



PUBLICACION CIENTIFICA  
DEL COLEGIO MEDICO  
DE HONDURAS

# Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112

VOLUMEN 76 - No. 3 Julio, Agosto, Septiembre, 2008



- El Apoyo del Gremio Médico a la Revista Médica Hondureña
- La Leishmaniasis Cutánea Atípica
- Imagen de Carcinoma Basocelular Ulcerado
- Caso Clínico de Lupus Eritematoso Cutáneo Subagudo
- Caso Clínico de Siringomas Eruptivos
- Lo que el Médico General debe saber sobre Escabiosis
- La Enseñanza de la Dermatología en la Facultad de Medicina de la UNAH
- La Dermatología en Honduras
- Precursores y Pioneros de la Dermatología en Honduras
- Poema del Dr. Héctor Laínez Núñez "Amor de Madre"



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

# Revista **MEDICA** Hondureña

Vol. 76, No. 3 Julio, Agosto, Septiembre 2008 pp. 99-144

---

## **CONSEJO EDITORIAL**

NICOLÁS SABILLÓN VALLECILLO  
DIRECTOR GENERAL

SILVANA VARELA MARTÍNEZ  
SECRETARIA

## **CUERPO DE EDITORES**

GUSTAVO ÁVILA MONTES  
REYNA DURÓN

EDNA JANETH MARADIAGA  
SENIA OCHOA RUEDA

JORGE PINEDA MURCIA  
NELLY JANETH SANDOVAL

## **EDITORES ASOCIADOS**

JACKELINE ALGER

IVÁN ESPINOZA SALVADÓ

MARTHA CECILIA GARCÍA

JOSÉ R. LIZARDO BARAHONA

CECILIA ELENA VARELA MARTÍNEZ

ODESSA HENRÍQUEZ

HERBERT STEGEMANN

## **ADMINISTRACIÓN**

## **COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS**

APARTADO POSTAL NO. 810

TEGUCIGALPA, HONDURAS

TEL. 232-6763, 231-0518, FAX: 232-6573

Correo Electrónico: [revistamedicahon@yahoo.es](mailto:revistamedicahon@yahoo.es)

## EDITORIAL

## El apoyo del gremio médico para mantener la puntualidad en la edición de la Revista Médica Hondureña

La puntualidad en la edición de una revista es uno de los requisitos más importantes que se consideran para ingresar y mantener indizada una revista en una Base de Datos Internacional (BDI) ej. Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS) y Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Científica Electrónica en Línea), SciELO, por mencionar dos. Otros criterios, no menos importantes son el carácter científico de la publicación, la periodicidad con que aparece (al menos debe ser trimestral) y el someter sus artículos a arbitraje por pares.

Tan importante es la puntualidad que si la misma no se obtiene o logra mantener, la revista no es considerada para ingresar a una de estas bases o puede ser eliminada de la BDI y por ende pierde la oportunidad de tener visibilidad internacional. Este probablemente sea el principal factor que podría explicar el porque la Revista Médica Hondureña es a la fecha, la única revista médica nacional indizada en una BDI, específicamente en LILACS.

Para mantener la puntualidad es fundamental tener un flujo adecuado de trabajos a publicar y es primordial, que estos trabajos cumplan con los requisitos de publicación ya normatizados a nivel internacional; este precisamente es el mayor problema con que nos enfrentamos los distintos consejos editoriales en nuestro país. Es obligación del consejo editorial buscar los mecanismos adecuados para que este flujo de trabajos no se convierta en un obstáculo para mantener la periodicidad y la puntualidad.

El actual Consejo Editorial de la Revista Médica Hondureña a fin de solventar lo anterior se ha estado avocando a los diferentes actores que conforman el Colegio Médico de Honduras y hospitales públicos, ej. Sociedades Médicas, Delegaciones, Servicios y Departamentos de Hospitales, entre otros,

a quienes les hemos solicitado su apoyo para FORTALECER nuestro órgano de publicación científica y que puedan dar a conocer sus investigaciones y experiencias al resto del gremio médico. Este apoyo no se ha hecho esperar. A la fecha han dicho presente el Grupo de Cuidados Paliativos (2007), el Instituto Nacional Cardiopulmonar (2008), el Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Escuela (2009) y el Servicio de Dermatología del Hospital Escuela, quien nos entrega el presente número.

El publicar por primera vez en la historia de nuestra revista un número donde casi todos los artículos son de dermatología considero que es un hecho que enorgullece a este Servicio y es un esfuerzo que les agradecemos en nombre de todos los médicos hondureños, el Consejo Editorial. En un editorial de nuestra revista el Dr. Hernán Corrales escribió que la Revista Médica Hondureña prestigiaría o no al gremio médico en la medida que nosotros lo deseáramos. Hoy sus compañeros y discípulos nos entregan un excelente trabajo que honran esas palabras. ¿Por qué solicitamos el apoyo del Servicio de Dermatología? La respuesta la encontramos en el artículo escrito por Mejía A y Ofelia W. donde se refiere que “hasta un 30% de las consultas generales son por problemas de piel.” Este dato por si mismo nos refleja la importancia que esta área de la medicina tiene en nuestro quehacer.

Gracias al apoyo del gremio médico lograremos mantener la puntualidad, periodicidad y fortalecer la calidad del contenido científico de nuestra Revista para que en un futuro no muy lejano demos el siguiente paso que es indizarnos a la BDI denominada SciELO, una de las bases más reconocidas a nivel internacional.

*Dr. Nicolás Sabillón V.*  
Director



# Caracterización de Pacientes con Leishmaniasis Cutánea Atípica

## *Characterization of patients with atypical cutaneous leishmaniasis*

Gustavo A. Lizardo Castro\*, Carlos Ponce†,  
Elisa Ponce‡, Manuel Sierra ‡

**RESUMEN. OBJETIVO:** Caracterizar los pacientes con Leishmaniasis cutánea atípica atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Escuela de Tegucigalpa. **PACIENTES Y METODO:** Estudio descriptivo. Se estudiaron 27 pacientes con diagnóstico de Leishmaniasis Cutánea Atípica, en el periodo comprendido de Septiembre 1999 a Marzo del 2000, en quienes se realizó el diagnóstico mediante frotis, cultivo de las lesiones y cuantificación de anticuerpos monoclonales; a un subgrupo se le realizó además análisis isoenzimático y test de Montenegro. **RESULTADOS:** la edad promedio fue 9.4 años, 17 eran del sexo masculino, 17 provenían de la región sur del país. En 23 (85%) las lesiones estaban en la cara, constituidas por pápulas, nódulos y placas no ulceradas, asintomáticas y de evolución crónica. En 15 (56%) pacientes se encontró desnutrición crónica. Las especies identificadas fueron *Leishmania chagasi* en 10 casos y *Leishmania mexicana* en 1 caso. **CONCLUSIONES:** El presente estudio es consistente con otras publicaciones que identifican a la zona sur de Honduras como una zona endémica de Leishmaniasis cutánea atípica, siendo *L. Chagasi* el agente causal predominante de esta enfermedad. La mayoría eran pacientes masculinos, mayores de cinco años de edad, con desnutrición.

**Palabras clave:** *Leishmaniasis. Leishmaniasis cutánea. Leishmania donovani chagasi. Leishmania chagasi/infantum. Leishmania mexicana.*

**SUMMARY. OBJECTIVE:** To Characterize patients with Atypical Cutaneous Leishmaniasis attended in Service of Dermatology of the Hospital Escuela. **PA-TIENTS AND METHODS:** 27 Patients diagnosed with Leishmania Cutaneous Atypical in the period of September 1999 to March of the 2000 were studied; diagnose was made by smear, culture of the wounds and quantification of monoclonal antibodies. To a subgroup of patients it carried out in addition, isoenzymatic analysis, Montenegro's test and biopsy of skin were also performed. **RESULTS:** The age average was 9, 4 years, 17 were of the male sex and 10 females; most percentage came from south region of the country. The wounds were located in areas exposed constituted by pápulas, nodules and eritematoviolaceous, asymptomatic, none-ulcerative plaques of chronic evolution. In 15 patients (56%) chronic malnutrition (height for age was below percentile 5) was present. In 10 cases de disease was produced by *Leishmania chagasi* and in one case by *L. Mexicana*. **CONCLUSIONS:** Present study is consistent with other publications that identify south region of Honduras as an endemic zone of Atypical Cutaneous Leishmaniasis, being *L. Chagasi* the predominant causal agent of this illness. Most patients were male, with some degree of malnutrition and over 5 years old.

\* Servicio de Dermatología, Hospital Escuela. Tegucigalpa.

† Laboratorio Central de Referencia para Enfermedad de Chagas y Leishmaniasis, Secretaría de Salud. Tegucigalpa.

