZEPEDA
Dr. JOSÉ A. CÁRCAMO MEJIA
Dra. ROSARIO CABANAS DE CALIX
Dra. OLGA RIVERA

ADMINISTRACIÓN

COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

Apartado Postal No. 810
Tegucigalpa, Honduras
Tel. 32-7985

LA POLITIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Tres lustros hace que Honduras ingresa a la democracia formal después de décadas de dictaduras y regímenes autoritarios. Durante esos días de imposición e ilegalidad; la intolerancia política, el sectarismo y el revanchismo dividieron profunda y dolorosamente a la sociedad hondureña.

Muchos creyeron que los años vividos fuera del sistema democrático habían hecho madurar a los miembros de los partidos políticos, superando las conductas malsanas de un pasado oprobioso.

Ocurrió lo contrario a lo que muchos esperaban, la intolerancia se enraizó en la instituciones gubernamentales y las viejas actitudes revanchistas revivieron con energía.

Históricamente el sector salud ha sido el menos conmocionado por estas prácticas primitivas, no obstante hubo momentos en el pasado que para poder continuar estudiando en la Facultad de Ciencias Médicas o realizar el Internado Rotatorio debía hacerse promesa de fe y realizar misiones específicas para el partido en el gobierno. Así, hubo colegas que tuvieron que realizar toda su educación médica o parte de ella en otros países por no comulgar con la ideología de los gobernantes del momento.

En los últimos años hemos observado que esos tradicionales patrones de comportamiento en política que muchos creíamos desterrados, hacen su aparición en el ambiente de salud; observamos que paulatinamente los Centros asistenciales, las secciones del Ministerio y los Hospitales, se han convertido en agencias de colocación para pagar la "cuota de sacrificio" de los activistas en la campaña electoral, y así aparecen en las instituciones que cuidan de la salud de seres humanos, individuos sin educación formal, sin vocación deservicio y sin ningún entrenamiento, a realizar tareas de las que

no tienen ni idea; o bien personal que antes trabajaba en el sector de enfermería por ejemplo, es trasladado al aparato administrativo con todo y la plaza, con tributando con esto a la ya crónica escasez de personal auxiliar en ese servicio.

En los últimos meses ni los médicos se han salvado del emergente neosectarismo, el cual hace su aparición con intrigas palaciegas, argumentos leguleyos e historietas de ineficiencia finamente tejidas por politiquillos de oficio y en franca violación a la Ley del Estatuto del Médico Empleado y sus Reglamentos, para acallar lo que desde hace muchos años los médicos hemos condenado; la incapacidad de los gobiernos de turno para mejorar las condiciones y la calidad de los servicios en los Hospitales y Centros de Salud.

Pero lo más peligroso para el gremio, son los precedentes que se establecen; las flagrantes violaciones a nuestras leyes sin respuesta contundente por parte de nuestra organización colegial, abre las puertas para que estos hechos se repitan en el futuro cercano y lleguen a convertirse en costumbre, cada vez que un partido político asuma la dirección del Estado, repitiéndose en el sector médico las prácticas sectarias que cotidianamente se observan en otras esferas gubernamentales.

Es prioritario que el Colegio Médico de Honduras, haga prevalecer el respeto estricto a nuestra leyes y reglamentos y llame a buen recaudo a aquellos colegiados que ensoberbecidos por el poder que otorga efímeras posiciones gubernamentales se convierten en "ejecutores de guillotina" de aquellos que siempre han denunciado con entereza y valentía el descalabro del actual sistema de salud y sus consecuencias negativas en los servicios asistenciales.

Dr. Efraín Bu Figueroa

Director.

Experiencia Clínica con el uso de Interleucina-3

Reporte de 2 casos

Clinical Experience with use of Interleukin-3

Report of 2 cases

Dr. / Ángel Sánchez*, Lilia M. Barahona

RESUMEN. Nosotros hemos tratado 2 pacientes con Interleucina-3, uno de ellos con Síndrome Mielodisplásico y el otro con Aplasia Medular Severa. El propósito del tratamiento fue incrementar el número de plaquetas y observar la variación de las células sanguíneas periféricas.

Ambos pacientes mostraron una elevación transitoria del número de plaquetas no habiendo alteraciones de las otras series sanguíneas. La dosis utilizada fue de 10ug/Kg. de peso por inyección subcutánea diaria, presentando ambos pacientes purpura, fiebre y mialgias generalizadas. Nosotros concluimos que la IL-3 podría ser de utilidad en aumentar el número de plaquetas en pacientes que tienen falla medular, sin embargo es necesario incluir más pacientes para determinar el verdadero rol de esta citoquina en este tipo de enfermedades.

PALABRAS CLAVES: Interleucina-3, Aplasia medular, Síndrome Mielodisplásico, Plaquetas.

SUMMARY. We have treated 2 patients with Interleukin-3, one with Myelodysplastic syndrome and the other with severe Aplastic Anemia.

The treatment's purpose was to increase the platelets count and to observe any variation in the peripheral blood cells.

Both patients have a transitory increment in the platelets count, without variation in the other blood cells. Doses of IL-3 10ug/Kg by daily subcutaneous injection, were given. Both patients developed purpura, fever and myalgias.

We concluded that IL-3 could be useful to increase the platelet count in patients with bone marrow failure, however more patients are needed to determine the roll of IL-3 in this kind of patients.

KEY WORDS: Interleukin-3, Bone Marrow Aplasia, Myelodysplastic Syndrome, Platelets.

INTRODUCCIÓN

Uno de los avances más relevantes de la medicina clínica en la última década, ha sido la introducción de los reguladores hematopoyéticos llamados citoquinas o factores de crecimiento celular, que actúan en la hematopoyesis de la célula madres o sus descendientes (1).

Profesor de la Facultad de Medicina, Director de Investigación y Docencia del Hospital Militar, Investigador Asociado al Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos.

En la actualidad se han aislado al menos trece citoquinas (tabla 1), el mecanismo de acción de estas moléculas es complejo y diverso e incluye: Interacción con receptores de membrana, sinergia estimuladora o inhibitoria, acción sobre múltiples líneas celulares simultáneamente, inducción de la proliferación y diferenciación celular e inducción de la producción de otras citoquinas (efecto autócrino o parácrino) (2).

Tabla No. 1

| NOMBRE Y FUNCION DE US PRINCIPALES CITOQUINAS CONOCIDAS | |
|--|--|
|--|--|

| | |
|-------|---|
| IL-1 | Hematopoyesis |
| IL-2 | Linfocitotrófica |
| IL-3 | Factor multipotencial |
| IL-4 | Proliferación de célula B |
| IL-5 | Diferenciación de células B |
| IL-6 | Diferenciación células B Secreción de Ig. |
| IL-7 | Producción de cel Pre-B |
| IL-8 | Activación de Neutrófilos |
| IL-9 | Producción de Glóbulos rojos, y Megacariocitos. |
| IL-10 | Inhibición de citokinas |
| IL-11 | Estimulación de cel B, Megacariocitos y cel madre. |
| IL-12 | Estimulación de cel asesinas |
| IL-13 | Proliferación de cel B, producción de Immunoglobulinas. |

FACTORES DE CRECIMIENTO CELULAR: Eritropoyetina, G-CSF, GM-CSF.
OTROS FACTORES: Factor de la célula madre, Factor inhibitorio de leucemias, Factor de necrosis tumoral Alfa y Beta, Interferones alfa, beta y gamma, proteína inflamatoria de los macrofagos 1-alfa, factor de crecimiento transformador.

Un ejemplo de estas citokinas lo constituye la Interleucina-2 (IL-2), que es una de las más conocidas, es secretada por los linfocitos T activados, posee diversas funciones inmunoregulatorias, y participa en las respuestas inmunes en la que intervienen las células T (3,4)/ su uso es amplio e incluye el tratamiento del Cáncer de Células Renales, Melanoma Maligno, ausencia congénita de IL-2, Lepra Lepromatosa, Leucemia Aguda y de otras neoplasias (5-10).

La Interleucina-3 (IL-3), es una glicoproteína que regula la hematopoyesis, actuando sobre diversas líneas celulares incluyendo: Neutrófilos, Monocitos,

Eosinófilos, Eritrocitos, Mastocitos y Megacariocitos (11-15), su peso molecular es de 15.4 Kilodaltons, y su producción se codifica en el cromosoma 5 (16-19).

La experiencia clínica con IL-3 incluye su uso para mitigar la leucopenia y la trombocitopenia después del uso de quimioterapia para acelerar el reestablecimiento de la hematopoyesis, después de trasplante de médula ósea (20-25).

En la actualidad nosotros participamos en un estudio multinstitucional, internacional para el uso de IL-3, y hemos tratado dos pacientes en nuestro medio, cuyos resultados describimos a continuación;

MATERIAL Y MÉTODOS

I. Información del producto

La (IL-3) humana recombinante fue obtenida a través de la colaboración de Laboratorio Sandoz, su presentación es viales, conteniendo polvo liofilizado estéril, con su respectivo diluyente, que al reconstituirse contiene 760ug de la sustancia activa en un volumen de 1 cc.

La dosis establecida por el protocolo es de 10ug de IL-3 por Kg de peso, diario, por vía subcutánea por 14 días consecutivos o hasta obtener toxicidad inaceptable, de no haber respuesta se justifica un nuevo ensayo terapéutico por otros 14 días al menos, semanas después o hasta que la toxicidad se haya resuelto.

2. Criterios de selección

El protocolo de investigación requiere los siguientes criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de aplasia medular o síndromes mielodisplásicos, con conteo menor de 20,000 plaquetas/dl, que no tuvieran enfermedad infecciosa activa, ni otro proceso neoplásico asociado a excepción de carcinoma in situ del cuello uterino y pacientes menores de 80 años.

Pacientes con enfermedad infecciosa activa, o con leucemias agudas y un índice de rendimiento físico

(Performance status) menos al 80% o valores mayores de 20,000 plaquetas/dl son considerados inelegibles para el estudio.

3. Casos Clínicos

Caso 1

PECH, Hombre, Agricultor, de 53 años de edad, de Trojes, El Paraíso, con historia de 18 meses de evolución de padecer de anemia acompañada de trombocitopenia y leucopenia.

En junio de 1992 fue admitido en un hospital privado por un absceso rectal, con sepsis secundaria, el hemograma mostró pancitopenia, practicándosele biopsia y aspirado de médula ósea, siendo el resultado compatible con aplasia medular severa.

Como antecedentes relevante, el paciente irrigaba con diferentes herbicidas y pesticidas con una bomba roceadora sujeta a su espalda, la cual se encontraba en mal estado y refiere que "se bañaba en veneno" cada vez que la utilizaba, práctica ésta, que mantuvo por alrededor de 20 años.

Su problema infeccioso fue controlado y posteriormente se prescribió andrógenos y esteroides durante 6 meses, sin lograrse reestablecer la hematopoyesis, simultáneamente requería transfusiones de glóbulos rojos, empacados a razón de 4 U mensuales.

En febrero de 1993 el paciente presentó Hemorragia Cerebral inducida por trombocitopenia y fiebre, que eventualmente evolucionó a la resolución.

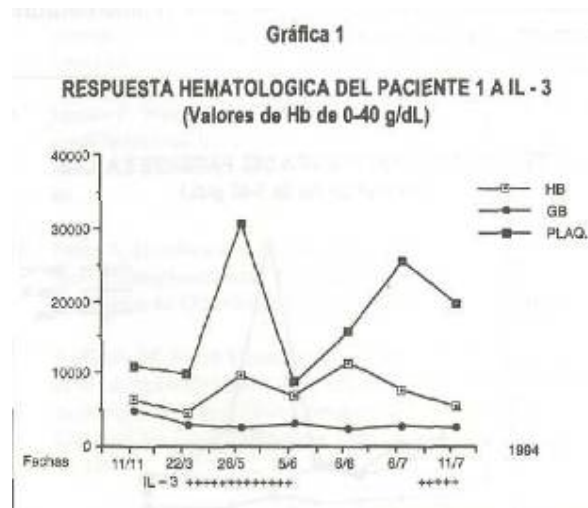
A causa de su trombocitopenia persistente, en mayo de 1994 decidimos enrolarlo en el protocolo de IL-3 tratándose durante 14 días a dosis de 10 ug/Kg/día por vía subcutánea.

Un mes después se practicó otro curso de tratamiento pero de nuevo el paciente presentó fiebre, petequias generalizadas, hiporexia, y mialgias por lo que al 6to día se omitió el tratamiento (Gráfica 1).

En la actualidad el paciente se ha perdido de nuestro seguimiento.

Gráfica 1

RESPUESTA HEMATOLOGICA DEL PACIENTE 1 AIL - 3
(Valores de Hb de 0-40 g/dL)



Paciente masculino agricultor, de 79 años, de Copan, Historia de anemia y petequias que inició en 1992, siendo manejado inicialmente en San Pedro Sula con transfusiones de glóbulos rojos empacados y plaquetas. En mayo de 1993 fue evaluado en la Universidad de Palo Alto, California E.U., donde se le diagnosticó Anemia Refractaria.

Desde entonces ha mantenido pancitopenia con valores de plaquetas entre 5 mil y 165 mil cel/dl, siendo manejado con transfusiones sanguíneas a razón de 4 U de glóbulos rojos empacados cada 3 ó 4 semanas.

En enero de 1994 presentó hemorragia subconjuntival bilateral severa, que se reabsorbió con transfusión de plaquetas y medidas locales.

El 13 de julio de 1994 se inició en el protocolo de IL-3 a dosis de 10 ug/Kg de peso con dosis total de 630 ug día por vía subcutánea, aplicándose 7 días de tratamiento, al cabo de éstos desarrolló purpura severa, fiebre diaria que ascendía a los 39.5 grados centígrados, dolor óseo y mialgias generalizadas por lo que se omitió el tratamiento.

El 9 de agosto de 1994 se reinició IL-3 con igual

los dos pacientes tenían una evolución crónica, múltiples veces transfundidos y enfermedades severas, el primer paciente con anemia aplásica probablemente de origen tóxico por el uso de pesticidas y hervicidas.

En segundo lugar la dosis de 10 ug/Kg resultaron muy tóxicas para ambos pacientes por lo que hubo necesidad de interrumpir el tratamiento. Cabría plantearse a este respecto si la disminución de la dosis por períodos más prolongados podrían ser más adecuadas que el esquema que hemos utilizado. La información en la literatura internacional, nos muestra que la IL-3 podría ser útil en las enfermedades que nosotros hemos estudiado (27-31), sin embargo en nuestro medio se necesita un mayor número de pacientes para poder determinar la eficacia de esta citoquina.

Nosotros continuaremos estudiando el uso de IL-3 en nuestro medio para lograr determinar dosis óptimas, indicaciones y la toxicidad de esta citoquina.

