

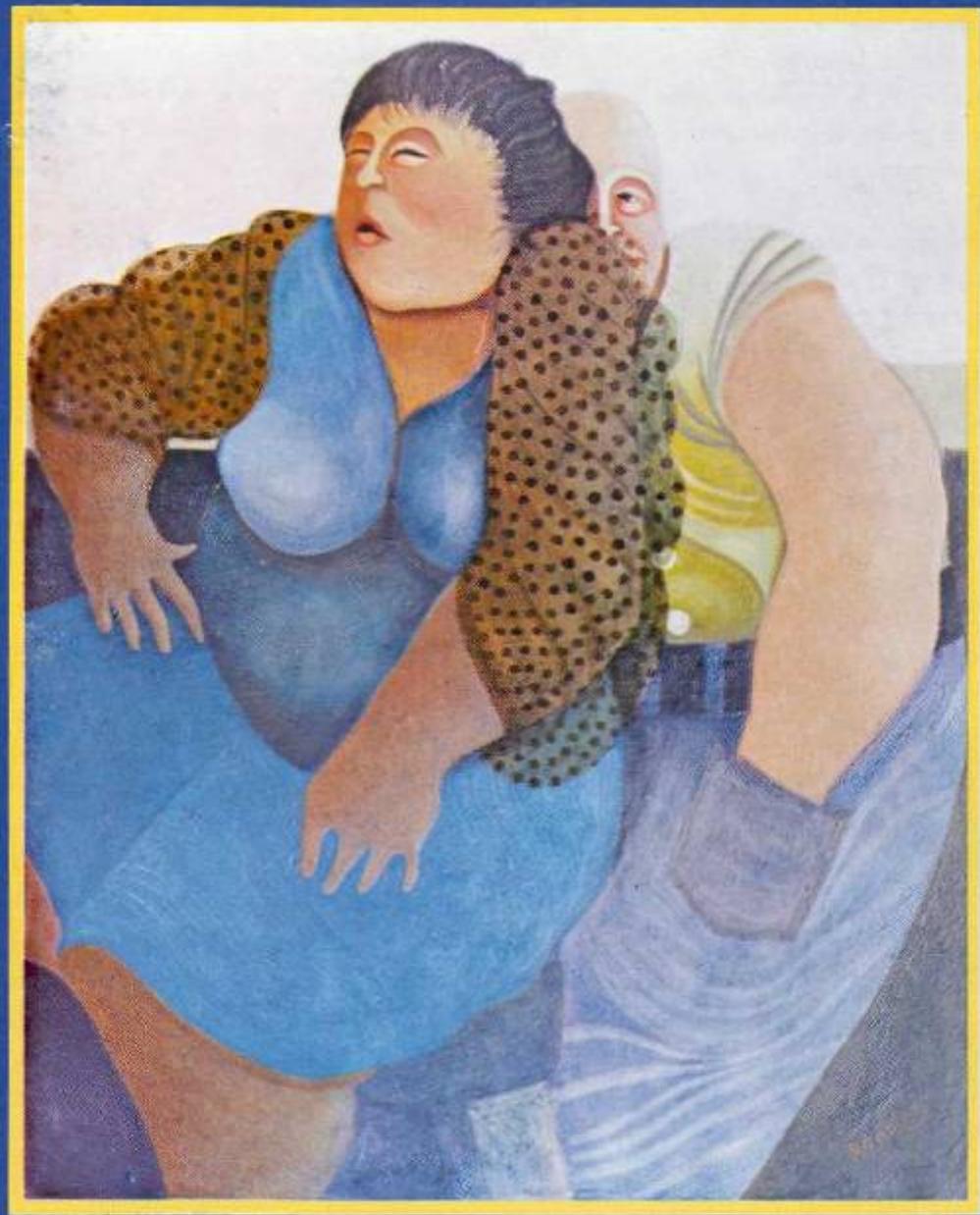


PUBLICACION CIENTIFICA  
DEL COLEGIO MEDICO  
DE HONDURAS

# Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

VOLUMEN 69 - No. 4 Octubre, Noviembre, Diciembre 2001





Publicación Científica  
del Colegio Médico de Honduras  
(fundada en 1930)

# Revista **MEDICA** Hondureña

**Vol. 69, No. 4 Octubre, Noviembre, Diciembre, 2001 pp. 135-180**

---

## **CONSEJO EDITORIAL**

DRA. ODESSA HENRÍQUEZ RIVAS  
**DIRECTORA**

DR. GUILLERMO PÉREZ MUNGUÍA  
**SECRETARIO**

## **CUERPO DE REDACCIÓN**

DRA. JACKELINE ALGER  
DRA. ALICIA RIVERA  
DR. MÁXIMO LÓPEZ SUAZO  
DR. EDUARDO CÁLIX PERATTO  
DR. MARIO MENDOZA

## **ADMINISTRACIÓN**

## **COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS**

APARTADO POSTAL No. 810  
TEGUCIGALPA, HONDURAS  
TEL. 232-7985, 231-0518, FAX: 232-6573  
Email: colmedh@hondudata.com

## EDITORIAL

# La Mujer, la Salud y el Colegio Médico

Escribir sobre la mujer y su rol en la sociedad es un tema apasionante, lleno de aspectos nobles, de sacrificio, dignidad humana, de heroísmo, lucha, solidaridad y capacidad. La historia de la mujer hondureña no es muy diferente de nuestra historia a nivel mundial. Su papel con algunas excepciones podemos decir que cayó durante siglos en una "invisibilidad histórica"; y en la estructura familiar, donde el padre decide todo pero también aporta todo, la figura materna es despersonalizada, sufrida y melancólica. Sin embargo, cuando la mujer sobrevive al marido autocrático y tiene que asumir el control del hogar, surge su condición de buena administradora y muchas veces un espíritu dominante y duro.

Podemos decir que hasta el siglo XIX para poder ingresar al mercado del matrimonio era requisito de pureza no saber leer ni escribir y la mujer era considerada como productora de la vida humana, hecho desmerecido de todo esfuerzo creador o de inteligencia. Se dedica a obras de caridad o beneficencia y participa pasivamente en el proceso de independencia nacional acompañando a sus maridos pero con poca o nula participación ideológica.

Después de muchas luchas la mujer inicia "su vida productiva" participando en labores artesanales como costureras, elaborando dulces, pan y otro tipo de actividades que realiza en la casa y le permiten también realizar sus deberes domésticos, participando además en la función educativa.

En la actualidad, las mujeres constituimos un poco más de la mitad de la población registrada y somos la mayoría en los grupos de edad productivos (15-64 años) y tenemos mayor esperanza de vida (mayores de 65 años), y de cada 100 hogares más del 30% están bajo la total responsabilidad de la mujer, quien desempeña además de las tareas domésticas trabajos mal remunerados.

Si hacemos un rápido recorrido sobre la situación actual de la mujer, los datos a nivel de salud nacional están casi limitados al grupo etario de 15-49 años y relacionados con la función reproductiva y algún tipo de enfermedades infectocontagiosas, manteniendo todavía una tasa de mortalidad materna para 1996 de 180 por 100 mil, constituyendo el aborto un problema de salud pública (2da causa de egresos hospitalarios) y el embarazo en adolescentes es un hecho real pues 1 de cada 4 mujeres entre 15 y 19 años han tenido por lo menos un hijo. Nuestra tasa global de fecundidad es de 5 hijos (rural: 6.4 hijos por mujer; urbana: 3.8 hijos), lo que está íntimamente relacionado con las condiciones socioculturales y poco acceso o conocimiento a métodos de planificación, recayendo esta responsabilidad casi sólo en las mujeres, siendo necesarios programas que promuevan la responsabilidad compartida. El SIDA avanza rápidamente por la promiscuidad sexual de los varones y el cáncer de tipo ginecológico especialmente el de cervix constituye un serio problema de salud. En relación a salud mental por cada 2 hombres hay 3 mujeres afectadas generalmente con depresión y ansiedad asociados a problemas familiares incluyendo la violencia; iniciándose hasta 1992 la primera investigación de violencia doméstica en el país creándose en 1993 las conserjerías familiares. Sin embargo, falta mucho por hacer en relación a la violencia de género (física, sexual o psicológica) pues requiere un cambio de cultura.

En Honduras se considera analfabeta toda población mayor de 10 años

que no sabe leer ni escribir y tanto en el campo como en la ciudad es mayor en mujeres. Sin embargo en los últimos años esta diferencia ha desaparecido con un incremento de mujeres, las que tienen un mayor rendimiento escolar mejor disciplina a nivel primario lo que ha incrementado el acceso a nivel secundario y universitario, en donde se ofrecen cifras de más o menos un 35% de mujeres tanto en matrícula como en graduados e incluso un 60% en la Universidad Pedagógica Nacional con las carreras relacionadas con la educación.

La participación de la mujer en actividades "productivas" económicamente hablando se ha incrementado, agravada por la situación de crisis, pero muchas veces en condiciones de desigualdad y en muchos lugares la igualdad de salarios para hombres y mujeres por igual trabajo no se aplica. La mayoría están insertas en el sector terciario (servicios), y con una importante participación en la industria de la maquila por ser consideradas más productivas y con mayor estabilidad laboral. Sin embargo, gozando de pocos beneficios sociales y seguridad laboral.

Resulta increíble pensar que es hasta 1957 que en Honduras la Constitución de la República considere a las mujeres como ciudadanas y les reconozca el derecho de ejercer el voto; ésto producto de las luchas que libraron las mujeres de esa época y de un movimiento jurídico internacional, producto de lo cual aparecen también el Código del Trabajo y la Ley del Seguro Social (1959). En 1984 aparece el Código de la Familia y en años recientes se crea el Ministerio Público con la Fiscalía Especial de la Mujer, así como en 1994 la Oficina Gubernamental de la Mujer encargada de orientar acciones en materia social, económica, política y jurídica que favorezcan a las mujeres.

La mujer en su papel como profesional en el campo de la medicina hondureña no ha tenido tampoco un camino fácil, como nos cuentan en carácter anecdótico prestigias colegas, siendo hasta 1947 en que se gradúa la primera mujer médico: constituyendo en la actualidad aproximadamente mil quinientas colegas médicas (25% del total de agremiados) y con representabilidad en casi todas las ramas de especialidad de la Medicina.

Como en otros campos en los cuales nos hemos desarrollado, hemos demostrado tenacidad, dedicación, vocación de servicio, capacidad organizativa; desempeñando con acierto diferentes cargos tanto en puestos gubernamentales, gremiales o universitarios.

Reconocemos en la Mujer Hondureña su contribución en todos los órdenes de la existencia colectiva nacional y como eje de la familia y tomando algunas frases prestadas podemos terminar diciendo: "El mundo está repleto de diferentes tipos de mujeres..... mujeres glamorosas... mujeres maravillosas... mujeres batalladoras... mujeres talentosas... mujeres que se preguntan cuál será su destino....., mujeres cuyo rostro tiene escrito cada entrega de sus vidas... TODAS..... Mujeres especiales".

*Dra. Odesa Henríquez Rivas*  
Directora.

## Palabras Clave al Consejo Editorial

Entre los lectores de esta revista y seguramente entre sus autores, habrá muchos mejor informados que nosotros, que debieron escribir esta nota. Es quizá un poco de abuso y más de inconciencia de la ignorancia, lo que nos lleva a escribir sobre un tema que no nos es muy conocido. Nos acusamos de esta intrusión. Para los bibliotecarios médicos lo que aquí decimos es una simpleza, no para muchos médicos en este momento.

Recientemente, leyendo la última Revista Médica Hondureña, nos llamó la atención un cierto rigor en la escogencia de las Palabras Clave, en todos los artículos. Por qué? Después vimos que en la cara interior de la tapa posterior vienen unas "Instrucciones para Autores", que son traducción y adaptación para nosotros, cuando publicamos, del "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals"<sup>1</sup> New England Journal of Medicine 1997; 336: 309-15, que es un pormenorizado de diversos aspectos en la estandarización de publicaciones biomédicas. La estandarización, que significa monotonía, tiene muchas ventajas prácticas. No es la menor que al ser de estructura uniforme, puede ser leída y comprendida sin dificultad por el mundo que lee medicina. Hay otros beneficios muy importantes que derivan del desarrollo de los ordenadores electrónicos, que posteriormente se han hipertrofiado con el acceso a través de internet. Las palabras clave, que pueden ser leídas maquinalmente, deben escribirse en inglés para ser eficientes en el uso de MEDLINE, en la búsqueda electrónica desde cualquier lugar en el mundo. En principio cualquier artículo médico de interés, publicado en cualquier revista, debiera ser accesible en la red: no para los lectores de nuestra Revista porque no está incluida en el *INDEX MEDICUS* o MEDLINE. Ninguna revista hondureña, que sepamos, está en el *Index*. Igual sucede con casi todas las revistas centroamericanas, con una sola excepción.

PATOLOGIA una revista más elaborada, órgano de la Sociedad Latinoamericana de Patología, no ha sido aceptada a pesar de treinta años de esfuerzos de sus editores. Es posible que los editores de nuestra revista nunca lo

hayan intentado porque los requerimientos exigidos son abrumadores. Dedicarse principalmente a temas biológicos, calidad del contenido con mérito científico como principal factor, validez, originalidad, importancia, calidad editorial, revisión por profesionales del mismo rango, adherencia a reglas éticas, aclaración de conflicto de intereses, correcciones prontas y oportunas, espacio para opiniones contrarias y retracciones si hubiere lugar para ello, calidad de producción en diagramación, impresión e ilustraciones y, de ser posible, usar papel libre de ácido, etc. Objetivará saber que el antecedente de la actual Biblioteca Nacional de Medicina (NLM), Washington, DC, fue fundada en 1836, que en 1879 comenzó a indizar y en 1880 publicó el primer volumen del *INDEX MEDICUS* y durante 80 años en papel. En 1958 comenzó el proceso electrónico con MEDLARS que permitió el uso de palabras clave para la búsqueda. Desde 1997 el acceso por internet es gratuito. Ya convertido en MEDLINE indexa 4200 revistas, 45 de ellas latinoamericanas, que fueron consultadas 75 millones de veces en 1998.

El acceso a este banco es muy complejo, con algunos aspectos interesantes a considerar. Primordial que hay ciertos requisitos muy rigurosos que deben cumplirse para ser aceptados. Una vez cumplidas las exigencias, lo que es muy difícil se somete a consideración de un comité de la NLM, el LSTRC (Literature Selection Technical Review Committee) quien lo aprueba, si a su criterio lo merece. Ser aceptados implicaría que las normas por ellos propuestas son cumplidas por nosotros, incluyendo las palabras clave que vemos en todos los artículos, que provienen de un código, el MeSH (Medical Subject Headings), un lenguaje preciso, unívoco, que da certeza de hallazgo del tema buscado.<sup>2-5</sup>

*INDEX MEDICUS* Y MEDLINE, los bancos de referencias bibliográficas más importantes del mundo, no son los únicos. Hay instancias menores: Current Content, Excerpta Medica, BIMENA, etc. Vale la pena insistir en saber si se ha analizado si podremos llenar las exigencias, ya que el asunto es tratado en el Reglamento de la Revista, que en su versión 2001 dice: Artículo 6, inciso h: "Mantener actualizada la Revista Médica en catálogos de publicación impresos y no impresos, por ejemplo: *Index Medicus*, Listado de Internet, etc.". Desde 1991, en el volumen 59 No. 2, se comenzó a anotar las palabras clave

en todos los resúmenes, en inglés y en español, estas últimas, que quizá son traducción, pueden servir para la búsqueda en otros bancos de datos regionales, aunque no aplican a Medline. Aparentemente estos otros bancos se han atomizado y cada país tiene los suyos y contribuye poco al común latinoamericano, lo que demerita nuestras fuentes mayores regionales. Nuestros lectores que son pocos, lo hacen en la revista en papel ácido, cuando llega a sus manos. Se puede acceder a la revista electrónicamente en CDROM que distribuye el Colegio Médico o por Internet en LILACS, que disponen de un índice de todo el período 1930-2001 con una categorización por autores y por temas, con algunas fallas tipográficas. Solamente unas cinco revistas están en texto completo. De la Revista en papel hay pocas colecciones completas de los setenta y un años y son muy inaccesibles, muy resguardadas, porque sus poseedores saben que tienen un tesoro.

Regionalmente, se creó BIREME (1967) como coordinador, de ahí nació la Biblioteca Virtual en Salud [www.bvs.hn](http://www.bvs.hn), disponible progresivamente en internet entre 1998 y 2001. LILACS nació de BIREME en 1982, tiene unas 600 revistas. Por Honduras está BIMENA (Biblioteca Médica Nacional), en donde se pueden ubicar las publicaciones médicas de nuestro país. Por disposiciones generales, cada país debe clasificar sus publicaciones y asignarles las PALABRAS CLAVE, lo que se hace a posteriori por BIMENA, en la Facultad de Medicina. Los autores médicos asignan las palabras clave que aparecen en los resúmenes, pero es el personal especializado en estas materias quien, al indexar los artículos, aplica los términos apropiados. De tal manera que habrá discrepancias entre las palabras clave del autor y las que aplicará BIMENA. Este inconveniente que han subsanado parcialmente las revistas en MEDLINE con una tecnología compleja y cara, podríamos obviarla si antes de publicar, los editores de la Revista pidieran a BIMENA asignar las palabras clave según el DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) equivalente del MeSH de la NLM, antes de imprimirlas.

Este proceso dinámico y cambiante de búsqueda de referencias bibliográficas amerita que, a partir de o pensando en el Colegio Médico y la Facultad de Medicina, se hagan cursos de entrenamiento para médicos que nos ahorrarían tiempo, disgustos, gastos e ineficiencias

imputables a una búsqueda empírica desordenada. Esto se hace ya, intensamente, en otros países.

Dra. Sandra Andrade y Dr. Oscar Raudales  
Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras.

#### REFERENCIAS

1. **Requisitos uniformes para Manuscritos Propuestos para Publicación en Revistas Biomédicas.** *Rev Med Hon* 1999; 67:152-155.
2. **Índice Flamígero.** *Patología* 1997; 35: 359-365.
3. **Índice Flamígero(conclusión).** *Patología* 1998; 36: 93.
4. **Nueva Epoca [Editorial]** *Patología* 2000; 38: 5-6.
5. **Fusión de las Revistas [Editorial].** *Patología* 2000; 38: 185.

## Palabras Clave

### el Consejo Editorial responde

Agradecemos el interés manifestado por los colegas que han dirigido esta carta al Consejo Editorial. Desde hace poco más de una década, siendo director de la Revista el Dr. Tito Alvarado Matute, se tomó la determinación de modificar la forma y el contenido de la Revista para que en un futuro se pudiera optar a su inclusión en un índice de literatura médica internacionalmente reconocido.

Reformas sucesivas al reglamento de la Revista eliminaron de la publicación los asuntos puramente gremiales (el lector recordará las publicaciones anuales de los colegiados agrupados por especialidad, la publicación del Estatuto del Médico Empleado y sus Reglamentos), los puramente literarios, las notas luctuosas, etc. Todo lo anterior fue dando paso a secciones científicas más estructuradas.

Simultáneamente, la Revista fue adquiriendo consistencia en la formulación de los titulares, resúmenes, palabras clave, elaboración de cuadros e inserción de figuras. Paulatinamente, el Consejo Editorial ha ido aplicando el rigor de las Normas de Vancouver a los manuscritos sometidos para publicación, con el fin de mejorar la calidad de la forma (Requisitos uniformes para manuscritos propuestos para publicación en revistas biomédicas. *Rev Med Hond* 1999; 67: 152-155). Como bien lo han apuntado los doctores S. Andrade y O. Raudales, para

que una revista aparezca en el *Index Medicus* deberá ser aceptada por el Director de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NLM). La NLM ha establecido el Comité Técnico de Revisión para la selección de literatura (LSTRC) para revisar publicaciones médicas periódicas y evaluar la calidad de su contenido. El LSTRC se reúne tres veces al año y considera aproximadamente 100 títulos en cada reunión (Journal selection for *Index Medicus*/Medline, en <http://www.nlm.nih.gov/pubsfacts>). Su evaluación incluye: calidad del contenido, calidad del trabajo editorial, calidad de la producción (impresión), audiencia, tipos de contenido y cobertura geográfica, entre otros.

El Consejo Editorial está orientado a la consecución de ambos, calidad de la forma y del contenido de la Revista, para ser presentada como candidata a ser incluida en el *Index Medicus*. Sin embargo, la calidad de los trabajos sometidos a publicación en nuestra Revista en su gran mayoría no depende del trabajo editorial que se dedique a los mismos, sino de la calidad científica con que se ejecutaron los trabajos de investigación. Es decir, que alcanzar las características de una revista de calidad *Index Medicus* está directamente relacionada a la actividad científica que se ejecute en el ámbito médico nacional. Por lo tanto, mientras la actividad científica local se realice con

tantas limitaciones, nuestras posibilidades de producir publicaciones de calidad están también limitadas. Las palabras clave, por ahora indispensables en los trabajos científicos originales únicamente, son solo un detalle de estos esfuerzos. Con el fin de que estas palabras correspondan a verdaderos descriptores, el Consejo Editorial revisa cada manuscrito, identificando los temas principales y posteriormente los convierte utilizando el instrumento que BIREME mantiene gracias a la Biblioteca Virtual en Salud en la red (base Internet) (Descriptores en Ciencias de la Salud, en <http://www.decs.bvs.br/E/homepagee.html>) el cual permite identificar fácilmente y en diversos idiomas (inglés, español, portugués, francés) los descriptores que corresponden a los temas tratados en el manuscrito.