‡ Unidad de Investigación Científica, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH  
Dirigir correspondencia a: glizardoc@yahoo.com

**Keywords:** *Cutaneous leishmaniasis. Leishmania Donovanii chagasi. Leishmaniasis. Leishmania chagasi/infantum. Leishmania mexicana.*

## INTRODUCCIÓN

La Leishmaniasis cutánea localizada, es endémica en Centro América.<sup>1</sup> En las últimas dos décadas se ha observado una nueva variante de Leishmaniasis cutánea localizada en la zona sur de Honduras, constituida por lesiones no ulceradas que afectan predominantemente la cara y las extremidades en forma de pápulas, nódulos y placas asintomáticas de evolución crónica. A esta forma de leishmaniasis se le ha denominado Leishmaniasis Cutánea Atípica (LCA).<sup>2-5</sup>

La descripción de esta nueva forma clínica de leishmaniasis en Honduras ocurrió en Amapala, Isla del Tigre, al observar Ponce y colaboradores dichas lesiones cutáneas en niños y adolescentes saludables y aparentemente bien nutridos, familiares y vecinos de pacientes con Leishmaniasis Visceral (LV).<sup>2</sup> El estudio de las lesiones cutáneas condujo al aislamiento de *Leishmania chagasi* (*L. Chagasi*), que hasta ese momento había sido descrito como el agente etiológico de la LV.<sup>1,6</sup> La región sur de Honduras es área endémica de LV.<sup>2,7</sup> En otro estudio realizado en nuestro país el Dr. Neva y cols encontraron que la *Leishmania mexicana* (*L. mexicana*), también es agente etiológico de LCA, aunque en menor proporción.<sup>8</sup>

A pesar de lo endémico en el país de esta nueva forma de presentación de leishmaniasis cutánea, esta enfermedad es muy poco conocida por el personal de salud. Nuestro propósito fue caracterizar los pacientes con Leishmaniasis cutánea atípica atendidos en el Servicio de dermatología del Hospital Escuela de Tegucigalpa.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de 27 pacientes diagnosticados con LCA que acudieron espontáneamente o fueron referidos a la Consulta Externa del Servicio de Dermatología del Hospital Escuela de Tegucigalpa en el período comprendido de septiembre 1999 a marzo del 2000 (seis meses). Se elaboró un protocolo en el que se incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, peso, talla, procedencia, anteceden-

tes personales, familiares y comunales de la enfermedad; localización, forma clínica y evolución de la lesión; frotis, cultivo, Histopatología de la lesión; prueba de Montenegro, anticuerpos monoclonales y análisis isoenzimático; respuesta al tratamiento con antimonio de meglumina; efectos adversos del tratamiento; seguimiento por 12 meses (Curado: remisión total de la (s) o la lesión (es) seis semanas después de terminado el tratamiento. Recaída: reactivación de una o más lesiones después de su remisión completa). Se obtuvo consentimiento informado.

## DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

El diagnóstico de LCA se realizó por los siguientes medios descritos en la literatura:<sup>9,10</sup>

- Frotis de la (s) lesión (es). Se hizo raspado fino de la lesión, montaje del raspado en un portaobjeto y posterior coloración con tinción de Wright o Giemsa para identificación de amastigotes.
- Cultivo. Se utilizó el medio de Senejkie.
- Anticuerpos monoclonales. Se utilizó pruebas de ELISA e Inmunofluorescencia indirecta para caracterizar el complejo de *Leishmania*.
- Test intradérmico de Montenegro. Preparada con antígenos de promastigotes de *L. chagasi*. Una prueba positiva fue definida por la presencia de una induración palpable  $\geq 5$  mm a las 48 horas.
- Análisis del patrón isoenzimático. Por medio de electroforesis de extractos del parásito corridos contra patrones de referencia. Este análisis permitió determinar la especie del parásito. Se realizó en el Departamento de Biología de la Universidad de Youngstown, Ohio, USA.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS

El manejo electrónico de los datos se hizo con Epi-Info versión 6.02. En el análisis de los datos se utilizaron pruebas de diferencia de medias y de proporciones. Todos los valores de  $p$  son de doble cola. Las relaciones antropométricas de los sujetos incluidos se hicieron utilizando patrones de referencia del Centro Nacional para Estadísticas de Salud de los Estados Unidos de América.<sup>11</sup>

## RESULTADOS

Se estudiaron 27 pacientes, 17 (63%) del sexo masculino. La edad estuvo comprendida en el rango de 3 años a 20 años, con promedio al momento del diagnóstico de 9.4 años. En 9 (33.3 %) las lesiones se presentaron a una edad menor de 5 años, siendo el menor de 7 meses. Los pacientes provinieron de los Departamentos de Francisco Morazán (9), Valle (7), Choluteca (6), El Paraíso (4) y Comayagua (1).

Se encontró antecedentes familiares de Leishmaniasis cutánea atípica (la mayoría de primer grado de consanguinidad), en 10 (37%) pacientes y en convivientes de la comunidad en 15 (56%). Cinco pacientes habían recibido tratamiento anterior de las lesiones, cuatro con antimonio de meglumina IM x 20 días a dosis inferiores a 20 mg / kg / día (por referencia del paciente o familiar). De estos cuatro pacientes, dos no se curaron y dos presentaron reactivación de las lesiones en un período de 12 meses posterior al tratamiento. Se encontró un paciente que había recibido tratamiento tópico con nitrógeno líquido que también presentó reactivación de las lesiones en un período de 12 meses posterior al tratamiento. En relación a las lesiones en 23 (85%) pacientes se presentó en la cara. El tipo consistió en pápulas, nódulos y placas, no ulceradas, redondas u ovaladas con eritema leve o eritematovioláceas, algunas color piel o hipocrómicas, con frecuencia mostraron un halo de despigmentación (Figuras No. 1 y 2). El promedio en el número de lesiones fue 3.7 (rango 1 – 17). En 17 (63%) pacientes el número fue menor o igual de tres. No hubo diferencia significativa en el número promedio asociadas a sexo (2.8 en el femenino vs 4.3 en el masculino.  $p=0.6$ ). El tamaño estuvo en el rango de 1 a 34 mm con un diámetro promedio de 7.2 mm. En los 27 casos las lesiones fueron asintomáticas y de evolución crónica. El tiempo de evolución al momento del diagnóstico estuvo en el rango de 8 meses a 11 años, promedio 2.6 años. En ningún caso se observó remisión espontánea de las lesiones.

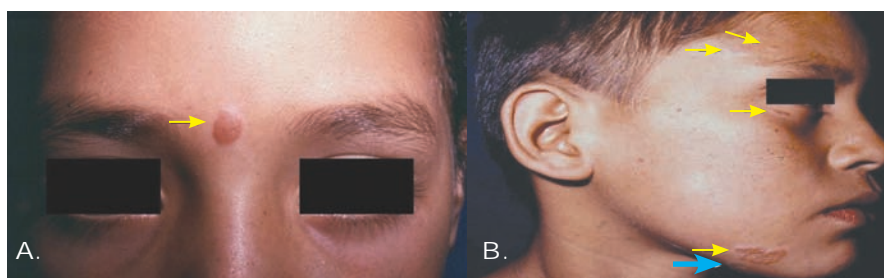


Figura No. 1: A. Leishmaniasis cutánea atípica. Lesión nodular, elevada, eritematosa de superficie lisa. B. Múltiples lesiones en forma de pápulas en la frente (flechas amarillas) y placa en región mandibular (flecha azul).

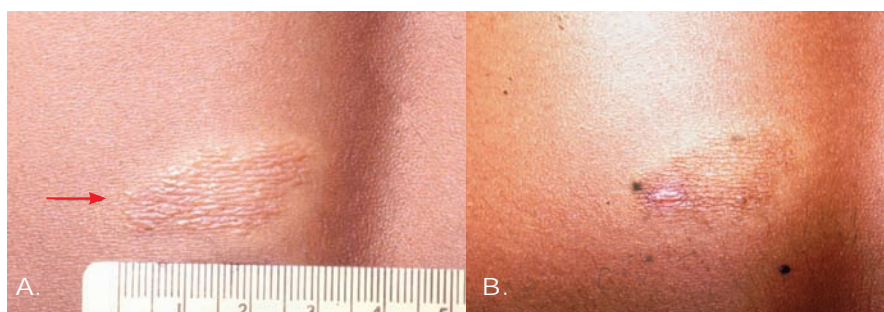


Figura No. 2: A. Leishmaniasis cutánea atípica. Placa color piel, elevada, rodeada de halo hipopigmentado. B. Placa pos tratamiento. Obsérvese el aplanamiento y la atrofia residual de la lesión.

No se encontró linfadenopatía regional ni signos clínicos de compromiso visceral. En ningún paciente se encontró antecedente de haber padecido leishmaniasis visceral.

De los 27 pacientes, 11 (41 %) tuvieron peso por debajo del Percentil 5 y 15 (56%) talla por debajo del percentil 5, la relación peso/talla fue normal.

Los 27 pacientes tuvieron diagnóstico clínico de LCA con confirmación laboratorial del agente causal. En los 27 pacientes se hizo frotis y cultivo de la lesión los cuales resultaron positivos para amastigotes y promastigotes, respectivamente. Mediante el uso de anticuerpos monoclonales se determinó que 26 casos correspondieron al complejo *L. donovani* y un caso al complejo *L. mexicana*. La caracterización de las especies por análisis isoenzimático se realizó en 11 casos: *L. chagasi* (10 casos) y *L. mexicana* (1 caso). Los 10 casos en que se comprobó como agente etiológico *L. chagasi* procedieron de áreas endémicas para leishmaniasis visceral. El único caso cuyo agente etiológico fue *L. mexicana* procedía de la aldea Piedras Azules, municipio de Comayagua, en el Depar-

tamento del mismo nombre, que no es área endémica para leishmaniasis visceral.

Debido a la procedencia rural remota de la mayoría de los casos, la prueba intradérmica de Montenegro se efectuó en 8 pacientes, fue positiva en siete y negativa en uno.

En un paciente se efectuó biopsia de piel la cual reportó inflamación crónica granulomatosa compatible con leishmaniasis cutánea.

A los 27 pacientes se les administró tratamiento ambulatorio sistémico intramuscular con antimonio de meglumina, a la dosis de 20 mg/Kg/día durante 20 días consecutivos. El seguimiento fue posible durante 12 meses en 24 pacientes. Todas las lesiones curaron en el transcurso de 30 días de finalización de un curso de tratamiento, excepto en dos casos en los que se indicó un segundo curso de tratamiento dos meses después. Durante el seguimiento hubo reactivación de lesiones en dos casos, ocho meses después de finalizado el tratamiento.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que la mayoría de pacientes con Leishmaniasis cutánea atípica procedieron de la región sur del país, eran del sexo masculino, con desnutrición crónica, las lesiones se presentaron con mayor frecuencia en la cara, en forma de pápulas, nódulos y placas, el agente causal identificado por análisis del patrón isoenzimático fue *L. chagasi* y *L. mexicana*. Se trataron de forma satisfactoria con antimonio de meglumina, excepto en dos casos todas las lesiones curaron en el transcurso de 30 días de finalización de un curso de tratamiento.