REFERENCIAS

1. Tabler A. The cytokine family in Haematopoietic Cytokines. Characteristic and role in hematopoiesis. Sandoz Pharm Ltd, Basle/Switzerland 1994 pp 8-12.
2. Quesenberry PJ, Flenary lecture: Biotherapy in Hematology, the next decade. La Revista de Investigación Clínica, Suplemento, 1994, 8-14.
3. Figlin RA, Pierce WC and belldegrun a. Combination Biologic Therapy with Interlekin-2 and Interf eron-alf a in the outpatient treatment of metastatic renal cell carcinoma. *Seminars in Oncology*. 1993; 20 (6): 11-15.
4. Fisher RI. Introduction: Interleukin-2, *Advances in clinical research and treatment*. *Seminars in Oncology*. 1993;20 (6): Suppl 9:1-2.
5. Buter J, Sleijfer DTh, Van der Graaf WTA, Vries EGe, Willmse PHB, and Mulder NH. A-progress report on the outpatient treatment of patients with advanced renal cell carcinoma using subcutaneous recombinant Interleukin-2, *Seminars in Oncology*. 1993 20 (6): Suppl 9:16-21.
6. Atzpodian J, Kirchner H, Lopez E, et al. European studies of Interleukin-2 in metastatic renal cell carcinoma. *Seminars in Oncology*; 1993; 20 (6) Suppl 9:22-26.
7. Sewa S, Buzald L, and buzaid AC. role of recombinant Interleukin-2 in combination with interferon alfa and chemotherapy in the treatment of advanced melanoma. *Seminars in Oncology*; 1993; 20(6): Suppl 9: 27-32.
8. Caligiuri MA. Low-doses recombinant Interleukin-2 therapy rational and potential clinical applications. *Seminars in Oncology* 1993; Suppl 9: 3-10.
9. Janice P, Wiernik D, Wiernik PH. The role of recombinant Interleukin -2 in therapy for dermatologic malignancies. *Seminars in Oncology* 1993; 20 (6), Suppl 9:33-40.
10. Feter A, Interleukin-2 therapy of autologous bone marrow transplantation for hematologic malignancies. *Seminars in Oncology* 1993; 20(6), Suppl 9: 41-45.
11. Aglietla M. Bone Marrow Kinetic Profil Associate with IL-3 Administration. 1-3 effect on thrombopoiesis, myelopoiesis and blood progenitor cell mobilization. *Current Medical Literature Ltd, London Junio 6,1993*. 11-13.
12. Lopez AF, Dyson PG, et al., Recombinant human Interleukin-3 stimulation of hematopoiesis in humans: Loss of responsiveness with differentiation in the neutrophilic myeloid series. *Blood* 1988;72 (5): 1997-804
13. Sonoda UY. Yang YC. Wong G, Clark SC and Ogawa M. Analysis in serum free culture of the targets of recombinant human hematopoietic growth factors: Interleukin-3 and granulocyte-macrophage colony stimulating factor are specific for early developmental stages. *Proc Natl Acad Sci (USA)* 1988; 85 (12): 4360-4.
14. Paquette RL, Zhou IY, Yang YC, Clark SC, Koefler SC. Recombinant Gibbon Interleukin-3 act synergistically with recombinant human G-CSF and GM-CSF in vitro. *Blood* 1988; 71 (6); 1996-60.
15. Kannourakis G, Johnson GR. proliferative properties of unfractionated, purified, and single cell human progenitor population stimulated by recombinant human Interleukin-3. *Blood* 1990;75 (2): 370-7.
16. Metalf D. Introduction to the biology and pharmacology of Interleukin-3. In *perspectives on Interleukin-3*, Sandoz, London 1992; 2-4.
17. Fibbe WE, Raemaeyers J, Verdonck LF, et al: Pharmacodynamic effects and endogenous cytokines during use of IL-3 after ABMT in lymphoma. 11-3. Effect on thrombopoiesis, myelopoiesis and blood progenitor cell mobilization. *Current medical literature Ltd, London, June 1993*; 22-24.
18. LeBeau MM, Epstein ND, O'Brien SJ, et al. The Interleukin-3 gene is located on human chromosome 5 and is deleted in myeloid leukemias with deletion of 5q. *Proc Nati Acad Sci USA*, 1987; 84 (16): 5913-7.

19. Yang YC, Kovacic S, Kriz R, et al. The human genes for GM-CSF and 11-3 are closely linked in tandem on chromosome 5. *Blood* 1992; 71 (4): 958-61.
20. Vries E, Biesma B, Vellenga E, Willense PHB. Recombinant human Interleukin-3 after chemotherapy for ovarian carcinoma. In *Perspectives on Interleukin-3*, Sandoz, London August 1992, pp 14-16.
21. Dercksen MW, Hoekman K, Ten-Bokkel-Huinink WW, et al. Effects of Interleukin-3 on myelosuppression induced by chemotherapy for ovarian cancer and small cell undifferentiated tumors. *Br J Cancer* 1993; 68(5): 996-1003.
22. Gianni AM, Siena S, Bregni M. Recombinant human Interleukin-3 hastens trilineage hematopoietic recovery following high-dose (7 g/m²) cyclophosphamide cancer therapy. *Ann Oncol* 1993; 4(9): 759-66.
23. D'Hondt V, Weynants P, Humblet Y, et al. Dose-dependent Interleukin-3 stimulation of thrombopoiesis and neutropoiesis in patients with small-cell lung carcinoma before and following chemotherapy: A placebo controlled phase Ib study. *J Clin Oncol* 1994; 11 (11): 2063-71.
24. Raemackers J, Fibbe W, Verdonk L, et al. Clinical experience with human recombinant Interleukin-3 after autologous bone marrow transplantation. In *Perspectives on Interleukin-3*. Sandoz, London August 1992, pp 10-12.
25. Nemunaitis J. Use of hematopoietic growth factors in marrow transplantation. *Curr Opin Oncol* 1994; 6 (2): 139-145.
26. Sánchez JA, Urbina IE. Respuesta leucocitaria al uso de GM-CSF. *Boletín Informativo Micro-Bios*; 1992 6 (15): 22-25
27. Kurzrock R, Talpaz M, Estrov Z, Roseablum MG, Gutterman IV. Phase I study of recombinant human Interleukin-3 in patients with bone marrow failure. *J Clin Oncol* 1991; 9:1241-50.
28. Ganser A, Lindemann A, Seipelt G, et al. Effects of recombinant human Interleukin-3 in aplastic anemia. *Blood* 1990; 76 (7): 1287-92.
29. Ganser A, Lindemann A, Seipelt G, et al. Effects of recombinant human Interleukin-3 with normal hematopoiesis and patients with bone marrow failure. *Blood* 1990; 76 (4): 666-76.
30. Ganser A, Seipelt G, Lindemann A, et al. Effects of recombinant human Interleukin-3 in patients with Myelodysplastic syndromes. *Blood* 76(3): 455-62.
31. Nimer SD, Paquette RL, Ireland P, et al. A phase I/II study of Interleukin-3 in patients with aplastic anemia and myelodysplasia. *Exp-hematol* 1994; 22 (9): 875-80

*'Procura descubrir la verdad por
entre las promesas''*

*Miguel de Cervantes: Don Quijote de la Mancha
Cap. XLII*

Malaria Cerebral en Niños: Experiencia en Honduras y Revisión de la Literatura

Cerebral Malaria in Children: Honduran Experience and Review

Dr. Rigoberto Cuéllar, Dra. Dina Esther Reyes**, Dra. Sandra Tovar***, Dr. Francisco Matamoros****, Dr. Hugo Cañenguez****, Dr. César Rene Zavala Avalos*****, Dr. Jorge Pineda**, Dra. Karla Fernández Zelaya*

RESUMEN. La malaria cerebral puede producir gran variedad de síntomas y signos. Presentamos 14 casos diagnosticados en el Hospital Regional del Sur y en el bloque Materno Infantil del Hospital Escuela, Honduras, de agosto de 1970 a mayo de 1995. Los pacientes se presentaron con síntomas y signos de encefalopatía aguda con conducta psicótica, convulsiones y fiebre. La malaria cerebral debida a *Plasmodium vivax* ocurrió en 71% de los casos. Todos los pacientes fueron tratados con cloroquina y en 12 casos también con primaquina. Dos pacientes fueron tratados con amodiaquina. Dos pacientes murieron, uno con daño cerebral severo y otro con hipovolémico más neumonía bilateral.

PALABRAS CLAVES: *Malaria, Encefalopatía.*

SUMMARY. Cerebral Malaria may produce a wide range of symptoms and signs. We present 14 cases diagnosed in Choluteca's South Regional Hospital in Honduras, seen between August 1970 to May 1995. Patients presented symptoms and signs of an acute encephalopathy with psychotic behavior, seizures and fever. *Plasmodium vivax* Cerebral Malaria occurred in 71% of the cases. Patients were treated with chloroquine and in 12 cases also primaquine. Two patients were treated with amodiaquine. Two patients died, one with severe brain damage and other with hypovolemic shock and bilateral pneumonia.

KEY WORDS: *Malaria, Encephalopathy.*

INTRODUCTION

La malaria es una grave epidemia en países tropicales, se estima que una cuarta parte de la humanidad está expuesta. En el mundo más de 2 millones de niños mueren al año a consecuencia de ella, la mitad de ellos en África (1). Puede presentarse como infección crónica o aguda. De las cuatro especies de *Plasmodium* que infectan al hombre, en nuestro país sólo se ha aislado *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax*. A pesar de la creciente incidencia de casos resistentes a cloroquina en África, en América, sólo Colombia ha reportado casos de resistencia (1). La malaria cerebral es la causa más frecuente de muerte en malaria severa,

Neurólogo Pediatra, Jefe Servicio de Medicina Pediátrica, Bloque Materno Infantil, Hospital Escuela, Honduras.
Residente de Pediatría, Bloque Materno Infantil, Hospital Escuela, Honduras.
Gastroenterólogo Pediatra, Bloque Materno Infantil, Hospital Escuela, Honduras.
Médico Pediatra, Choluteca, Honduras.
Intensivista Pediatra, jefe Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras.

y es predominante causada por *P. falciparum* en la mayor parte de los reportes.

Predomina en la edad escolar y es más frecuente en el sexo masculino (1,2). Un estudio en Nigeria informa que en ese país la malaria cerebral es la causa más frecuente de convulsiones febriles (3), otras manifestaciones clínicas son deterioro de la conciencia y psicosis aguda (1,2).

PACIENTES Y METODOLOGÍA

Se revisaron retrospectivamente 14 pacientes, 6 del Hospital del Sur y 8 del Hospital Escuela de agosto de 1970 a mayo de 1995. Los criterios de inclusión eran malaria aguda, con sintomatología cerebral y edad menor o igual a 14 años para enmarcar el estudio en la edad pediátrica.

Se tomaron del expediente los siguientes datos: nombre y número de expediente, edad, sexo, síntoma principal, síntomas y signos, métodos de laboratorio para diagnóstico, tratamiento recibido, su vía de administración, y la evolución.

La historia clínica y examen físico seguía un protocolo estándar. El coma se calificó de acuerdo a la escala Glasgow, en todos los pacientes se realizó punción lumbar para excluir meningitis y se realizó un mínimo de exámenes como ser hemograma, pruebas de función hepática y renal, electrolitos séricos, antígenos febriles y en 6 pacientes se estudió el líquido cefalorraquídeo por virus. La parasitemia se demostró por gota gruesa o fina de sangre periférica.

RESULTADOS

Catorce pacientes reunieron los criterios de inclusión en nuestro estudio. La edad fue de 4 meses a 14 años con predominio en la edad escolar. El sexo mayoritario fue masculino (3:1). Los síntomas y signos que presentaron (ver cuadro 1) fueron fiebre (100%), cefalea (68%), convulsión tónico-clónica generalizada (43%), habla incoherente y agitación psicomotriz (28%), parestesias en miembros inferiores, hemiparesia, agresividad y desorientación (21%), 1 paciente con irritabilidad, fontanela tensa y vómitos, 2 pacientes con diarrea y vómitos, 2 pacientes con esplenomegalia y 1 paciente presentó solamente síntomas prodrómicos

CUADRO 1: SÍNTOMAS Y SIGNOS

| SINTOMA | NUMERO | % |
|---------------------------|--------|-----|
| FIEBRE | 14 | 100 |
| CEFALEA | 9 | 64 |
| CONVULSION TONICO-CLONICA | 6 | 43 |
| HABLA INCOHERENTE | 4 | 28 |
| AGITACION PSICOMOTRIZ | 4 | 28 |
| PARESTESIA MIEMBROS INF. | 3 | 21 |
| HEMIPARESIA | 3 | 21 |
| AGRESIVIDAD | 3 | 21 |
| COMA | 2 | 14 |
| ESTUPOR | 2 | 14 |
| ESPLENOMEGALIA | 2 | 14 |
| DIARREA | 2 | 14 |
| VOMITOS | 1 | 7 |
| RIGIDEZ DE M. INFERIORES | 1 | 7 |

CUADRO 2: AGENTE CAUSAL

| PLASMODIUM | CASOS | % |
|------------|-------|-----|
| VIVAX | 10 | 71 |
| FALCIPARUM | 4 | 29 |
| TOTAL | 14 | 100 |

CUADRO 3: EVOLUCION

| EVOLUCION | CASOS | % |
|---------------|-------|-----|
| SATISFACTORIA | 12 | 86 |
| MUERTES | 2 | 14 |
| TOTAL | 14 | 100 |

como cefalea, mialgia, hiporexia y malestar general. Los resultados de laboratorio fueron normales en la mayoría de los casos; la citoquímica de líquido cefalorraquídeo fue normal en todos. Antígenos febriles negativos, hemocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo negativo por bacterias y virus. El agente causal (ver cuadro 2) fue *Plasmodium vivax* en 10 casos (71%), y *Plasmodium falciparum* en 4 casos (29%).

Todos los pacientes recibieron inicialmente tratamiento con cloroquina y en 12 (85%) también se dio primaquina. Dos pacientes recibieron amodiaquina. Un paciente recibió largactil por conducta agresiva.

La evolución durante su estancia hospitalaria (ver cuadro 3) fue satisfactoria en 12 pacientes (86%) los que

fueron recuperándose lentamente y dados de alta en condición mejorada. Dos pacientes (14%) murieron, uno de ellos con daño cerebral severo y hematemesis moderada y el otro caso con choque hipovolémico y bronconeumonía bilateral.

DISCUSIÓN

En la literatura mundial (1,2) al igual que en este reporte los síntomas típicos en niños son los de una encefalopatía aguda: deterioro del estado de conciencia, fiebre, convulsiones generalizadas o focalizadas, vómito y cefalea. Vietze (2) describe una etapa de primo-infección, como la ocurrida en 1 de nuestros pacientes que se manifiesta por síntomas prodrómicos como cefalea, mialgia, hiporexia y malestar general, con la fiebre hay fatiga, diarrea y vómito. Trece por ciento de nuestros pacientes estuvieron en coma, de ellos uno murió, akpede et al. (4) encontraron que no existe correlación entre el coma y la severidad de la parasitemia, siendo la presencia de convulsiones indicativo de lesiones cerebrales y no simplemente de naturaleza febril. La severidad de las convulsiones no es factor pronóstico (5). Nosotros encontramos que el cuadro es más severo en los niños mayores pero tienen mejor evolución que los pacientes menores.