Por ahora el esfuerzo está en manos de un grupo el cual está modificando la calidad en la forma de la Revista, pero la calidad en el contenido solo puede ser alcanzada con el concurso de los autores, procurando mejores trabajos de investigación y elaborando manuscritos estructurados de acuerdo a las normas internacionales de la rama.

Consejo Editorial  
Revista Médica Hondureña

---

TODA MÍNIMA PARTÍCULA DE SUFRIMIENTO, TODA EMOCIÓN  
NEGATIVA PUEDE LLEVARTE AL ENTENDIMIENTO, CLARIDAD,  
FELICIDAD Y LIBERTAD SI SABES COMO USARLA.

ANTHONY DE MELLO

# Estudio sobre el Cumplimiento del Tratamiento por los Pacientes Epilépticos en el Hospital Escuela

*(Pilot trial on antiepileptic treatment compliance at Hospital Escuela)*

Dra. Reyna Durón,<sup>1,3</sup> Dr. Marco Tulio Medina,<sup>1,3</sup> Dr. Kenton Holden,<sup>5</sup> Dr. Francisco Ramírez,<sup>3</sup> Dr. Rafael Aguilar,<sup>1,4</sup>  
Dr. Amilcar Zelaya,<sup>1,3</sup> Dra. Marisabel Rivera,<sup>3</sup> Dr. Lorenzo Pavón,<sup>4</sup> Dr. Heike Hesse,<sup>1,3</sup> Dr. Edgardo Girón<sup>1,3</sup>

**RESUMEN.** Antecedentes: La epilepsia es un problema de salud en Honduras y no hay datos publicados sobre el grado de cumplimiento al tratamiento antiepiléptico en nuestros pacientes. Objetivo: Identificar los problemas de cumplimiento al tratamiento antiepiléptico en pacientes controlados en el Hospital Escuela. Pacientes y métodos: Se realizó un estudio transversal descriptivo en marzo del 2001. Se aplicó un instrumento de 25 preguntas sobre aspectos demográficos, características de la epilepsia y el cumplimiento al tratamiento. Se entrevistó a 40 pacientes en la Consulta Externa de Neurología con diagnóstico comprobado de epilepsia según los criterios de la Liga Internacional Contra la Epilepsia. Resultados: El setenta por ciento de los pacientes inició sus crisis epilépticas antes de los 20 años de edad, el 95% estaba tomando algún antiepiléptico, el 60% es controlado con monoterapia (39% con fenitoína, 10% con fenobarbital, 8% con carbamacepina, y el 3% con valproato), el 25% se controla con politerapia (17% con fenitoína y fenobarbital, 8% con fenobarbi-

tal y carbamacepina). El 62.5% de los pacientes había abandonado el medicamento alguna vez por razones económicas o por falta disponibilidad del mismo en el Hospital o el centro de salud. Conclusión: Existe un problema de cumplimiento al tratamiento antiepiléptico en los pacientes controlados en la Consulta Externa de Neurología del Hospital Escuela debido a problemas económicos del paciente y de disponibilidad de medicamentos en el establecimiento. Un mínimo porcentaje abandonó el medicamento por los efectos secundarios o por indisciplina.

**Palabras clave:** Epilepsia, terapia, epidemiología.

**ABSTRACT.** Background. Epilepsy is a public health problem in Honduras and there are not published data about the degree of compliance of the antiepileptic treatment in ours patients. Objective: Identify antiepileptic treatment compliance in epileptic patients controlled at the Hospital Escuela. Patients and methods. A descriptive transversal study was conducted in March 2001. A 25 question-instrument about demographic aspects, epilepsy characteristics and treatment compliance was applied. Forty patients with confirmed epilepsy diagnosis according to the International League Against Epilepsy's criteria were interviewed at the neurological outpatient clinic of

1. Postgrado de Neurología, UNAH, Hospital Escuela, Tegucigalpa.
2. Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH.
3. Sociedad Hondureña de Epilepsia, Tegucigalpa.
4. Asociación Científica de Estudiantes de Medicina de Honduras, ASOEMH.
5. Epilepsy Foundation of America and Greenwood Genetic Center of South Carolina, EUA.

**Hospital Escuela. Results: Seventy percent of the patients began with epilepsy before 20 years of age, 95% were taking some antiepileptic, 60% were having monotherapy (39% with phenytoin, 10% with phenobarbital, 8% with carbamazepine, and the 3% with valproic acid), and 25% were controlled with polytherapy (17% with phenytoin and phenobarbital, 8% phenobarbital and carbamazepine). The 62.5% of the patients have abandoned the treatment because of sometime economic reasons or poor drug availability in the hospital, or in the health center. Conclusions: There is a problem of epileptic treatment compliance in patients controlled in Hospital Escuela's neurological outpatient clinic due to patient's economic problems or lack of institutional treatment availability. A minimum percentage abandoned the treatment because of secondary effects or indiscipline.**

**KEY WORDS:** *Epilepsy, therapy, epidemiology.*

Se estima que al menos 5 millones de latinoamericanos padecen de epilepsia.<sup>1-3</sup> Los estudios epidemiológicos realizados en la región reportan prevalencias de 1 a 57 casos por cada 1000 habitantes, con una incidencia anual de 110 a 190 casos por cada 100,000 habitantes.<sup>1-3</sup> Sobre la base de estos datos se considera que cada día se diagnostica de 2000 a 3600 casos nuevos en la región.<sup>4</sup> En Honduras el primer estudio realizado en el Municipio de Salamá, Olancho,<sup>5</sup> reporta una prevalencia 23.3 casos por cada 1,000 habitantes y el Estudio Nacional de Epilepsia mostró una prevalencia de 6.9 en una muestra de 73,000 habitantes.<sup>6</sup> Esto revela que la epilepsia es un problema de salud pública en nuestro país.

Con el objetivo de determinar la problemática de los pacientes epilépticos que acuden a la Consulta Externa de Neurología de Hospital Escuela, se realizó un estudio transversal descriptivo con énfasis en la identificación de problemas en el cumplimiento del tratamiento antiepiléptico.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se diseñó una entrevista de 25 preguntas tanto cerradas como abiertas para registrar datos demográficos, información de las características de las crisis epilépticas, edad

de inicio, la realización de estudios para determinar la etiología, cumplimiento del tratamiento, historia de abandono, las razones para el mismo y el uso de tratamientos alternativos. Se realizó una prueba piloto con 10 pacientes. Después de validar la encuesta, se entrevistó a 40 pacientes que asistieron a control a la Clínica de Epilepsia de la Consulta Externa de Neurología del Hospital Escuela durante el mes de marzo del 2001. Los mismos fueron captados de forma consecutiva y verificando primero que reunían los criterios diagnósticos de epilepsia de la Liga Internacional Contra la Epilepsia.<sup>7</sup> En el caso de niños, se entrevistó al familiar o encargado. Se solicitó el consentimiento informado verbal a los entrevistados para la aplicación del cuestionario.

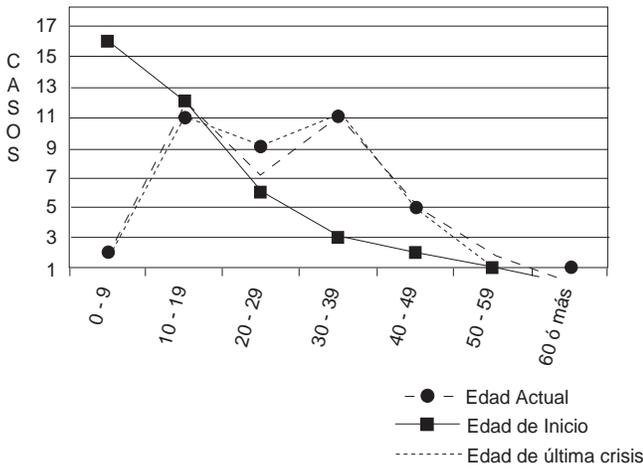
## RESULTADOS

Se evaluó a 40 pacientes, 26 del sexo femenino (65%) y 14 del sexo masculino (35%), con una edad promedio de 28.6 años y un rango de 7 a 69 años. En cuanto a la procedencia por Departamentos del país, el 60% era de Francisco Morazán, el 12.5% de Olancho, el 10% de El Paraíso, el 7.5% de Comayagua, el 5% de Santa Bárbara y otro 5% de Choluteca. El tipo de domicilio se clasificó como urbano en el 55% de los casos, rural en un 30% y urbano-marginal en un 15%.

La edad de inicio de la epilepsia así como la última crisis, se muestra en la Figura 1. Destaca que el 55% de los pacientes era menor de 30 años, el 40% tuvo su primera crisis epiléptica antes de los 10 años y el 70% antes de los 20. El 32.5% de los pacientes afirmó tener algún familiar que también había sufrido crisis epilépticas alguna vez.

Por otra parte el 17.5% afirmó haber presentado convulsiones febriles durante la infancia (antes de los 5 años). Con respecto a la sintomatología de las crisis, la mayoría de los pacientes afirmó haber presentado crisis parciales simples o complejas con o sin generalización secundaria (Cuadro 1). Respecto a los estudios diagnósticos realizados, casi la mitad tenía tomografía axial computarizada de cráneo y el 65% se había realizado un electroencefalograma estándar (Figura 2). Sólo el 25% de los pacientes conoce la causa de su epilepsia, siendo postraumática en el 7.5%, sintomática a neurocisticercosis en el 12.5% y sintomática a toxoplasmosis en el 5%.

**Figura No. 1.** Edad de inicio de la epilepsia, edad actual y edad en la cual ocurrió la última crisis.

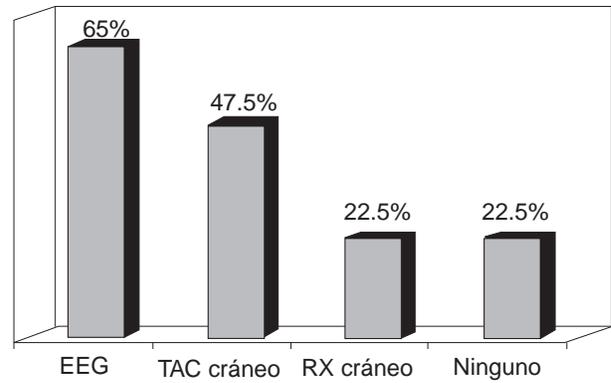


**Cuadro No. 1.** Manifestaciones de las crisis epilépticas en los pacientes entrevistados.

Manifestaciones	Casos	
	No.	%
Temblor	33	82.5
Pérdida de conciencia	35	87.5
Pérdida de tono postural más palidez mucocutánea	31	77.5
Desconexión	30	75.0
Pérdida de tono postural y mordedura de la lengua	21	52.5
Crisis momentánea facio-braquio-crural	19	47.5
Alteraciones olfatorias	7	17.5

El 35% (n=14) de los pacientes afirmó que recibió tratamiento previo en algún otro centro. El 74% de los pacientes señaló que la principal forma de financiamiento del tratamiento era mediante subsidio del Estado y el 26% por sus propios medios. Respecto a los diferentes lugares donde obtienen los medicamentos, el 90% lo hace en el Hospital, pero también acuden al Centro de

**Figura No. 2.** Frecuencia de estudios para el diagnóstico de epilepsia realizados en el grupo estudiado al momento de la entrevista



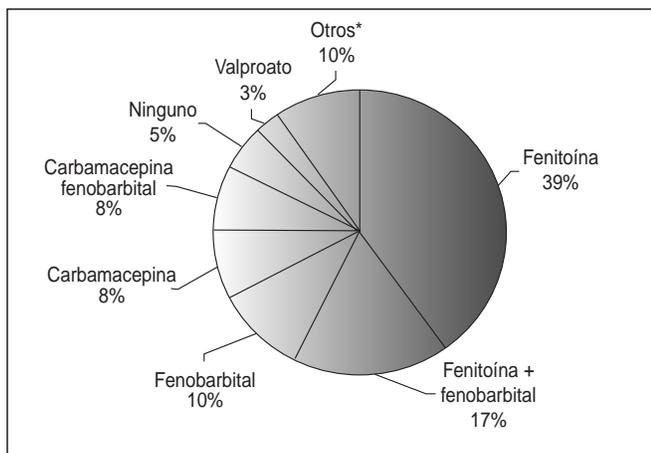
Salud o al Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza (25%) o a una farmacia privada (17.5%).

Actualmente, el 95% de los pacientes (n=38) recibe tratamiento farmacológico, de este grupo, solo el 62.5% afirmó que siempre tiene acceso a los medicamentos, antiepilépticos de primera generación (fenitoína, fenobarbital y carbamacepina) y el 60% es controlado con monoterapia (39% con fenitoína, 10% con fenobarbital, 8% con carbamacepina, y el 3% con valproato), el 25% se controla con politerapia (17% con fenitoína y fenobarbital, 8% con fenobarbital y carbamacepina) (Figura 3). Se determinó que el 62.5% de los pacientes había abandonado el tratamiento alguna vez y las principales razones fueron económicas (32%) y la falta de disponibilidad de antiepilépticos en el Hospital o en el Centro de Salud de su comunidad (32%) (Figura 4). El 32.5% de los pacientes (n=13) ha recurrido alguna vez a terapias no medicamentosas adicionales a lo indicado por el médico tratante, especialmente con hierbas y acupuntura (Figura 5).

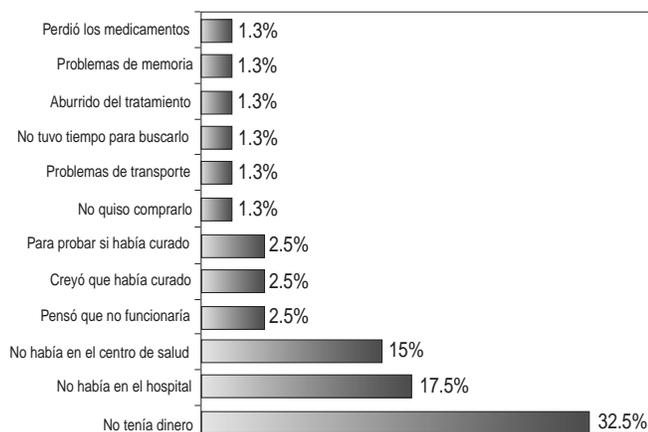
## DISCUSIÓN

El 70% de los pacientes evaluados inició sus crisis epilépticas antes de los 20 años, lo cual es similar a lo descrito

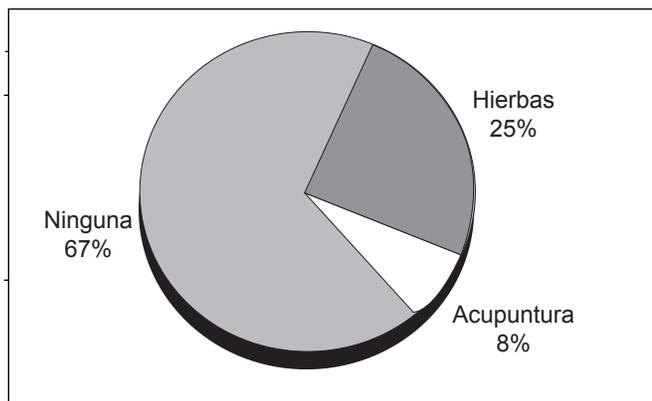
**Figura No. 3.** Tratamiento de los pacientes evaluados.  
\* Otros: combinaciones en doble o triple terapia.



**Figura No. 4.** Razones para el abandono del tratamiento



**Figura No. 5.** Uso de terapias adicionales no medicamentosas.



por la literatura médica mundial, que reporta que las epilepsias generalmente inician en la infancia o en la adolescencia.<sup>8-11</sup> La historia de crisis epilépticas en algún familiar fue del 32.5%, siendo similar a la reportada en otros estudios en Honduras.<sup>5,10</sup> Este porcentaje significa que las epilepsias en nuestro medio tendrían un probable factor genético. Aunque el 17.5% de los pacientes refirió el antecedente de convulsiones febriles antes de los 5 años de edad.

El hecho de que la mayoría de los pacientes experimenten crisis parciales simples motoras o sensitivas con o sin generalización secundaria tipo tónico clónica reafirma que en nuestro medio la mayoría de las epilepsias son parciales y probablemente sintomáticas a una lesión estructural. Llama la atención que únicamente el 25% de los pacientes conoce cual es la etiología de su epilepsia. La mayoría de estos pacientes aún están en estudio, pero debe recordarse que el paciente debe estar bien informado de su diagnóstico. Por otra parte, al momento del estudio, al 65% se le había realizado un electroencefalograma y al 47% tomografía axial. Cabe enfatizar que debe hacerse el esfuerzo por identificar la etiología de la epilepsia, pues la misma puede ser el síntoma de alguna lesión, ya que la neurocisticercosis fue la causa mas frecuente conocida de epilepsia sintomática en un 12%.<sup>7,8,12</sup>

Sólo el 5% de los encuestados no estaba tomando el antiepiléptico al momento de la entrevista. Aunque casi todos (95%) recibían tratamiento en el Hospital, el problema de falta de existencia del mismo en la farmacia del Hospital Escuela motiva a los pacientes a buscarlo en otros lugares como el Centro de Salud (25%) o una farmacia privada (17.5%).

En el Hospital Escuela se usa predominantemente medicamentos de primera generación (fenitoína, fenobarbital y carbamacepina) y son pocos los pacientes que tienen acceso a otros, siendo uno de ellos el ácido valproico, el cual se subsidia parcialmente. Los pacientes con epilepsia de difícil control pueden requerir el acceso a los antiepilépticos de segunda generación como el topiramato, la gabapentina, la oxcarbacepina, lamotrigina etc.<sup>3,4,13</sup> La falta de cumplimiento al tratamiento antiepiléptico produce una mayor frecuencia de crisis, deterioro neurológico, interferencia en la vida diaria, lesiones físicas y mayor número de hospitalizaciones por complicaciones

tales como el status epilepticus.<sup>13,14</sup> Por ejemplo, en el Estudio de Salamá, el 47% de los pacientes había tenido status epilepticus alguna vez y de estos pacientes, el 42% no estaba tomando medicamentos antiepilépticos a pesar de presentar epilepsia activa.<sup>15</sup>

El porcentaje de pacientes que había abandonado el tratamiento alguna vez fue alto (62.5%) y está relacionado a problemas de índole económico e institucional (administrativos y otros) más que al temor de los efectos secundarios e indisciplina. Estudios en países industrializados reportan que la principal causa de abandono del tratamiento son la indisciplina del paciente o los efectos secundarios de los medicamentos. En un estudio realizado en Honduras por Stansbury y col., se evaluó a 25 pacientes con epilepsia activa y a 36 controles; para ello se aplicó tres instrumentos neuropsicológicos.<sup>16</sup> Desde el punto de vista cognitivo, se encontró diferencia entre pacientes y controles con relación a los efectos secundarios del fenobarbital y fenitoína especialmente lentitud cognitiva y alteraciones en la memoria. Los datos mostraron cómo los efectos secundarios condicionan en gran medida el abandono del tratamiento antiepiléptico, lo cual no lo pudimos corroborar en nuestra población no obstante sería necesario hacer otro estudio a esta población.

Varios estudios reportan que hasta el 50% de todos los epilépticos incumplen su tratamiento al grado de que esto interfiere de forma significativa en el control de sus crisis.<sup>13,17</sup> Según Leppik,<sup>13</sup> las causas por las cuales los pacientes no cumplen con su tratamiento se relacionan con cuatro aspectos. El primero tiene que ver con la ingesta del medicamento, sea por indisciplina o por alteraciones de memoria. El segundo aspecto es el estilo de vida. Por ejemplo, el patrón de sueño, el uso de alcohol, el estrés psicológico o los horarios de las actividades del paciente. El tercer elemento es de tipo volitivo, que puede ser racional como el temor de una embarazada por los efectos teratogénicos del medicamento, o bien irracional, tales como las supersticiones o el temor a que el medicamento le produzca daños. El cuarto elemento es de tipo estructural, tal como los problemas económicos. A este aspecto agregaremos el problema institucional, que incluye: el retraso en las citas, los problemas con la obtención de recetas, la legibilidad de las mismas, la falta de provisión de medicamentos por el sistema de salud que conlleva a un efecto de costo-beneficio.<sup>19</sup> Este cuarto

aspecto parece tener un papel de gran impacto a los pacientes evaluados en el presente estudio, cuya situación debería ser mejor por el hecho de ser controlados en un hospital nacional y en una clínica de epilepsia. Es muy probable que la atención en epilepsia a nivel primario esté cursando una mayor crisis, pues a diario se atiende en el Hospital Escuela a pacientes que podrían ser controlados sin problemas en los centros de salud y en los hospitales regionales o de área si estos contaran con los antiepilépticos básicos para atenderlos. Al respecto, los datos del Estudio Nacional de Epilepsia proporcionan estadísticas alarmantes sobre el problema de acceso a medicamentos antiepilépticos en las comunidades rurales, especialmente en las postergadas. Por ejemplo, el porcentaje de epilépticos en tratamiento en la Cuenca del Río Cangrejal fue de sólo el 10.5%,<sup>20</sup> mientras que en algunas comunidades miskitas del Departamento de Gracias a Dios fue del 100% al momento del estudio.<sup>21,22</sup>

La falta de tratamiento antiepiléptico y por lo tanto, el mal control de las crisis, conlleva un incremento en los costos personales, socioeconómicos y del sistema de salud (costos médicos directos, hospitalizaciones, exámenes, y otros) Aunque podemos apoyar a nuestros epilépticos para mejorar su cumplimiento del tratamiento mediante acciones como es el monitoreo de niveles séricos de los antiepilépticos, registro de dosis tomadas, conteo del medicamento, supervisión por parte de los familiares o de las personas que están al cuidado del paciente además de la educación a éstos últimos y a los pacientes,<sup>23</sup> un gran objetivo por el que debe luchar el sistema de salud estatal, es el acceso permanente a los antiepilépticos. Con ello lograremos mejorar significativamente la realidad de vida de los pacientes.