En 1988, Ponce y colaboradores reportaron que *L. chagasi* producía lesiones cutáneas no ulceradas en pacientes de la región sur de Honduras, que es a su vez una área endémica de LV.<sup>2</sup> *L. chagasi* es el agente etiológico de LV en el Nuevo Mundo.<sup>1,5,12,13</sup> En Brasil, se ha reportado el aislamiento de *L. chagasi* en lesión cutánea ulcerada.<sup>13</sup>

Como parte de un proyecto colaborativo en la zona sur de Honduras, en el periodo 1997-1998 se diagnosticaron 1,128 pacientes afectados por LCA cuyo diagnóstico clínico fue confirmado por frotis de material de las lesiones obtenido por raspado y coloreado con Wright. Los pa-

cientes provenían de zonas rurales de los Departamentos de Francisco Morazán (parte sur), Choluteca, Valle y El Paraíso. Este estudio y otros efectuados en el municipio de Reitoca, Francisco Morazán ofreció evidencia adicional de que la zona sur de Honduras es un área endémica de LCA.<sup>14,15</sup>

En 210 casos confirmados de leishmaniasis visceral en Honduras entre 1974 y 1990, 202 (96%) casos correspondían a la edad de 0-5 años, de éstos 179 (85%) eran menores de 2 años y más del 70% eran del sexo femenino.<sup>7</sup> En cambio la LCA se presenta usualmente en niños de mayor edad, correspondiendo en nuestro estudio al 96% (26 de 27 casos) en niños cuya edad al momento del diagnóstico fue 5 años. Lo anterior también ha sido constatado en otros estudios realizados en la zona.<sup>2,14,15</sup> Se ha considerado que si la infección ocurre en menores de 5 años de edad (sobre todo en menores de 2 años) hay más posibilidades de que se desarrolle un cuadro visceral, esto es debido a que el sistema inmune no se ha desarrollado completamente para poder hacerle frente a la infección, en cambio en mayores de 5 años el sistema inmune por lo general no permite el desarrollo de una LV, pero el parásito no es eliminado en todos los casos y cuando logra sobrevivir se ubica en la piel para producir las lesiones cutáneas.<sup>2,7</sup> En nuestro estudio un tercio de los pacientes iniciaron sus lesiones de LCA antes de los 5 años de edad y no presentaron manifestaciones clínicas de compromiso visceral.

La capacidad de *L. chagasi* de producir enfermedad cutánea o visceral podría estar determinada por varios factores, incluyendo el estado inmune del huésped, identidad genética y características del parásito y del mosquito responsable de su transmisión.<sup>3,5,16,17,18</sup> La respuesta inmune a la infección por *Leishmania* es mediada por células. El resultado de la infección dependerá de la respuesta Th1 o Th2 por parte del huésped. En la Th1 las células CD4 producen interleuquina (IL) 2, IL3 e interferón (INF) gamma, que activan los macrófagos, los cuales fagocitan los promastigotes provocando resistencia a la infección. En cambio en la respuesta Th2 hay producción de IL4 que está asociada con progresión de la enfermedad.<sup>1</sup> Lo anterior nos explica porque la leishmaniasis tiene un espectro de manifestaciones que van desde las formas subclínicas hasta las diseminadas. Por otra parte se ha estudiado la respuesta inmune en pacientes con LCA y en pacientes con leishmaniasis cutánea localizada (LCL) ulcerada, encontrando



en ambos grupos un comportamiento inmunológico diferente. En la LCA hay un estado inmunológico conservado caracterizado por niveles de células CD4 normales y un incremento de células citotóxicas, en cambio en la LCL ulcerada corresponde a un estado de inmunodeficiencia celular caracterizado por una disminución de las células T auxiliaoras. Lo anterior explica por que las lesiones de la LCA son menos severas, no ulceradas y circunscritas.<sup>16</sup>

La capacidad de *L. mexicana* de producir lesiones cutáneas no ulceradas clínicamente indistinguibles de las producidas por *L. chagasi* queda demostrada en este estudio al identificar a dicha *Leishmania* en uno de los pacientes, así como en un estudio previo realizado.<sup>8</sup>

El vector predominante en el área endémica de Honduras ha sido identificada como *Lutzomyia longipalpis*, quien transmite *L. chagasi*.<sup>2</sup> No se han realizado estudios para determinar el vector que transmite *L. mexicana* en dicha área. Como reservorios más importantes se consideran a los perros domésticos, roedores, y a los mismos pacientes con leishmaniasis cutánea.<sup>2,3,7</sup> Si los casos de LCA sirven como reservorios del agente etiológico de LV, podría tratarse de una enfermedad potencialmente peligrosa para la salud de las zonas afectadas especialmente para los niños de menor edad.<sup>3</sup> Se necesitan otras investigaciones para ver la magnitud de dicha enfermedad a nivel poblacional, las condiciones ecológicas que hacen posible la transmisión vectorial, así como los factores de riesgo asociados a dicha enfermedad.

Se han reportado casos similares de LCA en El Salvador y en Nicaragua sobre todo en la parte correspondiente de dichos países con la región sur de Honduras, incluyendo la zona del golfo de Fonseca en la Costa del Pacífico.<sup>3,7</sup> Zeledón et al reportaron en Costa Rica en 1989 una epidemia de leishmaniasis cutánea cuyas lesiones no eran ulceradas, logrando identificar el agente etiológico como *L. infantum*.<sup>4</sup> La mayoría de los taxónomos consideran a *L. Chagasi* idéntica a *L. infantum*.<sup>7</sup> *L. infantum* es el agente etiológico de LV en el Viejo Mundo.<sup>1,5,17</sup> El sur de España y Francia así como otros países que comparten la cuenca del mediterráneo son zonas endémicas de LV. En 1980 Riox y cols identificaron *L. infantum* en dos pacientes con leishmaniasis cutánea.<sup>19</sup> En 1998 Del-Giudice y cols en Francia reportaron seis pacientes con lesiones cutáneas producidas por *L. infantum*, en cuatro pacientes eran pápulas no ulceradas (edad: 9 meses a 22 años), en un

paciente era ulcerada (56 años) y en el otro era infiltrativa (85 años).<sup>19</sup>

De los estudios referidos anteriormente, los realizados en nuestro país por Ponce y cols, Santos y cols, Meléndez y cols, así como el de Belli y cols en Nicaragua, reportaron *L. chagasi* como el agente etiológico y las lesiones de LCA presentaron en esencia las mismas características: pacientes cuya edad era mayor o igual a cinco años con lesiones localizadas en áreas expuestas de predominio en la cara, constituidas por pápulas, nódulos y placas no ulceradas, usualmente pocas en número (3 ó menos), tamaño promedio de 10 mm, eritematovioláceas, algunas con un halo de despigmentación, de evolución crónica (años) y sin tendencia a la remisión espontánea.<sup>2,3,14,15</sup> Todos estos hallazgos están presentes en nuestro estudio y queremos resaltar el hecho de que 15 (56 %) de los 27 pacientes, presentaron la forma clínica de placa como modalidad única o combinada, además de que las lesiones de la cara por lo general eran levemente eritematosas o eritematovioláceas, en cambio las del tronco y extremidades eran color piel o hipopigmentadas, este último dato no está consignado en los trabajos previos. Zeledón y cols y Del-Guidice y cols reportaron *L. infantum* como agente etiológico en sus estudios. El primero reporta LCA en una región semiárida, con al menos 5 % de inmigrantes nicaragüenses, los cuales podrían haber traído el parásito, ya que hasta ese momento no se había reportado ningún caso de LV ni de LCA en Costa Rica. Las lesiones referidas son idénticas a las encontradas en nuestro estudio, solo difieren en que pocos casos aparentemente curaron en forma espontánea.<sup>4</sup> Del-Guidice y cols reportaron lesiones con tendencia a la curación espontánea tanto ulceradas como no ulceradas, estas últimas en niños y adultos jóvenes.<sup>19</sup> El hallazgo en este grupo etario se correlaciona con los resultados de nuestro estudio.

La asociación entre el estado nutricional y la presentación clínica de la LCA no ha sido claramente establecida. En nuestro estudio se encontró una relación talla/edad baja, un total de 15 pacientes (56%) estaban por debajo del percentil 5, con una relación peso/talla normal. Esto indica que la mayoría de estos niños han estado sometidos a lo largo de sus vidas a un crecimiento deficitario probablemente como consecuencia de una inadecuada nutrición, dadas sus condiciones de pobreza extrema.<sup>11</sup> Ponce y cols reportaron pacientes con LCA aparentemente bien nutridos, pero en su estudio no se realizaron medidas



antropométricas.<sup>2</sup> La evidencia clínica y epidemiológica sugiere que las deficiencias nutricionales aumentan la susceptibilidad y la severidad a las infecciones.<sup>20</sup> La desnutrición interfiere con funciones importantes del sistema inmune resultando en una incapacidad para controlar la infección por *Leishmania*, especialmente la forma visceral, y en menor grado la forma crónica cutánea.<sup>21</sup> El estado nutricional del huésped a su vez es reflejo del bajo nivel socio-económico. En áreas endémicas, el aumento en el riesgo de infección se relaciona con condiciones precarias de vivienda, el pobre saneamiento ambiental, la falta de medidas de protección personal, la migración asociada a la pobreza y la economía agrícola estacional que pone en contacto huéspedes susceptibles con los vectores transmisores de la *Leishmania*. La falta de acceso a servicios de salud impide el diagnóstico y tratamiento oportunos de las infecciones, aumento de la morbilidad y mortalidad por infecciones, particularmente en los más vulnerables, mujeres y niños (as).<sup>22,23</sup>

La terapia sistémica con antimonio de meglumina es efectiva.<sup>17, 24-27</sup> En nuestro estudio la mayoría de pacientes respondió a un curso de tratamiento. En dos casos hubo respuesta parcial, uno de ellos con lesión en la nariz y el otro en la oreja, sitios en que es más frecuente tener falla terapéutica.<sup>13</sup> Dos pacientes presentaron recaída a los ocho meses de seguimiento. La curación se obtuvo en estos cuatro pacientes al administrar un segundo curso de tratamiento. Las reacciones adversas ocurrieron en pocos pacientes y consistieron en inflamación local en el sitio de inyección, cefalea, fiebre, somnolencia, etc. las cuales fueron transitorias y leves y no ameritaron suspensión del tratamiento.