Los síntomas y signos neurológicos menos frecuentes descritos en la literatura mundial son hemiplejía espástica, parestesia de miembros inferiores y paraplejía, afasia, dolor ocular, hemorragia retinal, diplopia, desviación conjugada de ojos, alteraciones de lenguaje y síntomas de meningitis como la rigidez de nuca y signo de kerning. Síntomas de tumor cerebral o cerebeloso con ataxia, papiledema, vómito, bradicardia y vértigo. Trastornos espinales como mielitis. Trastornos del sistema nervioso periférico como neuritis y polineuritis. Trastornos del sistema nervioso autónomo como enuresis. Algunos de ellos fueron vistos en nuestros pacientes como ser hemiparesia, parestesia de miembros inferiores, habla incoherente y rigidez de cuello.

Los síntomas neuropsiquiátricos se han clasificado en 3 categorías:

1. Síndromes afectivos como paranoia y manía en los cuadros agudos y depresión en los cuadros crónicos.
2. Deterioro de la conciencia, que va del estupor al coma como en 28% de nuestros pacientes.

3. Psicosis con agitación psicomotriz, agresividad, delirio y conducta automutilante como encontramos en 4 de nuestros pacientes (2).

En la patogenia de la malaria cerebral se han formulado dos teorías para explicar el daño al sistema nervioso:

1. Formación de rosetas que ocluyen los capilares y vénulas de cualquier estructura del sistema nervioso (7).
2. Respuesta inmunológica no específica con liberación de sustancias vasoactivas capaces de causar daño al endotelio con alteración en la permeabilidad capilar (9,10). El factor de necrosis tumoral se ha involucrado en la patogénesis de la fiebre por malaria (11). En la autopsia se encuentra colocación gris pizarra por hemosiderina en corteza cerebral, edema, hemorragias en la sustancia blanca. Granuloma malárico de Burck (reacción glial en áreas de necrosis vascular) (1).

El diagnóstico definitivo es por anatomía patológica, pero se corrobora por la demostración de parásito en gota gruesa o frotis de sangre periférica. Si es negativa no lo descarta ya que hasta un 25% de pacientes tienen hematozooario negativo y otros pacientes con diagnóstico por autopsia cursaron con hematozooario negativo (12). Vietze (5) describe un caso en el cual se demostró *P. vivax* en médula ósea, en este paciente los hematozoarios fueron negativos. En el hemograma hay anemia, leucopenia y leve linfocitosis. Puede haber hiperbilirrubinemia durante la fiebre. El BUN y creatinina están elevados si hay compromiso renal. También se reporta disminución de albúmina y aumento de gammaglobulina. La citoquímica de líquido cefalorraquídeo la mayoría de las veces es normal, a diferencia de las meningitis bacterianas (13). Pero algunos informan aumento leve de células, proteínas y aspecto xantocrómico.

El tratamiento de elección es quinina. Otras alternativas son: cloroquina, primaquina y artemeter (14) seguido por fansidar (pirimetamina/sulfadoxina).

La mortalidad va desde 15 al 50% de los casos (15), en nuestra experiencia fue 13%.

REFERENCIAS

1. Lorenzana P. Neuroparasitosis En Berg BO eds. Manual de Neurología Pediátrica México: Manual Moderno 1987 269-284
2. Vietze G, Malaria and other protozoal diseases en Cap. 6 Handbook of Clinical Neurology P.J. Vieken y G.W. Bruyn, tomo 35, North Holland Publishing Co, Amsterdam 1978,143-160.
3. Assindi AA, Ekanem EE, Ibia EO, Nwangwa MA, Upsurge of malaria-related convulsions in a pediatric emergency room in Nigeria. Consequence of emergence of cloroquine-resistant Plasmodium falciparum. Trop Geogr Med 1993; 45(3):110-3.
4. Akpede G O, Sykes rm, Abiodun PO, Convulsions with malaria: Febrile or indicative of cerebral involment? J. Trop Ped 1993; 39:350-335.
5. Walker O, Salako LA, Sowunmi A, Thomas JO, Sodeine O, Bondi FS, Prognostic risk factors and post mortem findings in cerebral malaria in children. Trans. Roy. Soc. Trop Med Hyg 1992; 86:491-3.
6. Lewallen S, Taylos TE, Molyneux ME, Wills BA, Courtright P, Ocular fundus findings in Malawian children with cerebral malaria. Ophthalmology 1993; 100(6): 857-61.
7. Carlson J, Erythrocyte rosetting in Plasmodium Falciparum Malaria. Scand. J. Infecí Dis Suppl 1993; 86:1-79.
8. Roman GC, Senanayake N, Neurological complications of malaria, Southeast Asian J. Trop. Med. Public. Health 1992; 23(4)672-80.
9. Roman G. C, Senanayake N. Neurological Manifestations of Malaria Arch. Neuropsiq. 1992:50 (1): 3-9.
10. De Kossodo S, Grau GE, Role of cytokines and adhesión molecules in malaria immunopathology. Stem Cells Dayt 1993; 11(1): 41-8.
11. Kwiatkowski D, Molyneux ME, Stephens S, Curtis N, Kein N, Pointaaire P, Smit M, Alian R, Brewster DR, Grau GE, et al. Anti-TNF therapy inhibits fever in cerebral malaria. Q J Med 1993; 86(2): 91-8.
12. Wolf-Gould C, Osei L, Commey JOO, BIA FJ, Pediatric cerebral malaria en Accra, Ghana, J Trop Ped 1992; 38:290-4.
13. Wriyth P. W., Avery N. G., Ardill W. D. Lorty J. W. Initial Clinical Assessment of the Comatose Patient: Cerebral Malaria vrs. Pediat. Infect. Dis. J. 1993; 12 (1), 39-41.
14. Taylor TE, Wills, Kazembe P, Chisale M, Wirima JJ, Ratsma WY, Molyneux ME, Rapid coma resolution with artemeter in Malawian children with cerebral malaria. Lancet 1993; 341 (8846): 661-2.
15. Carme B, Bouquety JC, Plassart H, Mortality and Sequelas due to cerebral in African children in Brazzaville, Congo: Am J Trop Med Hyg 1993; 48 (2): 216-21.

*La imaginación es más importante
que el conocimiento*

Albert Einstein

Imagen en la Práctica Clínica

ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN



Paciente en el Hospital - Escuela con múltiples neurofibromas (tumor que surge de las células de Schwann y Fibroblastos de la capa de neurilema que cubre los nervios periféricos) y manchas "café con leche". Al centro se observa ulceración, resultado de biopsia de uno de los neurofibromas.

Dr. Efraín Bu Figueroa

* Departamento Medicina Interna
Hospital - Escuela, UNAH

Se invita a los lectores médicos a enviar su colaboración a ésta nueva sección de la Revista Médica Hondureña

Traumatismo Abdominal

Abdominal Trauma

Dr. Rigoberto Espinal F., Dr. Orlando Ventura G.**, Dr. Roberto García G.¹*

Los traumatismos abdominales causan aún gran número de lesiones y muertes. Los accidentes en vehículos de motor y la violencia de las ciudades, respectivamente son las causas principales de traumatismo contuso y penetrantes en esta área del organismo. El trauma al abdomen ocurre aproximadamente en 20% de las lesiones en civiles que requieren cirugía, siendo la causa de la mayor parte de las muertes prevenibles por traumatismo, debido a tratamiento inadecuado (1,2).

La valoración y el tratamiento de estos pacientes imponen al cirujano una de las experiencias más complicadas (3). La lesión inadvertida del contenido abdominal sigue siendo una causa desafortunadamente frecuente de muerte evitable (4) y producto del diagnóstico omitido o retrasado de las lesiones abdominales (5).

En las series de pacientes ingresados por traumatismo abdominal hay franco predominio del sexo masculino (6-12), y la tercera década de la vida es el grupo etario más afectado, que es lo que usualmente ocurre en pacientes con cualquier tipo de traumatismo (13-16).

Se sabe que la distribución del trauma abdominal según el tipo de trauma es variable de acuerdo al área

geográfica y/o tipo de población en que se recolectan los casos (2); por ejemplo Wiener y Barret (17) atribuyen como causas del trauma cerrado un 75% al accidente automovilístico, 14% a golpes en el abdomen, 10% a caídas, si se trata de una población civil, en cambio si se trata de militares, caídas, accidentes automovilísticos y explosiones en ese orden. Otro hecho conocido en la literatura y avalado por autores de reconocido prestigio en el área de trauma como Mattox y Trunkey (18) es el que en los últimos años ha aumentado la frecuencia de heridas abdominales por arma de fuego.

La clasificación del traumatismo abdominal es abierto y cerrado, basado en el mecanismo de las lesiones a la vez práctica y útil en cuanto a predecir la lesión más probable (Viscera sólida en el trauma cerrado y viscera hueca en la lesión penetrante) y también nos ayuda en cuanto a decidir la necesidad de una intervención quirúrgica. Siendo generalmente esta toma de decisión más fácil después del mecanismo penetrante, siempre existen controversias pero la recomendación que predomina es "Las heridas abdominales por arma de fuego, deben ser exploradas prácticamente siempre lo mismo que las heridas por arma blanca en la pared abdominal anterior que penetra la fascia" (19), sin embargo existen otras opiniones como por ejemplo la de Oreskovich y Carrico (20) quienes basado en el hecho de realizar una laparotomía exploradora sistemáticamente después de cada herida penetrante de abdomen por arma blanca conlleva una tasa alta de laparotomía negativa (31-63%) y de que hay una pequeña pero significativa mortalidad, consecuencia de anestesia en este grupo de pacientes con laparotomía no productivas propo-

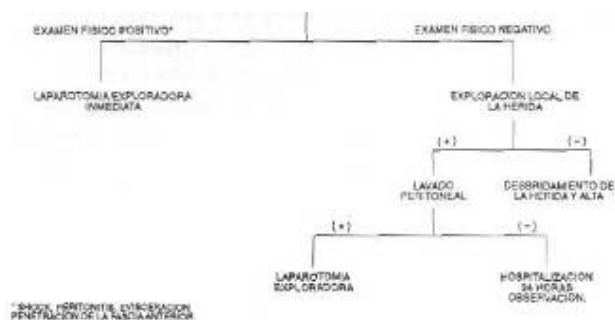
Cirujano General, Hospital Nacional Nor-Occidental "Dr. Mario C. Rivas".

Médico Residente, Departamento de Grujía, Servicios de Ortopedia y Traumatología, Hospital Nacional Nor-Occidental "Dr. Mario C. Rivas"
Médico y Cirujano

nen un algoritmo (Fig. No. 1) para el manejo selectivo de las heridas abdominales por arma blanca empleando el examen físico, la exploración local de la herida y lavado peritoneal diagnóstico. Otro autor, Huizinga (11) propone un manejo selectivo aún en presencia de demostración evidente de penetración peritoneal, tal como la salida de epiplon siempre y cuando no existan indicaciones francas de la laparotomía tales como signos peritoneales o shock sobre esta última opinión, los autores comparten más el criterio de Burweit y Thal (21) o Granson y Donovan (22) de que la salida de epiplon a través de una herida por arma blanca es todavía una indicación para laparotomía.

**ALGORITMO HERIDAS POR ARMA BLANCA
EN LA PARED ABDOMINAL ANTERIOR
EVALUACIÓN EN SALA DE EMERGENCIA**

Fig. No. 1



Ya se mencionó anteriormente que la decisión de realizar una laparotomía por traumatismo abdominal cerrado resulta mucho más difícil y compleja que el traumatismo abierto, porque la lesión estructural es menos manifiesta y frecuentemente enmascarada por lesiones, fracturas mayores, alcohol u otras toxinas, no debiendo fiarse únicamente del examen físico inicial (4), lo que obliga a que aparte de los estudios del laboratorio y radiografías a tener siempre en mente en el manejo de estos paciente al lavado peritoneal diagnóstico que desde su introducción por Root y colaboradores en 1965 (23) se constituyó en un medio rápido, poco costoso, preciso y relativamente seguro de modalidad diagnóstica para valorar pacientes con traumatismo abdominal cerrado, lo que desde esa fecha ha sido repetidamente confirmado en la literatura (24-28). En una revisión colectiva de 32 series, involucrando a 10,358 pacientes con trauma abdominal cerrado, la especificidad del lavado

peritoneal diagnóstico fue de 97.3%, la tasa de falsos positivos y falsos negativos fue de 1.4% y de 1.3% respectivamente.

La tasa de complicaciones al practicarse el lavado peritoneal diagnóstico es en general menor del 1% (27).

Feliciano (29) al hacer un análisis de diversas modalidades de diagnóstico en el traumatismo abdominal (lavado peritoneal, ultrasonografía, tomografía computarizada y arteriografía) concluye en que en 1990, el lavado peritoneal diagnóstico tiene una función primaria en la comprobación de la hemorragia o la contaminación intrabdominal en pacientes con traumatismo cerrado, o en algunos pacientes estables penetrantes, pasa por alto lesiones pequeñas y grandes del diafragma y no ayuda a descartar la existencia de lesiones de los tejidos u órganos retroperitoneales.

Existen diversos algoritmos para el manejo del paciente con traumatismo abdominal cerrado entre ellos el que propone Sorkey (30) (Fig. No. 2).

Fig. No. 2

**ALGORITMO
PARA EVALUACION DE PACIENTES CON TRAUMA ABDOMINAL CERRADO
EVALUACION INICIAL Y RESUCITACION**



Desde una perspectiva histórica la laparotomía como una técnica para el tratamiento del traumatismo abdominal no se desarrolló mucho después de que ya estaba bien establecida en el tratamiento de enfermedades abdominales no traumáticas. Baudens fue quién realizó la primera laparotomía por trauma abdominal penetrante en 1836. Para 1882 cuando se comenzaron a reportar series de trauma, la laparotomía obligatoria para todos los pacientes con trauma abdominal

penetrante fue primeramente cuestionadas por Shaftan en 1960, y más tarde Nance y Cohn (31) quienes consideran que existen indicaciones francas para laparotomía por traumatismo abdominal, pero que también existen pacientes que pueden manejarse conservadoramente (Fig. No. 3).

* Pie logra ma intravenoso

Fig. No. 3

| HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN | |
|---------------------------------------|------------------------|
| INDICACION PARA CIRUGIA | |
| * Signos de irritación peritoneal | |
| * Shock inexplicado | |
| * Ausencia de ruidos intestinales | |
| * Evisceración | |
| * Estudios diagnósticos positivos | |
| 1. Sangre en estómago, vejiga o recto | |
| 2. Paracentesis o lavado peritoneal | |
| 3. PIV*, Cistograma, Cistoscopia | |
| 4. RX simple | |
| 5. Arteriograma | |
| OTROS: | Observar 24 - 48 horas |

Las laparotomías que se practican por traumatismo abdominal pueden clasificarse en:

TERAPÉUTICA. Laparotomía terapéutica es aquella en la cual uno o más órganos requieren reparación.

NEGATIVA. Esta es una laparotomía en la cual no se encontró ninguna lesión.

NO TERAPÉUTICA. Se encontró lesión en la laparotomía pero no es requerida ninguna intervención en ésta. Ej. Una laceración no sangrante del hígado o bazo.

NO NECESARIA. Una laparotomía no necesaria es aquella que es negativa o no terapéutica. (32)

Esta por supuesto es una clasificación retrospectiva; y según Muckart (8) cuando se utiliza únicamente el examen clínico para indicar una laparotomía, la tasa de laparotomía no necesaria es hasta de un 25%.