Como bien lo expresan Heaney y Sander,<sup>24</sup> hay múltiples aspectos económicos relacionados con la epilepsia y su tratamiento. En general, los recursos en nuestro medio son limitados y el aumento innecesario de los costos obliga a realizar una evaluación desde el punto de vista de costo-efectividad. Esto incluye tanto la inversión en medicamentos de primera generación al nivel local y a nuevos antiepilépticos de segunda generación en el nivel hospitalario, el mayor acceso a métodos diagnósticos, así como en investigación epidemiológica y básica. Además, debe promoverse el desarrollo de la cirugía de la epilepsia, estimulación vagal, y la dieta cetogénica que requieren algunos casos de epilepsia de difícil control.<sup>4</sup>

Otros factores importantes que se suman para fomentar el cumplimiento al tratamiento en Latinoamérica y Honduras son la falta de reconocimiento de la epilepsia como un problema de salud pública, la restricción de fondos para inversión en salud y la debilidad o escasez de los programas de epilepsia.<sup>19</sup>

Existe además una brecha en los procedimientos diagnósticos, cerca de la mitad de los pacientes evaluados tenía electroencefalograma y tomografía axial. Estos son los dos estudios básicos en el protocolo de diagnóstico y clasificación de las epilepsias y debe promoverse el acceso y el uso racional de los mismos.<sup>12</sup> Un aspecto fundamental es que debe haber un aumento en el número de especialistas en neurología, epilepsia y electroencefalografía con que cuenta el país, pues el problema se hace más complejo cuando se considera el gran número de personas a quienes no se hace el diagnóstico debido a la falta de recursos humanos entrenados en esta área,<sup>10,19</sup> el limitado acceso a la tecnología diagnóstica y también a aspectos culturales y antropológicos.<sup>25,26</sup> Respecto a esto último, es interesante que un tercio de los entrevistados ha recurrido a la medicina alternativa, cuya eficacia en el control de la epilepsia no se ha demostrado. Todo esto influye en la calidad de vida que se puede ofrecer al paciente epiléptico en nuestro país.<sup>27,28</sup>

Según los diferentes estudios epidemiológicos en Honduras, la prevalencia de epilepsia es de 7 a 23.3 por cada 1000 habitantes, y en promedio, el 47% de los pacientes con epilepsia activa no está recibiendo tratamiento.<sup>5,6</sup> En base a una población de 6 millones de habitantes, puede estimarse que hay al menos de 40,000 a 140,000 hondureños con epilepsia, la mayoría en edad productiva y la mitad de ellos no está bajo ningún esquema antiepiléptico, la solución del cumplimiento en el tratamiento será factible si los recursos necesarios se hacen accesibles a los pacientes mediante una adecuada organización del sistema de salud.<sup>29</sup>

En el año 1997, la Liga Internacional contra la Epilepsia (UCE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) unieron sus esfuerzos e iniciaron una campaña global internacional denominada "Epilepsia fuera de la sombra" con el propósito de mejorar la atención médica de la epilepsia, su tratamiento, prevención y manejo social en

todo el mundo.<sup>29</sup> En septiembre del 2000 y en el marco de la Campaña Global contra la Epilepsia, las Comisiones de Asuntos Latinoamericanos de la LICE y el Bureau Internacional contra la Epilepsia (IBE), la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS), UNICEF y UNESCO para América Latina y El Caribe, las organizaciones de personas con epilepsia y sus familias y representantes de las Ligas nacionales contra la Epilepsia de Latinoamérica y del mundo, se reunieron en Santiago de Chile y firmaron la DECLARACION DE SANTIAGO SOBRE LA EPILEPSIA EN LATINOAMERICA, haciendo un llamado a dar importancia al problema de la epilepsia y a tomar acciones a todo nivel para su control y prevención. Honduras no puede quedarse atrás y debe servir como estímulo que tales instituciones hayan escogido a nuestro país como piloto en este esfuerzo.

Un hecho muy positivo es el desarrollo de diferentes líneas de investigación en epilepsia en Honduras, promovidas por grupos como el Postgrado de Neurología, la Sociedad Hondureña de Epilepsia Capítulo de la Liga Internacional Contra la Epilepsia (LICE), la Asociación Hondureña de Neurología Capítulo de la World Federation of Neurology, la Facultad de Ciencias Médicas a través de su Unidad de Investigación Científica, el Proyecto Nutrición y Salud, la Secretaría de Salud, la Organización Panamericana de la Salud y algunas instituciones privadas.<sup>10</sup>

Sin embargo, otro paso importante para mejorar la situación de epilépticos en Honduras, es la actualización y socialización de las normas de la Secretaría de Salud para el diagnóstico, manejo y prevención de las epilepsias, así como la toma de decisiones políticas y financieras necesarias para su implementación.

#### REFERENCIAS

1. **García F. Epidemiología de las epilepsias en Latinoamérica. En: Medina, Chávez, Chichilla & Gracia Editores. Las Epilepsias en Centroamérica. Tegucigalpa: Scancolor, 2001.**
2. **Senanayake N, Román GC. Epidemiology of epilepsy in developing countries. Bulletin of the World Health Organization 1993; 71:247-258.**
3. **Jallon P. Epilepsy in developing countries. Epilepsia 1997;38:1143-1151.**

4. Brodie MJ. Natural history of treated epilepsy: relevance to pharmacological and surgical management. In: Devilat M, Ed. First Latin-American Congress of Epilepsy, 2000:149-152.
5. Medina MT, Durón R, Osorio JR, Martínez L. Epidemiología de las epilepsias en Honduras. En: Medina, Chávez, Chinchilla & Gracia Editores. Las Epilepsias en Centroamérica. Tegucigalpa: Scancolor, 2001.
6. Medina MT, *et al*. Proyecto Nacional de Epilepsia. Informe preliminar a la Secretaría de la Facultad de Ciencias Médicas. Marzo 2001.
7. Commission on Epidemiology and Prognosis, International League Against Epilepsy. Guidelines for epidemiological studies on epilepsy. *Epilepsia* 1993;34:592-596.
8. Hauser WA, Hesdorfer D. Epilepsy: frequency, causes and consequences. Epilepsy Foundation of America: Maryland, 1990.
9. Medina MT Durón R, Martinez L, Osorio JR. The Salamá, Honduras epilepsy study: epidemiological, genetic, immunologic, video-EEG, CT scan and clinical findings. *Journal of the Neurological Sciences* 1991:150 (suppl):256.
10. Medina MT, Durón R. Perspectivas de las Epilepsias en Honduras. In: Devilat M, Ed. First Latin-American Congress of Epilepsy, 2000:101107.
11. Shorvon S. Epilepsy octet. Epidemiology, classification, natural history, and genetics of epilepsy. *Lancet* 1990;336:93-96.
12. Medina MT, Durón R. Conceptos básicos en epilepsia En: Medina, Chávez, Chinchilla & Gracia Editores. Las Epilepsias en Centroamérica. Tegucigalpa: Scancolor, 2001.
13. Leppik I. Contemporary diagnosis and management of the patient with epilepsy. 2ed. Handbooks in Health Care: Newtown, Pennsylvania;1996.
14. Delgado-Escueta A, Medina MT, Fong CY, Durón R. Status epilepticus: epidemiology, classification and treatment. First Iberoamerican Virtual Congress, <http://cv.neuro.org>, 1998.
15. Medina MT, Rubio F, Durón R. Status epilepticus in Latin America. VIII Pan-American Epilepsy Congress. Memoria 1997.
16. Stansbury JP, Kennedy DP, Smith CA, Trevathan E, Medina MT, Durón R. La epilepsia en Olancho: perspectivas sobre el mejoramiento del tratamiento en las áreas rurales de Honduras. Memoria del VII Seminario de Antropología en Honduras, 2000.
17. Shope J. Intervention to improve compliance with pediatric anticonvulsant therapy. *Patient Couns Health Educ* 1980;21:135-141.
18. Leppik I, Schmidt D, eds. Summary of the First International Workshop on Compliance in Epilepsy. *Epilepsy Res* 1988;1(suppl): 179182.
19. Scott R, Sander JW. Epilepsy in developing countries: clinical and social aspects. In: Devilat M, Ed. First Latin American Congress of Epilepsy, 2000:238-240.
20. Dubón D, Durón R, Zelaya A, Medina MT. Estudio Nacional de Epilepsia: Epidemiología de las epilepsias de la cuenca del Río Cangrejal. *Revista Facultad de Ciencias Médicas* 2000;5(1):42.
21. Nicolás O, Durón R, Medina MT. Estudio Nacional de Epilepsia: Epidemiología de las epilepsias en Tikimaya, Municipio de Puerto Lempira, Departamento de Gracias a Dios. *Revista Facultad de Ciencias Médicas* 2000;5(1):41.
22. Varela FE, Durón R, Medina MT. Estudio Nacional de Epilepsia: Epidemiología de las epilepsias en Ilaya, Departamento de Gracias a Dios. *Revista Facultad de Ciencias Médicas* 2000;5(1):43.
23. Cramer JA, Mattson RH, Prevey ML, *et al*. How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *JAMA* 1989;261:3273-3277.
24. Heaney D, Sander JW. The treatment of epilepsy: economic aspects. In: Devilat M, Ed. First Latin-American Congress of Epilepsy, 2000: 226-229.
25. Durón R, Medina MT, Osorio JR, Martínez L. Algunos aspectos psicológicos y de salud pública de las epilepsias. El Estudio Epilepsia de Salamá. *Vademécum Edifarm* 1998:850.
26. Durón R, Medina MT, Boyd D. Antropología de las epilepsias. En: Medina, Chávez, Chinchilla & Gracia Editores. Las Epilepsias en Centroamérica, 2001.
27. Medina MT, Durón R, Flores K, Smith C, Stansbury J, Trevathan E. Epilepsia y calidad de vida. VI Jornada Científica de las Ciencias Biológicas y de la Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Memoria 1999:18-23.
28. Durón R, Smith C, Stansbury J, Flores K, Medina MT, Madrid A, Trevathan E. Development of a Central American version of the Quality of Life in Epilepsy (QOLIE-31) inventory. *Epilepsia* 1998; 3(6):S-186.
29. Caraballo R, Miranda C. Epilepsia fuera de las sombras: la iniciativa en epilepsia de la Organización Panamericana de la Salud. En: Devilat M, Ed. First Latin-American Congress of Epilepsy, 2000:3641.

# Lumbalgia

## Estudio Retrospectivo en el Hospital Militar, 1997-2000

### *Low back pain*

### *Retrospective study at the Military Hospital, 1997-2000*

Dr. Mario Roberto Pinto Romero\*, Dr. Roberto José Cantón Barbosa\*,  
Dr. Gerald Miguel Wong Sánchez\*

**RESUMEN.** De los trastornos músculoesqueléticos, uno de los que causa mayor incapacidad dentro de las Fuerzas Armadas es la lumbalgia. Nuestros objetivos fueron encaminados para determinar la frecuencia del diagnóstico de lumbalgia y el tratamiento implementado en el Hospital Militar en un período de 4 años. Se analizaron las variables edad, sexo, ocupación, métodos diagnósticos y tratamiento. Se revisaron 188 expedientes correspondientes a pacientes con diagnóstico de egreso de lumbalgia. El grupo etáreo más frecuente fue el de 31- 45 años, el sexo más frecuente correspondió al masculino con un 60.1%. Los síntomas más frecuentes fueron los motores con un 48.4% y dentro de los mecanismos de producción se encontraron los indirectos o mecánicos (59.6%) y los no mecánicos o directos (9.0%). El método diagnóstico más utilizado fue la radiografía simple de columna vertebral con un 66.5%; el tratamiento médico (relajantes, analgésicos, antiinflamatorios) con un 38.8%, y el tratamiento combinado (médico + fisioterapia) con un 39.9%, la fisioterapia incluyó hidroterapia, electroterapia y calor superficial. Tanto los métodos diagnósticos como el tratamiento implementado en el Hospital Militar concuerdan con los recomendados en la literatura mundial.

**PALABRAS CLAVE:** *Lumbalgia, Desórdenes Musculoesqueléticos.*

**ABSTRACT.** Lumbalgia is one of the most common causes of incapacity in the Army. Among musculoskeletal illnesses, our objective was to determine the frequency and treatment applied in the Military Hospital in a four year period. The variables analyzed were age, sex, occupation, diagnostic methods and treatment. There were 188 patients with lumbalgia diagnosis, with the age 31-45 years and sex masculine (60.1%) being the most frequent. The most frequent symptoms were the motors (48.4%) and within the production mechanisms the indirect or mechanic with a 59.6% and the nonmechanic or direct with a 9.0%. The most used diagnostic method was the radiography of spinal column (66.5%). The medical treatment (analgesics, antiinflammatory, relaxants) was used in 38.8% of the patients and combined treatment (medical + physiotherapy) in 39.9%. The physiotherapy included hydrotherapy, electrotherapy and superficial heat. The diagnostic methods and the treatment used in the Military Hospital agree with those worldwide recommended.

**KEYWORDS:** *Low back pain, musckelton disorders.*

\* Hospital Militar

Dirigir correspondencia a: Dr. Mario Roberto Pinto  
e-mail: mpinto\_romero@hotmail.com

## INTRODUCCION

La lumbalgia es una entidad clínica caracterizada por dolor en la región vertebral o paravertebral lumbar. No es una enfermedad ni un diagnóstico, sino un síntoma que puede ser secundario a patologías de muy diversa etiología y gravedad. El 90% de las lumbalgias responden a una alteración mecánica de las estructuras vertebrales, y la mayoría a su vez son de carácter inespecífico. Esta patología generalmente es benigna y su interés se centra en su elevada frecuencia, repercusión social, laboral y económica.<sup>1</sup>

Su prevalencia a lo largo de la vida se estima en un 60-80% y la tasa de incidencia anual es del 5-25%. Su pico de afectación ocurre en la edad laboral (25-45 años) y es una de las patologías que produce mayor ausentismo laboral, discapacidad y demanda asistencial tanto a nivel primario como hospitalario. El 10% de las lumbalgias son secundarias a patologías no mecánicas de la columna vertebral. Por eso el interés de este tema es conocer los posibles diagnósticos y los diversos tratamientos de esta patología con tanta repercusión laboral.<sup>1,2</sup>

De los trastornos musculoesqueléticos uno de los que causa mayor incapacidad dentro de las Fuerzas Armadas es la lumbalgia, tomando en cuenta que los oficiales, tropas, beneficiarios del sistema, auxiliares y personal civil que acude a nuestro centro asistencial, son los perjudicados por dicha patología (Departamento de Estadística, Hospital Militar). Con el propósito de conocer las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad, se estudiaron todos los casos con diagnóstico de egreso de lumbalgia en el Hospital Militar en el periodo de 1997-2000 y los datos se compararon a los obtenidos en otros estudios.

## PACIENTES Y MÉTODOS

La información inicial se obtuvo de el formulario de atención de salud (AT-1) del período 1997-2000. Se revisaron y analizaron 247 expedientes de pacientes con diagnóstico de egreso de lumbalgia, de los cuales se descartaron 59 por no tener la mínima información acerca de la patología en estudio, para un total de 188 casos en el período. Las variables investigadas incluyeron: edad, sexo, estado civil, ocupación, procedencia, datos clínicos como

(antecedentes traumáticos, factores de riesgo, antecedentes no patológicos, antecedentes familiares), mecanismo de producción de la lumbalgia, signos y síntomas, métodos diagnóstico y tratamientos utilizados: médico (relajantes musculares, analgésicos, antinflamatorios, esteroides, etc.), fisioterapia (calor superficial, hidroterapia, electroterapia, calor profundo, ejercicios) y combinado (médico y fisioterapia) y quirúrgico (hemilaminectomía, laminectomía, etc.).

Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables analizadas.

## RESULTADOS

El grupo etáreo más frecuente de los pacientes con diagnóstico de lumbalgia fue 31- 45 años (41.5%) y el sexo masculino fue el más frecuente con un 60.1%. La mayor parte de los pacientes atendidos por lumbalgia procedían Francisco Morazán y Comayagua (74.5%).

Del total de los pacientes atendidos por lumbalgia el 42.5% eran derecho habiente o beneficiario del sistema, el 28.7% militares, el 11.7% civiles, y el 7.4% auxiliares (personas que trabajan en las Fuerzas Armadas que no son militares). Entre los signos acompañantes, los motores fueron los más frecuentes (trastornos de la marcha, espasmo muscular, rigidez articular) con un 48.4%, y los sensitivos (alteraciones en los reflejos osteotendinosos, paraplejas, parestesias) con un 23.9% (Cuadro 1).

**Cuadro No. 1.** Signos acompañantes de la Lumbalgia

Signos acompañantes	Frecuencia No.	Porcentaje %
Sensitivos	45	23.9
Motores	91	48.4
Combinados*	18	9.6
N.C.	34	18.1
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100.0</b>

Se observa que el mayor porcentaje de signos acompañantes es en los motores, seguido por los sensitivos. \*Combinados: motores + sensitivos. N.C.: no consignado.

Entre los mecanismos de producción de lumbalgia se encontró que los indirectos o mecánicos (sobreesfuerzo, estar agachado, actividad física inusual, giro brusco, deportes) representaron 59.6% (Cuadro 2). El método diagnóstico más utilizado es la Rayos X simple con un 66.49% (cuadro 3). El tratamiento aplicado a las lumbalgias en su mayoría correspondió a los combinados (médico y fisioterapia) con un 39.89% y el médico (relajantes, analgésicos, antiinflamatorios, esteroides, etc.) con un 38.8% (cuadro 4). El tratamiento aplicado a los pacientes militares en el 64.8% fue combinado, 18.5% médico, 12.9% fue quirúrgico, y el 3.7% fisioterapia.

Entre otras patologías de la columna vertebral se encontró la Cervicalgia (69 casos), Dorsalgias (50 casos), Fibromialgias (98 casos) y Radiculopatías (56 casos).

**Cuadro No. 2.** Mecanismo de Producción de Lumbalgia

Mecanismo de Producción	Frecuencia No.	Porcentaje %
Directo	17	9.0
Indirecto	112	59.5
N.C.	59	31.4
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100.0</b>

Los mecanismos indirectos o mecánicos fueron los más frecuentes, lo que concuerda con la bibliografía obtenida, pero cabe resaltar que un 31.4% no se consignó el mecanismo de producción en los expedientes. NC = no consignado.

**Cuadro No. 3.** Métodos Diagnósticos de las Lumbalgias

Métodos Diagnósticos	Frecuencia No.	Porcentaje %
Radiografía Simple de Columna vertebral	125	66.5
Mielografía	2	1.1
TAC	13	6.9
IRM	22	11.7
EMG	1	0.5
N.C.	25	13.3
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100.0</b>

TAC: Tomografía Axial Computarizada. IRM: Imagen de Resonancia Magnética. EMG: Electromiografía. NC: no consignado.