El hecho de haber continuado atendiendo la consulta de Dermatología Pediátrica en el Servicio de Dermatología del Hospital Escuela hasta la fecha (septiembre 2008) me permite hacer las siguientes observaciones:

1. Si bien el seguimiento controlado de los pacientes del estudio fue de 12 meses, se les recomendó que si en algún momento posterior presentaban reactivación de las lesiones, acudieran de nuevo a la consulta. Hasta ahora, siete años después, ningún paciente ha regresado por ese motivo.
2. En diciembre del 2003 atendí un varón de 27 meses de edad procedente de Reitoca, F.M. con una lesión en la mejilla izquierda de un año de evolución, de 15 milímetros de diámetro, con datos epidemiológicos

y clínicos de LCA, en forma de placa eritematoviolácea no ulcerada, pero de superficie áspera, húmeda y con formación de costras (en los últimos 6 meses). El frotis fue positivo para *Leishmania* observándose amastigotes. Este paciente fue manejado y curado con un curso de antimonio de meglumina. Este caso me parece muy interesante ya que podría corresponder a un estado intermedio entre la LCA (no ulcerada) y la forma ulcerada que hasta este momento no ha sido reportada en nuestro país.

La experiencia con el tratamiento tópico de la LCA en nuestro país es muy limitada. El uso de paromomicina al 15%, más urea al 10% en parafina blanda blanca, por Ponce y cols fue ineficaz.<sup>8</sup> En cambio se obtuvieron aparentemente buenos resultados con la criocirugía y con el antimonio de meglumina intralesional, pero dichos estudios tuvieron un seguimiento muy corto (6-12 semanas).<sup>15,28</sup> Del-Guidice reporta curación con el uso de sulfato de paromomicina tópica en un niño de 9 meses de edad con seis lesiones faciales de leishmaniasis cutánea no ulcerada.<sup>19</sup>

Consideramos que la terapia sistémica es la forma más eficaz de tratar la LCA ya que la misma es producida predominantemente por *L. chagasi*, que es el mismo agente de LV, por tanto si estos pacientes han recibido tratamiento tópico, aún cuando hayan remitido sus lesiones cutáneas, siguen siendo reservorios del parásito que causa LV, enfermedad que puede ser fatal si no recibe tratamiento adecuado y oportuno.<sup>3,7</sup> En consecuencia solo estaría indicado el tratamiento tópico en aquellos muy pocos pacientes en que se haya confirmado que su LCA es producida por *L. mexicana*, aunque esta medida pueda ser poco práctica para ser implementada en salud pública.

El médico no dermatólogo debe tener presente que las lesiones de LCA pueden confundirse clínicamente con sarcoidosis cutánea y lepra nodular infantil. La característica macroscópica de la lesión, la procedencia del paciente y la cronicidad de cuadro, deben hacer sospechar esta patología. Ante la sospecha el paciente debe referirse al dermatólogo. Una vez curadas las lesiones se aplanan, dejan una discreta cicatriz atrófica, en ocasiones deprimida, usualmente con hiperpigmentación residual en lesiones de la cara e hipopigmentación en lesiones del tronco y extremidades; estas lesiones aplanadas y atróficas no deben considerarse como persistencia de la enfermedad.

Agradecimiento. A Richard Kreutzer, PhD, Department of Biology, Youngstown State University, Youngstown, Ohio, por la realización de los estudios Isoenzimáticos. A los médicos especialistas y residentes del Servicio de Dermatología del Hospital Escuela por su colaboración en el desarrollo de este estudio, a la Dra. Ivón Patricia Muñoz Urbizo por su ayuda en la redacción y revisión del manuscrito.

#### REFERENCIAS

- Piscopo TV, Mallia AC. Leishmaniasis. *Postgrad Med J* 2006; 82:649-57.
- Ponce C, Ponce E, Morrison A, Cruz A, Nova F. Leishmania donovani chagasi: new clinical variant of cutaneous leishmaniasis in Honduras. *Lancet* 1991;357:67-70.
- Belli A, Garcia D, Palacios X, Rodriguez B, Valle S, Videá E, Tinoco E, et al. Widespread atypical cutaneous leishmaniasis caused by leishmania (L.) Chagasi in Nicaragua. *Am J Trop Med Hyg* 1999;61(3):380-5.
- Zeledón R, Hidalgo H, Viquez A, Urbina A. Atypical cutaneous leishmaniasis in a semiarid region of northwest Costa Rica. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1989; 83:786.
- Campos-Ponce M, Ponce C, Ponce E, Maingon RDC. Leishmania chagasi/infantum: further investigations on leishmania tropism in atypical cutaneous and visceral leishmaniasis foci in Central America. *Experimental Parasitology* 2005; 109: 209-19.
- Klaus SN, Frankenburg S. Leishmaniasis and other protozoan infections. In Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, editors, *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*. 6th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2003. p. 2215-24.
- Ponce C, Ponce E. Las leishmaniasis en Honduras. Washington (DC);OPS: Serie de diagnósticos No 12. 1993.
- Neva FA, Ponce C, Ponce E, Kreutzer R, Modabber F, Olliaro P. Non ulcerative cutaneous leishmaniasis in Honduras fails to respond to topical paromomycin. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1997; 91: 473-5.
- Faber WR, Oskam L, Gool TV, Kroom NCM, Knecht-Junk KJ, Hotweggen H, et al. Value of diagnostic techniques for cutaneous leishmaniasis. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:70-4.
- Bensoussan E, Nasereddin A, Jonas F, Schnur LE, Jaffe CL. Comparison of PCR assays for diagnosis of cutaneous leishmaniasis. *J Clin Microbiol* 2006; 44(4):1435-9.
- Needelman RD. Growth and development. In Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, editors, *Nelson Textbook of Pediatrics*, 17th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 2003. p. 23-66.
- Bailey MS, Lockwood DN. Cutaneous leishmaniasis. *Clin Dermatol* 2007;25:203-11.
- Halpert E, Rodríguez G, Hernández CA. Leishmaniasis. In Harper J, Oranje A, Prose N, editors, *Textbook of Pediatric Dermatology*, Oxford: Blackwell Science Ltd; 2000. p. 524-6
- Santos K, Bermúdez J, López E, Alger J, Sierra M, Fajardo D. Estudio clínico-epidemiológico de leishmaniasis cutánea atípica en Reitoca, Zona endémica de sur de Honduras. *Rev. Med. Post-UNAH* 2006; 9(1): 47-57.
- Meléndez V, González M, Sierra M, Alger J, Zúñiga C, López E. Estudio comparativo entre antimonio de meglumina intralesional versus tratamiento convencional intramuscular en el manejo de leishmaniasis cutánea atípica. *Rev. Med. Post-UNAH* 2006; 9(2): 165-74.
- Abraham CM, Robles TN, Palacios X, Vega C, González A, Ballester JM. Respuesta inmune celular en enfermos con leishmaniasis cutánea atípica. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* 1999;15(1):25-9.
- Vega-López F, Hay RJ. Parasitic worms and protozoa. In Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, editors, *Textbook of Dermatology*, 7th ed. London: Blackwell Science Ltd; 2004. p. 1507-54.
- Von Stebut E. Immunology of cutaneous leishmaniasis: the role of mast cells, phagocytes and dendritic cells for protective immunity. *Eur J Dermatol* 2007; 17(2) 115-22.
- Del Giudice P, Marty P, Lacourt JP, Perrin C, Pratlong F, Hass H, et al. Cutaneous leishmaniasis due to Leishmania infantum. *Arch Dermatol* 1998; 134: 193-8.
- Abdurrahim K, Özcan E, Mehmet SG, Adnan S, Necmeddin A, Selahattin G, Senel A. Decreasing selenium levels and glutathione peroxidase activity in patients with cutaneous leishmaniasis. *Tr J Med Sci* 1999; 29: 291-5.
- Cerf BJ, Jones TC, Badaro R, Sampaio D, Teixeira R, Johnson Jr WD. Malnutrition as a risk factor for severe visceral leishmaniasis. *J Infect Dis* 1987; 156: 1030-3.
- Weigel MM, Armijos RX, Zurita C, Racines J, Reddy A, Mosquera J. Nutritional status and cutaneous leishmaniasis in rural ecuadorian children. *J Trop Ped* 1995; 41: 22-8.
- Alvar J, Yactayo S, Bern C. Leishmaniasis and poverty. *Trends Parasitol* 2006; 22(12):552-7.
- Markle WH, Makhoul K. Cutaneous leishmaniasis: Recognition and treatment. *Am Fam Physicians* 2004;69:455-60.
- Arenas R. Leishmaniasis. In Arenas R, Estrada R, editors, *Tropical Dermatology*, 1st ed. Texas: Landes Bioscience; 2001. p. 228-37.
- Heymann DL. Leishmaniasis. *Pub. Cient. Y Tec. No 613, 18a Ed. Washington (DC): OPS; 2005. p. 402-10.*
- Schwartz E, Hatz C, Blum J. New world cutaneous leishmaniasis in travelers. *Lancet infect Dis* 2006;6:342-9.
- Martel B, Corrales-Padilla H, Ponce C, Ponce E. Criocirugía como alternativa terapéutica en leishmaniasis cutánea atípica. *Rev. Med. Post-UNAH* 1997; 2(1):12-6.