Cuando se trata de trauma abdominal abierto los órganos más frecuentemente lesionados son: intestino delgado, intestino grueso, hígado, estómago y diafragma,

lo cual coincide con la literatura {33, 34}. En cambio en el trauma abdominal cerrado, el órgano más lesionado es el bazo, lo cual es también el hallazgo que la literatura reporta por ejemplo la serie observada por Me. Anena (4) durante el último decenio en el Denver General Hospital.

La morbilidad reportada por Wilder en su serie de 403 pacientes, fue de 9.2% (12) y Nance (35) en su experiencia de 1180 pacientes reportó un 8%, predominando las complicaciones de tipo infeccioso, y de acuerdo con la opinión de Feliciano (34) de que la infección sigue siendo una causa importante de morbilidad y contribuye a la mortalidad tardía en pacientes sometidos a laparotomía por traumatismo abdominal.

El riesgo de infección después de traumatismo abdominal está determinado por el que haya o no incurrido contaminación de la cavidad peritoneal, y en los pacientes con tal contaminación, el riesgo se incrementa con la severidad del trauma medido por el número de órganos involucrados y la cantidad de sangre requeridas en la cirugía, la edad y la presencia de lesión de colon (36). Por lo que es evidente la necesidad de antibióticos en pacientes con heridas abdominales penetrantes, pero la elección del producto, la clasificación y la duración de la administración siguen aún siendo objeto de discusión (37-41).

Tiene mayor importancia que el régimen antibiótico específico el reconocer que las complicaciones infecciosas postoperatorias disminuyen cuando los antibióticos se han iniciado al primer contacto con el paciente en lugar de esperar a utilizar después de abierto el abdomen (41).

Muchas cuestiones permanecen aún sin respuesta en el cuidado de pacientes con traumatismo abdominal (v.g duración del tiempo para administración de antibióticos postoperatorios, el rol de alimentación parenteral en el postoperatorio continuo en pacientes con traumatismo abdominal actualmente es una realidad pero ni se ha aceptado universalmente ni se ha aplicado de manera uniforme, sigue siendo tema de controversia (43,44); sin embargo el principio de practicar una laparotomía exploradora en todos los pacientes con una potencial lesión intrabdominal continúa siendo la conducta más segura.

REFERENCIAS

1. Meyer A.A y Crass, R.A. "Traumatismo Abdominal" Clin. Quir. de Nort. Am. 1982,1,105-111.
2. Hill A.C., Schechter W.P. y Trunkey D.D. "Abdominal Trauma and Indications for Laparotomy", En Mattox K.L., Moore E.E. y Feliciano D.V. eds: Trauma Norwalk, Appleton Lange-1988, 401-416.
3. Thal, E. "Clin. Quir. de N.A.", 1990, 3, XI.
4. Me Anena, O.J. Moore E.E. y Marx, J.A. "Valoración inicial del Paciente con Traumatismo Abdominal no Penetrante" Clin. Quir. de N.A. 1990,3,503-523.
5. Enderson, B.L. y Maul K.I., "Lesiones Inadvertidas" Clin. Quir. de N.A. 1991,3,405-425.
6. Dauterive A.H. y otros "Blunt Intestinal Trauma" Ann Surg. 1985, 201,198-203.
7. Cox E.F. "Blunt Abdominal Trauma" Ann Surg. 1984, 199, 467-474.
8. Muckart J.J., Mac Donald M.A., "Unreliability of Standard Quantitative criteria in Diagnostic Peritoneal Lavage Performed for Suspected Penetrating Abdominal Stab Wounds". The Amer. J. of Surg. 1911,162, 223-227.
9. De Lacey A.M. et al "Management of Penetrating Abdominal Stab Wounds", Br. J. Surg. 1988,162, 362-367.
10. Feliciano, D.V. y Cols, "Abdominal Gunshot Wound", Ann Surg. 1988, 208, 362-367.
11. Huizinga W.K. I et al "Selective Management of Abdominal and Thoracic Stab Wounds with Established Peritoneal Penetration: The Eviscerated Omentum", Amer. J. of Surg. 1987,153, 564-568.
12. Wilder R.J. y Kudechadkar A. "Stab Wounds of the Abdomen" J.A. M.A. 1980,153,2503-2505.
13. Cales R.H. y Trunkey D.D. "Preventable Trauma Deaths" J.A. M.A. 1985,254,1059-1063
14. Levison M. Trunkey D.D. "The Múltiple Injured Patient", (Eds) Moore E.E. Eiseman B. Van Way Ch. "Critical Decisions in Trauma" C.V., Mosby, San Luis, 1984, 44-48.
15. ATLS Advanced Trauma Life Support Care Course, 1990, Segunda Edición, Committee on Trauma America College of Surgeons, P-3.
16. Espinal R., Irias M., Romero R.E. "Traumatismo Torácico, Análisis de 154 casos "Revista Médica Hondureña", 1992, 60, 75-81.
17. Wiener Sly y Barret, J. "Trauma Management for Civilian and Military Physician" W.B.S. Saunder Company, 1986, 221-250.
18. Mattox, K.L." Tratamiento de las Heridas Penetrantes" Vol. 81, número 8, Técnicas Quirúrgicas Actuales. Ed Schering Corporation, New Jersey 1982.
19. Wisner D.H. y Blaisdell, FW, "Visceral Injuries" Arch Surg. 1992,127, 687-693.
20. Oreskivich M.R. y Carricco J.C., "Stab Wounds of the Anterior Abdomen"; Ann. of Surg. 1983,198, 411-419.
21. Burnwit C.A. y Thal E.R. "Significance of Omental Evisceration in Abdominal Stab Wounds". Amer. J. of Surg. 1986, 562, 670-673.
22. Granson M.A. y Donovan A.J, "Abdominal Stab Wound with Omental Evisceration" Arch surg. 1983, 118, 57-59.
23. Root H.D., "Diagnostic Peritoneal Lavage" Surgery 1965, 57, 633-637.
24. Olsen W.R. al. "Quantitative Peritoneal Lavage" Surgery 1965,57,633-637.
25. E.R. Thal y G.T Shires "Peritoneal Lavage Blunt Abdominal Trauma" The Amer. J. Surg. 1973,1225,64-69.
26. Fisher R.P. et al "Diagnostic Peritoneal Lavage, Fourteen Years and 2,586 Patient later" The Ameri. J. of Surg. 1978,136, 701-704.
27. Powell, D.C. Bivivinis B.A. y Bell R.M. "Diagnostic Peritoneal Lavage" Collective Reviews, Surg. Gine. & Obst. 1982,166, 257-269.
28. Becerra C, y Ferrada R. "Lavado Peritoneal Valor Predictivo" Panan J. Trauma 1991, 2,130-132.
29. Feliciano, D.V. "Modalidades de Diagnóstico en el caso de Traumatismo Abdominal" Clin. Quir. de North. Amer. 1991,2, 243-258.
30. Sorkey A.J. et al, "The Complementary Roles of Computed Tomography and Diagnostic Peritoneal Lavage in the evaluation of blunt Abdominal Trauma" Surgery, 1989,106, 794-801.

31. Sirinek K.R. et al, "Is exploratory Celiotomy Necessary for All Patients with Truncal Stab Wounds? Arch Surg. 1990,106, 844-848.
32. Marx J.A./"Penetrating Abdominal Trauma", Emer. Med. Clin, of North Amer. 1993,125,125-135.
33. Feliciano David v, et al "Single Agent Cephalosporin Prophylaxis for Penetrating Abdominal Trauma", Amer. J. of Surg. 1986,152, 674-680.
34. Feliciano D.V y Spjut - Patrinely V, "Antibióticos, Pre, Intra y Post Operatorios", Clin. Quir. de North. Amer. 1990, 3, 699-711.
35. Nance F.C., et al, "Surgical Judgment in the Management of Penetrating Wounds of the Abdomen: Experience with 2212 patients" Ann. surg. vol. 179, No. 5.
36. Nichols R.L., et al. "Risk of Infection after Penetrating Abdominal Trauma" The New Eng. J. of Med. 1984,311, 1065-1070.
37. Thadepalli H., "Principies and Practice of Antibiotic Therapy for Posttraumatic Abdominal Injuries", Surg. Gyn. & Obst 1979,148, 937 -951.
38. Jones R. et al, "Evaluation Of Antibiotics Therapy Following Penetrating Abdominal Trauma", Ann Surg. 1985, 201, 576-585.
39. Moore F A, et al, "Presumptive Antibiotics for Penetrating Abdominal Wounds" Surg. Gyn. & Obst. 1989,169, 99-103.
40. Gentry L.O. et al, "Perioperative Antibiotic Therapy for Penetrating Injuries of the Abdomen" Ann of Surg. 1984, 200, 561-566.
41. Moore F A, et al, "Presumptive Antibiotics for Abdominal Gunshot Wounds", The Amer. J. of Surg. 1983,146, 762-765.
42. Ledgerwood A.M. y Lucas Ch. E, "Complicaciones Postoperatorias de Traumatismo Abdominales", Clin. Quir. de North. Amer. 1990, 3, 725-741.
43. Me Connel, D.B. y Trunkey D.D., "Tratamiento no Operatorio de Traumatismos Abdominales". Clin. Quir. de North Amer. 1990,3, 685-697.
44. Gibson D.M. et al, "Intrabdominal Abscess after Penetrating Abdominal Trauma" The Amer. J. of Surg. 1981,142, 699-703.

*Todas las cosas han sido
repensadas, pero lo importante
es pensarlas una vez más.*

Goethe.

Prolapso Rectal

Reporte de seis casos y Revisión de la Literatura

Rectal Prolapse Report of Six Cases and Review

Dr. José Ranulfo B,*

RESUMEN. Se informan seis casos de prolapso rectal manejados quirúrgicamente en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (I.H.S.S), Unidad Materno Infantil, de Agosto de 1991 a Agosto 1994. Se utilizaron los criterios de Rasmussen para catalogar el prolapso rectal como refractorio y ser candidato a manejo quirúrgico, el cual consistió en la Rectopexia de Ripstein.

El procedimiento fue exitoso en el 100% de los casos, los cuales constituyen además los primeros en ser informados en la literatura médica hondureña.

PALABRAS CLAVES: *Prolapso Rectal, Rectopexia.*

SUMMARY. We report six cases of rectal prolapse treated surgically at Maternal-Child unit of the Social Security Honduran Institute (I.H.S.S.) between August 1991 to August 1994.

We used Rasmussen criterion for classifying rectal prolapse as a refractory and eligible for surgical manage with Ripstein's rectopexia. The procedure was successful in 100% of cases; which also are the first reported in Honduran medical literature.

KEY WORDS: *Rectal prolapse, Rectopexia*

Pediatra y Cirujano Pediatra del I.H.S.S, Unidad Materno Infantil

INTRODUCCIÓN

Prolapso Rectal se define como la herniación o descenso anormal del recto sigmoides a través del ano.

La etiología de esta condición permanece incierta, pero se da especial importancia a la falla de los elementos de sostén del recto como son: la reflexión peritoneal, el meso recto, los elevadores del ano y la fascia presacra. (1,2,3,4).

Esta falla en los elementos de sostén del recto puede deberse a patologías como desnutrición, enfermedades debilitantes, mielomeningocele, extrofia de vejiga, fibrosis quística, constipación crónica, enfermedad diarreica crónica, pólipos rectales, parasitismo y pacientes post-operados de malformaciones anorectales.

A este tipo de pacientes los llamamos prolapso rectal secundario y constituyen el 80% de los casos, el 20% restante son pacientes con prolapso rectal idiopático en los cuales la mayoría de los autores consideran que se debe a que el meso del recto es muy laxo; el sacro es vertical lo que permite que el segmento rectal se desplace hacia adelante alejándose de la concavidad del sacro y de este modo el segmento rectosigmoideo se endereza, de tal manera que cuando existe gran presión intrabdominal esta se transmite por el rectosigmoide perpendicularmente produciéndose el prolapso. (5,6,7,8).

La mayoría de pacientes con prolapso de tipo idiopático son preescolares con un pico de incidencia en el segundo año de vida, se considera que el aumento en la frecuencia en este período se debe a que a esa edad el niño alcanza la postura erecta, hay una importante disminución de la grasa del cuerpo sobretodo izquiorectal y además a esta edad el niño inicia el control voluntario de las evacuaciones. (3,5).

La mayoría de los prolapsos rectales secundarios se resuelven tratando la patología base, sin embargo en el caso de los prolapsos primarios, existe un grupo de pacientes que no mejoran al tratamiento médico y este grupo corresponde a los que Rasmussen llamó prolapso rectal refractario.

Estos pacientes necesitan un procedimiento quirúrgico para resolver el problema, de los cuales existen más de 50 tipos de procedimiento diferentes, por lo que consideramos importante informar nuestra experiencia en el Instituto Hondureño del Seguro Social con el procedimiento de Ripstein.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

Se presentan un total de 6 casos de prolapso rectal primario, operados por el autor en el Instituto Hondureño del Seguro Social en la Unidad Materno Infantil de Agosto de 1991 a Agosto de 1994. Todos nuestros pacientes cumplieron los criterios de Rasmussen para ser considerados prolapso rectal refractario como son:

1. Duración mayor de 2 meses aún con tratamiento.
2. Presentación mayor de 25 episodios por mes.
3. Longitud mayor de 5 cm.
4. Ulceración de la mucosa.

Para los criterios más importantes como son: duración y longitud del prolapso fuimos más estrictos, de tal manera que nuestro paciente con menor duración del prolapso fue de 6 meses y la longitud de menor rango fue 7 cm.

Todos nuestros pacientes tenían prolapso rectal primario con una edad promedio de presentación de 30 meses y el motivo de consulta fue prolapso rectal, el cual fue confirmado personalmente por nosotros. Se descartó parasitismo intestinal por examen seriado de heces y tratamiento antiparasitario específico. Todos ellos fueron observados personalmente por 6 meses en

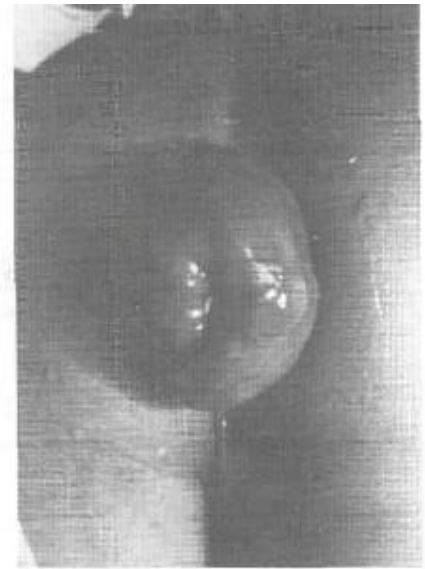


Fig. 1
Uno nuestros
pacientes con
Prolapso Rectal
Refractario.

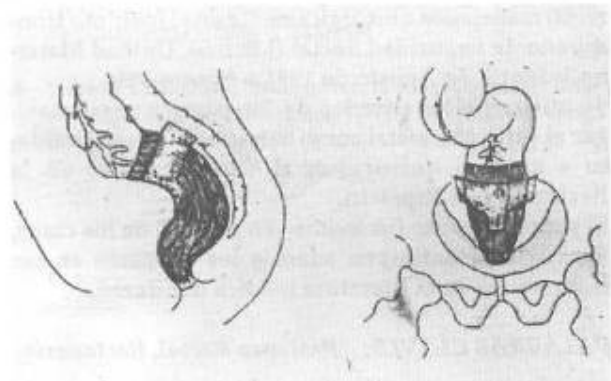


Fig. 2 Un esquema que muestra
como se coloca la malla de Marlex.

la Consulta Externa para verificar la falta de respuesta al manejo médico, el criterio para ser quirúrgico fue el hecho de ser considerado como refractario (Fig. No. 1).