**Cuadro No. 4.** Tratamiento Aplicado a la Lumbalgia

Tratamiento	Frecuencia No.	Porcentaje %
Médico	73	38.8
Fisioterapia	17	9.0
Combinado	75	39.9
Cirugía	20	10.6
N.C.	3	1.6
<b>TOTAL</b>	<b>188</b>	<b>100.0</b>

## DISCUSIÓN

La lumbalgia es una de las patologías musculoesqueléticas más frecuentes en el Hospital Militar (Departamento de Estadísticas, Hospital Militar). Los resultados obtenidos tanto en edad como en sexo concuerdan con lo informado en otras partes del mundo.<sup>1-4</sup> Al igual que en nuestro estudio Taylor informa que el mecanismo de producción mecánico de la lumbalgia es el más frecuente.<sup>1</sup> La sintomatología motora es la que se ha informado que se presenta con mayor frecuencia, lo que concuerda con los resultados obtenidos en nuestro estudio.<sup>1,5</sup> La radiografía simple de columna es la primera prueba de imagen a realizar y las alteraciones que encontramos son: alteraciones de estática (escoliosis e hiperlordosis), anomalías en el desarrollo (sacralización, espina bífida, espondilolistesis), anomalías en el arco anterior (pinzamiento discal), anomalías en el arco posterior y otras como fracturas y cambios postquirúrgicos. Otras pruebas de imagen incluyen TAC, IRM, gammagrafía ósea, mielografía, densitometría, termografía.<sup>6</sup>

El tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios son útiles para aliviar el dolor y mejorar la capacidad funcional. No parecen existir diferencias significativas entre ambos grupos aunque los segundos tienen más efectos secundarios. Debemos pensar en ellos como agentes de alivio mientras la evolución natural permite la recuperación. Podemos usar paracetamol, ibuprofeno o tramadol a intervalos regulares.<sup>7,8</sup>

No existe evidencia de la eficacia de los antidepresivos en la lumbalgia aguda. En la crónica pueden ser útiles

aunque quizás sea más importante tomarse el tiempo suficiente para evaluar la existencia de problemas sociales, psicológicos o económicos y abordarlos. Podemos usar amitriptilina o maprotriptilina.<sup>9</sup> Existe evidencia que demuestra que los relajantes musculares son útiles en el dolor lumbar agudo sin que se haya encontrado diferencias entre ellos, no tienen utilidad en la lumbalgia crónica. No es aconsejable prolongar la duración del tratamiento más de una semana. Puede usarse diazepam a dosis bajas, usando la mayor fracción por la noche.<sup>9,10</sup>

No existe evidencia que demuestre la utilidad de las inyecciones de esteroides a ningún nivel. Tampoco existe evidencia que sustente la recomendación de corsets u otro tipo de sujeción lumbar, por el contrario, pueden ser perjudiciales por la atrofia muscular secundaria. Tampoco la tracción es efectiva en ningún tipo de dolor.<sup>10,11</sup>

Los tratamientos físicos (masajes, USG, fríos, calor local, y onda corta) se recomiendan habitualmente para aliviar el dolor. Sin embargo, no existen pruebas de que tengan efecto alguno sobre los resultados. Tampoco tienen efectos secundarios significativos.<sup>7,9,10</sup>

Los ensayos clínicos realizados para evaluar la eficacia de la acupuntura son de baja calidad. En varias revisiones sistemáticas se encontró nula o dudosa evidencia que sustente su recomendación en el dolor crónico. Sin utilidad en el agudo.<sup>7</sup>

Un nuevo neuroestimulador de doble canal elimina el dolor en lumbalgia invalidante. El implante de neuroestimuladores es una opción terapéutica analgésica cuando han fracasado a través de una laminectomía reducida, por la que se coloca el neuroestimulador, denominado Synergy, a nivel dorsal D9 - D10 que es donde se han obtenido los menores resultados en los ensayos. El fentanilo transdérmico reduce notablemente el dolor crónico. El reposo no sólo ha demostrado ser inútil sino que es contraproducente como tratamiento en la lumbalgia laboral, señala Francisco Kovacs, presidente de la fundación Kovacs, que asegura que hay estudios que demuestran que a mayor reposo mayor duración de la lumbalgia y mayor riesgo de que el trabajador nunca pueda estar libre de secuelas. Para tratar correctamente la lumbalgia se debe evitar el reposo y el trabajador debe estar lo más activo posible y dar solamente un reposo relativo. En los país-

es industrializados la lumbalgia representa la enfermedad más frecuente que se consulta en el centro de salud. El tratamiento de la lumbalgia tiene que ser multidisciplinario.

La lumbalgia tiene en España un costo de 11,000 millones de pesetas al año. Tomando en cuenta que en el Hospital Militar es una Institución que le brinda atención a los integrantes de las Fuerzas Armadas y sus beneficiarios exclusivamente y en menor cantidad a los auxiliares y personal civil, la Lumbalgia ha generado un costo en los 5 años del estudio de aproximadamente 1,972,794 Lempiras que transformados en dólares da \$ 126,057.12, según los datos proporcionados por el departamento de Costos del Hospital Militar.

La mayoría de los métodos diagnósticos y tratamientos implementados en el exterior se están realizando en el Hospital Militar, a excepción del neuroestimulador y del fentanilo transdérmico. Para obtener mayor información en los últimos puntos discutidos, puede consultar el sitio Internet <http://www.diariomedico.com/reumatologia/n070600.html>.

En conclusión el manejo de las lumbalgias que se está realizando en el Hospital Militar es aceptable y lo más importante es multidisciplinario.

**AGRADECIMIENTO.** A nuestra Institución, El Hospital Militar por permitir realizar éste estudio en sus instalaciones; al Departamento de Arte Gráfico; al Departamento de Estadística y al Departamento de Costos gracias por su colaboración; a la Dra. Esly Padilla y al Dr. Juan Méndez, gracias por su apoyo en la realización del protocolo de investigación.

#### REFERENCIAS

1. Taylor RB. *Medicina de Familia. Principios y Práctica.* Editorial Maldonado S.A., 4ta. Edición Barcelona Springer Verlag Iberia, 1999.
2. Paulino J. *Reumatología práctica en la atención primaria.* Editorial Maldonado S.A., 4ta. Edición Barcelona Springer Verlag Iberia, 1997.
3. Ballina García FJ, Martín Lascuevas P. *Curso de reumatología para atención primaria.* 1996.
4. Bigos S, Bowyer O, Braen G, Deyo R, Haldeman S, Hart JL. *Acute low back problems in adults. Clinical Practice Guideline no. 14. AEICPR Publication No. 95 - 0642.*

- Rockville MD: US, Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, December 1994.
5. Sociedad Española de Reumatología Enfermedades óseas. 1998.
  6. Moya Ferrer F. Lumbalgia. Manual de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología.
  7. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
  8. Schnitzer TJ, Gray WL, Pastre RZ, Kamin M. Efficacy of tramadol in treatment of chronic low pain. *J Reumatol* 2000; 27: 772 - 778.
  9. Manuion AF, Muntener M, Taimela S, Dvorak J. A randomized clinical trial of three active therapies for chronic low back pain. *Spine* 1999; 24: 2435.
  10. Van Tulder NW, Koes B. Low back pain and sciata. *Clinical Evidence* 2000;4: 614 - 631.
  11. Van Tulder NW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997; 22: 2128 - 2156.

---

---

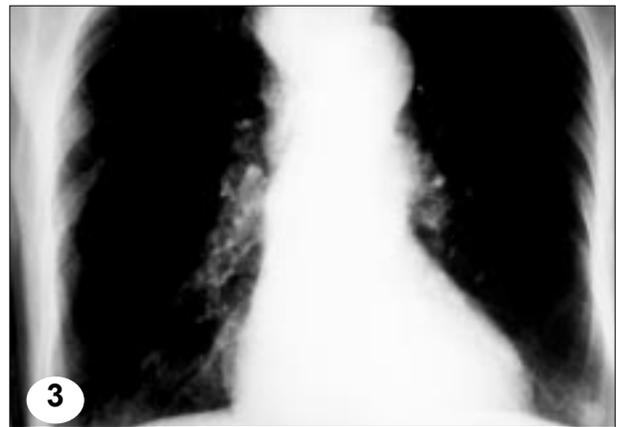
YO CREO QUE LA COSA MÁS IMPORTANTE  
EN ESTE MUNDO NO ES EN DONDE ESTAMOS  
SINO EN QUE DIRECCIÓN NOS MOVEMOS.

*GOETHE.*

## IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

# Pseudotumor Pulmonar

*Dr. César Arowne Carrasco\**



En las fotos No. 1 y 2 se observa imagen nodular a nivel de la cisura mayor del pulmón derecho así como derrames pleurales bilaterales y una silueta cardíaca que impresiona cardiomegalia con redistribución de flujo.

El paciente se manejó por su insuficiencia cardíaca con muy buena evolución desapareciendo totalmente los derrames y la imagen nodular (Foto 3).

\* Médico Especialista en Medicina Interna. Departamento de Cardiología del Instituto Nacional del Tórax, Tegucigalpa.

*Se invita a los colegas a enviar su colaboración a esta sección  
de la Revista Médica Hondureña*

# Fascitis Eosinofílica Asociada a Traumatismo Simple

Dr. Godoy Romero A. \*, Dr. González Fernández J. \*, Dr. Calap Calatayud J. \*

## INTRODUCCION

La Fascitis eosinofílica (FE) es una afección idiopática e infrecuente, semejante a la esclerodermia, que afecta predominantemente las extremidades y se caracteriza por un importante engrosamiento e inflamación de la fascia, asociado con eosinofilia en sangre periférica,<sup>1,2</sup> hipergammaglobulinemia y hallazgos histológicos característicos.<sup>3</sup>

En general, las manifestaciones clínicas incluyen tumefacción, rigidez, dolor, induración y contractura de las extremidades involucradas.<sup>1,4,5</sup>

Al examen de laboratorio, la FE está asociada en general, con incremento de el volumen de sedimentación globular (VSG), hipergammaglobulinemia (IgG policlonal) en la electroforesis de proteínas, eosinofilia,<sup>1,4,5</sup> y en casos particulares se han encontrado títulos ligeramente elevados de anticuerpos antinucleares<sup>6</sup> y aldolasa sérica ligeramente elevada.<sup>7</sup>

La biopsia de fascia profunda muestra marcado aumento de fibrosis, edema, infiltrado celular (incluyendo aumento de eosinófilos),<sup>8</sup> inflamación linfocítica de la fascia,<sup>9</sup> bandas de colágeno hialinizado denso y esclerótico (con

leucocitos y eosinófilos); y abundantes histiocitos y células en plasma.<sup>10-12</sup>

Utilizando hibridación *in situ*, se ha detectado expresión de factor de crecimiento de tejido conectivo (FCTC) en las células fibroblásticas de la dermis profunda, pero no en la fascia.<sup>7</sup>

Describimos el caso de una paciente que se presenta a nuestro Servicio por aparición súbita de endurecimiento y eritema en miembros inferiores una semana después de caída de un metro de altura, generalizándose estos signos, y diagnosticándose por anatomía patológica como fascitis eosinofílica.

## CASO CLINICO

Mujer de 75 años de edad, previamente sana quien una semana después de una caída accidental hace dos años, nota inflamación y parestesia de ambos miembros inferiores. En los siguientes cuatro meses tiene una evolución rápida del cuadro que se estabiliza hasta la actualidad. Este se caracteriza por induración, dolor, tumefacción, rigidez, prurito, sequedad y depresión focalizada de la piel de miembros inferiores; posteriormente de abdomen, espalda, tórax anterior, mamas, brazos y antebrazos (en ese orden), respetando cara, manos y pies. Además disminución del apetito, pérdida de 7 kilogramos de peso y caída del cabello.

\* Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Dirigir correspondencia a: Dr. Alejandro Godoy Romero  
e-mail: agodoy@hpm.sas.cica.es

La evaluación con artrosis generalizada, palpitations y disnea de esfuerzo. El electrocardiograma revela ritmo sinusal y contracciones auriculares prematuras frecuentes, que no requiere tratamiento. La electromiografía es normal.

La radiografía de pelvis demuestra en hemipelvis derecha aumento difuso de la densidad ósea con aumento de tamaño de la pelvis e incremento del número de la trabeculación ósea; imágenes compatibles con Enfermedad de Paget.

Cuando la paciente acude a nuestro Servicio se encuentran ligeramente elevadas las gammaglobulinas a expensas de la IgM (344 mg/dl); no presenta eosinofilia (en repetidas tomas), y además el fibrinógeno de 503 mg/dl (valor de referencia de 150-450 mg/dl) y consistente elevación de la Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) con una media de 53 mm/h. Destaca además el aumento de la aldolasa sérica de 9 mU/ml (0.5-7 mU/ml), y los inmunocomplejos circulantes con valor de 5.2 mcg/ml (0-1.5 mcg/ml) y discreta elevación de la fracción C3 y C5 del complemento (128 mg/dl y 28.7 mg/dl, respectivamente).

Se realizó biopsia de fragmento de piel del músculo derecho, con tejido celular subcutáneo y fascia, que mostró hiperqueratosis epidérmica; densa y amplia fibrosis desmoplásica en dermis, con escasa celularidad que profundiza en hipodermis. En fascia se apreció densa fibrosis.

Con los hallazgos en la anatomía patológica se diagnosticó fascitis eosinofílica y se inició tratamiento con glucocorticoides (prednisona v.o. 30 mg/día en tres dosis), antiinflamatorios no esteroideos y antihistamínicos (por prurito).

## DISCUSIÓN

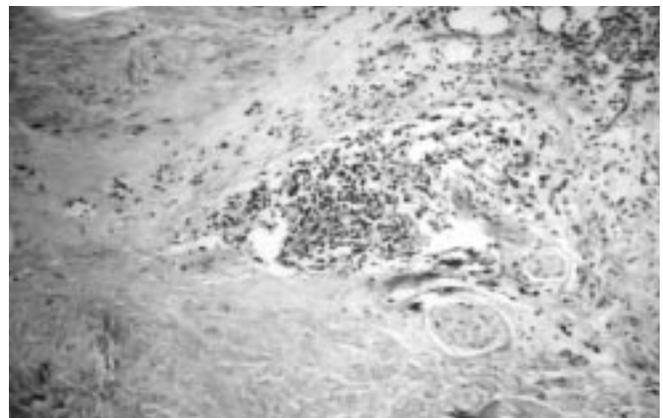
En 1974, fue descrita por primera vez la Fascitis Eosinofílica por Shulman, desde entonces las manifestaciones cutáneas, viscerales y hematológicas de FE han sido documentadas.<sup>1</sup> La FE es un desorden raro del tejido conectivo caracterizado por tumefacción, rigidez, dolor, edema, induración de la piel, y secundariamente contractura de las extremidades afectadas y tronco, asociado con eosinofilia.<sup>8,9</sup> También ha sido señalada la aparición de "piel de naranja", piel con depresiones y eritema con cam-



**Fotografía No. 1.** Paciente de 75 años de edad con Fascitis Eosinofílica en la que se puede observar tumefacción, rigidez y "piel de naranja" en mamas.



**Fotografía No. 2.** Se nota la tumefacción, sequedad y depresiones en la piel de ambos músculos de la misma paciente.



**Fotografía No. 3.** Histopatología: se aprecia la escasa celularidad de hipodermis y la densa fibrosis en la fascia.

bios morfológicos.<sup>5</sup> Muchos pacientes tienen síntomas constitucionales como malestar general, y pérdida de peso. Los brazos, piernas, pies y manos están más comúnmente afectados (88% de casos, involucrando brazos y antebrazos).<sup>8</sup> Hay marcada eosinofilia en suero, que puede estar presente desde el inicio del proceso. La VSG y los niveles de gammaglobulina están usualmente elevados (50-90%).<sup>13</sup> Aunque se ha asociado el ejercicio extremo como una posible causa de la FE,<sup>14</sup> se ha vinculado escasamente el trauma como desencadenante de este proceso. Hay un caso de un hombre de 37 años, que tres meses después a una contusión accidental en muñeca y dorso de mano izquierda, desarrolló FE en la mano izquierda, corroborada por biopsia y aumento de eosinófilos en suero. Sin embargo, existe el antecedente de morfea en el tórax anterior del paciente (12 x 5 cm) previo al trauma, pudiendo ser un factor predisponente.<sup>15</sup>

Nuestro caso presenta las manifestaciones clínicas características de FE, síntomas constitucionales, con artritis y enfermedad de Paget. Es importante destacar la ausencia de eosinofilia en el momento que la paciente acude a nuestro servicio; pero si, y de manera consiente, presenta VSG aumentada (53 mm h), discreto aumento de gammaglobulinas y por supuesto, hallazgos anatomopatológicos clásicos de FE.

Aunque se piensa que éste proceso es una reacción autoinmune, la etiología exacta es desconocida.<sup>8</sup> Sin embargo, la *Borrelia burgdorferi*,<sup>16</sup> toxinas del vinilo, sílica,<sup>17</sup> ejercicio extremo, desórdenes hematológicos, tumores sólidos,<sup>14</sup> drogas y toxinas han sido implicadas como agentes etiológicos.<sup>18-21</sup> Algunas drogas y toxinas implicadas son la fenitoína,<sup>19</sup> tuberculostáticos,<sup>21</sup> terapia con heparina cálcica subcutánea,<sup>22</sup> L-tryptofano<sup>14,23</sup> y parafina para cirugía cosmética.<sup>24</sup>

El diagnóstico definitivo puede ser realizado sólo por biopsia e histopatología.<sup>8</sup> Puede ser útil realizar un scan óseo, 3 horas después de la administración de 740 MBq de Tc-99m MDP en una cámara gamma de doble entrada.<sup>6</sup>

La esclerodermia (esclerosis sistémica), esclerodermia circunscrita (morfea) y polimiositis/dermatomiositis, deben ser considerados en el diagnóstico diferencial. Sin embargo, la clara distinción de estas entidades es difícil y controvertida.<sup>25</sup>

La miositis y la artritis son síntomas comunes. Hay asociación de la FE con otras patologías como desórdenes en la motilidad esofágica, enfermedades pulmonares restrictivas, efusiones pericárdicas, discrasias sanguíneas,<sup>8</sup> desórdenes hematológicos y ocasionalmente con neoplasias hematológicas malignas,<sup>26</sup> anemia aplásica severa,<sup>9</sup> glomerulonefritis,<sup>8</sup> atrapamiento de nervios asociado al síndrome de túnel carpal,<sup>27</sup> síndrome compartamental,<sup>28</sup> polineuropatía periférica,<sup>29</sup> y linfomas (ejemplo linfoma de células T de bajo grado).<sup>7</sup> La FE está asociada algunas veces con otras enfermedades autoinmunes: rectocolitis ulcerativa,<sup>30</sup> tiroiditis de Hashimoto,<sup>9,31</sup> sarcoidosis,<sup>32</sup> entre otras.

Las secuelas tardías de fibrosis, contracturas y atrapamiento de nervios, son más severas si aparece FE en niños menores de 7 años y si la presentación inicial es muy extensa.<sup>33</sup>

El tratamiento común de la FE incluye corticosteroides sistémicos y soporte de las manifestaciones viscerales, hematológicas y extracutáneas<sup>1,4,5,13</sup> (ejemplo Ciclosporina A asociada con globulina antitimocítica, transplantes de médula ósea,<sup>9</sup> d-penicilamina, colchicina y metotrexate).<sup>8</sup>

Consideramos que este caso es el primero reportado, asociado con un traumatismo simple y la aparición súbita de FE sin factores predisponentes obvios, aportando una nueva etiología posible al desarrollo de este desorden autoinmune.

## REFERENCIAS

1. Doyle JA, Ginsbarj, WW. Eosinophilic Fasciitis. *Med Clin North Am* 1959;73:1157-1166.
2. Shulman LE. Difuse fasciitis with eosinophilia: a new syndrome? *Trans Assoc Am Physicians* 1975; 88:70.
3. Michet CJ, Doyle JA, Ginsburg WW. Eosinophilic fasciitis - report of 15 cases. *Mayo Clin Proc* 1981; 56:27-34.
4. Lakhanpal S, Ginsburg WW, Michet CJ, *et al.* Eosinophilic fasciitis: Clinical spectrum and therapeutic response in 52 cases. *Semin Arthritis Rheum* 1988; 17:221-231.
5. Maddison PJ. Mixed connective tissue disease, overlap syndromes and eosinophilic fasciitis. *Ann Rheum Dis* 1991; 50:887-893.
6. Flamen P, Dierickx L, Everaert H, *et al.* Fascial Tc-99m MDP uptake in eosinophilic Fasciitis as demonstrated by SPECT.

- Clin Nucl Med 1997; 22:844-846.
7. Masuoka H, Kikuchi K, TaLahashi S, *et al.* Eosinophilic fasciitis associated with low-grade T-cell lymphoma. *Br J Dermatol* 1998; 139:928-929.
  8. Neumeister MW, Robertson GA. Therapeutic fasciectomy for eosinophilic fasciitis. *D Ann Plast Surg* 1998; 41:208-210.
  9. Bounotte B, Chauffert B, Caillot D, *et al.* Successful treatment with antithymocyte globulin and cyclosporine A of a severe aplastic anaemia associated with an eosinophilic fasciitis. *Br J Rheumatol* 1998; 37:1358-59.
  10. Umbert I, Winkelmann RK, Wegener L. Comparison of the pathology of fascia meosinophilic myalgia syndrome patients and idiopathic eosinophilic fasciitis. *Dermatology* 1993; 186:18-22.
  11. Barnes L, Rodman GP, Medsger Jr TA, Short D. Eosinophilic fasciitis. A pathologic study of 20 cases. *Am J Pathol* 1979; 96:493-507.
  12. Martin RW, Duffy J, Lie JT. Eosinophilic fasciitis associated with use of L tryptophan: a case control study and comparison of clinical and histopathologic features. *Mayo Clin Proc* 1991; 66:892-98.
  13. Shulman LE. Diffuse fasciitis with hypergammaglobulinemia and eosinophilia. A new syndrome? *J Rheumatol* 1974; (Suppl 1):46 [Abstract]
  14. Kaufman LD, Krupp LB. Eosinophilia-myalgia syndrome and diffuse fasciitis with eosinophilia. *Curr Opin Rheumatol* 1995;7:560-67.
  15. Chazerain P, Vigneron AM, Grossin M, *et al.* Posttraumatic diffuse eosinophilic fasciitis accepted for workers compensation. *Rev Rhum Engl Ed* 1997; 64:433-34.
  16. Stanek G, Konrad K, Jung M, *et al.* Shulman syndrome, a scleroderma subtype caused by *Borrelia burgdorferi*? *Lancet* 1987; i:1490.
  17. Moore TL, Zukner J. Eosinophilic fasciitis *Semio Arthritis Rheum* 1980; Y:228-235.
  18. Waller PA, Claw D, Cupps T, *et al.* Fasciitis (not scleroderma) following prolonged exposure to an organic solvent (trichloroethylene) *J Rheumatol* 1994; 21 :567-70.
  19. Buchanan RRC, Gordon DA, Muckle TJ, *et al.* The eosinophilic fasciitis syndrome after phenytoin (Dilantin) therapy. *J Rheumatol* 1980; 7:733-6.
  20. Lee P. Eosinophilic fasciitis: New associations and current perspective [Editorial] *JRheumatol* 1981; 8:6-8.
  21. Seaman JM, Goble M, Madsen L, *et al.* Fasciitis and polyarthritis during antituberculous therapy. *Arthritis Rheum* 1985; 28: 1179-84.
  22. Cantini F, Salvaran C, Olivieri I, *et al.* Possible association between eosinophilic fasciitis and subcutaneous heparin use. *Rheumatology* 1998; 25:383-85.
  23. Varga J, Kahari VM Eosinophilia-myalgia syndrome, eosinophilic fasciitis, and related fibrosing disorders. *Curr Opin Rheumatol* 1997; 9:562-70.
  24. Kumagai Y, Shiokawa Y, Medsger TA, *et al.* Clinical spectrum of connective tissue disease after cosmetic surgery. *Arthritis Rheum* 1984, 27:1-12.
  25. Crofford LJ. Eosinophilic fasciitis and the eosinophilia-myalgia syndrome In: Klippel JH, Dieppe PA, Eds *Rheumatology*. Mosley, St. Louis, 1994, p 1-10.
  26. Naschitz JE, Yeshurun D, Zuckerman E, *et al.* Cancer-associated fasciitis panniculitis. *Cancer* 1994; 73:231-35.
  27. Satsangi J, Donaghy M. Multifocal neuropathy in eosinophilic fasciitis. *J Neurol* 1992; 239:91-92.
  28. Niskanen L, Tulla H, Fraki J, *et al.* Compartment syndrome as a late complication of eosinophilic fasciitis. *J Rheumatol* 1989; 16:1364-65.
  29. Moriguchi M, Terai CH, KuroLi S, *et al.* Eosinophilic fasciitis complicated with peripheral polyneuropathy. *Internal Medicine* 1998; 37:417-20.
  30. Debusscher L, Bitar N, De Maubeuge J, *et al.* Eosinophilic fasciitis and severe aplastic anaemia: favorable response to either antithymocyte globulin or ciclosporine A in blood and skin disorders. *Transplant Proc* 1988; 3:310-313.
  31. Blaser KU, Steiger U, Wursch A, *et al.* Eosinophilic fasciitis with aplastic anaemia and Hashimoto's Thyroiditis. Review of the literature and report of a typical example. *Schweiz Med Wochenschr* 1989; 119:1899-1906.
  32. Boscagli A, Labbe P, Houvenagel E, *et al.* Eosinophilic fasciitis associated with sarcoidosis: *Rev Med Intern* 1996; 17:500-01.
  33. Farrington ML, Haas JE, Nazar-Stewart V, *et al.* Eosinophilic fasciitis in children frequently progress to scleroderma-like cutaneous fibrosis. *J Rheumatol* 1993; 20:128-32.