# Caracterización Epidemiológica del Paciente Pediátrico Víctima de Atropellamiento por Vehículo Automotor

*Epidemiologic Characterization of the Pediatric Pedestrian Patient Run  
Over by a Motor Vehicle.*

Carla Patricia Nativí Pineda\*, Yeny Yamilet Chavarria Banegas†,  
Dolores Yolanda Sosa García‡, Félix Iván Herrera Torres‡

**RESUMEN. OBJETIVO.** Caracterizar epidemiológicamente los pacientes pediátricos atropellados por vehículos automotores. **PACIENTES Y MÉTODOS.** Estudio descriptivo transversal de niños atropellados por vehículo automotor, atendidos en la emergencia del Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, en el período comprendido del 1 de junio del 2001 al 30 de septiembre del 2003. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista estructurada. **RESULTADOS.** Se estudiaron 205 niños, la edad promedio fue 8 años, relación M: F 2:1. El 32 % (66) fue atropellado en el lapso de las 10 a las 14 horas; el 21 % (43) recibió atención paramédica en el sitio del accidente; el tiempo promedio de llegada al hospital fue de 1:48 horas; el 41 % (83) fue transportado al hospital por algún familiar; el 34 % (70) ingresó con pérdida de conciencia, concordante con el diagnóstico principal de trauma encéfalo craneano. Cuatro (2%) pacientes fallecieron. **CONCLUSIÓN:** la mayoría de niños atropellados por vehículo automotor fueron niños en edad escolar, del sexo masculino,

atropellados en horas del día que entran o salen de la escuela, menos de la mitad recibieron atención paramédica en el sitio del accidente, el tiempo de llegada al hospital es mayor al que estipulan las normas internacionales y la mayoría presentaron trauma encéfalo craneano. Se recomienda el desarrollo de programas de educación y prevención en la comunidad relativo a la prevención de accidentes, específicamente en la población pediátrica.

*Palabras clave: Lesiones. Traumatismo múltiple. Traumatismo craneocerebrales. Accidentes de tránsito.*

**ABSTRACT. OBJECTIVE.** To characterize epidemiologically pediatric patients run over by automobiles. **PATIENTS AND METHODS.** Transversal descriptive studies in children run over by automobiles that have been attending in the emergency room of hospital materno infantil in Tegucigalpa, through June 1, 2001 to September 30, 2003. The information was collected by a structured interview. **RESULTS.** 205 children were studied the average age is 8, relation M:F. 2:1. 32% (66) was run over in the lapse from 10 to 14 hours. 21% (43) got paramedic attention at the place of the accident; the average time arriving to the hospital was

\* Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa.

† Médico General. Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa.

‡ Neurocirujano. Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa.

Dirigir correspondencia a: yeny.y.chavarria. Correo electrónico: yenchavy@hotmail.es

**1:48 hours; 41% (83) was transported by a member of the family, 34% (70) got into the hospital unconscious with the main diagnosis of encephalocranial trauma, 2% (4) patients died. CONCLUSION. Most children run over by a car were in school age, male, hit during the hours that they enter or get out of school; less than half got paramedic attention in the place of the accident, the time of arriving to the hospital is more than the international rules stipulate, most cases had encephalocranial trauma. Is recommended to develop education and prevention programs in the community; so they can prevent accidents, specifically in pediatric population.**

**Keywords: Injuries. Multiple trauma. Craniocerebral trauma. Accidents. Traffic.**

## INTRODUCCIÓN

El atropellamiento puede definirse como un tipo especial de violencia originado entre el cuerpo humano y un vehículo o un animal en movimiento. Se distinguen dos tipos de vehículos atropelladores, los provistos de ruedas sin neumático y aquellos con neumático, en los segundos encontramos las bicicletas, motocicletas, automóviles de pequeño y gran mole.<sup>1</sup> Las lesiones causadas por atropellamiento al peatón pediátrico son la principal causa de muerte en niños entre 5 y 14 años.<sup>2</sup>

Se ha descrito que durante el atropello el peatón absorbe toda la energía, los niños y los ancianos sufren lesiones más graves que el resto de la población.<sup>3</sup> Generalmente cuando un paciente es víctima del impacto automovilístico, presenta dos de los componentes de la tríada Waddle (fractura tibioperoneana o de fémur, lesión del tronco y cráneo facial).<sup>4</sup> El mayor riesgo lo llevan los varones entre los 5 y 9 años que viven en barrios de bajo nivel socioeconómico. La gravedad de las lesiones, por el atropellamiento de un vehículo depende de la velocidad del vehículo, el peso de los peatones y la estructura frontal del automotor.<sup>2,4,5</sup> Los niños en camino a la escuela o que juegan en la calle frente a su casa están más expuestos al tráfico y por ende a los accidentes de tránsito.<sup>6</sup>

En nuestro país los atropellos son un problema de salud, que no muestra una tendencia a la reducción. Esto lo

demuestran las estadísticas de la Dirección Nacional de Tránsito: en el 2001 se registraron 542 atropellos en el ámbito nacional, 33 fueron en Tegucigalpa; en el 2002 fue de 430, de estos 154 fueron en el área metropolitana; en el 2003 fue de 616 de estos 129 fueron en el área metropolitana; durante el periodo comprendido del 2004 al 2007 a nivel nacional se registraron 2451 atropellos, con 657 asignados al área metropolitana. En el 2008 hasta el mes de marzo la Dirección Nacional de Tránsito registró 198 atropellos con 60 asignados a Tegucigalpa y de estos 36 en menores de edad.<sup>7</sup>

En vista de que el Hospital Materno Infantil (HMI), en Tegucigalpa, es el principal centro de referencia y atención de niños politraumatizados y ante la falta de estudios en este campo, se decidió realizar el presente estudio con el objetivo de caracterizar epidemiológicamente los pacientes pediátricos atropellados que acuden a la emergencia de este hospital.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio de tipo transversal descriptivo, realizado en el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, de el 1 de junio del 2001 al 30 de septiembre del 2003, en pacientes pediátricos que ingresaron a la emergencia del HMI, víctimas de atropellamiento por vehículo automotor, exceptuando buses y camiones. Los datos se recabaron por medio de una entrevista estructurada. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, escolaridad, si el menor trabajaba o no; si trabajaba o no al momento del accidente; hora del atropello; lugar de la vía pública donde ocurrió el accidente (acera, calle, mediana); atención paramédica recibida (si, no), transporte hacia el hospital (Cruz Roja, bomberos, policía, familia, u otros); tiempo transcurrido desde el accidente hasta el ingreso hospitalario; lugar geográfico del accidente; tipo de trauma (fracturas, excoiaciones, contusiones) y diagnósticos de ingreso.

Los datos obtenidos se ingresaron a una plantilla estadística diseñada en Excel 2003. La mediana poblacional se empleó con las variables de edad y tiempo promedio de transporte. La distribución modal se empleó para el medio de transporte, hora del atropello, sitio geográfico, sintomatología post trauma, lesiones, estudios radiológicos, manejo intra hospitalario y diagnóstico de egreso. A todos los participantes y/o acompañante principal se les solicitó



un consentimiento informado de manera verbal siguiendo los criterios de confidencialidad de Helsinki.

## RESULTADOS

Se estudiaron 205 casos, 140 (68.3%) masculinos y 65 (31.7%) femeninos; la relación por sexo fue M: F 2:1. La edad estuvo comprendida en el rango de 1 año a 16 años; promedio 8 años. El 52.7% (108) tenían algún grado de escolaridad, 12.2% (25) tenían escolaridad completa, el 35.1% (72) no asistían a la escuela. De los 205, dos niños trabajaban y no lo hacían al momento de sufrir el accidente.

El 93.2% (191) de los atropellos ocurrió en la calle, el 5.9 % (12) en la acera y el 0.9 % (2) en la mediana. El 32.2% (66) ocurrió entre las 10:00 y 14:00 horas del día. La atención paramédica en el sitio del accidente se dio en 42 (20.5 %) casos. El transporte del paciente al hospital fue: por los familiares en el 41 % (85) de los casos, por la Cruz Roja en el 21% (43), por atropellante en el 21 % (43), por la policía en el 2 % (4), por los bomberos en el 5 % (10), otras personas 10 % (20). El tiempo promedio entre el accidente y el ingreso al hospital fue de 1:48 horas. Los lugares donde ocurrió el accidente fue el área metropolitana 179/205 y de estos los cinco lugares mas frecuentes fueron: La colonia Villanueva (29), El Carrizal (14), Villa vieja (11), aldea Suyapa (8) y la colonia Ulloa (8) y fuera del área metropolitana, 26 Los tipos de lesión mas frecuentemente encontrada fueron: el trauma encéfalo craneano (TEC), seguido de los traumas faciales, fracturas de extremidades, excoriaciones/contusiones y traumas abdominales cerrados.

Los diagnósticos de ingreso fueron: TEC 34% (70 casos), fracturas de las extremidades 26% (53 casos), traumas simples 21% (43 casos) y politraumatismo 19% (39 casos).