Todos ellos tuvieron una preparación preoperatoria que consistió en dieta líquida 48 hrs previo a la cirugía más enemas de limpieza con isodine al 10%, mezclado con suero fisiológico.

El procedimiento quirúrgico elegido fue la Rectopexia de Ripstein, el cual ha sido previamente disecado para elevarlo aproximadamente 5 cm (Fig. No.2). El abordaje es a través de una incisión tipo pfannenstiel. Se disea

un plano entre la vejiga y el recto incidiendo en el peritoneo alrededor del recto hasta lograr llegar al espacio presacro luego se procede a colocar la malla de marlex, la cual se fija primero a la aponeurosis presacra con material no absorbible, esta malla rodea el recto totalmente sin comprometer su luz, además se colocan puntos que van de la malla a las paredes del recto pero estos puntos son seromusculares que no violan la luz intestinal; se trata de un procedimiento seguro con una duración de 1 hora 30 minutos (Fig. No. 3).



Fig. 3
Uno de nuestros pacientes con malla de Marlex ya colocada

En el post-operatorio el paciente permanece 24 hrs en ayuno y luego 48 horas con dieta líquida completando el alta a los 3 días. Nuestros pacientes han sido seguidos en la consulta externa por un espacio de 28 meses promedio con rango menor de 12 meses y rango mayor de 48 meses.

Ningún paciente ha vuelto a presentar prolapso rectal ni ninguno ha presentado secuelas relacionadas con el procedimiento, por lo que se considera la Rectopexia de Ripstein exitosa en un 100%.

DISCUSIÓN

Generalmente el prolapso rectal primario en los niños es un desorden autolimitado que espontáneamente involuciona al regularse los hábitos defecatorios y co-

rrigirse con el crecimiento normal los factores predisponentes, sobre todo el meso del recto que se adhiere al sacro. Sin embargo existen casos severos y recurrentes en los cuales el tratamiento médico conservador falla y una intervención quirúrgica es necesaria (2,8,9,10).

Sabemos que existen más de 50 tipos de procedimientos quirúrgicos, lo que da una idea de la patogénesis de esta enfermedad, no está del todo entendida, de allí que nosotros debemos escoger el procedimiento más seguro y con mayor porcentaje de éxito.

Mencionaremos algunos de los procedimientos quirúrgicos más utilizados comenzando con los más sencillos, en 1970 Kay y Zaachary comenzaron a utilizar inyección de agentes esclerosantes como ser solución salina al 30% y luego en 1979 Wyllie utilizó fenol al 5%. El objetivo de estas inyecciones es producir una reacción inflamatoria causando adhesión de todos los elementos del anorecto (11,12).

Los autores a favor de este procedimiento mencionan con mayor beneficio que se trata de un procedimiento sencillo y ambulatorio, sin embargo entre sus desventajas está un porcentaje de fracasos hasta del 20%. (6,8,9).

Otro procedimiento es la lineal cauterización de Lockhart de la pared anorectal que causa mayor fibrosis que las sustancias esclerosantes reduciendo los fracasos hasta un 10% pero aumentando las complicaciones, incluyendo sangrado rectal, estenosis del canal anorectal, dolor importante persistente y lesión de la uretra con el electrocauterio. (5,6,9).

La mayoría de los autores están de acuerdo que tanto la inyección de agentes esclerosantes como la electrocauterización no están indicados en prolapso mayores de 5 cm ya que en este tipo de prolapso su efectividad disminuye significativamente.

Otro procedimiento frecuentemente realizado es la resección en manguito perineal, introducida por Altemeir o resección transanal del intestino prolapsado, lo cual consideramos un procedimiento injustificable, ya que significa la resección de un segmento del intestino que conlleva un aumento importante en la morbilidad y además esta resección no corrige la enfermedad de fondo (5,6,10).

En lo personal abordamos el prolapso rectal como lo que realmente es, una hernia, así que tratamos de corregir el fondo del problema, realizando una suspensión y fijación intrabdominal del recto sigmoide con una malla marlex, procedimiento introducido en 1963 por Ripstein. (13,14).

La mayoría de los autores consideran la Rectopexia de Ripstein cómo la primera elección para un prolapso rectal refractario en base a las siguientes ventajas:

1. Corrige el defecto anatómico, elevando el recto sigmoide y fijándolo al sacro.
2. Es un procedimiento sencillo, seguro y fácil de reproducir.
3. Menor índice de recidivas, únicamente del 2%. (5,10,13,14).

Por esta razón todos nuestros pacientes en el Instituto Hondureño de Seguridad Social con prolapso rectal refractario fueron tratados con la Rectopexia de Ripstein y hemos verificado estas ventajas, no se ha presentado ninguna recidiva no hemos tenido ninguna complicación y el procedimiento lo hemos reproducido fácilmente con un éxito del 100%.

REFERENCIAS

1. Rudolph A.M. Fediátrics. Seventeenth ed. Connecticut. Appleton Century Crofts, 1982: 990-991.
2. Quist N., Rasmussen L., Klaaborg K.E., Hánsen L.F. Pedersen S.A. Rectal prolapse in infancy: conservative versus operative treatment J. Pediat Surg 1986; 21:887-888
3. Behrman R.E., Vaughan V.C., Nelson W.E. Tratado de Pediatría. 14 ava. ed. México. Nueva Editorial Intramericana 1992:1209-1210.
4. Gray S.W., Skandala Kis J.E. Hernias of the Abdominal wall Philadelphia. Saunders. 1990:207-237.
5. Welch K.J., Randolph J.G., Ravitch M M, O'Neill J.A., Rowe M.I., Pediatric Surgery. 4a. ed. Chicago. Year Book Medical Publishers, Inc. 1986: Vol. 2:1042-1043.
6. Holder T.M. and Ashcraft K.W. Pediatric Surgery, 2da. ed. Philadelphia W.B. Saunders Company. 1993:410-415.
7. Zempsky W.T., Rosentein B.J., The cause of rectal prolapse in children. AM J Dis Child. 1988: 142:338-339.
8. Schepens M.A. and Verhelst A.A. Reappraisal of Ekehorn's rectopexy in the management of rectal prolapse in children. J. Pediatr. Surg. 1993;28: 1494-1497.
9. Hight D.W., Hertzler J.H. Philippart A.I. Benson C.D. Linear cauterization for the treatment of rectal prolapse in infants and children. Surg. Gyn. Obst 1981;154:400-402.
10. Nyhus LL.N., Baker RJ. Mastery of surgery. Boston. Little Brown and Company, 1984; Vol 2:1389-1394.
11. Kay N.R. and Zaachary R.B. The treatment of rectal prolapse in children with infections of 30 per cent saline solutions. J. Pediatr. Surg. 1970; 5:334.
12. Wyllie G.G. The injection treatment of rectal prolapse. J. pediatr. Surg 1979:14:62.
13. Ripstein C.B. and Lanter B. Etiology and surgical therapy of massive prolapse of the rectum. Ann Surg. 1963;157:259-260.
14. Miller R.L., Thomas J.M. and O'Leary J.P. Ripstein procedure for rectal prolapse. Am. J. Surg. 1979;45:531-532.

*En todos los asuntos, es saludable siempre
un poner signo de interrogación en las cosas que
desde hace tiempo se dan por establecidas.*

Bertrand Russell

Embarazo Tubárico Espontáneo

Informe de un Caso

Spontaneous Tubal Pregnancy

Report of one case

Dr. José Manuel Espinal, Dr. Víctor O. Quintanilla***

RESUMEN. La mayoría de casos informados en la literatura de embarazo tubárico bilateral son secundarios al uso de terapia hormonal en tratamiento de pacientes con infertilidad, (1). Nosotros describimos un caso de paciente primigesta, sin antecedentes de uso de terapia hormonal/ni enfermedad pélvica inflamatoria que se presentó clínicamente como embarazo ectópico unilateral.

PALABRAS CLAVES: *Embarazo ectópico.*

SUMMARY. The majority of bilateral tubal pregnancy cases reported in the medical literature are secondary to hormone therapy of patients with infertility. We describe one case of a primipara patient without history of hormone therapy or pelvic inflammatory disease who presented clinically with unilateral ectopic pregnancy.

KEY WORDS: *Ectopic pregnancy.*

Especialista Ginecología y Obstetricia. Jefe sala puerperio
Normal Hospital Materno Infantil. Hospital - Escuela
Médico Residente de Ginecología y Obstetricia, Hospital
Escuela.

INTRODUCCIÓN

El embarazo Tubárico bilateral es de rara ocurrencia; con 200 casos descritos en la literatura aproximadamente (2,3).

Incidencia reportada de 1 en 200,000 nacidos vivos, y dentro de los embarazos ectópicos de 1 en 725 al: 1,580. (4,5).

En 1939 Fishback, consideró como requisitos para referirse a un caso de embarazo extrauterino bilateral auténtico los siguientes:

A.- Hallazgos clínicos compatibles, más la descripción macroscópica de feto ó tejido placentario durante el acto quirúrgico.

B.- Confirmación histopatológico (6). La importancia de este informe es recordar que en cada caso de embarazo extrauterino debemos siempre considerar la posibilidad de que sea bilateral.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una paciente de 25 años de edad, mestiza, primigesta, con vida sexual activa, sin utilización de métodos de planificación, ni historia de enfermedad pélvica inflamatoria; se presentó con 12 semanas de amenorrea, sin prueba de embarazo; con historia de 7 horas de evolución del dolor súbito en hipogastrio, lipotimia, palidez y escaso sangrado transvaginal.

Al examen físico: mal estado general, signos de choque hipovolemico. Abdomen ligeramente distendido con signos de irritación peritoneal, sumamente doloroso a la palpación. Al examen ginecológico palidez marcada en la mucosa vaginal; a la especuloscopia se observó escaso sangrado transvaginal; al tacto intenso dolor a la movilización del cuello uterino, haciendo imposible exploración del útero y anexos por resistencia muscular a la palpación bimanual.

Se solicita hemograma y dos unidades de sangre para practicar laparotomía urgente, no se realizan estudios como ultrasonografía y pelviscopia diagnóstica ya que no contábamos en ese momento con ellos.

En la laparotomía encontramos aproximadamente 3,000 cc de hemoperitoneo. En el anexo izquierdo a nivel de cara posterior de la ampolla se observo ruptura de la trompa y presencia de contenido embrionario.

Procedemos a examinar trompa derecha encontrando a nivel de 1/3 medio presencia de masa de aproximadamente 4 x 4 cm características de tejido trofoblástico no roto.

El útero se encuentra ligeramente aumentado de tamaño, aproximadamente para 8-10 semanas. Se práctica salpingectomía bilateral; posteriormente se práctica ultrasonografía descartándose gestación intrauterina, encontrándose endometrio engrosado.

Ambas muestras fueron enviadas a anatomía patológica reportando embarazo tubárico bilateral.

DISCUSIÓN:

De todos los embarazos extrauterinos 1: 725 - 1: 1,580 son bilaterales (1,4). Desde antes de 1930 ya aparecen múltiples reportes de gestación ectópica bilateral;

Pero inicialmente algunos eran de autenticidad cuestionable. Por lo cuál es esencial que el diagnóstico de embarazo tubárico bilateral sea verificado histológicamente. Fishback estableció en 1939 que remanentes de tejido placentario o fetal sea identificado en ambos tubos para que el diagnóstico de embarazo bi-tubárico sea realizado; una reacción decidua por si sola no es suficiente (6,7).

Norris, modifico el criterio en 1953, determinando que una identificación positiva de vellosidades coriónicas

en ambos tubos es un requerimiento válido para corroborar el diagnóstico (8). En nuestra paciente, el criterio histológico para certificar el diagnóstico fue verificado.

La incidencia de gestaciones múltiples extrauterinas se ha aumentado desde el inicio del uso de terapia farmacológica de inductores de ovulación.

Shenker reporta en estos casos una frecuencia de embarazos múltiples de 18.53%. Es además bien conocido que la incidencia de embarazos ectópicos se ha incrementado también. Por lo tanto cuando es iniciado el tratamiento por infertilidad es esencial que el factor de riesgo de un embarazo ectópico subsecuente sea considerado (5, 7,8,9).

Además, es esencial, que durante la laparoscopia ambas trompas sean inspeccionadas, aún si un embarazo bilateral no ha sido considerado (3, 7, 9).

REFERENCIAS

1. Stewarl H.L. Bilateral Ectopic Pregnancy West J. Surg. 1950; 58: 648-656
2. Andersen E.S., Moller NG. Case Report: Bilateral Tubal Pregnancy. Acta Obstet. Ginecol. Scand 1988; 67: 281.
3. Edelstein MC, Morgan MA. Bilateral Simultaneous Tubal Pregnancy: Case report and Review of the literature. Obstet. Ginecol. 1939; 37:1035-1037.
4. Abrams RA Kanter AE. Bilateral Simultaneous Extrauterine Pregnancy. AM.J. Obstet Ginecol. 1948; 56:1198-1,200
5. Schenker JG. et al. Múltiple Pregnancies following induction of ovulation. Fértil Steril. 1981; 35:105
6. Fishback HR. Bilateral Simultaneous Tubal Pregnancy Am. J. obstet. Ginecol 1939; 37:1035-1037
7. Merja Kauppi- Ashla et al. Bilateral Tubal Pregnancy A case report and review of the literature European Journal of obstet, Ginecol. Reprod. Biology. 1990.145-147
8. Norris S. Bilateral Simultaneous Tubal Pregnancy Can. Med. Assoc. Journal. 1953; 68: 379
9. Thomas Uwe Diets et al. Combined Bilateral Tubal and Múltiple Intrauterine Pregnancy after Ovulation Induction. Euro. J. of Obst. Gyn. and Reprod. Biol. 1993., 48, 69-71

Lincamientos generales para el manejo intrahospitalario del Dengue Clásico (DC), Dengue Hemorrágico (DH) y Síndrome de Choque por Dengue (SCD) en adultos y niños

*Dr. Efraín Bu Figueroa**

El serotipo 3 del virus Dengue, familia Flavivirus, fue detectado el presente año en Honduras (1), con lo que se completa la circulación de los 4 serotipos conocidos del mencionado microorganismo. Con lo anterior, junto a la proliferación inusual del vector *Aedes Aegypti* y la susceptibilidad de la población están dadas las condiciones para el desencadenamiento de epidemias de Dengue Hemorrágico de variada magnitud, lo cual ha comenzado a expresarse en todo el País y particularmente en el Hospital Escuela, donde se presentaron 18 casos de Fiebre Hemorrágica durante los meses de agosto y septiembre(2).