# Lesiones en la Zona de Entrada de la Raíz Dorsal (Dreztomia) para el Tratamiento del Dolor

## Informe de los dos primeros casos, Hospital Escuela, Tegucigalpa

Dr. Wilfredo Cruz Campos M.E.\*; Dr. Lenin Abdel Velázquez M.R.N.C.†

**RESUMEN.** El dolor de deaferenciación, ya sea que esté causado por trauma, infecciones, u otras lesiones, incluyendo enfermedades neoplásicas, terminales ha sido por mucho tiempo rompecabezas para el ejercicio de las ciencias médicas. A continuación describimos dos casos de pacientes femeninas ingresadas al Departamento de Neurocirugía del Hospital Escuela, portadoras de enfermedades neoplásicas terminales de origen ginecológico, con dolor refractario a tratamiento médico en las que utilizamos la técnica quirúrgica de la Dreztomía y según informaron ellas mismas, mejoró substancialmente su calidad de vida.

### INTRODUCCIÓN

El dolor es incapacitante y cuando es refractario a múltiples tratamientos (narcóticos, anticonvulsivantes, antidepresivos, rizotomía, simpactectomía) se convierte en un problema médico delicado. Es por esto que la incursión dentro de técnicas quirúrgicas nuevas, en nuestro medio, para el tratamiento del dolor es pertinente y necesario, tan es así que hemos decidido informar esta primera experiencia en el servicio de Neurocirugía de adultos del Hospital Escuela.

### CASOS CLÍNICOS

Caso No. 1: paciente femenina de 44 años, procedente de San Antonio del Norte, La Paz, soltera, con antecedente de que hace 9 años recibió cobaltoterapia, 25 ciclos por ser portadora de tumor cervicouterino (desconocemos la estirpe histopatológica). Se ingresó con un cuadro caracterizado por cuatro meses de dolor intenso, punzante, progresivo en cadera y muslo izquierdo hasta dedos del pie. En este caso se realizaron estudios diagnósticos: Radiografía lumbosacra: cambios osteolíticos en huesos de cadera izquierda, Ilión e Isquión, erosión del cuerpo de L5 a izquierda. Así como de sus pedículos y Mielografía: mostró defecto de llenado en la raíz sacra.

Caso No. 2: Paciente femenina de 46 años de este distrito, soltera, e historia similar al caso anterior, con diagnóstico de cáncer cervicouterino ya tratado e invasión a columna toracolumbar. Con dolor intratable sobre todo en miembro inferior derecho. En este caso se realizó estudio de resonancia magnética nuclear que mostró infiltración metastásica de cuerpos vertebrales de T10 a distal y compresión radicular distal a derecha.

En ambos casos se diagnosticó síndrome compresivo radicular distal por metástasis de tumor cervicouterino. Nuestras pacientes eran refractarias a todo tipo de tratamiento medicamentoso para dolor. Se les colocó catéter epidural para infusión de lidocaina al 2%, lo que

\* Neurocirujano Jefe del Servicio de adultos del Hospital Escuela.

† Residente de IV año de neurocirugía.

mejoró su cuadro por corto tiempo, por lo que se decidió realizar la dreztomía toraco lumbar.

### ABORDAJE

En ambos casos se realizó incisión de T10 a L2 de 20cm. Laminotomía de T11 a L1 posterior durotomía e identificación de la entrada de la raíz dorsal del cordón medular en L4, L5, S1, S2. Se realiza dreztomía mediante termocoagulación con aguja número 25 y pinza de bipolar (en nuestro medio no existe el lápiz Radionics NCTD) cada 2 mm con un total de 10 lesiones al lado del dolor en cada una de las pacientes.

En el postoperatorio inmediato no hubo ninguna complicación y el dolor desapareció por completo hasta el momento de su alta 8 días después de la cirugía. La parésia persistió en ambos casos y aumentó levemente después de la cirugía.

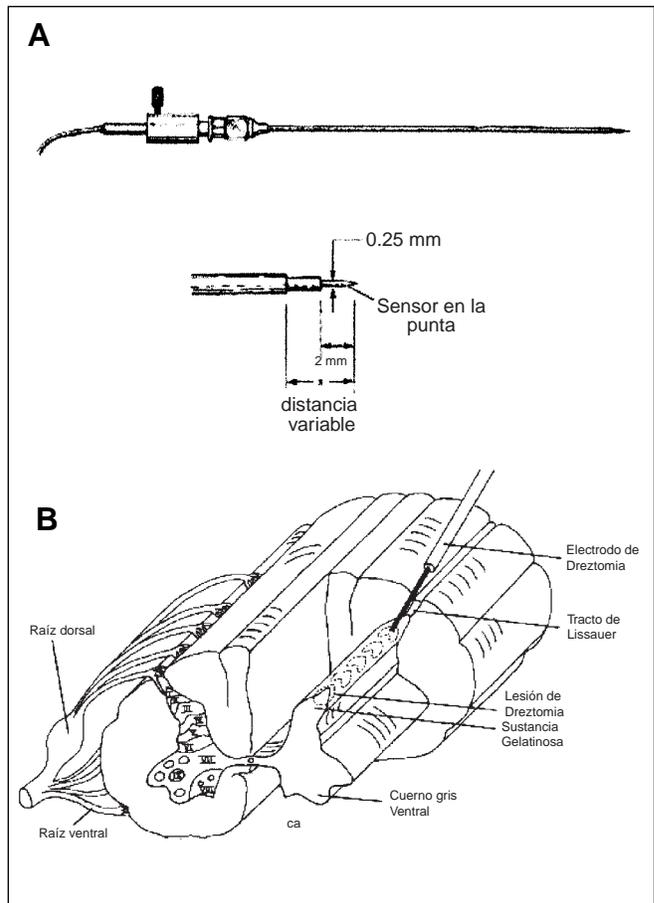
### DISCUSIÓN

**ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA.** Desde 1913 ya Ramson hablaba de la importancia de la sustancia gelatinosa de la médula espinal en la conducción del dolor, y fue hasta 1952 en que Rexed mediante estudios histológicos y microscópicos que descubre y clasifica lo que hoy conocemos como la lámina de Rexed de la médula espinal. Esta se divide aproximadamente en 10 capas, de las cuales son de sumo interés para nuestros fines conocer las que llevan la vía del dolor. Las sensaciones que nos mantienen en contacto con nuestro medio externo y nuestro medio interno se inician por el estímulo de receptores, estructuras especializadas para transformar diferentes tipos de energía en estímulos electroquímicos que viajan por nuestro sistema nervioso periférico. Hay receptores somáticos (tejido conectivo), viscerales (músculo liso de vísceras) y especiales (olfación, audición, visión). Estos se subdividen según sus funciones: hay receptores de presión (Vater), de frío (Krause), de calor (Ruffini) y de dolor (terminaciones libres).

Los impulsos nerviosos viajan a través de los nervios periféricos y todas las vías sensitivas llegan a los ganglios sensitivos de las raíces dorsales de la médula y de aquí a las

astas posteriores donde se encuentran las láminas de Rexed. Específicamente el dolor y la temperatura llegan a la lámina de Rexed, a la capa 1 (marginal) 2 (sustancia gelatinosa) de aquí a través del tracto de Lissauer viaja dos segmentos hacia arriba o abajo para hacer sinapsis con la neurona de segundo orden y decusarse en la comisura anterior y llegar al tracto espinotalámico contralateral, ascender hasta el lemnisco lateral y de aquí a los núcleos talámicos ventroposterolaterales. Aquí es de donde surge la neurona de tercer orden hacia el homúnculo del lóbulo parietal.

Existe además una interacción de sustancias químicas y neurotransmisores que participan en la conducción del dolor. Así tenemos que la sustancia P es excitadora para transmisión del dolor sobre todo en las capas 1 y 3 de la lámina de Rexed, y la encefalina, metionina, somatostatina, son inhibitoras de los impulsos dolorosos en las capas 1,2,4,7. Un desequilibrio entre estas sustancias se ha postulado como la génesis del dolor de deaferenciación.



## TÉCNICA DE DREZTOMIA

Consiste en la delimitación precisa del segmento anatómico afectado. En las áreas cervicales es más fácil ya que las raíces dorsales emergen casi al mismo nivel o por el mismo agujero de conjunción que corresponde a cada segmento medular. En cambio, en las áreas torácicas y/o lumbares estas, emergen 2 ó 3 segmentos inferiores a este. Se realiza un abordaje mediante una laminectomía o laminotomía. En la región lumbosacra o cola de caballo por ejemplo se realiza laminotomía de la vértebra T11 a L2, posteriormente se abre la duramadre, se expone el cordón medular y las entradas de las raíces posteriores. Se pueden utilizar monitores sensoriales subdurales para identificar exactamente las raíces involucradas, utilizando un lápiz diseñado para este fin (ver figura). Se introduce éste en ángulo de 30 a 45 grados en el plano sagital, con un diámetro de 0.25mm y una longitud de 2mm en la entrada de las raíces posteriores (bajo visión microscópica) y se realizan lesiones por termocoagulación a razón de 75 C por 15 segundos, 10 a 11 lesiones en 2 ó 3 segmentos, luego se cierra duramadre con técnica habitual.

La figura describe A) el lápiz para producir las lesiones y B) el diagrama medular de la entrada de la raíz dorsal.

## COMPLICACIONES

Dentro de éstas las más frecuentes son: 1) lesiones que involucren las áreas motoras del cordón medular con la consecuente producción de paresias (usualmente transitorias) o inclusive plejías, 2) formación de hematómas, sobretodo subdurales, 3) Infección de heridas e inclusive producción de meningitis, 4) Reproducción del dolor.

## INDICACIONES

La Dreztomía es una cirugía diseñada principalmente para:

1) Dolor posavulsión de raíces nerviosas tales como avulsión traumática de plexos. Episodios más frecuentes en las

épocas de guerra, aunque con el desarrollo de los vehículos de alta velocidad actualmente se ven con más frecuencia. Se considera que este dolor se desarrolla desde un 20% a un 80% de los casos en las primeras 24 a 48 horas después del trauma. Dolor intenso quemante, fulgurante, opresivo e incapacitante que no responde a ningún tipo de tratamiento medicamentoso e inclusive a la simpatectomía, lo que hace diferenciarse de la caulagía que sí responde muy bien a esta.

2) Neuralgia postherpética, hasta el 10% de todas las lesiones de este tipo van a desarrollar dolor crónico severo, sobretodo en pacientes mayores de 80 años en los que el rango alcanza hasta el 50% las características del dolor, son iguales a las anteriores.

3) Dolor postparaplejia traumática, aún de causa desconocida, pero hasta el 10% de los pacientes parapléjicos postraumático desarrollan dolor severo, aún con anestesia de los miembros.

4) Dolor por cáncer: en nuestro servicio hemos efectuado en dos pacientes con dolor pélvico crural intratable por cáncer uterino invasor.

## CONCLUSIÓN

Es innegable que el dolor es el síntoma más común en las enfermedades del ser humano y aliviar éste, cualquiera que sea su intensidad, es misión de todo médico. Así hemos logrado abrir un nuevo camino en la solución del dolor intratable "de origen tumoral", realizando el procedimiento llamado DREZTOMÍA, con éxito que aunque sabemos no mejora la expectativa de vida del paciente si mejora su calidad y los hace dignos de enfrentar el resto de sus días.

## REFERENCIAS

- 1) Fiallos E, Nieto T. *Neuroanatomía. Colección Científico Técnica, Honduras, 1988.*
- 2) Yumans J. *Neurological surgery. Tercera edición. Saunders company, California, USA, 1990.*
- 3) Blumenkopf B. *Neuropharmacology of the dorsalroot entry zone. Neurosurgery, 1984;15:900-903.*

# Hernia Diafragmática y Embarazo

Dr. Juan Ramón Lorenzana\*

## INTRODUCCION

La Hernia diafragmática congénita que complica el embarazo es una entidad muy rara. En la literatura inglesa solamente se han informado 6 casos.

El defecto que puede ser asintomático durante toda la vida, puede debutar en el embarazo ya que este favorece la herniación.

## CASO CLINICO

Paciente femenina de 23 años, primigesta con embarazo de 18.3 semanas de gestación, se presenta a la emergencia con cuadro de 16 días de evolución con tos productiva con expectoración amarillenta, se acompaña de fiebre no cuantificada con diaforesis, sin escalofríos, además de disnea que ha evolucionado a una manera incapacitante. También refiere dolor intercostal izquierdo de tipo punzante continuo. Al examen físico la paciente luce agudamente enferma con mal estado general, fiebre de 38.8°C, con frecuencia respiratoria de 28 por minuto y pulso 104 latidos por minuto. La paciente presenta disminución de la expansibilidad del hemitórax izquierdo y aumentado en el lado derecho con timpanismo a la percusión del lado izquierdo, a la auscultación hay abolición del murmullo vesicular del pulmón izquierdo y crépitos basales, en el

derecho no se auscultan ruidos patológicos. En abdomen, el útero está grávido, aumentado para 18-20 semanas con frecuencia fetal no auscultable. Se toma radiografía de tórax que muestra un pneumotórax izquierdo del 50%.

Se ingresa a Observación de Obstetricia con el diagnóstico de embarazo de 18.3 semanas, pneumotórax del 50% de etiología probable tuberculosis y síndrome de distress respiratorio leve-moderado.

La paciente es valorada por el servicio de Medicina Interna quienes refieren a la paciente al Servicio de Cirugía General para colocar sonda endopleural (SEP). Se coloca la SEP y por el momento hay ligera mejoría.

Al tercer día de su ingreso, la paciente no mejora, se realiza radiografía de control y se decide recolocar SEP de la cual se extrae líquido cetrino. Empeora el estado de la paciente, se toma nuevo control radiográfico y se observa derrame pleural del 85% con pneumotórax del 100%. La paciente en estado crítico entra en choque séptico. Debido a la gravedad de su estado se decide intervenir quirúrgicamente por Cirugía general debido a "Falla en reexpansión con doble sistema".

El diagnóstico postoperatorio revela una hernia diafragmática congénita (no traumática), pneumotórax a tensión y una fístula gastropleural. Se realiza gastrorrafia, reducción de la hernia y frenorrafia se deja SEP el cual es retirada posteriormente. La paciente evolucionó favorablemente. Una semana después se realiza ultrasonido obstétrico que reporta óbito fetal de 25 semanas. Se traslada al Servicio de Ginecoobstetricia. Se induce parto con

\* Gineco-obstetra.  
Dirigir correspondencia a: jrloren@vivategus.com

misoprostol y se realiza legrado instrumental después de expulsar el producto.

Después de un mes se realiza segunda etapa de la frenografía. La paciente es dada de alta en buenas condiciones.



**Figura 1.** Radiografía de tórax de la paciente con SEP.

## DISCUSION

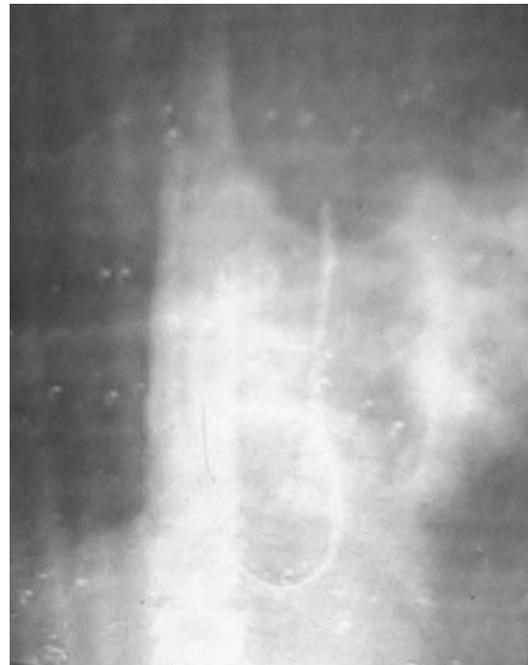
Se define la hernia diafrágica como la herniación del contenido abdominal dentro de la cavidad torácica, como consecuencia de un defecto congénito o traumático del diafragma.<sup>1</sup> Sus localizaciones más frecuentes son: hiato esofágica, paraesofágica, espacio retroesternal (Morgagni) y posterolateral (Bochdalek o congénita).

Su incidencia general varía de 1/2000 NV a 1/5000 NV. Es más frecuente del lado izquierdo (70-85%), el 5% son bilaterales, tiene una patrón autosómico recesivo. La hernia diafrágica congénita se debe a la ausencia del cierre de los canales pleuroperitoneales posterolaterales.<sup>1</sup>

Se desconoce el número de pacientes que llegan a la etapa adulta con una hernia diafrágica asintomática.<sup>2</sup> Complicando y debutando en el embarazo sólo se han reportado 6 casos en la literatura inglesa. Se han reportado varios casos de hernia diafrágica traumáticas durante el embarazo.<sup>3,4</sup> Su debut durante el embarazo puede deberse a aumento de la presión intrabdominal intermitente pero prolongada, aplanamiento del diafrag-

ma, desplazamiento de las vísceras a medida que crece el útero.

El diagnóstico clínico se sospecha por una historia de náuseas, vómitos, tos, fiebre, disnea y dolor intercostal, disminución del murmullo vesicular, hiperresonancia torácica y disminución de la expansibilidad pulmonar, desplazamiento de los ruidos cardíacos y pueden auscultarse ruidos intestinales en el tórax.<sup>5</sup> La radiografía de tórax puede mostrar pneumotórax, opacidad del hemitórax y niveles aéreos.<sup>1</sup> Con una sonda nasogástrica radiopaca puede verse el trayecto del abdomen hacia el tórax y se hace el diagnóstico (Fig. 2).



**Figura 2.** Sonda Nasogástrica que sube al tórax.

Su tratamiento es quirúrgico. Durante el embarazo debe repararse el defecto antes de iniciar el trabajo de parto sea o no asintomática. Cuando la hernia es asintomática durante el primer y segundo trimestre se hace la corrección quirúrgica al hacer el diagnóstico de esta, ya que a mayor edad gestacional mayor es la dificultad de su reparación. En el tercer trimestre con producto maduro debe hacerse cesárea y la reparación del defecto simultáneamente, el parto vaginal está contraindicado. Si la hernia se presenta en forma aguda, debe haber estabilización preoperatoria de la paciente, se coloca sonda nasogástrica, se repara el defecto y se coloca SEP posteriormente.<sup>5</sup>

Las complicaciones maternas en una fase aguda pueden ser pneumotórax a tensión, estrangulación u obstrucción de víscera hueca, pleuritis química (perforación de estómago espontánea o por SEP), sepsis y muerte. El feto puede complicarse con prematurez y muerte fetal.<sup>6</sup>

El pronóstico es bueno cuando el defecto se detecta en una fase asintomática y se repara eventualmente. En cambio cuando se presenta en forma aguda la mortalidad materna y fetal es del 45%.<sup>5</sup>

#### REFERENCIAS

1. Behrman RE, Vaughan VC. Hernia Diafragmática. *Pediatría de Nelson*, 13ra Ed. México, Editorial Interamericana, 1989: p921-922.
2. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Hernia diafragmática. *Obstetricia de Williams*, 4ta Ed., Barcelona, Editorial Masson, 1996: p 1129.
3. Flick RP, Bofill JA, King JC. Pregnancy complicated by traumatic diaphragmatic rupture. A case report. *J Reprod Med* 1999 Feb;44:127-30.
4. Zimmermann T. An unusual trauma in labor: diaphragmatic rupture. *Zentralbl Gynakol* 1999;121:92-4.
5. Kurzel RB, Naunheim KS, Schwartz RA. Repair of symptomatic diaphragmatic hernia during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1988 Jun;71(6 Pt 1):869-71.
6. Dumont M. Diaphragmatic hernia and pregnancy. *J Gynecol obstet Biol Reprod* 1990; 19:395-9.