El 49.3% (101/205) de los pacientes fue manejado ambulatoriamente; el 50.7% (104/205) se manejó intra hospitalariamente en los siguientes servicios: observación 53.8%, ortopedia 23.1%, neurocirugía 18.3%, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) 4.8%. De los pacientes hospitalizados cuatro fallecieron: tres en la observación y uno en UCIP, todos por traumatismos craneoencefálicos.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que la mayoría de niños atropellados por vehiculo automotor fueron niños en edad escolar, del sexo masculino, atropellados en horas del día que entran o salen de la escuela, menos de la mitad recibieron atención paramédica en el sitio del accidente, el tiempo de llegada al hospital es mayor al que estipulan las normas internacionales y la mayoría presentaron trauma encéfalo craneano. Se recomienda el desarrollo de programas de educación y prevención en la comunidad relativo a la prevención de accidentes, específicamente en la población pediátrica.

Aunque los accidentes de tránsito han sido una causa frecuente de morbilidad pediátrica, esta es la primera publicación en la Revista Médica Hondureña en la que se caracteriza epidemiológicamente a los pacientes afectados y se establecen algunas recomendaciones que podrían ayudar en la toma de decisiones para reducir estos eventos. La bibliografía sobre este tema es relativamente escasa lo que dificulta contrastar algunas de las variables estudiadas.

En el presente estudio se encontró que la mayoría de los niños víctimas de atropellamiento eran del sexo masculino, se encontraban en edad escolar y el accidente ocurrió en su mayoría en la calle, durante las horas de la salida escolar (10 a 14 horas del día). Estos datos coinciden con lo reportado por otros autores en lo concerniente a la edad y sexo.<sup>4,8</sup> Lo de la hora del accidente se puede explicar porque esta es la hora en la cual los niños entran o salen de sus actividades escolares.

En relación a la asistencia médica en el sitio del accidente se encontró que solamente un cuarto de los niños atropellados recibió dicha asistencia, lo cual pone de manifiesto los escasos servicios de atención inmediata que hay en nuestro medio, lo anterior es preocupante si además consideramos que un pequeño porcentaje de estos niños fueron trasladados al hospital por instituciones capacitadas para brindar atención paramédica de urgencia (Cruz roja, Cruz Verde, Bomberos). El tiempo de traslado desde el sitio del accidente al Hospital Materno Infantil fue de 1.48 horas, lo cual consideramos es un lapso muy prolongado, además que incumple con las medidas internacionales del transporte del niño críticamente enfermo, donde se establece que todo paciente cuyo transporte terrestre sea mayor de 15 minutos, deberá ser llevado por aire.<sup>3,9</sup> Esto pone de

manifiesto la pobre logística de los servicios paramédicos. Las estadísticas en Honduras sobre accidentes automovilísticos demuestran la necesidad de adoptar una política de seguridad vial donde se resguarde la vida del peatón. Con una buena educación dentro del contexto de una política de salud pública, los puentes peatonales son una de las alternativas para disminuir los atropellamientos por vehículos, en menores de edad. En la capital desde hace algunos años se han venido construyendo algunos puentes peatonales, en sitios estratégicos junto a arterias vehiculares de mucho tráfico, entre estos están los puentes del Carrizal, Villanueva y Colonia Suyapa. Sin embargo en el presente estudio en estos sitios es donde más frecuentemente se produjo el atropellamiento del paciente pediátrico, esto es debido a que nuestra población no tiene la cultura de utilizar puentes peatonales y otro motivo es la percepción de inseguridad, suciedad, oscuridad y falta de presencia policial que tiene la población de ellos.

Diversas fuentes bibliográficas afirman que la mayor parte de las lesiones graves infantiles, por atropello son los traumatismos encéfalo craneanos, seguidos de las fracturas en miembros inferiores,<sup>2,4,10,11</sup> tal como lo encontrado en este estudio. Las lesiones encontradas en los diversos pacientes contenían por lo menos dos elementos de la tríada de Waddle (Fractura tibioperoneana o de fémur, lesión del tronco y craneofacial). Ningún paciente tuvo aplastamiento de su cuerpo por lo que se puede decir que todos los atropellos fueron incompletos, de acuerdo con la definición de Vargas.<sup>1</sup>

En los Estados Unidos cada semana 50 niños son atropellados por vehículos que retroceden de improviso, estos niños por lo general son menores de 4 años de edad. Estas tragedias ocurren a menudo en la misma casa donde vive el niño, y en el 70 % de los incidentes, el conductor del vehículo es uno de sus padres, tío, abuelo o un pariente adulto.<sup>12,13</sup> Los autores además de realizar el presente estudio efectuaron en el Hospital Materno Infantil una revisión de expedientes clínicos de niños atropellados por vehículo automotor en el lapso comprendido de septiembre del 2007 a febrero del 2008, encontraron 25 niños, de estos dos (uno de tres años y otro de dos años de edad) fueron atropellados uno por su padre y el otro por un tío, mientras retrocedían su vehículo de improviso (comunicación personal). Esta serie será objeto de una próxima publicación.

Se sabe que la prevención es la mejor forma de evitar accidentes, pero los programas actuales de orientación y enseñanza parecen insuficientes. La enseñanza de la educación vial debe perseguir fundamentalmente la adquisición de destrezas más que la teorización de una serie de conocimientos, lo ideal sería combinar la enseñanza en el aula con el trabajo de campo (clases prácticas en la calle con educadores y padres). En nuestro país existen instituciones que desarrollan actividades de apoyo y enseñanza a la Educación Vial en la actividad escolar como lo es el Parque Infantil de Educación vial El Picacho, muy poco conocido por nuestra población.

Se debe comprender que nuestros niños entienden la educación vial de acuerdo a su edad y al grado de desarrollo y maduración que alcanzaron, debiendo interpretar que tal actitud es lo máximo que puede pedírseles. Los niños deben llenar primero sus lagunas de percepción, visión y comprensión, para luego madurar en el entendimiento de las reglas de tránsito.

Como equipo de salud tenemos que ejercer un papel fundamental en la prevención de accidentes, a través de actividades educativas y consejos dados a las familias durante las supervisiones de salud del niño. Es importante el desarrollo de programas de educación y prevención en la comunidad relativo a los riesgos de accidentes, el diseño de métodos apropiados para el tratamiento oportuno y eficiente de los niños lesionados y de programas de difusión que permitan el entrenamiento de la población respecto a normas de primeros auxilios y reanimación.

## REFERENCIAS

1. Vargas E. Accidentes de tránsito. En: *Medicina Forense y deontología médica*. México: Trillas; 1991. Pp. 321-328.
2. Corea J, Gómez J, Posada R. Evaluación y Manejo del paciente pediátrico poli traumatizado. En: *Fundamentos de Pediatría*. Tomo V. 2<sup>ed</sup>. Medellín, Colombia: CIB; 1999. Pp.2421-2429.
3. Peitzman A, Rhodes M, Schwab W, Yearly D. Transporte aeromédico. En: *Manual del Trauma. Atención medico quirúrgica*. 1<sup>er</sup> ed: U.S.A: McGraw Hill; 2000. p69-72.
4. Feliciano D, Moore E, KL Mattox. *Trauma*. 3<sup>er</sup> ed. México: Appleton and Lange; 1996. Pp. 97-104.
5. Polín R, Ditmar Mark. *Medicina del adolescente*. En: *Secretos de la Pediatría*. 2<sup>ed</sup>. México: McGraw-Hill; 1998. Pp.1-4.
6. Rivara F. Pediatric injury control in 1999: where do we go from here? *Pediatrics*. 1999; 103: 883-888.
7. Informe estadístico anual. Sub Dirección Nacional de Tránsito. Honduras. 2001-2008.

8. Rosenfeld J, Watters D. A practical approach to common problems. En: *Neurosurgery in the Tropics*. Oxford: Macmillan Education Ltd; 2002. Pp. 53-89.
9. Albajara L, Aldamiz L, Almehida L, Alvarado F, Álvarez F et al. Transporte del niño críticamente enfermo. En: *Tratado de Cuidados Intensivos Pediátricos*. 2<sup>ed</sup>. México: Norma; 1993. Pp. 123-127.
10. Gideon N, Bongard F, Demetriades D. Traumatismo Pediátrico. En: *Secretos del Traumatismo*. U.S.A: McGraw-Hill; 2000. Pp. 257-261.
11. Cheek W, Mclone D, Reigel W. Skull Fractures. En: *Pediatric Neurosurgery. Surgery of the Developing Nervous System*. 3<sup>ed</sup>. U.S.A: Saunders; 1994; Pp. 257-265.
12. Mayr J, Eder C, Wernig J, Zebedin D, Berghold A, Corkum S. Vehicles reversing or rolling backwards: an underestimated hazard. *Inj Prev* 2001; 7(4):327-8.
13. Miller B, Baig M, Hayes J, Elton S. Injury outcomes in children following automobile, motorcycle, and all-terrain vehicle accidents: an institutional review. *J Neurosurg*. 2006; 105(3):182-6.

## IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

# Carcinoma basocelular ulcerado

*Silverio Morales\* Nancy Matute†*



Figura No. 1

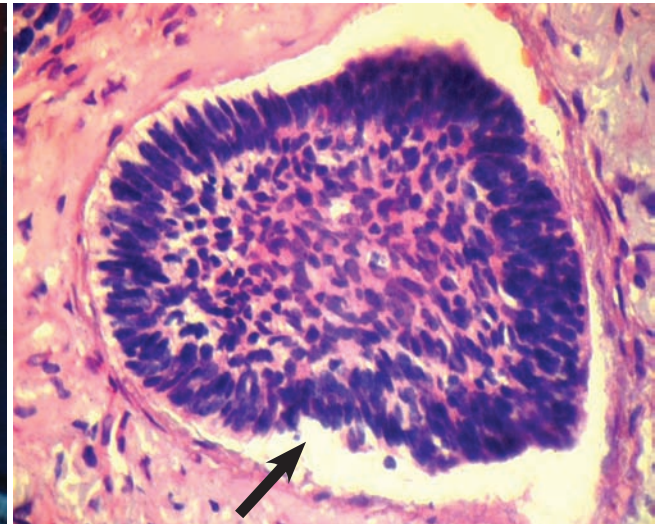


Figura No. 2

Masculino, 80 años de edad, referido del Centro de Salud de Curaren, Francisco Morazán al Servicio de Dermatología del Hospital Escuela por lesión ulcerada, de dos años de evolución. En la **figura No. 1** se observa la lesión en la nariz, ulcerada, con extensión e invasión local y destrucción del tabique nasal. En la **figura No. 2** se observa la histología del carcinoma basocelular: masas de células basaloide, anaplásicas, con retracción del estroma adyacente (flecha). Fue manejado por el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva con extirpación de la lesión y reconstrucción de la nariz.

\* Dermatólogo. Servicio de Dermatología. Hospital Escuela, Tegucigalpa.

† Residente Tercer año de Dermatología. Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Dirigir correspondencia a: nancymatute@yahoo.com



# Lupus Eritematoso Cutáneo Subagudo

## Reporte de un caso y Revisión de la Literatura

### *Subacute Lupus erythematosus Cutaneous Report of a Case and Revision of the Literature*

Miriam González\*, Karla Ortiz Paredes†, Nelly Janeth Sandoval‡

**RESUMEN.** El Lupus eritematoso cutáneo subagudo es una forma localizada e infrecuente de lupus eritematoso cutáneo. Afecta más a mujeres, generalmente durante la quinta década de la vida y en raras ocasiones aparece en la infancia. Las lesiones cutáneas son características pero muy variables en cuanto a su morfología, por este motivo sus diagnósticos diferenciales son diversos. El diagnóstico se basa en la correlación de los hallazgos clínicos e histopatológicos y la presencia de anticuerpos antiRo son confirmatorios. Se presenta el caso de una paciente femenina de 11 años de edad, sin antecedentes personales patológicos, con manifestaciones cutáneas e histopatológicas características de esta entidad y con anticuerpos Anti-Ro positivos, inicialmente tratada como micosis superficial.

**Palabras clave:** *Lupus Eritematoso Cutáneo. Lupus Eritematoso Sistémico. Enfermedades de la piel.*

**SUMMARY.** Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus is a located and infrequent form of cutaneous lupus erythematosus that affects mostly women during the fifth decade of life rarely appears in childhood.

The cutaneous features are characteristics but very variable in morphology for this reason, its differential diagnoses are diverse. The diagnosis is based on the correlation of clinical and histopathological findings and the presence of antiRo antibodies are confirmatory. We present the case of a 11 year old female with cutaneous and histopathological criteria of this disease and positive antiRo antibodies, initially treated as cutaneous mycosis.

**Keywords:** *Lupus Erythematosus Cutaneous. Lupus Erythematosus Systemic. Skin Diseases.*

### INTRODUCCIÓN

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune con manifestaciones clínicas múltiples y etiología aún no bien establecida.<sup>1</sup> Las lesiones cutáneas son la segunda manifestación más frecuente de LES, se presentan en el 85% de los casos y se clasifican en tres tipos: Lupus eritematoso cutáneo agudo (LECA), Lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS) y Lupus eritematoso cutáneo crónico o discoide (LECC).<sup>1,2</sup>

El LECS fue descrito en 1979 por Sontheimer, es infrecuente, representa el 7-27% de los casos, afecta con mayor frecuencia a mujeres de raza blanca en edad adulta, con marcada fotosensibilidad. La incidencia en niños es rara, hay algunos reportes aislados.<sup>1,3</sup> Se caracteriza general-

\* Dermatóloga, Servicio de Dermatología del Hospital Escuela, Tegucigalpa.

† Residente de Segundo año del Postgrado de Dermatología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

‡ Dermatóloga-Dermatopatóloga, Departamento de Patología del Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Dirigir correspondencia a: miyogonzalez@yahoo.com

mente por placas anulares localizadas típicamente en áreas fotoexpuestas.<sup>1</sup>

La importancia de publicar este caso radica en que se muestra un cuadro de LECS con lesiones distribuidas en áreas del cuerpo expuestas y no expuestas, en una paciente pediátrica y destacar la importancia que tiene considerar los diagnósticos diferenciales en el momento de abordar un caso en particular, para poder ofrecer al paciente un tratamiento correcto y oportuno. No se encontró publicaciones previas en la Revista Médica Hondureña, accezada en [www.bvs.hn](http://www.bvs.hn) el 18 de agosto del 2008.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenina de 11 años de edad, quien acudió de forma espontánea al Servicio de Dermatología del Hospital Escuela de Tegucigalpa, por dermatosis de cuatro meses de evolución, que afectó cara (Figura No. 1), tronco, abdomen, extremidades superiores e inferiores, palmas y plantas (Figura No. 2), caracterizada por placas anulares, de tamaño variable con borde eritematodescamativo y aclaramiento central (Figura No. 3), además presentó fotosensibilidad. Negó síntomas constitucionales e ingesta de medicamentos. La paciente previamente por este cuadro recibió tratamiento para tiña corporis con ketoconazol tópico dos



Figura No. 1. Lupus Eritematoso Cutáneo Subagudo. Imagen que muestra lesiones con borde eritematoso y aclaramiento central en región frontal y malar.



Figura No. 2. Lupus Eritematoso Cutáneo Subagudo. Obsérvese las lesiones anulares, eritematosas con borde descamativo, en superficie extensora de pierna. A y palmas B.



Figura No. 3. Lupus Eritematoso Cutáneo Subagudo. **A.** Obsérvese las lesiones anulares eritematosas, múltiples de tamaño variable en tronco y extremidades superiores, antes del tratamiento. **B.** Lesiones maculares hiperpigmentadas residuales, en tronco, abdomen y extremidades, después del tratamiento.

veces al día por 3 meses, sin mejoría, por lo que decidió asistir a la consulta de Dermatología del Hospital Escuela. En este Servicio se consideró el diagnóstico de LECS. Se realizaron exámenes de laboratorio que reportaron: título de anticuerpos antinucleares (ANA) negativo, título de anticuerpos anti-Ro positivo, hemograma y examen general de orina sin alteraciones. La biopsia de la lesión reportó hallazgos consistentes con Lupus Eritematoso Cutáneo: epidermis adelgazada con abundantes cuerpos de Civatte y vacuolización del estrato basal; dermis superior con moderado infiltrado inflamatorio en banda de tipo linfocitario. Se inició tratamiento con emoliente, protección solar y esteroides tópicos. Luego de tres meses con esta terapia la evolución fue satisfactoria, quedando con lesiones hiperpigmentadas residuales (Figura No. 4). Continúa asistiendo a la Consulta externa de Dermatología, para seguimiento.

## DISCUSIÓN

El caso que se reporta corresponde a una paciente de 11 años de edad, con lesiones características de lupus eritematoso sistémico cutáneo subagudo, diagnosticado en el Servicio de Dermatología del Hospital Escuela, de cuatro meses de evolución, quien inicialmente fue tratada como tiña corporis sin resultados satisfactorios. Con el tratamiento instaurado por el dermatólogo la evolución ha sido satisfactoria con remisión de las lesiones.

El LECS se presenta frecuentemente en la quinta década de la vida y se ha descrito en niños, pero es excepcional, la edad mínima descrita de aparición es de 17 años por lo que se considera como una enfermedad del adulto que puede iniciarse en la adolescencia.<sup>4</sup>

Clínicamente se presenta de forma eruptiva, inicia como máculas o pápulas eritematosas, discretamente escamosas, con aclaramiento central y se extienden hacia la periferia, una vez desarrolladas pueden adoptar dos tipos de morfología: 1. La forma anular. Presenta crecimiento periférico y aclaramiento central, el borde de estas lesiones puede ser papuloeritematoso, ampollar, necrótico o eritematodescamativo, como las observadas en la paciente que se reporta. 2. La forma psoriasiforme o papuloescamosa con lesiones que presentan un crecimiento uniforme, sin aclaramiento central y con la superficie eritematodescamativa. Ambas formas clínicas se presentan con igual frecuencia y

pueden coexistir al mismo tiempo en un paciente determinado.<sup>1,5,6,7</sup>

La paciente que reportamos desarrolló lesiones en áreas expuestas y no expuestas que se exacerbaban con la exposición solar. Se ha descrito que las lesiones afectan preferentemente áreas fotoexpuestas y característicamente se exacerbaban con la exposición solar, también pueden ser agravadas por el uso de medicamentos fotosensibilizantes.<sup>7,8</sup> Después del tratamiento las lesiones curan con hiperpigmentación, como se observó en la paciente que se reporta, o hipopigmentación transitoria, pero nunca dejan cicatriz atrófica a diferencia de los otros tipos de lupus cutáneo.<sup>7,8</sup>

La patogenia no se conoce con certeza pero esta ligada fuertemente a la patogenia del LES que consiste en susceptibilidad por herencia genética, radiación UV, tabaco, fármacos (hidroclorotiazida, bloqueadores de canales de calcio, IECAS, terbinafina, piroxican, griseofulvina, naproxeno, espironolactona, interferon alfa y ranitidina), Virus (citomegalovirus, rubeola, Epstein Barr)<sup>9</sup>. En la paciente que reportamos no se encontró factores familiares ni personales predisponentes.