Aquella población que ha sido infectada con cualquiera de los cuatro serotipos y es nuevamente expuesta a un serotipo distinto al inicial está en mayor riesgo de presentar complicaciones hemorrágicas (3) en virtud de formarse complejos inmunes entre el nuevo virus y los anticuerpos que el paciente había desarrollado contra el serotipo inicial; este complejo inmune a través del receptor Fe del monocito ingresa al mismo donde ocurre inmunoamplificación de la infección lo que favorece su rápida replicación viral, diseminación del mismo y liberación de gran cantidad de citoquinas que

provocan a su vez activación de otros mediadores químicos que afectan notablemente la permeabilidad vascular, la activación de plaquetas, lisis celular lo que se traduce en alteraciones hemodinámicas y de la coagulación (4).

Los servicios de Hematología, Enfermedades Infecciosas y el Departamento de Pediatría del Hospital Escuela han elaborado los siguientes lincamientos de manejo del paciente con Dengue Hemorrágico, los que han sido adoptados por el Ministerio de Salud Pública para su utilización en los niveles correspondientes del Sistema Asistencial:

I. DENGUE CLASICO (DC)

- a) Dengue clásico con prueba de torniquete* negativa:
 - Enviar el paciente a reposo a su casa
 - Líquidos orales abundantes: puede usarse Litrosol.
 - Acetaminofen 500-1000mgs c/6hrs (adultos)
12.5 mgs/kg/dosis c/6hrs (niños)
 - Explicación y entrega escrita al paciente o su familiar de los signos de alarma.

Jefe del Servicio de Enfermedades Infecciosas, Departamento de Medicina Interna Hospital-Escuela, UNAH.

* Positiva: cuando haya 10-20 petequias en un cuadrado de 2.5 cms por cada lado.

II. DENGUE HEMORRAGICO (DH)

- a) Síntomas de Dengue clásico con prueba de torniquete positiva:
 - a.1) Realizar hematocrito y plaquetas:
 - a.1.1) Si hematocrito y plaquetas son normales:
 - Manejo como Dengue Clásico
 - a.1.2) Si hematocrito está elevado(>20%) y plaquetas disminuidas <100.000/mm³:
 - Ingreso a observación o sala (No necesita aislamiento)
 - Monitoreo de hematocrito y plaquetas cada 6hrs.
 - NaCl 0.9% 25-30 ml/kg/ la primera hora luego líquidos de mantenimiento de acuerdo a evolución del paciente.
 - Solución mixta 0.45% 25cc/kg la primera hora, luego líquidos de mantenimiento Sol. 0.3% 80-100 cc/kg/24 (en niños)
 - b) Síntomas de Dengue Clásico con presencia de hemorragias (petequias, equimosis, epistaxis, gingivorragia, hematuria, hematemesis, melena) con plaquetas <50,000/mm³:
 - b.1) Concentrado plaquetario 0, 1-0,2 unid. Kg/24 hrs, monitoreo de plaquetas y hematocrito cada 6 horas.
 - b.2) Determinación basal de tiempo protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, fibrinógeno, luego monitoreo según criterio médico.
 - b.3) Plasma fresco congelado:
 - 10 cc/kg/ cada 24 hrs en niños
 - 20 cc/kg/ cada 24 hrs en adultos
 - b.4) Glóbulos rojos empacados cuando hematocrito es < de 24 o cuando al hidratar el hematocrito descende >20%.
 - b.5) Continuar administración de NaCl 0.9% (adultos) 0.3% (niños) de acuerdo a evolución del paciente.

III SÍNDROME DE CHOQUE POR DENGUE (SCD)

Definición:

Presión arterial sistólica <90 mmHg o bajo el percentil para la edad en niños, oliguria (< 1 ml/kg/hr), taquicardia, taquipnea, acrocianosis, llenado capilar > 3-5 segs, alteraciones de consciencia.

Manejo:

- a) En adultos: NaCl 0.9% o Lactato-Ringer 50 ml/kg la primera hora, luego de acuerdo a la evolución del paciente según parámetros vitales

(Pr. arterial, FC, pulso, FR, diuresis > a 1 ml/kg/hr, estado de consciencia), o presión veno- nosa central o presión capilar pulmonar en cuña (donde haya disponibilidad). En niños: Sol. mixta 0.45%. o Lactato-Ringer 25 ml/kg la primera hora, luego de acuerdo a la evolución.

- b) Plasma fresco congelado:
 - En adultos 20 cc/kg/24 hrs
 - En niños 10 cc/kg/24 hrs
- c) Dextrano 5% (eficaz como sucedáneo del plasma) 10-15 ml/kg, según situación clínica del paciente cuando haya choque continuado.
- d) Continuar administración de líquidos a ritmo constante 10-20 ml/kg/hr hasta que haya mejoría de los signos vitales.
- e) Continuar administración de glóbulos rojos empacados y concentrado plaquetario según condición del paciente y el monitoreo de hematocrito, hemoglobina y plaquetas.
- f) Monitoreo periódico según criterio médico de hematocrito, hemoglobina, plaquetas, creatinina, electrolitos, gases arteriales, fibrinógeno, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina.

IV. CRITERIOS DE ALTA

- a) Ausencia de fiebre durante 24 hrs. sin uso de antipiréticos.
- b) Mejoría global del cuadro clínico.
- c) Normalización de hematocrito y plaquetas.
- d) Prueba del torniquete negativa.

V. CRITERIOS DE REFERENCIA A HOSPITALES NACIONALES

- a) Dengue con manifestaciones hemorrágicas evidentes donde no haya posibilidad de realizar hematocrito, conteo de plaquetas y administración- de sangre, concentrado plaquetario, plasma deberá enviarse al Hospital Nacional.

REFERENCIAS

- 1) Laboratorio de Virología, Hospital-Escuela, Aislamiento de Virus Dengue. Enero-julio, 1995.
- 2) Girón E., Bu Figueroa E. Características clínicas y epidemiológicas del Dengue Hemorrágico en el Hospital-Escuela (en vías de publicarse)
- 3) Natth Bhmarapavati, Hemostatic Defects in Dengue Hemorrhagic Fever, Rev. of Inf. Dis. 1989; Supp. 4, 11:826-829
- 4) Martínez T. E., Dengue hemorrágico en niños. Rep. Colomb. Min. Salud. Inst. Nal. Salud. 1990,68-72.

Reseña Histórica de la Revista Médica Hondureña 1930-1995*

*Dr. Carlos A. Javier Zepeda***

La Historia de la Revista Médica Hondureña es la descripción de un esfuerzo casi ininterrumpido de educación médica permanente en Honduras, iniciado en una época de relativo atraso en el campo de la salud de nuestro país por un grupo de médicos visionarios, devotos de su profesión, que actualmente casi son ignorados por las nuevas generaciones de médicos hondureños.

La creación de la Revista fue parte de un despliegue general de renovación médica a comienzos de la década de 1930 que se inició con la fundación de la Asociación Médica Hondureña que tuvo lugar el 20 de julio de 1929, por iniciativa del Dr. Camilo Figueroa acompañado de los doctores: Salvador Paredes, Manuel Larios Córdova, Manuel Cáceres Vigil, Héctor Valenzuela, Ramón Valladares, Romualdo Zepeda, Carlos Pinel h., José Manuel Dávila, Ramón Reyes Ramírez, Alfredo C. Midence y José R. Durón; que incluyó además la reestructuración de la Escuela de Medicina de la Universidad Central de Honduras (Hoy U.N.A.H), la reorganización del Hospital General de la República (más conocido como Hospital San Felipe), la creación del Hogar Infantil y el inicio de la práctica de las Especialidades Médicas. Fue una época de aceleración en el desarrollo de la Medicina Hondureña, que lamentablemente en los tiempos que le

siguieron ha tenido períodos de inercia y retroceso, pero que es un ejemplo para la presente y futuras generaciones de que es posible crear progreso, sobre todo para aquellos que dirigen los pilares que sostienen el aparato de la Medicina Nacional: nuestra Organización Gremial - El Colegio Médico de Honduras, nuestra Casa de Estudios - La Facultad de Ciencias Médicas y la dependencia gubernamental que dirige la política de salud - El Ministerio de Salud.

Existen pocas referencias sobre publicaciones médicas anteriores a la creación de la Revista Médica Hondureña. Se pueden encontrar algunos artículos en diarios y en la Revista del Archivo y Biblioteca Nacionales de Honduras y tuvieron una existencia efímera la Revista de la Juventud Médica Hondureña y la Revista Médico Quirúrgica (ca. 1920). Sin embargo, sólo la Revista Médica Hondureña logró mantenerse viva para recoger la crónica de la producción científica y humanística médica hondureña en los últimos 65 años.

La Revista nació como el órgano de publicación de la Asociación Médica Hondureña, habiendo sido fundada en la sesión del 2 de noviembre de 1929. Para éste entonces ya se habían incorporado a la Asociación los Drs. Miguel Paz Baraona, Vicente Mejía Colindres, Ricardo D. Alduvín, Manuel G. Zúñiga, Trinidad E. Mendoza, José Jorge Callejas, Isidoro Mejía, Antonio R. Vidal, Marco Delio Morales, Manuel Castillo Barahona, Napoleón Bográn, Humberto Díaz Banegas, Juan A. Mejía, Abelardo Pineda Ugarte y Marcial Cáceres Vigil.

Trabajo presentado en ocasión de la celebración del 65 Aniversario de la Revista Médica Hondureña, el Día del Médico, 27 de Octubre de 1995. Director, Laboratorios Médicos, Tegucigalpa.

El primer número de la Revista fue publicado en Mayo de 1930 y su primer Director fue el Dr. Antonio Vidal Mayorga, quien en su Editorial inaugural escribió:

"La presente Revista, cuyo primer número encabezan estas líneas, es el órgano de publicidad de la Asociación Médica Hondureña y será como el faro de donde irradiarán los entusiasmos, los anhelos, la ciencia, el amor y el patriotismo de cada uno de los miembros de la Asociación. Tiene la Dirección el propósito de que la presente Revista sea un medio potente de difusión científica, haciéndola llegar hasta el último rincón del país donde viva un médico que pueda leerla".



Además de algunos artículos escritos por los miembros de la Asociación, el primer número incluye los estatutos de la misma y traducciones y reproducciones de artículos médicos de revistas extranjeras. La Revista era publicada mensualmente.

Dr. Antonio Vidal

el Dr. Vidal tuvo que par-

tir en viaje de estudios a Europa y a partir del segundo número la Revista estuvo a cargo del Dr. Salvador Paredes, quien con pocas interrupciones, sería por muchos años Director de la misma y le imprimiría una dinámica muy particular. En su primer editorial como Director, el Dr. Paredes escribió:

"Creo que la Revista Hondureña debe ser el exponente del continuo afán de mejorar el gremio médico de la República". "Creo también que más debemos preocuparnos de publicar artículos de utilidad práctica inmediata entre nosotros, que en plantear grandes problemas científicos que más bien harán alarde de buenas intenciones, que firme deseo de mutua cooperación y de servir a los necesitados dolientes".

Los artículos que se publicaban en la Revista, en los primeros años eran esencialmente relaciones de las experiencias clínicas de los autores, con mucha orientación hacia las observaciones semiológicas. El contenido era ordenado y tenían muy buena redacción. En

esos tiempos, muchos artículos aparecieron sin nombre del autor y cuando se trataba de reproducciones de otras revistas, los originales eran sobre todo publicaciones francesas y españolas, por lo que no debe sorprender que entre la lista de autores en los primeros años se encuentran notables como Maraño, Forge, Vincent, Calmette, Barraquer y otros, y se pueden leer artículos de avanzada para la época como "Sondaje del Corazón" y "Vacunación anti Tuberculosis", así como alusiones a la eugenesia y a la limitación de la natalidad.

Los Editoriales se conocían como "Página del Director" y no llevaban título, en los mismos se hacía énfasis en los problemas de la Medicina Nacional y se discutían asuntos como la relación del Hospital con la Escuela de Medicina, el plan de estudios de la Carrera de Medicina, la responsabilidad de los profesores de la Escuela de Medicina, las irregularidades de la práctica profesional, la incorporación de médicos extranjeros, el charlatanismo, etc. También se incluían en la Revista temas de interés en Salud Pública como la divulgación de las estadísticas de la Dirección General de Sanidad, la lista de medicinas para despacho en los puestos de venta y se resaltaban en sus páginas las virtudes de los médicos nacionales y algunos temas de Historia de la Medicina. Había gran interés en las enfermedades infecciosas tropicales y se escribía sobre desinfección, paludismo, amebiasis, sífilis y sarampión, siendo los mayores contribuyentes los Doctores: Camilo Figueroa, Manuel Larios Córdova, Antonio Vidal, Héctor Valenzuela, José Antonio Peraza y Salvador Paredes.



El Dr. Paredes escribía artículos cortos haciendo referencia a sus experiencias personales como Cirujano. Su Cirugía era general en el sentido estricto de la palabra y en sus trabajos describía con propiedad sobre desarticulaciones interescapulotorácicas, pancreatitis aguda, compresión del colédoco, traumatismos del ojo, hernia estrangulada, extracción de cataratas, flebitis postoperatoria, nefrectomía y más. Escribía además sobre temas generales en Medicina, por ejemplo, en uno de sus artículos decía:

"Quizás el mayor -progreso alcanzado en nuestro Hospital sea el creer con firmeza, con fe, en la imponderable ventaja que nos reporta el laboratorio. El día que los exámenes de laboratorio sean de uso tan común y frecuente como la puesta de un termómetro en la boca o la palpación del pulso, habremos alcanzado la perfección".

Cuando el Dr. Paredes escribía sobre temas controversiales y asuntos de conflicto era sarcástico y mordaz.

Los volúmenes de la época corrían de mayo de un año a abril del año siguiente, coincidiendo con el Aniversario de la Revista. Era costumbre en esos años hacer notas luctuosas de los médicos fallecidos, resaltando sus valores profesionales e individuales, esas eran oraciones fúnebres muy sentidas.

En diciembre de 1932 se publicó el primer número monográfico de la Revista, dedicado al paludismo.

El ímpetu inicial de la Revista vino a un alto en enero de 1933, siendo Director entonces el Dr. Ricardo D. Alduvín, por la falta de fondos para su impresión, la cual se reanudó en junio de este año, lo que llevó hasta el mes de octubre para completar los doce números del volumen 3, de allí en adelante, cada nuevo volumen comenzaba en noviembre, El patrón de publicaciones continuó siendo esencialmente el mismo, habiéndose incorporado una sección de resúmenes de artículos de revistas extranjeras llamada "Revista de Revistas", que era editada por el Dr. Paredes.

En los primeros tres volúmenes cada uno de los números comenzaba su propia numeración de páginas, del volumen 4 en adelante, la numeración de páginas era continua para todo el volumen. Esto es importante porque a veces se hace difícil localizar algunas referencias en los primeros tres años a menos que se sepa el mes en que fue publicado el trabajo.

Ya en 1933 se escribía en la Revista de Socialización de la Medicina, de Medicina Legal y de Inspección de Alimentos y se esbozaba un proyecto de Ley para la lucha contra las enfermedades venéreas, hoy más técnicamente llamadas Enfermedades de Transmisión Sexual. En el volumen de ese año, el Dr. Guillermo E.