---

---

LA ÚNICA COSA QUE SÉ, ES SABER QUE NADA SÉ;  
Y ESTO CABALMENTE ME DISTINGUE DE LOS DEMÁS FILÓSOFOS,  
QUE CREEN SABERLO TODO.

*SOCRATES.*

# Tumor Trofoblástico del Sitio Placentario

## Informe de un caso

Dr. Martín Donaldo Portillo,\* Dr. Carlos Bendaña \*\*

**RESUMEN:** El tumor trofoblástico del sitio placentario es una variante rara pero importante de la enfermedad trofoblástica gestacional y que consiste sobre todo en trofoblasto intermedio. Se presenta principalmente en mujeres en edad reproductiva, muchas veces asintomático y con buen pronóstico. Este es el segundo caso informado en nuestro medio y consideramos útil su publicación por ser considerado como una entidad de carácter benigno que no necesita de tratamiento adicional.

### CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 26 años de edad, unión libre, oficios domésticos y procedente del departamento de la Paz. Con historia ginecoobstétrica de gesta 5, para 4 y abortos 1. El aborto ocurrió 4 meses antes y se le practicó legrado uterino instrumental, no se realizó biopsia en ese momento. Desde aproximadamente un mes antes del ingreso, la paciente había cursado con sangrado vaginal en forma diaria, adinamia, fiebre, por lo que se decidió manejarla intrahospitalariamente en el Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa.

Al ingreso se encontró en regular estado general, anémica e infección urinaria agregada. Al examen ginecológico se encontró un útero ligeramente aumentado de tamaño, el ultrasonido informó presencia de restos en cavidad uteri-

na y se procedió a realizar curetaje de la misma y se envió el material a biopsia.

Se le realizaron niveles de la hormona gonadotropina coriónica en orina de 24 horas las que siempre fueron negativas. La biopsia informó "proliferación no neoplásica del trofoblasto intermedio".

A la paciente se le manejó su cuadro anémico e infeccioso y fue dada de alta en buenas condiciones, informándose a la región de salud correspondiente para su seguimiento.

### DISCUSIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional se encuentra entre los tumores raros que se pueden curar, incluso en presencia de diseminación amplia. Tradicionalmente indentificamos entre ellos la mola hidatiforme y el coriocarcinoma, y con menos frecuencia, el tumor trofoblástico del sitio placentario que es una lesión infrecuente de tejido trofoblástico proliferativo que invade profundamente el miometrio. Ha sido descrito también como coriocarcinoma atípico y pseudotumor trofoblástico. Está constituido por trofoblasto intermedio; estas células son mononucleares más que sincitiales y son más grandes y con mayor citoplasma que las del citotrofoblasto, difiere del coriocarcinoma por la ausencia de elementos citotrofoblásticos y el bajo nivel de producción de GCH.<sup>1</sup>

Se han descrito variantes malignas que presentan un elevado índice mitótico, celularidad extrema, necrosis extensa y diseminación local. Aproximadamente el 10% de

\* Gineco Obstetra, Hospital Militar, Tegucigalpa.

\*\* Departamento de Patología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

estas variantes causa metástasis y muerte. El nódulo o placa del sitio placentario consiste en una lesión única o múltiple, bien circunscrita, aplanada o redondeada, extensamente hialinizada. Las células poseen un abundante citoplasma anfófilico o acidófilo, con núcleo irregular y muy escasa actividad mitótica. Estos nódulos o placas se distinguen del tumor del sitio placentario por su tamaño más pequeño, bien circunscritas, la hialinización extensa, apariencia degenerativa y escasa actividad mitótica.<sup>2</sup>

El tumor trofoblástico del sitio placentario se presenta en mujeres en edad reproductiva, muchas veces cursa de forma asintomática, otras con sangrado vaginal de comportamiento variable. El hallazgo generalmente es incidental y asociado a un evento obstétrico reciente, la citología vaginal puede reportar equivocadamente displasia escamosa.<sup>3,4</sup>

Entre los hallazgos de laboratorio encontramos: discreta elevación de GCH (42%), discreta elevación del lactógeno placentario (78%), fosfatasa alcalina placentaria (100%), citoqueratina (96%), antígeno de membrana epitelial (84%).<sup>5</sup>

La revisión más amplia que encontramos informa 38 casos de los cuales 30 casos se localizaban en el endometrio, 7 casos en el endocervix y un caso en ambos.<sup>6</sup> Recientemente se reportaron dos casos de tumor trofoblástico en el sitio placentario de localización tubá-

ca, encontrados en forma incidental durante operación cesárea a quien se le practicó esterilización quirúrgica y se envió el segmento de la tropa de Falopio engrosada al laboratorio.<sup>7</sup>

En cuanto al pronóstico, se trata de una enfermedad de carácter benigno que no necesita tratamiento adicional. De la serie de 38 casos anteriormente y un caso a nivel nacional, ninguna paciente desarrolló complicaciones o neoplasia ginecológicas significativas.<sup>6</sup>

#### REFERENCIAS

- 1.- Rosai JA. *Surgical Pathology. Eighth edition, Mosby, 1996.*
- 2.- Cotran, Kuman, Collins. *Robbins, Patología estructural y funcional, Sexta edición, Madrid, McGraw-Hill, Interamericana 1999.*
- 3.- Shih IM, Hurman RJ. *Epithelioid trophoblastic tumor from a neoplasm distinct from choriocarcinoma and placental site trophoblastic tumor simulating carcinoma. Am J Surg Pathol 1998 Nov; 22:1393-403.*
- 4.- *Ginecología de Novak, 12 edición, capítulo 35, p.1261.*
- 5.- Buettner R, Schlicher B, Ruschoff J, Hofstadter F. *Benign placental trophoblast nodule. Case report with overview of proliferative diseases of the intermediate stage trophoblast. Geburtshilfe Frauenheilkd 1996 May; 56:257-61.*
- 6.- Huettner PC, Gersell DJ. *Placental site nodule: a clinicopathologic study of 38 cases. Int J Gynecol Pathol 1994; 13:191-8.*
- 7.- Campello TR, Fittipaldi H, O Valle, F, Carvia RE, Nogales FF. *Extrauterine (tubal) placental site nodule. Histopathology 1998; 32: 562-5.*

# Actualización en el Manejo de las Heridas Penetrantes de Columna en el Trauma Raqui-Medular

Dr. Jorge Eduardo Ortega\*, Dra. Ena Isabel Miller\*, Dr. Roberto Contreras,\*  
Dr. Pedro Antonio Reyes\*, Dr. Abel Vázquez\*\*

**RESUMEN.** Las heridas penetrantes de columna, en el trauma raquimedular, representan la segunda causa de lesión medular traumática. En nuestro medio son frecuentes las lesiones medulares producidas por heridas por proyectil de arma de fuego y, con gran frecuencia, con lesiones medulares completas. La experiencia ha demostrado que muchas de estas lesiones son permanentes a pesar de los esfuerzos médicos y quirúrgicos, lo que ha llevado a seleccionar los pacientes que pueden obtener beneficio con algún procedimiento quirúrgico. El objetivo de la presente revisión es puntualizar algunas consideraciones de criterio quirúrgico.

**PALABRAS CLAVE:** Trauma Raquimedular; Herida Penetrante de Columna.

Las heridas penetrantes de columna se han convertido en la segunda causa de trauma raquimedular.<sup>1</sup> Las dos formas más frecuentes de lesión medular por herida son generadas en primer lugar, por proyectil de arma de fuego y, en menor frecuencia, por armas cortopunzantes. En las

heridas por arma cortopunzante el objeto debe penetrar el canal espinal para provocar una lesión medular. En las lesiones por proyectil de arma de fuego, la lesión medular puede surgir sin que el proyectil penetre la columna. Un interesante estudio ha informado que, en las lesiones medulares por proyectil de arma de fuego, el proyectil nunca entró en el canal medular en el 27.4% de los casos, se encontró en el canal en el 34.7% y en el 42.2% de los casos, el proyectil atravesó el canal.<sup>1</sup>

El daño medular puede ser primario, aquel que se genera como consecuencia directa del trauma, o secundario, que es el que se produce posterior al trauma como resultado de la pérdida de la microcirculación medular, pérdida de la autorregulación y la isquemia medular.<sup>2</sup>

En una lesión medular es importante determinar la preservación de funciones de tractos nerviosos para propósitos terapéuticos y pronósticos. Una lesión puede considerarse incompleta cuando hay función sensitiva o motora residual por debajo de la lesión anatómica, sensibilidad perianal, o control de esfínteres. Una lesión es considerada completa cuando hay ausencia de funciones motoras o sensitivas por debajo de la lesión anatómica.

El aumento en la violencia dentro de la población civil nos obliga a actualizar nuestros conceptos en cuanto al manejo médico e indicación quirúrgica de estas lesiones.

\* Neurocirujano y \*\*Médico General, Servicio de Neurocirugía, Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula.  
Dirigir correspondencia a: Email jeortega@sigmanet.hn

## MANEJO INMEDIATO

Al igual que todo paciente con trauma, la prioridad en el manejo será establecida de acuerdo a los cánones descritos de: preservar o proveer y asegurar una vía aérea permeable, una buena ventilación y oxigenación, control de la hemorragia y restitución de volumen circulante y, una vez logrado esto, (y por lo tanto obtenido la estabilización hemodinámica del paciente) determinar su condición neurológica.<sup>2,4</sup>

El tratamiento de las lesiones no neurológicas que ponen en peligro la vida del paciente deberán atenderse primero, esto es, las lesiones que comprometen la vía aérea, la ventilación o la estabilidad hemodinámica del paciente. Por lo tanto tendrán prioridad las lesiones craneofaciales, de cuello, tórax, abdomen o la presencia de cualquier hemorragia.<sup>3,4</sup>

Generalmente, en el paciente con trauma, el estado de choque se deberá a la pérdida de sangre, sin embargo en el paciente con lesión raquímedular puede observarse el choque neurológico. Es importante establecer la diferencia entre un choque hipovolémico y uno neurológico. El primero es debido a la pérdida de sangre y el segundo es el resultado de pérdida del tono vascular por la inervación simpática, como consecuencia de trauma cervical o torácico alto. En ambas condiciones hay hipotensión arterial, sin embargo, clínicamente la diferencia es que en el hipovolémico se presenta taquicardia y en el neurológico, bradicardia.<sup>3,5</sup> El hematocrito no es un indicador confiable de la pérdida de volumen sanguíneo en las primeras horas del trauma, por lo que no tiene valor para determinar el origen del estado de choque en la sala de emergencia.<sup>3</sup>

En el trauma raquímedular la pérdida súbita de toda función medular por debajo de un nivel se considera como un estado de "choque medular", este estado es transitorio y dará lugar, al término de algunos días, al desarrollo clínico de una lesión medular completa o incompleta.<sup>3,5</sup>

## INDICACION QUIRÚRGICA

La indicación quirúrgica de emergencia será en primer lugar aquella que vaya dirigida a tratar las lesiones que ponen en peligro la vida del paciente. Una vez estabiliza-

do el paciente, y no antes, se podrá completar los exámenes de rayos "x", mielografía, mielotomografía o resonancia magnética. La decisión de los exámenes a solicitar dependerá de la accesibilidad a los estudios y del criterio del neurocirujano.

La indicación de una cirugía neurológica en estos pacientes es menor a la que hasta ahora se ha considerado. El objetivo primordial de la intervención quirúrgica es lograr la recuperación motora. Si hay evidencia de sección medular completa, esto es, si el proyectil se encuentra alojado dentro del canal medular, o bien, si hay certeza por estudios de neuroimagen, que el proyectil ha cruzado el canal, la posibilidad de recuperación es casi nula por lo que el paciente no es candidato a cirugía. La experiencia ha demostrado que la realización de cirugía en estos pacientes no provee beneficio alguno, sino más bien, aumento de la morbilidad.<sup>1,4</sup>

Puede realizarse la remoción del proyectil o de los grandes fragmentos metálicos u óseos en casos en los cuales hay evidencia clínica de lesión medular incompleta y se demuestra por estudios de neuroimagen la compresión medular. Es decir, si hay sensibilidad por debajo del nivel de la lesión o algún grado de respuesta motora, debe considerarse el beneficio de la cirugía. El momento ideal para realizar la cirugía aún es motivo de controversia pero hay estudios que han demostrado mejores resultados cuando ésta se realiza después de resolverse el proceso inflamatorio, usualmente después del quinto día.<sup>1,2,4,6</sup>

No se observa beneficios con la realización de una cirugía neurológica en las primeras horas postrauma, ni con una "descompresiva", es más, se ha comprobado que en los pacientes operados antes del quinto día aumentan las complicaciones infecciosas y la presencia de fistula de líquido cefalorraquídeo por un cierre sub-óptimo de la herida quirúrgica y esto debido a la friabilidad de los tejidos secundario al edema.<sup>1,4,7,8</sup>

Cuando la herida involucra a la cauda equina, hay mayor oportunidad de obtener mejoría neurológica al retirar el proyectil que se encuentra alojado dentro del canal y comprimiendo las raíces nerviosas, sin embargo, también prevalece el principio quirúrgico arriba mencionado.<sup>1,4</sup>

La presencia de fragmentos metálicos dentro del canal medular ha sido un punto de especial preocupación

debido a la posibilidad de aumentar el riesgo de infección o a la migración a otros niveles, sin embargo, se ha demostrado que dejar pequeños fragmentos metálicos no aumenta el riesgo de infección y, el riesgo de la migración, aunque existe, es un fenómeno poco frecuente. Diferente es el caso de los fragmentos retenidos con las heridas por arma corto-punzante en donde se ha observado un elevado índice de infecciones, lo que obliga al neurocirujano a realizar la extracción del fragmento.<sup>4</sup>

El papel de la cirugía para mejorar la función motora en las heridas penetrantes de columna por arma cortopunzante no está claro. Lipschitz en su estudio publicado en el *Lancet* en 1962 y Peacock en su revisión de 450 pacientes con este tipo de lesiones publicada en 1977, han demostrado sus buenos resultados con el manejo conservador, sin cirugía.<sup>4</sup>

La presencia de dolor, que es un síntoma muy frecuente, tampoco se ha visto reducido con la realización de una cirugía para la remoción de los pequeños fragmentos metálicos, no obstante, es de considerar que la remoción de grandes fragmentos óseos o metálicos que provocan compresión radicular, podría mejorar la sintomatología.<sup>4</sup>

La estabilidad espinal muy pocas veces se verá comprometida por lo que la instrumentación o la artrodesis de columna rara vez estará indicada.<sup>4</sup>

La presencia de fistula de líquido cefalorraquídeo generalmente podrá ser manejado en forma conservadora con punciones lumbares o la colocación de un catéter lumbar por un corto tiempo, menos de cinco días, suficiente para lograr el cierre de la fistula traumática, de no lograrse, está indicada la intervención quirúrgica.<sup>4</sup>

Actualmente se considera que la Metilprednisolona es beneficioso para disminuir el daño medular secundario, en el trauma raquímedular no penetrante, debido a su efecto sobre la inhibición en la peroxidación lipídica (efecto que no poseen otros esteroides como la dexametazona).<sup>9,10</sup> Sin embargo, en las heridas penetrantes de columna, no se recomienda el uso de la metilprednisolona en virtud de no haberse demostrado ningún beneficio en estos casos, y por otro lado, se conoce muy bien su efecto adverso para la cicatrización de las heridas,

su efecto en la disminución de la respuesta inmune y el sangrado del tracto digestivo, entre otros efectos indeseables.<sup>4,11</sup>

Continúa la investigación para encontrar un tratamiento que ofrezca algún beneficio a los pacientes con deficiencia de la función medular, uno de los procedimientos quirúrgicos que actualmente está en estudio es la transposición de epiplón, sin embargo, hasta el día de hoy no ha demostrado una verdadera eficacia. Los reportes médicos han carecido de una medición neurológica objetiva que demuestre su utilidad. Tomando en consideración las complicaciones de la cirugía, lo prolongado del tiempo operatorio, la mínima mejoría subjetiva reportada por los pacientes y la ausencia de una mejoría neurológica objetiva, no se recomienda su realización hasta que se demuestre, científicamente, su utilidad.<sup>12,13</sup>

## CONCLUSION

Las heridas penetrantes de columna representan un capítulo especial dentro del tema de trauma raquímedular. El manejo de cada paciente debe ser individualizado pero teniendo en consideración que no se recomienda el uso de esteroides, que la cirugía "descompresiva" rara vez tendrá indicación, que la cirugía temprana aumenta la morbilidad y que su manejo inmediato estará dirigido a resolver las condiciones que ponen en riesgo la vida del paciente.

Las indicaciones para realizar una intervención quirúrgica se reservarán para aquellos casos en los cuales se observa deterioro neurológico progresivo, persistencia de una fistula de líquido cefalorraquídeo y daño medular incompleto con evidencia, por neuroimagen, de compresión neural (especialmente en médula cervical y cola de caballo).

## REFERENCIAS

1. Waters R, Sie I. and Adkins R. Cervical spine injuries due to missile wounds. EN: AANS Publications Committee, Bizhan Aarabi and Howard H. Kaufman, editors. *Missile wounds of the head and neck. Volume II*; 1999. P. 395-399.
2. Vale F, Burns J, Jackson A and Hadley M. Combined medical and surgical treatment after acute spinal cord injury: results

- of a prospective pilot study to assess the merits of aggressive medical resuscitation and blood pressure management. *J Neurosurg* 1997;87:239-246.
3. Committee on trauma, American college of surgeons. *Advanced Trauma Life Support, course for physicians. First ed.* Chicago, Illinois. American college of surgeons, 1993.
  4. Yazbak P, Ball P, Benzel E. Penetrating spinal cord injuries. EN: Benzel, editor. *Spine surgery, volumen 2*, 1999. P. 849-854
  5. Youmans. *Neurological surgery. Vol. One. Third edition.* Philadelphia, PA.W.B. Saunders company, 1990.
  6. Waters RL, Adkins RH: The effects of removal of fragments retained in the spinal canal: a collaborative study by National Spinal Cord Injury Model Systems. *Spine* 1991, 16:934-939.
  7. Fehlings M and Tator C. An evidence-based review of decompressive surgery in acute spinal cord injury: rationale, indications and timing based on experimental and clinical studies. *J Neurosurg (Spine 1)* 1999; 91: 1-11.
  8. Tator C, Fehlings M, Thorpe K and Taylor W. Current use and timing of spinal surgery for management of acute spinal cord injury in North America: results of a retrospective multicenter study. *J Neurosurg (Spine 1)* 1999; 91: 12-18.
  9. Kaptanoglu E, Caner H, Sürücü H and Akbiyik F. Effect of mexiletine on lipid peroxidation and early ultrastructural findings in experimental spinal cord injury. *J Neurosurg (Spine 2)* 1999; 91: 200-204.
  10. Bracken M, Shepard M, Holford T *et al.* Methylprednisolone or tirilazad mesylate administration after acute spinal cord injury: 1- year follow up. *J Neurosurg* 1998; 89: 699-706.
  11. Hurlbert R. Methylprednisolone for acute spinal cord injury: an inappropriate standard of care. *J Neurosurg (Spine 1)* 2000; 93: 1-7.
  12. Clifton G, Donovan W, Dimitrijevic M, Ku A, Boake C and Papadopoulos S. Revascularitation and scar prevention: omental transposition and spine surgery. EN: Benzel, Editor. *Spine surgery, volumen 2*, 1999. P. 825-835.
  13. Tator C and Koyanagi I. Omental transplantation and spinal cord injury [Letters]. *J Neurosurg* 1997; 87: 800.

---

---

NUNCA HA HABIDO UNA BUENA GUERRA  
NI UNA MALA PAZ.

*B. FRANKLIN.*

# Informe del V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología

*Rina Girard de Kaminsky, M.Sc.\**

En la semana del 6 al 10 de agosto 2001 y teniendo como sede el Hotel Real Clarion de Tegucigalpa, se desarrollaron las actividades científicas programadas para el V Congreso de la Asociación Centroamericana de Parasitología y Medicina Tropical (ACAPMT), el VII Curso Internacional de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas (SHEI) y el I Congreso Nacional de la Asociación Hondureña de Parasitología (AHPA), actividades que contaron con la aprobación de 22 créditos del Centro Nacional de Educación Médica Continua del Colegio Médico de Honduras, CENE-MEC.

Patrocinaron estos eventos la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Miami-Fogarty International, el Banco Centroamericano de Integración Económica, la Fundación Fomento en Salud, el Congreso Nacional de Honduras, la Dirección de Investigación Científica de la UNAH, la Secretaría de Salud y la Sociedad Americana de Microbiología.

Los Congresos y el Curso Internacional, cuyo lema fue "Desafío a las enfermedades parasitarias e infecciosas en Centro América", estuvieron atendidos por 259 profesionales e investigadores procedentes de Argentina (3), Belice (2), Chile (1), Colombia (1), Costa Rica (6), Cuba (3), Estados Unidos (22), Guatemala (8), Haití (2), Honduras (159), Inglaterra (1), México (9), Nicaragua (24), Panamá (5), Perú (1), Puerto Rico (2), República Dominicana (4), Suiza (5) y Venezuela (1). Entre ellos figuraron 38 conferencistas foráneos y 17 hondureños.

Se inició el 6 y 7 de agosto con 4 cursos pre-Congreso: 1) "Microsporidia y Apicomplexa intestinales: Avances biológicos, epidemiológicos y de diagnóstico de laboratorio" a cargo de Elizabeth Didier PhD, Estados Unidos; Ann Adams PhD, Estados Unidos; Ricardo Lujan PhD, del INCAP, Guatemala; y Rina de Kaminsky MSc, Honduras. 2) "Valoración e Interpretación de Pruebas Serológicas en Parasitología: Chagas, Toxoplasmosis y Cisticercosis" con Dolores Correa PhD, de México y Myriam Lorca MD, de Chile. 3) "Investigación Epidemiológica de Brotes" por Marlo Libel MD, Organización Panamericana de la Salud/Washington y 4) Enfermedades Transmitidas por Alimentos y la Manipulación Higiénica" por Jeannette Ayestas, Agrobiotek, Honduras. Asimismo, hubo 4 reuniones simultáneas sobre:

\* Dirección de Investigación Científica, Universidad Nacional Autónoma de Honduras y Hospital-Escuela, Honduras.  
*Dirigir correspondencia a:* e-mail fundar@sdnhon.org.hn

"Iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo en Mesoamérica I y II", Lanzamiento del "Programa de Control de la Enfermedad de Chagas en una Región de Yoro" de Visión Mundial, "Prevención y Control de Leishmaniasis" de la Secretaria de Salud y Asesores de la Organización Mundial de la Salud y una Reunión de Intercambio y Bienvenida de Profesores y exalumnos de la Universidad de Tulane, Nueva Orleans, Estados Unidos, en la que estuvo presente el Dr. Donald Krogstad, Jefe del Departamento de Medicina Tropical de dicha Universidad, acompañado por el Dr. Antonio D'Alessandro, el Dr. Daniel Bausch y la Dra. Elizabeth Didier, junto con 12 exalumnos e invitados hondureños y latinoamericanos.

El Programa Científico, que ocupó los días del 8 al 10 de agosto, estuvo conformado por 8 Simposia con 30 conferencias; 4 Mesas Redondas con 12 conferencias; 4 Sesiones con un total de 24 presentaciones de Trabajos libres, 11 por hondureños; 2 Sesiones Plenarias con 9 conferencias y 2 Sesiones de Carteles. La temática mantuvo un equilibrio entre temas de patología/clínica, biología, epidemiología/control, inmunología, tratamiento y diagnóstico. No se presentaron temas sobre costos de estas enfermedades parasitarias e infecciosas, así como tampoco sobre programas de bioinformática. Se otorgaron 8 becas patrocinadas por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 10 becas por la Universidad de Miami-Fogarty International, una beca de la Sociedad Americana de Microbiología y 11 becas del Proyecto Malaria Recurrente en Honduras (TDR/OMS/PNUD/Banco Mundial 970757). Se hicieron acreedores a 2 premios en las Sesiones de Carteles las siguientes investigaciones: 1er premio: "Situación de la Malaria en el Valle del Aguán", autora Lizeth Betancourt y coautores Pablo Osorio, Walker Umaña, Martín Enríquez, Daisy Guardiola y Jackeline Alger (Honduras). 2º. Premio: "Genotipos de aislados mexicanos de *Giardia duodenalis* obtenidos de humanos y animales", autora Martha Ponce Macotela y coautores Mario Martínez Gordillo, R. Bermúdez Cruz, G. Ortega-Pierres y Paz María Salazar Schettino (México). Los premios consistieron en dos ejemplares del libro "Manual de Enfermedades Infecciosas" donados por PALTEX/OPS.

Entre los temas desarrollados predominaron: Helmintos (12), Malaria (10), Enfermedad de Chagas (8),

VIH/SIDA (8), Leishmaniasis (6), diferentes aspectos de Laboratorios (5), antimicrobianos (5), Vacunas (4), y Fortalecimiento Institucional (3) entre otros. Se imprimió un Programa Científico y Resúmenes, entregando un ejemplar a la Dra. Cecilia Varela, Presidenta CENEMEC.

Las categorías profesionales de asistentes fueron: 155 médicos, (42 foráneos), 10 Enfermeras, 10 Técnicos de Laboratorio, 13 Licenciados en Biología/Microbiólogos, 2 Maestrías, 2 Doctorados, un estudiante, un Supervisor de Programa de Malaria, un Promotor de Saneamiento y 9 sin estipular. En las reuniones de Hacer Retroceder el Paludismo participaron 42 profesionales de 11 países americanos y uno de Suiza.

En la Sesión de Asamblea de Delegados Centroamericanos se eligió al nuevo Presidente en la persona del Dr. César Leonel González Camargo, de Guatemala. Durante esta sesión se mocionó de invitar a países del Caribe a integrar la Asociación Centroamericana de Parasitología y Medicina Tropical, con lo que se fortalecerá tal agrupación.

En la reunión de Clausura, la Presidenta ACAPMT saliente, Rina Girard de Kaminsky, ofreció un pormenorizado de las actividades que concluían y agradeció a la Dra. Elvira Castejón de David, Coordinadora General, a la Dra. Rosa Molina, Coordinadora de los Cursos Pre-Congreso y a la Dra. Jackeline Alger, Coordinadora del Comité Científico, así como a los demás miembros colaboradores, personal administrativo y secretarías, por la labor realizada y concluida con éxito.

Entre los logros obtenidos, se puede afirmar que se reunió en Honduras a profesionales e investigadores de renombre en Parasitología y Medicina Tropical, se estimuló a investigadores jóvenes, se promovieron las relaciones y el intercambio con expertos en Parasitología y Medicina Tropical y se creó una oportunidad de colaboración y de relaciones futuras; se dió seguimiento a la Iniciativa Hacer Retroceder el Paludismo en Mesoamérica para fortalecer la investigación y la capacidad regional de los programas de control, se promovió el fortalecimiento de la capacidad investigativa regional y se creó la Asociación Hondureña de Parasitología, con 16 Miembros Fundadores.

# La Pediatría en el Nuevo Milenio

*Dr. Carlos Rivera Williams\**

En Honduras, podemos establecer tres etapas sucesivas en el desarrollo de la Medicina. La primera que podemos llamar Precolombina, es la que practicaron nuestros ancestros indígenas que básicamente está constituida por elementos mágicorreligiosos. Los Mayas conocían muy bien el valor curativo de las plantas. En una segunda etapa que podríamos llamar la conquista y la colonia aparece la medicina popular. El mestizaje con el español y posteriormente con los negros agrega el empirismo y la medicina folklórica. Aquí aparecen los curanderos, hierberos, brujos, etc. y esporádicamente hay manifestaciones de la medicina fomal hispánica. En una tercera etapa que podríamos llamar contemporánea, aparece la medicina científica o formal a partir del siglo XVIII.

En todos estos períodos el niño hondureño aparece abandonado a su suerte, siendo los seres humanos que menos atención recibían y eran tratados por desconocedores de la materia médica de aquellas épocas como hechiceros, magos y hierberos que generalmente envueltos en prejuicios religiosos o en supuestos poderes sobrenaturales.

En la última etapa la medicina moderna adelantó con rapidez en lo que se refiere al tratamiento de las enfermedades de los adultos pero siguió por mucho tiempo envuelta en la mayor diferencia respecto a las enfermedades de los niños. Por largo tiempo la medicina de los niños como hemos señalado anteriormente estuvo en manos de aficionados, curanderos y brujos, los que a

través de los años han venido desapareciendo en los países del primer mundo pero todavía se encuentran en los países subdesarrollados como el nuestro, en donde los grupos de población ignorante y pobre, castigados por la globalización y el neoliberalismo a ultranza aún acuden para su tratamiento a curanderos, a santeros o a los charlatanes, que se encuentran en muchos medios de comunicación. Así, en muchas regiones de nuestro país hay personas que curan "el mal de ojo", "el empacho", "la mollera caída", haciendo víctimas a miles de niños de sus prácticas misteriosas y bárbaras.

En la época actual, el rápido adelanto médico ha obligado a la particularidad de conocimientos, con la tendencia hacia la especialización de muchas de las actividades que anteriormente estaban en manos del médico general o del cirujano, en esta forma se ha dado a los pacientes mayores posibilidades en el éxito terapéutico.

Al iniciarse la era de la especialización, también se consideró a la Pediatría como tal (PAIDOS-niño, ATRIA-curar), limitando al principio sus actividades y sus estudios a los lactantes; posteriormente se engloba también a la primera infancia, sin embargo, los pediatras pronto encontramos que las etapas posteriores hasta llegar a la adolescencia también tienen características fisiológicas así como características patológicas y biopsicosociales diferentes a las del adulto.

Así pues, aunque originalmente se aceptó la Pediatría como una especialidad tan focalizada y tan estrecha, en los últimos años hay una vigorosa tendencia a considerarla como una disciplina diferente de las especialidades limitadas a sistemas de órganos para formar con ella una

\* Pediatra, ExDirector Médico del I.H.S.S. Miembro honorífico de la Asociación Pediatría Hondureña y de la Sociedad de Médicos del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

disciplina de estudio médico mucho más dilatada y compleja, teniéndose actualmente el concepto de que es una vasta rama de la Cirugía y de la Medicina en general.

Podemos dividir las ciencias médicas en dos grandes partes. La primera comprende de la Medicina, la Cirugía y las especialidades del ser humano en crecimiento y desarrollo; esta etapa que comprende desde la concepción, luego el recién nacido hasta el final de la adolescencia y de la que es responsable la Pediatría. La segunda gran división comprende la Medicina, la Cirugía y las especialidades del ser humano en su vida adulta, a la que se agrega la llamada tercera edad, es decir la Geriátrica. Aunque pareciera un tanto artificial la división de la medicina en estos dos grandes sectores que comprenden el ser humano en desarrollo y el ser humanos en su vida madura, la realidad médica actual en nuestro país le da plena justificación. Si nos adentramos un poco para vislumbrar la actividad y responsabilidad del pediatra, encontramos que su campo es de tal manera extenso en el aspecto preventivo, en el aspecto curativo y en el aspecto social, que no pasarán muchos años sin que el estudiante de medicina al graduarse de médico general haya recibido igual número de horas o probablemente más al estudiar al ser humano en crecimiento y desarrollo, que al estudiar la medicina y cirugía de adultos. Así el Pediatra tiene que conocer y estudiar durante su práctica diaria el

crecimiento normal de los niños. La dietética, la nutrición, el medio ambiente del hogar, sus relaciones familiares así como todos los problemas patológicos, psicológicos, emocionales y de conducta, en una palabra todos los aspectos normales y anormales del niño y del medio ambiente que lo rodea, y que podrían influir en el ser humano en los primeros 18 años de vida. Lo extenso de esta rama médica ha obligado a considerar por consiguiente que la Pediatría no es una especialidad en el sentido estricto de la palabra, sino una gran división de la medicina general, que comprende varias ramas, siendo cada una de ellas un dilatado capítulo de estudio y experiencia.

Tomando en cuenta lo anterior vemos que lo que ahora se entiende por Pediatría sobrepasa con mucho la idea que se tuvo en el siglo pasado y antepasado, que era exclusivamente buscar un remedio para las enfermedades que padecían los infantes.

En este nuevo milenio la niñez hondureña requiere la protección de una ciencia que esté más allá de la técnica pura y de los intereses mercantiles. La Pediatría con sus asombrosos adelantos, está reclamando dentro de la Medicina el honroso rango de Ciencia del Niño, del hombre en su momento más grande, el de la conquista de su personalidad.

---

---

EL FUNDAMENTO DE TODA AUTORIDAD  
ESTÁ EN LAS VENTAJAS OBTENIDAS POR EL QUE OBEDECE.

*NAPOLÉÓN.*

# Historia de la Pediatría en Honduras

*Dr. Carlos Rivera Williams\**

La historia de la Pediatría en Honduras ha pasado básicamente por tres etapas. En la primera, la Pediatría permaneció aprisionada dentro de la Medicina y la Cirugía General, al niño se le consideró un adulto pequeño. Se extendió durante la primera mitad del siglo XX. En la segunda etapa, la Pediatría adquirió su propia personalidad y se extendió hasta la segunda mitad del siglo XX; se inició en la década de los 50's con la enseñanza de la Pediatría formal en el Pabellón de Niños del Hospital General San Felipe, en cuya aula Magna compartida con Oftalmología, recibíamos las clases magistrales de los doctores Carlos M. Gálvez, Gilberto Osorio Contreras y Joaquín Romero Méndez, fieles exponentes de la Pediatría francesa.

Otros hitos relevantes de la década de los 50's fueron la fundación de la Asociación Pediátrica Hondureña en 1952 (Personería Jurídica en 1959), creación del Patronato Nacional de la Infancia por iniciativa del P.M. Arturo Gálvez y de los doctores Gilberto Osorio Contreras y Carlos A. Delgado, Presidente y Secretario de la Asociación Pediátrica Hondureña, respectivamente. Este suceso llevó a la creación de un fondo especial para la construcción del Hospital Materno Infantil, que se inició en 1958. Como miembro de la Federación Centroamericana de Asociaciones Pediátricas, se organizó en Diciembre de 1958 el IV CONGRESO CENTROAMERICANO DE PEDIATRIA, siendo su Presidente el Dr. José Martínez Ordóñez y su Coordinador el Dr. Carlos A.

Javier, dos pioneros de la Asociación Pediátrica Hondureña. En la época de los sesenta se incrementó la membresía de la Asociación a 30 socios, predominando en ese entonces la Escuela Norte y Sudamericana, más específicamente México (Hospital Infantil) y Uruguay. Su principal actividad fue la educación médica continua mediante la realización de las Jornadas Científicas en diferentes ciudades del país, siendo la primera en Danlí, Juticalpa, La Ceiba y Choluteca. Además se realizó en 1962 la Primera Jornada Trinacional en Santa Rosa de Copán con la participación de Guatemala y El Salvador. Otro hito histórico fue la fundación en 1963 de la Revista Honduras Pediátrica por iniciativa de otro pionero, el Dr. Luis Barahona, quien la dirigió por muchos años. En 1969, se inaugura el Hospital Materno Infantil, siendo su primer Jefe del Departamento de Pediatría el Dr. Carlos A. Delgado, uno de los grandes pioneros de la Pediatría. En 1975 se iniciaron los estudios de postgrados siendo Jefe del Depto. de Pediatría el Dr. Fernando Tomé Abarca. Las Jornadas de Pediatría son básicas para la formación de los Capítulos de la APH, que en la actualidad son cuatro: Nor-Occidental, Litoral Atlántico, Oriental y Centro.

En la década de los 70's uno de los principales hitos históricos lo constituyó la incorporación progresiva del Instituto Hondureño de Seguridad Social en el programa de postgrado; uno los primeros pasos es la departamentalización del Hospital Central por medio de concurso médico, quedando como primer jefe del Depto. de Pediatría el Dr. Carlos Rivera Williams, posteriormente el Dr. Danilo Castillo como Director General del IHSS, logró constituir un fondo con la ayuda del gobierno japonés y el Depto. se convirtió en la Unidad Materno

\* Pediatra, ExDirector Médico del I.H.S.S. Miembro honorífico de la Asociación Pediátrica Hondureña y de la Sociedad de Médicos del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

Infantil del IHSS, inaugurada en 1981 como unidad gemela en docencia y asistencia del Hospital Materno Infantil del Ministerio de Salud.

La tercera etapa se inició con la graduación de la primera promoción de pediatras en Honduras. Es la etapa de cose-

chas que apenas tiene dos décadas y que nos ofrece frutos hermosos como la próxima inauguración, en pocos años del nuevo Hospital en el primer lustro de nuestro siglo, el Hospital de Especialidades Pediátricas, la Pediatría completa así su ciclo y se abren nuevas perspectivas para la niñez hondureña.

=====

NECIO Y MUY NECIO EL QUE,  
DESCUBRIENDO UN SECRETO A OTRO,  
LE PIDE ENCARECIDAMENTE QUE LE CALLE.

*MIGUEL DE CERVANTES.*

# HISTORIA DE LA MEDICINA HONDUREÑA

## Promociones Médicas

### 1949 - 1953

*Dr. Julio Alberto Bourdeth Tosta\**

#### INTRODUCCION

Muchos aspectos de relevancia se dan en nuestra Universidad, alrededor de este quinquenio, en el cual la Facultad de Ciencias Médicas, graduará a 45 nuevos galenos. Es el período cuando el progresista gobernante, abogado Juan Manuel Gálvez Durón, traslada las Facultades de Medicina, de Odontología y de Química y Farmacia, al edificio que hoy alberga a la Secretaría de Trabajo, frente al parque La Libertad y a la Escuela de Bellas Artes, en la ciudad de Comayagüela M.D.C., En 1950 reaparece la revista de la Universidad, en su tercera, etapa, con el tomo XIV, número 1, por iniciativa del Rector, licenciado Jorge Fidel Durón, hijo y nieto de también rectores. El Ministerio de Educación, adquiere 60 manzanas de terreno para la Ciudad Universitaria, pero dicho inmueble se utilizó para construcción de viviendas de la hoy citadina colonia 21 de Octubre y para el rastro municipal. Se realizó el primer campeonato universitario de fútbol, consolidándose el equipo de la Facultad de Medicina, entre los más vigorosos.

En 1951, el acuerdo presidencial 2228, establece la participación de todas las corporaciones profesionales, en el nombramiento de Decanos, Vicedecanos, y Secretarios de las Facultades Universitarias. Ese mismo año entra en

vigor el decreto de 1947, por el cual la Universidad de Tegucigalpa, pasa a denominarse Universidad de Honduras y se conoce la develización de un busto del Presbítero y Rector Eterno, Don Juan José Trinidad Reyes Sevilla, en la ciudad de San Agustín, estado de la Florida, U.S.A; en la denominada Glorieta de los Educadores de América.

En 1952, el alumno de medicina, Miguel Rafael Muñoz, se convierte en el primer presidente de la Federación de Estudiantes Universitarios de Honduras; su contrincante en la justa comicial fue el hoy destacado otorrinolaringólogo Dr. Enrique Aguilar-Paz Cerrato. Honduras se hizo representar en el Congreso Estudiantil Universitario Centroamericano, en la ciudad de Guatemala, por el alumno Ernesto Argueta Ariza, hoy destacado galeno y literato de fina pluma; es particular la coincidencia de que su padre, el ilustre médico Ernesto Argueta Ayes, en representación de Guatemala, había participado en el primero de esos congresos en la ciudad de Managua, Nicaragua, en el año de 1906. Finalmente en el año de 1953, se celebró por primera vez, la reunión del Consejo Superior de las Universidades de Centro América (CSUCA), teniendo como sede, nuestra capital Tegucigalpa.

\* Especialista en Salud Pública.

Dirigir correspondencia a: Apartado postal 810, Tegucigalpa.

## AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

### RECTORES:

1. Abogado Tomás Alonzo Brito 1947-1949
2. Dr. Carlos Maximiliano Gálvez Robelo 1949
3. Abogado Ramón Ernesto Cruz Uclés 1949
4. Lic. Jorge Fidel Durón Durón 1949-1955

### SECRETARIO GENERAL

1. Lic. Cecilio Colindres Zepeda 1934-1955

### DECANO DE MEDICINA

1. Dr. Humberto Díaz Banegas 1949
2. Dr. Juan A. Mejía 1949
3. Dr. Virgilio Banegas Montes 1953

### PROMOCION MEDICA 1949

1. Dr. Manuel Bueso Gómez
2. Dr. Manuel Sarmiento
3. Dr. Rigoberto Alvarado Lozano
4. Dr. J. Anibal Delgado
5. Dr. Manuel Antonio Paredes
6. Dr. Hernán Corrales Padilla
7. Dr. Cornelio Corrales Padilla
8. Dr. Roberto Brevé Martínez
9. Dr. Raúl Chirinos Velásquez

### PROMOCION MEDICA 1950

1. Dr. René Bendaña Meza
2. Dr. Raúl Alberto Durón Martínez
3. Dr. Ramiro Figueroa Rodezno
4. Dr. Carlos Antonio Delgado A.
5. Dr. Federico Baltodano Mejía
6. Dr. Jorge Alberto Rivera Miyares
7. Dr. Edgardo Alonzo Medina

### PROMOCION MEDICA 1951

1. Dr. Manuel Carrasco Flores
2. Dr. José Trinidad Aguilar
3. Dra. Eva Mannheim Lázarus
4. Dr. Federico Julián Fiallos Salgado
5. Dr. Octavio Zavala Castillo
6. Dr. Oscar Armando Rivera Reyes
7. Dr. Gustavo Adolfo Rivas Bustamante

### PROMOCION MEDICA 1952

1. Dr. Alberto Guzmán Banegas
2. Dr. Julio César Rivera Henry
3. Dr. César Benjamín Matamoros Flores
4. Dr. Jorge Alberto Villanueva
5. Dr. Daniel Mencía Salgado
6. Dr. César A. Vigíl Rosales
7. Dra. Elena Gabriel P.