Durón, Farmacéutico miembro de la Asociación Médico Hondureña, publicó una serie de artículos que incluye temas como: "Medicamentos olvidados, Preparaciones Farmacéuticas Nacionales, la Química en los Estudios de Medicina, Medicinas Científicas y Preservación de Sustancias Medicamentosas". En el mismo se comenta sobre gravámenes a las especialidades farmacéuticas. . • ■

La Revista también era un vehículo para dar a conocer los progresos en las Instituciones y Organizaciones relacionadas con la Medicina, en mayo de 1934 se dedica un Editorial al recién creado Pabellón de Tuberculosos en el Hospital General, que por muchos años fue conocido como "la Salita", y en septiembre se comenta la constitución de la Cruz Roja Hondureña; en ese año el Dr. Manuel Larios Córdova publica la Primera Reseña Histórica de la Medicina Hondureña.

En la Revista también se hacían homenajes al médicos distinguidos, así en mayo de 1935 se rinde homenaje al Dr. Miguel Paz Baraona, para entonces Ex-Presidente de la República, en ocasión de celebrar sus bodas de oro profesionales. Estos eran gestos respetuosos para los médicos que habían tenido una trayectoria pública meritoria. En ese mismo volumen el Dr. Justo Abarca escribió sobre la importancia de la autopsia, en una época cuando todavía no habían Patólogos en Honduras (debe conocerse, sin embargo, que ya desde fines del siglo pasado se efectuaban autopsias en el entonces recién fundado Hospital General, sobre todo por iniciativa del eminente clínico Dr. Alonso Suazo).

A partir del volumen 6, iniciado en Noviembre de 1935, la Revista deja de publicarse mensualmente por razones de costo y se convierte en una publicación bimensual. Ese mismo año se anuncia la creación de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central y el nombramiento del Dr. Guillermo E. Durón como su primer Decano.

En 1939 la Asociación Médica Hondureña celebró su décimo aniversario y aparece en la Revista un resumen de las actividades efectuadas en ese período. Para ese entonces la Revista tenía intercambio con varias publicaciones extranjeras, entre las cuales se conocen la Revista Paulista de Fisiología, la Revista Brasileira de Leprología y la Revista Dos Cursos, de Brasil; el Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene

de Argentina; La Revista Médica de Occidente, de El Salvador; La Revista Odontológica de México; La Revista de Tuberculosis y la Revista del Colegio Médico de Comaguey, de Cuba, y otras más.

Al iniciarse la década de 1940 aparece el primer artículo del Dr. José Gómez Márquez, distinguido Médico Internista y Oftalmólogo español que recientemente había inmigrado al país y quien fuera uno de los más destacados y respetados maestros de varias generaciones en la Facultad de Medicina. En el volumen de 1942 el Dr. Gómez Márquez escribió una serie de trabajos que se intitula "La Clínica y sus Contrastes" donde resalta aspectos muy importantes del diagnóstico diferencial de la enfermedades y hace comparaciones entre la patología europea y la nuestra.

En los años cuarenta comienzan a escribir en la Revista varios médicos que ya representaban una nueva generación, entre los que sobresalen: Ramón Alcerro Castro, Manuel A. Bulnes, Juan A. Mejía, Luis Munguía, Plutarco Castellanos y Gustavo Adolfo Zúñiga.

Es a partir de esa época que casi todos los artículos en la Revista son escritos por médicos hondureños. Pese a la participación de nuevos autores, los iniciadores de la Revista continuaban publicando sus trabajos en la misma, el Dr. Vidal publicó en esa época sus estudios sobre la clasificación de zancudos del género Anopheles en Honduras y otras contribuciones sobre malaria. La producción de Vidal en la Revista fue intensa, totalizando cerca de 75 artículos y comentarios entre 1930 y 1947. En febrero de 1944 se comisionó a los Doctores



Juan A. Mejía, Humberto Díaz, Antonio Vidal y José Manuel Dávila para elaborar el Reglamento Interior de la Revista.

En el número de Septiembre de 1944 aparece la nota luctuosa por la muerte del Dr. Paredes a la temprana edad de 49

años. El Dr. Paredes fue responsable de la edición de 50 números de la Revista en su gestión como Director en varias ocasiones entre 1931 y 1943.

En los volúmenes sucesivos a partir de 1945 actuaron como Directores de la Revista los Doctores: Ramón Alcerro Castro, Marcial Cáceres Vigil, Juan Montoya, José Gómez-Márquez Gironés, Carlos M. Galvéz y Virgilio Banegas.

En el número de marzo de 1948 aparece la noticia de la muerte del Dr. Larios Córdova, otro de los fundadores de la Asociación Médica Hondureña.

La década de 1950 se inicia con el volumen 20 a cargo del Dr. Virgilio Banegas, debido al curso que habían tomado las cosas en la Universidad, se escriben opiniones fuertes sobre la seriedad que debe revestir la elección de Decanos en el Alma Mater, en particular en referencia a la Facultad de Medicina por la gran trascendencia que ello conlleva para el futuro de la profesión y de los médicos. Se publican los estatutos de la Revista y se escribe sobre el Estatuto del Profesor Universitario,

A partir del volumen 23, siendo su Director el Dr. Hernán Corrales Padilla, la Revista se vuelve trimestral, nuevamente se aprecia la contribución de una nueva generación de médicos, entre los que sobresalen el mismo Corrales Padilla, Tito H. Cárcamo, Ramiro Figueroa, César A. Zúñiga, Alejandro Zúñiga, Rodrigo Gutiérrez, Carlos A. Delgado, José Adán



Dr. José Gómez-Márquez Gironés

Cueva, Carlos Bendaña, Víctor Herrera Arrivillaga, Luis Samra, Selim Castillo, Armando Pavón, R. Oliva, Eva Mannheim, Ernesto A. Borjas y Raúl A. Durón.

También se encuentran contribuciones de los médicos extranjeros que trabajan con el Departamento Médico de la United Fruit Co. en la costa Norte.

En el volumen 25 se publica el primer Reglamento de Publicaciones de la Revista y la nómina de Profesores de la Facultad de Ciencias Médicas y el Doctor José Gómez Márquez Gironés discute sobre la necesidad de reformar el Plan de Estudios de la Facultad de Medicina, que vendría a ser una realidad pocos años después.

Los dos siguientes volúmenes, que debieron ser el 26 y 27, son numerados equivocadamente y se repiten el 24 y 25, yo los llamo 24R y 25R, éste error se acarrea hasta la fecha. A partir del volumen 25R y bajo la Dirección del Dr. Edgardo Alonzo, cada volumen se inicia en Enero del año y en esa época se vuelven de escaso contenido.

Los volúmenes 26 y 27 son dirigidos por el Dr. Raúl A. Durón, quién además de Reglamentar la Revista e introducir el uso formal de bibliografía, inicia los índices de contenido en cada volumen.



Dr. Silvio R. Zúñiga

En la década de los años sesenta sobresalen como autores nuevos César Larach, Héctor Laínez, Alfredo León Gómez, Francisco Matamoros, Roberto Valenzuela y Silvio R. Zúñiga. El Dr. Zúñiga inicia en esa época una prolífica carrera de excelentes trabajos, en muchos de los cuales haría patente no sólo su experiencia y ca-

lidad de cirujano sino su destacada cualidad artística al ilustrar con dibujos personales sus escritos.

El Dr. José Gómez-Márquez Gironés dirigió la Revista por varios años. Bajo su Dirección se publicaron muchos artículos en apoyo a la enseñanza médica. En el número 2 de 1963 aparece un largo editorial que trata de la selección de candidatos a estudiantes de Medicina, en aquella oportunidad se cita a un profesor que en referencia a los estudiantes admitidos por examen de admisión dijo:

"En contraste con nuestro pobre material de enseñanza, sentimos vanagloria de contar con lo mejor de nuestro material humano".

Varios autores se suman en esta época, notablemente Enrique Aguilar-Paz, Mario Mendoza, Elias Faraj, Osear Raudales, Virgilio Cardona López y Jorge Haddad Quiñónez.

En 1964, después de 35 años de vigencia, la Revista deja de ser un instrumento de la Asociación Médica



Dr. Antonio Bermúdez Milla

Hondureña y se convierte en el órgano oficial de publicaciones del Colegio Médico de Honduras que recientemente había sido fundado. Para designar este cambio, a partir del número 2 de ese año, se habla de la "Segunda Época" de la Revista. La segunda época se inicia bajo la dirección de un Consejo Editorial Provisional que estuvo integrado por los

doctores: José Gómez-Márquez Gironés, Héctor Laínez y Augusto Rivera Cáceres. En el Editorial inaugural de este período, escrito por Hernán Corrales Padilla se lee:

"Hemos firmado un compromiso con la patria y con la profesión al formar un colegio de profesionales y al publicar una Revista Científica que lo prestigiará o nó, en la medida que nosotros lo deseemos... los que emplearon su tiempo y sus aptitudes en la producción de órganos de expresión que precedieron a éste, merecen nuestro agradecimientos y respecto..."

En el No. 2 de 1965 aparecen por primera vez en la Revista fotografías a color, en un trabajo del Dr. Raúl A. Durón.

El Dr. Gómez-Márquez Gironés, concluyó cuatro años de gestión directiva en 1966 y le sucedió en el cargo el Dr. Antonio Bermúdez Milla. Su primer volumen reviste importancia histórica porque fue por primera vez que la Revista se incluyó en el Index Medicus con las siglas Rev. Med. Hondur. El Doctor Bermúdez resaltaba la importancia de sujetarse a las reglas internacionales de publicaciones médicas para mantener la calidad de la Revista.

En este volumen se inicia la inclusión de una Sección Gremial en cada número, en la misma se divulgaban los Reglamentos, listados de miembros, y se publicaban noticias de interés general para el gremio médico. Para 1968 la Revista tenía un tiraje de 1000 ejemplares por número. Siendo Director, el Dr. Bermúdez sugirió la creación de una oficina propia para la Revista y la formación de un cuerpo de redacción permanente de cinco miembros, de los cua-

les sólo se substituiría uno cada año, ésta propuesta no llegó a ser realidad.

Los años setenta se inician bajo la Dirección del Dr. Silvio R. Zúñiga quien en su primer editorial escribió:

"La vida de un médico es efímera, mientras dura, el profesional de la medicina puede apropiarse de amplios conocimientos que con adecuada aplicación práctica lo harán gozar de magníficos sucesos científicos... pero este prestigio será transitorio y se esfumará con su desaparecimiento físico y el de su generación, si no deja huella permanente en su tránsito por la vida médica, cristalizado en sus escritos científicos, que en una y otra forma contribuyen al conocimiento de nuestros padecimientos".

En este volumen se encuentran importantes contribuciones del Dr. Jorge Haddad en materia de educación médica y aparecen secciones literarias que enriquecían Héctor Laínez, Hena Cardona de Herrera y Ricardo Villela Vidal.

Hace 25 años ya se discutía en la Revista el tema de crisis hospitalaria nacional, el autor de uno de aquellos trabajos decía:

"Un centro hospitalario, a semejanza de cualquier negocio mal manejado, indefectiblemente, tarde o temprano, llegará a la bancarrota, bien sea ésta financiera, profesional o social. Quizás en un hospital gubernamental esa no se manifiesta tanto en lo fiscal como en lo social, precisamente porque en ésta última esfera entran en juego tantos resortes políticos, que la aparente solución de los problemas nunca aflora a la superficie por vía de la legalidad y de la justicia, sino más bien por los tortuosos vericuetos de un acuerdo de gobierno o de un capricho ministerial inoportuno".

En 1971 aparece por primera vez una edición extraordinaria de la Revista que fue dedicada a la publicación de un trabajo que había sido premiado internacionalmente, escrito por el Dr. Ramón Custodio López e intitulado "Panorama del Ejercicio de la Medicina en Honduras", los aspectos históricos, docentes, sociológicos, gremiales y estadísticos allí tratados deberían reanalizarse en el contexto de la situación actual.

En los volúmenes 40 al 43 participaron como Directores Silvio R. Zúñiga, Alfredo León Gómez, Ricardo Villela Vidal y María Eugenia Silva de Rivas.

La empresa Litografía López ha mantenido una estrecha relación con la existencia de la Revista desde hace muchos años; es allí donde se ha brindado toda la colaboración profesional y capacidad técnica para obtener una impresión de alta calidad que ha venido mejorando con las impresiones a color en los últimos años.

En 1977 hubo un atraso en la impresión de la Revista pues un incendio consumió en su totalidad la Imprenta López y Cía. destruyendo el número 4 del volumen 44 y los originales del número 1 del volumen 45.

Bajo la Dirección del Dr. Gaspar Vallecillo Molina, la Revista volvió a su ritmo normal en los meses subsiguientes. Precisamente ese año se elaboró un índice de los trabajos



José Evaristo López R.

publicados en la Revista entre 1962 y 1976, este análisis se había hecho para conocer cuáles eran las áreas de la Medicina menos cubiertas en la Revista y se encontró que en ese período no había habido publicaciones en las áreas básicas como: Genética, Bioquímica, Fisiología, Anatomía, Microbiología, Inmunología, Parasitología y Patología General, y clínicas como Nefrología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Patología Clínica, ni acerca de las humanidades en Medicina. Había muy pocas publicaciones acerca de Administración de Servicios de Salud, Urología, Técnicas Quirúrgicas, Cirugía de Tórax, Reumatología, Alergia, Nutrición y Metabolismo. La mayor parte de los trabajos se concentraban en temas de Enfermedades Infecciosas, Dermatología, Histopatológica, Gastroenterología, Anestesiología, Terapéutica Farmacológica, Cirugía Vasculard, Cirugía de Abdomen, Ginecobstetricia, Ortopedia, Radiodiagnóstico y Epidemiología. Era evidente que la concentración del interés era el de los que se dedicaban a esas especialidades.

En estos años aparecieron varios artículos cortos sobre historia de la Medicina hondureña en una serie escrita por el Dr. Alfredo León Gómez que se llama "Perlas de la Historia de la Medicina", en las cuales se hacía mención de personajes y eventos de la medicina nacional para revivir la tradición de la conducta ejemplar de los médicos que forjaron nuestra profesión. Es en este tiempo que también se comienzan a publicar trabajos de investigación, cambiando el patrón tradicional de descripciones y revisiones clínicas.

También en el volumen 45 de 1977 se inició una sección especial llamada Tribuna de Opinión Médica, que tuvo la oportunidad de inaugurar con un comentario intitulado: "Sobre la necesidad de Laboratorios Clínicos confiables en las Instituciones del Estado". Después de hacer varias consideraciones acerca de lo que serían en ese entonces los laboratorios del Hospital Escuela, concluía:

"No debe pensarse que en la institución en cuyo funcionamiento está esperanzado el futuro de la Medicina en nuestro país, no pueda haber laboratorios de primera clase. Sin embargo, esa meta depende de la forma en cómo se organicen dichas unidades y del personal con que se cuente para dirigirlos. Hoy en día, el motor de la marcha académica y asistencial de las instituciones hospitalarias es el laboratorio, sin este valioso auxiliar, es imposible practicar una Medicina de excelencia".

Cuando en 1978 el Dr. Carlos A. Medina tomó la Dirección de la Revista, se efectuó un cambio radical en el aspecto físico de la misma. Los números aparecían profusamente ilustrados con fotografías a color, el texto cambió de dos a tres columnas y aunque se encareció la producción, su apariencia era más atractiva y de fácil lectura. Para algunos, quizás menos formal en su presentación. En esos años se incrementó el número de trabajos de investigación y se continuaron publicando artículos sobre temas clínicos, históricos y sociales. El Dr. Medina continuó a cargo de la Revista hasta 1981.