### PROMOCION MEDICA 1953

1. Dra. Olga Duarte de Laffite
2. Dr. Enrique Laffite Martínez
3. Dr. Luis Alonzo Barahona
4. Dr. Juan Alberto Andonie Fernández
5. Dr. Nahim Odeh Nasralla
6. Dr. René Carranza Velásquez
7. Dr. Rodrigo Gutiérrez López
8. Dr. Guillermo A. Florentino Pineda
9. Dr. Héctor Alfredo Medrano
10. Dr. Efraín Osejo Paz
11. Dr. Armando Flores Fiallos
12. Dr. Arnoldo Rodríguez
13. Dr. José Lizandro Reyez Quezada
14. Dr. Esteban Hernández
15. Dr. Roberto Oliva Barralaga

## CUADRO DE LOS EGRESADOS

DOCTOR (A)	No. COL.	GRADUACION	NACIMIENTO		ESPECIALIDAD
FIALLOS SALGADO*	01	28/JUL/51	11/JUL/14,	Comayagüela, F.M.	GINECOLOGIA-OBSTETRICIA
ALONZO MEDINA	11	21/DIC/50	23/NOV/23,	Tegucigalpa, F.M.	GASTROENTEROLOGIA
MATAMOROS FLORES	20	23/FEB/52	4/NOV/26,	Tegucigalpa, F.M.	PEDIATRIA
CORRALES PADILLA H.*	26	25/AGO/49	30/AGO/24,	Choluteca, Cho.	DERMATOLOGIA
CARRANZA VELASQUEZ	27	7/AGO/53	1/MAR/28	Comayagüela, F.M.	GINECOLOGIA-OBSTETRICIA
FLORENTINO PINEDA	30	23/JUL/53	11/JUL/26,	Trinidad, S.B.	CIRUGIA
BUESO GOMEZ*	42	10/ENE/48	19/DIC/15	?	MEDICINA GENERAL
DURON MARTINEZ	54	10/ENE/50	17/MAR/25,	Comayagüela, F.M.	PATOLOGIA
CARRASCO FLORES*	63	5/MAY/51	14/JUL/25,	Comayagüela, F.M.	MEDICINA GENERAL
ANDONIE FERNANDEZ	71	6/MAR/53	16/FEB/24,	Gualala, S.B.	CIRUGIA
ALVARADO LOZANO	81	3/FEB/49	31/DIC/20,	Santa Rosa de Copán	NEUMOLOGIA-SAL.PUB.
BARAHONA GARAY*	95	13/FEB/53	15/MAR/27,	San José Comayagüa	PEDIATRIA
LAFFITE MARTINEZ*	112	9/FEB/53	20/MAY/19,	La Masica, Atl.	MEDICINA INTERNA
DELGADO GONZALEZ	116	18/MAR/50	13/JUN/25,	Tegucigalpa, F.M.	PEDIATRIA
RIVERA REYES	133	11/OCT/51	11/ABR/23,	Tegucigalpa, F.M.	ANESTESIOLOGIA
RIVAS BUSTAMANTE	137	21/DIC/51	29/JUN/25,	Tegucigalpa, F.M.	MEDICINA GENERAL
MEDRANO DIAZ	145	20/JUL/53	29/AGO/21,	Tegucigalpa, F.M.	MEDICINA INTERNA
RIVERA MIYARES*	147	7/OCT/50	28/MAY/26,	Trujillo, Colón	RADIOLOGIA
BREVE MARTINEZ	153	10/SEP/49	26/FEB/21,	Juticalpa, Ol.	PEDIATRIA
ZAVALA CASTILLO	173	18/AGO/51	4/JUN/23,	La Libertad, Com.	GINECOLOGIA-OBSTETRICIA
VILLANUEVA DOBLADO	176	3/JUL/52	10/ABR/23,	Tegucigalpa, F.M.	RADIOLOGIA
MENCIA SALGADO	179	3/JUL/52	14/NOV/23,	San Fco. La Paz, Ol.	CIRUGIA DE TORAX
SARMIENTO SOTO*	188	15/ENE/49	3/OCT/21,	San Juancito, F.M.	TISIOLOGIA
RIVERA HENRY	196	18/FEB/52	14/ABR/24,	La Lima, Cortés	CIRUGIA
MANNHEIM LAZARUS	201	29/MAY/51	24/JUN/-,	Berlin, Alemania	NEUMOLOGIA
BALTODANO MEJIA	208	2/JUN/50	18/JUN/16,	La Ceiba, Atl.	NEUMOLOGIA
CORRALES PADILLA C.*	268	25/AGO/49	13/MAR/23,	Choluteca, Chol.	RADIOLOGIA
DUARTE DE LAFFITE*	273	2/JUN/50	7/JUL/24,	Tegucigalpa, F.M.	PEDIATRIA
GUZMAN BANEGAS	276	15/FEB/53	20/MAY/23,	Santa Bárbara, S.B.	NEUMOLOGIA
VELASQUEZ CHIRINOS*	300	3/OCT/49	2/ENE/24,	Comayagüela, F.M.	CIRUGIA
LOPEZ GUTIERREZ	307	15/JUL/53	22/MAY/24,	San Marcos, S.B.	CIRUGIA
AGUILAR AGUILAR	315	23/JUN/53	7/JUN/25,	Comayagüela, F.M.	GINECOLOGIA-OBSTETRICIA
FIGUEROA RODEZNO	320	28/FEB/50	29/MAR/24,	San Marcos, Ocot.	GINECOLOGIA-OBSTETRICIA
REYES QUEZADA*	325	30/NOV/53	19/MAY/23,	Olanchito, Yoro	CARDIOLOGIA
FLORES FIALLOS*	340	3/SEP/53	24/NOV/24,	Tegucigalpa, F.M.	CARDIOLOGIA
OLIVA BARRALAGA*	346	29/DIC/53	7/ABR/15,	Amapala, Valle	TISIOLOGIA
BENDAÑA MEZA*	361	10/ENE/50	2/MAR/25,	Comayagua, Com.	UROLOGIA
HODE NASRALLA	803	19/JUN/53	2/NOV/26,	Trujillo, Colón	CIRUGIA
RODRIGUEZ R.*	1700	26/OCT/53	16/MAY/27,	Amapala, Valle	CIRUGIA

\* Colega fallecido al momento de escribir ese ensayo.

**1 9 4 9**



Dr. Alvarado L.



Dr. Corrales P. H.



Dr. Brevé M.



Dr. Corrales P. C.



Dr. Velásquez Ch.



Dr. Bueso G.

**1 9 5 0**



Dr. Bendaña M.



Dr. Durón M.



Dr. Figueroa R.



Dr. Delgado A.



Dr. Baltodano M.



Dr. Rivera M.



Dr. Alonzo M.

**1 9 5 1**



Dr. Carrasco F.



Dra. Mannhein L.



Dr. Aguilar A.



Dr. Fiallos S.



Dr. Zavala C.



Dr. Rivera R.



Dr. Rivas B.

**1 9 5 2**



Dr. Guzmán B.



Dr. Rivera H.



Dr. Matamoros F.



Dr. Villanueva D.



Dr. Mencía S.

**Algunos temas a publicarse en el próximo número  
(Volumen 70, No. 1, Enero, Febrero, Marzo 2002)**

1. Esterilización Tubárica.
2. Divertículo Vesical Congénito.
3. Lesiones polipoides vesiculares y su manejo por vía laparoscópica en niños.
4. Histeroscopía diagnóstica en la práctica ginecológica.







# CONTENIDO

<b>I.- EDITORIAL</b>	
La Mujer, la Salud y el Colegio Médico	
<i>Dra. Odessa Henríquez Rivas</i> .....	136
<b>II.- CARTAS AL EDITOR</b>	
1.- Palabras Clave	
<i>Dra. Sandra Andrade, Dr. Oscar Raudales</i> .....	137
<b>III.- TRABAJOS CIENTIFICOS ORIGINALES</b>	
1.- Estudios sobre el Cumplimiento del Tratamiento por los Pacientes Epilépticos en el Hospital Escuela	
<i>Dra. Reyna Durón, Dr. Marco Tulio Medina, Dr. Kenton Holden, Dr. Francisco Ramírez, Dr. Rafael Aguilar, Dr. Amilcar Zelaya, Dra. Marisabel Rivera, Dr. Lorenzo Pavón, Dr. Heike Hesse, Dr. Edgardo Girón</i> .....	140
2.- Lumbalgia	
<i>Dr. Mario Roberto Pinto Romero, Dr. Roberto José Cantón Barbosa, Dr. Gerald Miguel Sánchez</i> .....	147
<b>IV.- IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA</b>	
1.- Pseudotumor Pulmonar	
<i>Dr. César Arowne Carrasco</i> .....	152
<b>V.- CASO CLÍNICO</b>	
1.- Fascitis Eosinofílica Asociada a Traumatismo Simple	
<i>Dr. Godoy Romero A., Dr. González Fernández J., Dr. Calap Calatayud J.</i> .....	153
2.- Lesiones en la Zona de Entrada de la Raíz Dorsal (Dreztomia) para el Tratamiento del Dolor	
<i>Dr. Wilfredo Cruz Campos, M.E., Dr. Lenin Abdel Velásquez M.R.N.C.</i> .....	157
3.- Hernia Diafragmática y Embarazo	
<i>Dr. Juan Ramón Lorenzana</i> .....	160
4.- Tumor Trofoblástico del Sitio Placentario	
<i>Dr. Martín Donald Portillo, Dr. Carlos Bendaña</i> .....	163
<b>VI.- REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	
1. - Actualización en el Manejo de las Heridas Penetrantes de Columna en el Trauma Raqui-Medular	
<i>Dr. Jorge Eduardo Ortega, Dra. Ena Isabel Miller, Dr. Roberto Contreras, Dr. Pedro Antonio Reyes, Dr. Abel Vázquez</i> .....	165
<b>VII.- ARTÍCULO DE OPINIÓN</b>	
1. - Informe del V Congreso Centroamericano de Parasitología y Medicina Tropical, VII Curso Internacional de Enfermedades Infecciosas y I Congreso Nacional de Parasitología	
<i>Rina Girard de Kaminsky, M.Sc.</i> .....	169
<b>VIII.- HISTORIA DE LA MEDICINA HONDUREÑA</b>	
1. - La Pediatría en el Nuevo Milenio	
<i>Dr. Carlos Rivera Williams</i> .....	171
2. - Historia de la Pediatría en Honduras	
<i>Dr. Carlos Rivera Williams</i> .....	173
3. - Promociones Médicas 1949-1953	
<i>Dr. Julio Alberto Bourdeth Tosta</i> .....	175

## ***“Figuras”***

Autor: Rony Castillo

Técnica: acrílico sobre tela

*Nació el 7 de agosto de 1944 en la ciudad de la Paz, departamento del mismo nombre. En bellas artes tuvo como maestros a Benigno Gómez, Dante Lazzaroni y Mario Mejía. De todos ellos aprende numerosos principios y reglas, pero ninguno influye decisivamente en su estilo. Por ejemplo, cuando regresa de las aulas, y hasta 1980, pinta un surrealismo estilo Giorgio de Chirico estimulado por unas láminas que vió del conocido pintor griego. Más adelante se inspira en los payasos picaseanos y pinta un buen número de ellos, pero tratando de que, en vez de sugerir el buen humor, invoquen la tristeza.*

*Pasadas estas etapas, Rony Castillo se dedica, y es lo que hace ahora, a pintar unas figuras humanas robustas que, vistas de inmediato, recuerdan al Colombiano Botero. Sin embargo, ésto es sólo en las proporciones del plano horizontal, no así en la técnica, el colorido y la atmósfera de los cuadros. Fernando Botero pinta el hastío de la vida por exceso de satisfacción. Sus figuras son ricas, hartas, por lo que el representarlas hace uso de un realismo barroco de gran detalle: Vestidos caros, zapatos finos de correíta, cuellos y mangas de encaje, relojes de puño notoriamente mostrados, grandes prendedores en el pecho y, para subrayar más la opulencia, una o varias mascotas de lujo, igualmente rellenas, que colman el regodeo exhibicionistas de los personajes. A causa de todos estos detalles, los cuadros de Botero rezuman satisfacción, alegría; en una palabra, complacencia.*

*Pero éste no es el caso de Rony. Sus figuras son pobres, mal vestidas, descalzas, sin relojes de puño y sin encajes. En vez de la tranquila satisfacción que demuestran los personajes botereanos, los de Rony reflejan angustia, tristeza y, en algunos casos, desesperación. Podríamos decir, por lo tanto, que Fernando Botero utiliza el recurso de acentuar la masa física de los personajes para poner en evidencia los casos de excesiva comodidad, mientras Rony Castillo lo hace para denunciar, en forma paradójal, los casos de aquellos seres humanos que se hinchan de miseria, de dolor y desesperanza. Se trata, pues, de dos miradas diferentes con el mismo telescopio: Botero que ve a grupos "sobradamente dichosos", y Castillo que fija su pupila en los hombres y mujeres "excesivamente infelices".*

Tomado de:

*Honduras: Visión Panorámica de su Pintura*

Evaristo López Rojas

Longino Becerra

***La Revista Médica Hondureña es la decana de las publicaciones en Salud del país, y gracias a las contribuciones de los médicos es también un organismo cambiante que evoluciona de acuerdo a las necesidades de los galenos.***

***Cada número que tienes en tus manos te proporciona conocimientos actualizados, pero sobre todo es la ventana hacia la evolución de nuestra ciencia en Honduras.***

***Comparte con los colegas los trabajos de investigación, revisión de temas, reporte de casos y artículos de opinión y deja que ellos enriquezcan tus conocimientos y siembren en tí los deseos de investigación y de ejercicio profesional basado en la evidencia.***

***Agradecemos tus opiniones y comentarios.***

***Consejo Editorial***

# REVISTA MEDICA HONDUREÑA

## Instrucciones para Autores

Estas instrucciones están en concordancia con los Requisitos Uniformes de los Manuscritos Propuestos para Publicación en Revistas Biomédicas, (Uniform Journal requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals. New England of Medicine 1997;336:309-15). Una traducción de este documento aparece en Revista Médica Hondureña 1999;67: 141-153.

### INSTRUCCIONES GENERALES

1. Envío del Manuscrito: el manuscrito original con figuras originales y dos copias se deben enviar a:  
Secretario del Consejo Editorial  
Revista Médica Hondureña  
Colegio Médico de Honduras  
Apartado Postal 810  
Tegucigalpa, HONDURAS  
Nota: Incluir dirección postal o electrónica del autor principal.
2. Idioma: la Revista se publica en español. Se requiere adicionalmente de un resumen (abstract) y palabras clave (key words) en inglés.
3. Derechos de Autor: Los artículos se acompañarán de una carta de petición de publicación, especificando además que el artículo no ha sido previamente publicado ni se ha enviado simultáneamente para publicación a otra revista. Se acusará recibo del manuscrito mediante carta enviada al autor responsable y posteriormente el manuscrito pasa por un proceso de selección y edición. Si el artículo es aceptado para publicación, los derechos de autor pertenecerán a la Revista. Los artículos no pueden ser reproducidos total o parcialmente sin el permiso escrito del Consejo Editorial.

### MANUSCRITOS

Los trabajos se presentan a doble espacio en papel tamaño carta sin exceder 15 hojas, las cuales deben estar enumeradas en el ángulo superior o inferior derecho. Los trabajos científicos originales se presentan en el siguiente orden: en la primera hoja se incluye Título del artículo con un máximo de 15 palabras, Nombre(s) del autor(es), Nombre Completo del centro(s) de trabajo y Dirección Completa del autor responsable a quien se debe dirigir la correspondencia. En la segunda hoja se incluye el Resumen, con una extensión máxima de 200 palabras, y un máximo de cinco Palabras Clave. A continuación sigue la versión en idioma inglés del resumen y de las palabras clave. Posteriormente se incluirán el Cuerpo del artículo, la Bibliografía, los Cuadros y las Figuras. El cuerpo del artículo consta de Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Agradecimiento.

Además de los trabajos científicos originales, la Revista acepta artículos de Revisión Bibliográfica, Comunicación Corta, Caso o Series de Casos Clínicos, Artículos de Opinión y Artículos de la Historia de la Medicina. La Revisión Bibliográfica debe ser sobre temas de interés médico general, incluir subtítulos elegidos por el autor y bibliografía actualizada. La Comunicación Corta debe incluir un máximo de 4 páginas y un máximo de un cuadro o una figura. No se aceptarán artículos que no cumplan los requisitos señalados.

### CARTAS AL EDITOR

Se publicarán cartas al editor cuando discutan o planteen en algún tema de interés general, o bien cuando exista alguna aclaración sobre alguno de los artículos publicados.

### RESUMEN

El Resumen debe contener el propósito, los métodos, los resultados y las conclusiones.

### ESTRUCTURA DEL TRABAJO CIENTIFICO ORIGINAL

#### INTRODUCCION

Será lo más breve posible incluyendo las referencias mínimas necesarias en donde se deben señalar claramente los objetivos de la observación o estudio. Debe explicar el problema general sirviendo de transición del mundo del lector al mundo del autor.

#### MATERIAL Y METODOS

En esta sección el autor debe describir qué y cómo hizo la investigación. Debe describirse claramente la selección de sujetos de investigación, así como las técnicas, procedimientos, aparatos, medicamentos, etc., utilizados de forma que permita a otros investigadores reproducir los resultados. Asimismo, se debe describir los métodos estadísticos utilizados. La información debe ser sustentada con las referencias bibliográficas pertinentes.

#### RESULTADOS

El autor resume su verdadera contribución al examinar e interpretar los resultados de la investigación, estableciendo comparaciones con otros estudios. Además, se debe evaluar y calificar las implicaciones de los resultados, incluyendo las conclusiones y sus limitaciones.

#### AGRADECIMIENTO

En esta sección se reconocen las contribuciones de individuos o instituciones tales como ayuda técnica, apoyo financiero y contribuciones intelectuales que no ameritan autoría.

#### REFERENCIAS

La Revista requiere de 10-20 referencias pertinentes y actualizadas por trabajo científico original. En el texto aparecen en números arábigos en superíndice y en forma correlativa, incluyendo cuadros y figuras. La lista de referencias se enumerará consecutivamente según el orden de aparición de las citas en el texto.

Se deben listar todos los autores cuando son seis ó menos cuando hay siete ó más, se listan los primeros tres seguidos de "et al." Abrevie los títulos de las revistas de conformidad con el estilo utilizado *Index Medicus*. Consulte la Lista de Revistas Indexadas en el *Index Medicus*. En referencias de libros y otras monografías, se debe incluir además el número de edición, el lugar, entidad editorial y el año. Las referencias a comunicaciones personales o datos no publicados sólo figuran en el texto entre paréntesis.

#### Ejemplos:

1. Newman RD, Wuhib T, Lima AAM, Guerrant RL, and Sears CL. Environmental sources of Cryptosporidium in an urban slum in Northeastern Brazil. *Am J Trop Med Hyg* 1993;49: 270-5.
2. Tizard IR. *Immunology: An introduction*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders College Publishing; 1992.

#### CUADROS

Los cuadros son conjuntos ordenados y sistemáticos de palabras y/o números que muestran valores en filas y en columnas. Se deben usar para presentar información esencial en término de variables, características o atributos en forma comprensible. Deben poder explicarse por sí mismos y complementar no duplicar el texto.

Cada cuadro debe presentarse en hoja aparte y estar identificado con un número correlativo de acuerdo a su aparición en el texto. Tendrá un título breve y claro de manera que el lector pueda determinar sin dificultad qué es lo que se tabuló; indicará además, lugar, fecha y fuente de la información. El encabezamiento de cada columna debe incluir la unidad de medida (porcentajes, tasas, etc.).

#### ILUSTRACIONES

Las ilustraciones (gráficos, diagramas, dibujos, mapas, fotografías, etc.), se deben utilizar para destacar tendencias e ilustrar comparaciones en forma clara y exacta. Las ilustraciones deben ser fáciles de comprender y agregar información, no duplicarla. Los dibujos y leyendas estarán cuidadosamente hechos y serán apropiados para su reproducción directa; se enviarán las ilustraciones entre hojas de cartón duro para su protección durante el transporte. Todas las ilustraciones estarán identificadas en el reverso con su número correlativo y nombre(s) del autor(es).

Las leyendas de las ilustraciones se escribirán en hoja aparte. Las figuras son preferibles en blanco y negro, con gran nitidez y excelente contraste. Si el autor desea publicar fotografías a colores, tendrá que comunicarse directamente con el Consejo Editorial para discutir las implicaciones económicas que ello representa. El exceso de cuadros e ilustraciones disminuye el efecto que se desea lograr.

#### ABREVIATURAS Y SIGLAS

Se utilizarán lo menos posible. Cuando aparecen por primera vez en el texto, deben ser definidas escribiendo el término completo a que se refiere seguido de la sigla o abreviatura entre paréntesis.

#### UNIDADES DE MEDIDA

Se utilizarán las normas del Sistema Internacional de Unidades que es esencialmente una versión amplia del sistema métrico.

#### PROCESO DE SELECCION

Los manuscritos recibidos pasan por un proceso de selección mediante un sistema de arbitraje por expertos en la materia, que pueden o no pertenecer al Consejo Editorial de la Revista.