A partir del volumen 50 iniciado en 1982 y bajo la Dirección del Dr. Rubén López Canales, se volvió a transformar el aspecto físico de la Revista. Debido al alto costo que implicaba el uso de fotografías a color, se optó por un diseño más sobrio; en su primer editorial, El Dr. López Canales entre otras cosas decía:

"En un esfuerzo porque los ejemplares enviados trimestralmente a cada colega, no queden olvidados en la esquina polvorienta de una oficina o no vayan a parar el cesto de la basura, cada Director y su Consejo Editorial hacen esfuerzos y se las ingenian para cambiarle la apariencia a la Revista... para hacerla más atractiva. Aún así hemos visto con preocupación que ¡as revistas quedan olvidadas.... subestimándose el esfuerzo de toda la gente, particularmente de los colegas que han realizado un sacrificio para publicar sus trabajos".

Después que se publicó el primer número de 1982, se desencadenó una penosa situación en el seno del Colegio Médico de Honduras, cuando sus autoridades impidieron publicar el segundo número porque no estaban de acuerdo con el contenido de un editorial que iba a ser incluido en ese número y que llevaba el título de "Facultad de Ciencias Médicas -Primer Centenario".

Las tensiones llegaron al grado de cambiar a los miembros del Consejo Directivo y modificar el tiraje entero de la Revista para eliminar dicho artículo. Hasta ahora no término de entender cuáles fueron las frases imitativas que motivaron aquella decisión, creo que lo único en aquel editorial que podría haber sido motivo de fricción son los párrafos que decían:

"La década del 80 se ha iniciado con una Facultad desorganizada administrativamente y peor aún sin ninguna definición académica. La ambiciosa reforma curricular de 1977 en la que se había invertido tiempo, recursos económicos, humanos, planes y programaciones y la que ventajosamente había sido utilizada como bandera política, era ahora descartada con la pretensión de sustituirla por el improvisado plan proselitista que se anunciaría con el nombre de regulación académica. Desde febrero de 1882 y hasta octubre de 1982 la Facultad de Ciencias Médicas ha graduado 1064 médicos. Ahora, cuando debería celebrar su primer centenario con sus mejores galas, el destino forjado por sus propios hijos, la encuentra triste y humillada, sin autoridades electas en apego a la Ley Orgánica del Alma Mater, sin planes ni objetivos académicos definidos, con un producto de calidad muy por debajo de sus aspiraciones, pero con la esperanza de que el siglo transcurrido, con sus dichas y dolores, alegrías y sinsabores, sea la experiencia que permita construir la Facultad de Ciencias Médicas que sus buenos hijos han deseado".

A partir del número 2 del volumen 50 la Revista continuó publicándose con buen suceso bajo la Dirección del Dr. Nicolás Nazar Herrera, los números del año 82 fueron incorrectamente fechados, pero al año siguiente se hizo la corrección del error. Se continuó con el patrón de distribución establecido en el Reglamento vigente en aquella época, que incluía las Secciones de Educación Continua, Informativa y Gremial. Son importantes en estos años las contribuciones de los doctores: Pablo Cambar, Alejandro Membreño, Marco A. Bográn, Ramiro Coello Cortés, Salomón Grinspan, Dagoberto Espinoza Mourra, y Tito Alvarado. En el primer número de 1986 aparece publicada la Ley del Estatuto del Médico Empleado, para ese entonces el Colegio Médico contaba con cerca de 2000 miembros. En 1986 concluye su etapa a cargo de la Revista el Dr. Nazar Herrera y le sucede el Dr. Osear Flores Fúnez. En 1987 se edita un número especial con motivo de la celebración de las bodas de plata del Colegio Médico de Honduras, que incluye algunas reseñas históricas del Colegio y de algunas de las Sociedades Médicas; irónicamente, no se menciona nada acerca de la Revista Médica Hondureña. En 1988, la Revista es dirigida por el Dr. Hugo Rodríguez Medina, el número 2 de ese año se dedica a la publicación de una monografía escrita por el Dr. Hernán Corrales Padilla intitulada "Fitofotodermatitis-Fotorreactividad de los Psoralenes". Le suceden en el cargo como Directores los doctores: Tito Alvarado y Guillermo Pérez Munguía. En 1994 se nombra al Dr. Efraín Bu Figueroa, actual Director de la Revista.

Al margen de esta breve reseña histórica, quiero hacer un comentario: En los 65 años que han transcurrido

desde su comienzo en 1930, la Revista no se ha interrumpido un sólo año. Algunos volúmenes han aparecido incompletos y en el curso de los años han habido muchos errores de impresión. El error cometido con la numeración de los volúmenes 24 y 25 es la razón por la cual en 1995 estamos publicando el volumen 63. Aún hace falta perfeccionar la Revista, mejorar su redacción y sujetarse estrictamente a las Normas Standard de Publicación de Trabajos Biomédicos. Es necesario estimular a los médicos para que publiquen sus experiencias para que podamos conocer mejor nuestra Patología, hay que escribir más sobre temas de humanidades en Medicina, revivir la historia con investigaciones serias, detalladas y bien documentadas. Creo conveniente mantener una Dirección más permanente en la Revista ya que los cambios muy frecuentes ocasionan atrasos de publicación y modificaciones innecesarias del formato general. Es necesario, como años atrás lo propuso el Dr. Antonio Bermúdez, crear un sistema administrativo separado para la Revista, dotarla de su propio sistema de edición de originales en computadoras con personal idóneo e iniciar actividades educativas para que los médicos desarrollen y perfeccionen su habilidad para escribir artículos científicos.

El futuro está lleno de oportunidades para los que habrán de continuar con la digna labor de mantener el prestigio, la actualidad y la utilidad práctica de la Revista. Sólo con ese esfuerzo podremos seguir navegando en el caudaloso río de la información médica y no debemos permitir que las fuertes corrientes nos aparten a las orillas.

Dedico este trabajo a la memoria de la Licenciada Rosa Amalia Lardizábal de Zavala, quien por muchos años dirigió la Biblioteca Médica Nacional y que aspiraba a ver algún día debidamente conservados los volúmenes de nuestra producción científica nacional



*Lic. Rosa Amalia
Lardizábal de Zavala
Q.D.D.G.*

APENDICE

DIRECTORES DE LA REVISTA MEDICA HONDUREÑA 1930-1995

| VOLUMEN | FECHA DE PUBLICACION | DIRECTORES | NUMEROS |
|---------|----------------------|--|--------------|
| 1 | 5/1930 - 4/1931 | Antonio Vidal | (1) |
| | | Salvador Paredes | (2-12) |
| 2 | 4/1931 - 4/1932 | Salvador Paredes | (13-18) |
| | | Ricardo Alduvin | (19-24) |
| 3 | 5/1932 - 10/1933 | Ricardo Alduvin | (25-30) |
| | | Humberto Díaz | (31-36) |
| 4 | 11/1933 - 10/1934 | Salvador Paredes | (37-48) |
| 5 | 11/1934 - 10/1935 | Salvador Paredes | (49-60) |
| * 6 | 11/1935 - 10/1936 | Salvador Paredes | (61-66) |
| 7 | 11/1936 - 10/1937 | Salvador Paredes | (67-72) |
| 8 | 11/1937 - 10/1938 | Manuel Larios Córdova | (73-78) |
| 9 | 11/1938 - 10/1939 | Salvador Paredes | (79-84) |
| 10 | 11/1939 - 10/1940 | | (85-90) |
| 11 | 11/1940 - 10/1941 | Antonio Vidal | (91-96) |
| 12 | 11/1941 - 10/1942 | Carlos M. Gálvez | (97-102) |
| 13 | 11/1942 - 10/1943 | Salvador Paredes | (103-108) |
| 14 | 11/1943 - 10/1944 | Humberto Díaz | (109-114) |
| 15 | 11/1944 - 10/1945 | Antonio Vidal | (115-120) |
| 16 | 11/1945 - 10/1946 | Ramón Alcerro Castro | (121-122) |
| | | Marcial Cáceres Vigil | (123-126) |
| 17 | 11/1946 - 10/1947 | Marcial Cáceres Vigil | (127-131) |
| | | Humberto Díaz | (132) |
| 18 | 11/1947 - 10/1948 | Juan Montoya | (133-138) |
| 19 | 11/1948 - 10/1949 | José Gómez-Márquez G. | (139-144) |
| 20 | 11/1949 - 10/1950 | Carlos M. Gálvez | (145-146) |
| | | Virgilio Banegas | (147-150) |
| 21 | 11/1950 - 10/1951 | Virgilio Banegas | 151-156) |
| 22 | 11/1951 - 10/1952 | Humberto Díaz | 157-162) |
| ** 23 | 11/1952 - 10/1953 | Hérrnan Corrales Padilla | 163-166) |
| *** 24 | 11/1953 - 10/1954 | Hérrnan Corrales Padilla | 167-170) |
| 25 | 11/1954 - 10/1955 | César A. Zúniga | 171-174) |
| 24R | 11-1955 - 10/1956 | César A. Zúniga | 175 (1) 2-4) |
| 25R | 1/12/1957 | Edgardo Alonso Medina | (1-4) |
| 26 | 1958 | Raúl A. Durón | (1-4) |
| 27 | 1959 | Raúl A. Durón | (1-4) |
| 28 | 1960 | Shibli Canahuati | (1-4) |
| 29 | 1961 | Shibli Canahuati | (1) |
| 30 | 1962 | Shibli Canahuati | (1-2,3) |
| 31 | 1963 | José Gómez-Márquez G. | (1-4) |
| 32 | 1964 | José Gómez-Márquez G. | (1-4) |
| **** 33 | 1965 | José Gómez-Márquez G. Consejo Editorial Provisional: Héctor Lafnez | (1) |

| VOLUMEN | FECHA DE PUBLICACION | DIRECTORES | NUMEROS |
|---------|----------------------|-------------------------|---------|
| | | Augusto Rivera Cáceres | (2) |
| 34 | 1966 | José Gómez-Márquez G. | (3-4) |
| 35 | 1967 | José Gómez-Márquez G. | (1-4) |
| 36 | 1968 | Antonio Bermúdez Milla | (1-4) |
| 37 | 1969 | Raúl A. Durón | (1-4) |
| 38 | 1970 | Silvio R. Zuñiga | (1-4) |
| 39 | 1971 | Silvio R. Zuñiga | (1-4) |
| 40 | 1972 | Silvio R. Zuñiga | (1-4) |
| | | Alfredo León Gómez | (2-4) |
| 41 | 1973 | Alfredo León Gómez | (1) |
| | | Ricardo Villela Vidal | (2-4) |
| 42 | 1974 | Ricardo Villela Vidal | (2-4) |
| | | María Helena Silva | (2-4) |
| 43 | 1975 | María Helena Silva | (1-4) |
| 44 | 1976 | María Helena Silva | (1) |
| | | Gaspar Vallecillo M. | (2-4) |
| 45 | 1977 | Gaspar Vallecillo M. | (1-3-4) |
| 46 | 1978 | Carlos A. Medina | (1-4) |
| 47 | 1979 | Carlos A. Medina | (1-4) |
| 48 | 1980 | Carlos A. Medina | (1-4) |
| 49 | 1981 | Carlos A. Medina | (1-4) |
| 50 | 1982 | José Ruben López C. | (1) |
| | | Nicolas Nazar Herrera | (2-4) |
| 51 | 1983 | Nicolas Nazar Herrera | (1-4) |
| 52 | 1984 | Nicolas Nazar Herrera | (1-4) |
| 53 | 1985 | Nicolas Nazar Herrera | (1-4) |
| 54 | 1986 | Nicolas Nazar Herrera | (1) |
| | | Oscar Flores Funez | (2-4) |
| 55 | 1987 | Oscar Flores Funez | (1-4) |
| 56 | 1988 | Oscar Flores Funez | (1) |
| | | Hugo Antonio Rodríguez | (2-4) |
| 57 | 1989 | Hugo Antonio Rodríguez | (1) |
| | | Nicolas Nazar Herrera | (2-4) |
| 58 | 1990 | Nicolas Nazar Rerrera | (1) |
| | | Tito Alvarado M. | (2-4) |
| 59 | 1991 | Tito Alvarado M. | (1-4) |
| 60 | 1992 | Tito Alvarado M. | (1) |
| | | Guillermo Pérez Munguia | (2-4) |
| 61 | 1993 | Guillermo Pérez Munguia | (1-4) |
| 62 | 1994 | Efraín Bu Figueroa | (1-4) |
| 63 | 1995 | Efraín Bu Figueroa | (1) |

A partir de este volumen la Revista se publica cada dos meses.

A partir de este volumen la Revista se publica cada tres meses.

Este volumen y el siguiente se encuentran mal enumerados; a partir del volumen 24 repetidoras páginas de la Revista comienzan a numerarse para todo el volumen.

A partir del número 2 del volumen 33 se habla de la "Segunda Época" de la Revista, que es cuando pasa a ser el órgano de publicidad del Colegio Médico de Honduras, a cargo de un Consejo Editorial Provisional.

Los números en paréntesis indican los números de la Revista que corresponden a cada volumen, no todos los volúmenes han sido completos.

CONTENIDO

| | |
|---|-----|
| L- EDITORIAL | |
| La Politización de los Servicios de Salud | 128 |
| II.- TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES | |
| <i>i</i> A-- Experiencia Clínica con el uso de Interleucina-3 <i>Dr. Ángel Sánchez, Lilia M. Barahona.....</i> | 129 |
| <i>L</i> ,2*- Malaria Cerebral en Niños: Experiencia en Honduras y Revisión de la Literatura <i>Dr. Rigoberto Cuéllar, Dra. Dina Esther Reyes, Dra. Sandra Tovar,</i> <i>Dr. Francisco Matamoros, Dr. Hugo Cañenguez, Dr. César Rene Zavala Avalos,</i> <i>Dr. Jorge Pineda, Dm. Karla Fernández Zelaya.....</i> | 135 |
| III-IMAGEN EN LA PRACTICA CLÍNICA | |
| ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN | |
| <i>£>. Efraín Bu Figueroa.....</i> | 139 |
| IV.-REVISION BIBLIOGRÁFICA | |
| <i>L</i> 1-- Traumatismo Abdominal | |
| <i>^ Dr. Rigoberto Espinal F., Dr. Orlando Ventura C, Dr. Roberto García G.....</i> | 140 |
| V.- CASOS CLÍNICOS | |
| <i>1-</i> Prolapso Rectal <i>Dr. José Ranulfo B.....</i> | 145 |
| / <i>2.-</i> Embarazo Tubárico Espontáneo <i>Dr. José Manuel Espinal, Dr. Víctor O. Quintanilla</i> | 149 |
| VI.-COMUNICACION CORTA | |
| <i>1.-</i> Lineamientos generales para el manejo intrahospitalario del Dengue Clásico (DC), Dengue Hemorrágico (DH) y Síndrome de Choque por Dengue (SCD) en adultos <i>Dr. Efraín Bu Figueroa.....</i> | 151 |
| VII- HISTORIA DE LA MEDICINA HONDUREÑA | |
| <i>1.-</i> Reseña Histórica de la Revista Médica Hondureña 1930-1995 <i>Dr. Carlos Javier Zepeda.....</i> | 121 |