El 50% de los pacientes con LECS van a cumplir criterios de LES establecidos por la American Collage of Rheumatology<sup>1</sup> y otras manifestaciones sistémicas como fiebre, mialgias, artralgias, la presencia de patología renal o del sistema nervioso central es menos frecuente.<sup>10</sup> La paciente objeto de esta publicación no reunía criterios clínicos ni laboratoriales de LES.

El diagnóstico de esta dermatosis es complejo; el hallazgo de estas lesiones distribuidas en áreas expuestas al sol nos debe hacer sospechar esta patología que debe confirmarse con pruebas laboratoriales, inmunológicas e histopatológicas.

Los estudios inmunológicos revelan anticuerpos anti-Ro/SS-A (70-90%), anti-La/SS-B (30-50%), anti-dsDNA, y anti-Sm (de 10-25%), ANA (60-80%). El hallazgo de anticuerpos anti-Ro sustenta con firmeza el diagnóstico de LECS; sin embargo títulos negativos no lo descartan.<sup>11</sup> La paciente que se reporta presentó títulos de anti-RO positivos y ANA negativo. Los pacientes con LECS, en particular los que tienen compromiso sistémico pueden presentar otras anormalidades como anemia, leucopenia,

trombocitopenia, eritrosedimentación acelerada, proteinuria, hematuria, cilindros urinarios, creatinina y nitrógeno ureico elevado e hipocomplementemia; alteraciones que no fueron encontradas en el caso que se presenta.

Desde el punto de vista histopatológico, las tres variedades cutáneas de lupus muestran hiperqueratosis, degeneración vacuolar del estrato basal, un infiltrado de células mononucleares cerca de la unión dermoepidérmica, extendiéndose hasta la dermis a nivel perivascular y perifolicular, y las diferencias histológicas entre los diferentes tipos son sutiles. En la biopsia realizada a nuestra paciente las características histológicas observadas son de lupus eritematoso cutáneo y en correlación con los datos clínicos e inmunológicos fueron consistentes con lupus eritematoso cutáneo subagudo.

En la inmunofluorescencia directa el 60% de los pacientes tienen depósitos de IgG con patrón granular en la membrana basal.<sup>12</sup> En el Hospital Escuela desafortunadamente no contamos con recursos para realizar este examen.

Dentro de los diagnósticos clínicos diferenciales se deben considerar: tiña corporis, que fue el diagnóstico inicial de nuestra paciente y otros como: la variante fotosensible de la psoriasis, eritema multiforme, granuloma anular, eritema anular centrifugo, dermatitis seborreica, erupción polimorfa lumínica, dermatitis por contacto, dermatomiositis, pitiriasis rubra pilaris, micosis fungoide, poroqueratosis actínica, eccema numular y linfoma cutáneo.

En el tratamiento del LECS debe considerarse en primer lugar la fotoprotección con filtros solares y uso de ropas protectoras.<sup>13</sup> Los esteroides tópicos tales como como triamcinolona al 0.1%, dipropionato de betametasona al 0.05% y propionato de clobetasol 0.05% aplicados dos veces al día por 2 semanas, seguido de 2 semanas de reposo para minimizar los efectos secundarios como la atrofia, telangiectasias, hirsutismo, etc. se han empleado con pobre resultados,<sup>1</sup> no obstante nuestra paciente fue manejada con betametasona en crema, un esteroide de mediana potencia, observándose remisión completa de las lesiones en 4 semanas. Los tratamientos sistémicos de elección son los antipalúdicos como la hidroxicloroquina sola o en combinación con quinacrina. También se han usado glucocorticoides sistémicos, dapsona, clofazimina, azatriopina y metotrexate.<sup>13</sup>

La mayoría de los pacientes con LECS tienen recurrencias intermitentes de la enfermedad pero sin progresión significativa y sin compromiso sistémico, otros presentan actividad cutánea por mucho tiempo.

Actualmente la paciente reportada se encuentra en buen estado general, asintomática y acude a evaluaciones periódicas a la consulta externa de Dermatología del Hospital Escuela.

## REFERENCIAS

1. Costner M, Sontheimer R. Manifestaciones Cutáneas de las Enfermedades Reumatológicas Multisistémicas En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KE, Goldsmith LA, Katz SI. En: Fitzpatrick's Dermatología en Medicina General. 6ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005: p.1899-1918.
2. Vallecillo M, Becerra J. Lupus eritematoso sistémico y embarazo revisión de la literatura. *Rev Med Hondur* 2006;74:209-17.
3. Antolín J, Amerigo M. Antecedentes Históricos y Conceptos Actuales En: Front J, Khamastra M, Vilardell M. *Lupus Eritematoso Sistémico*. Barcelona: MRA, S. L. 1996:p.1-8.
4. González F, Sáenz A, Siroco A, Pérez C, Kouris E, Ferreiro M, Ball E. Lupus eritematoso en niños: Presentaciones inusuales, revisión de la literatura. *Dermatol Pediatric Lat* 2003; 1(1):30-35.
5. Aaorginson W. Lupus Eritematoso. *Rev Med Hondur* 1960;28(1):1-14.
6. Corrales H. Lupus eritematoso profundo. *Rev Med Hondur* 1970;38:174-180.
7. Sontheimer R. Subacute Lupus erithematosus; 25 year evolution of a prototypic subset of lupus Eritematosus defined by Characteristic Cutaneous, pathological, immunological and genetic finding autoimmune. *J Am Acad Dermatol* 2005;4:253-63.
8. Cornelius J, Sanders G, Hooyin Y, Carla A, Koomen B, Sigurdsson V, Weelden H. UV hardening Therapy: A Novel Intervention In Patients with Photosensitive Cutaneous Lupus Erythematosus. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54(3):479-85.
9. Bentley D, Graves J, Smith D, Hefferman M, Efalizumab induced Subacute cutaneous Lupus. *J Am Acad Dermatol* 2005;54(5):242-243.
10. Werth V. Tratamiento Actual del Lupus Eritematosos Cutáneo. *Dermatology Online J* 2001;7(1): 2.
11. Srivastava M, Rencic A, Diglio G, Santana H, Bonitz P, Watson R, et al. Drug induced RO/SSa Positive Cutaneous Lupus Erythematosus. *Arch Dermatol* 2003;139: 45-9.
12. Mckee P, Calonje E, Granter S. *Pathology of the skin with clinical correlations*. Philadelphia, USA. 3th Ed. Philadelphia, USA.
13. Hawk J. Cutaneous Photoproteccion. *Arch Dermatol* 2003; 139:527-30.



# Siringomas Eruptivos

## Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura

### *Eruptive Siringomas: Report of a Case and Revision of the Literature*

Miriam González\*, Marielle Zambrano†

**RESUMEN.** El siringoma es una neoplasia cutánea benigna rara, originada de las glándulas sudoríparas ecricinas. Clínicamente se manifiesta como múltiples pápulas, pequeñas de 1-5mm en los párpados y en el área superior de mejilla. Se presenta más frecuentemente en mujeres e inicia durante o después de la pubertad. El diagnóstico clínico es difícil por la infrecuencia del cuadro y su semejanza con otras patologías, pero su histología es característica. Presentamos el caso de una paciente femenina de 51 años de edad a quien se le diagnosticó siringomas por clínica y estudio histopatológico.

**Palabras clave:** Neoplasias de las Glándulas Sudoríparas. Siringoma. Enfermedades de la piel.

**ABSTRACT.** Siringoma are rare benign cutaneous neoplasms of the eccrine sweat glands which and results from malformation of sweat ducts. Clinically its manifest as multiple and small (1-5 mm) papules on the face, lower eyelids and superior area of cheeks. It's more common in females and begin during or after puberty. The clinical diagnosis is difficult due the scarce number of cases and its similarity with other pathologies, but its histology is characteristic. We report the case of a

51 year old female, with clinical and histopathological diagnosis of siringomas.

**Keywords:** Sweat Gland Neoplasms. Siringoma. Skin Diseases.

### INTRODUCCIÓN

Los siringomas son neoplasias cutáneas benignas que se desarrollan a partir de la porción intraepidérmica de la glándula sudorípara ecrina (acrosiringio).<sup>1</sup> Inicialmente fueron descritos por Biesiadecki y Kaposi, como lesiones papulares numerosas, de 1-5 mm, de color amarillento, marrón o color piel localizados en párpados, de origen adenomatoso benigno de los conductos ecricos intraepidérmicos.<sup>1</sup> Se conocen dos tipos: 1. El tipo clásico, es el más común, afecta más frecuentemente el área palpebral y son más comunes en mujeres, 2. El tipo eruptivo o familiar, se presenta con lesiones múltiples, localizadas usualmente en cuello, hombros, superficie de flexión de extremidades superiores, tórax, abdomen y muslos, afecta por igual a ambos sexos, se puede presentar como enfermedad aislada o asociado a otras patologías.<sup>1-4</sup> El diagnóstico es clínico y se debe hacer confirmación histológica. Hay varias modalidades de tratamiento, pero ninguno es completamente satisfactorio y muchas veces se realiza en forma paliativa para mejorar el aspecto cosmético.<sup>5</sup>

Se reporta este caso ya que es importante que el médico no dermatólogo reconozca esta enfermedad debido a su seme-

\* Dermatóloga. Servicio de Dermatología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

† Residente de segundo año del postgrado de Dermatología, Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Dirigir correspondencia a: miyogonzalez@yahoo.com

janza clínica con otras entidades cuyo manejo y pronóstico son diferentes. No se encontró publicaciones previas en la Revista Medica Hondureña.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 51 años de edad, sin antecedentes familiares similares, quien se presentó por primera vez a la consulta del Servicio de Dermatología del Hospital Escuela con dermatosis de 3 años de evolución, sin tratamiento previo, de apareamiento brusco, caracterizada por numerosas neoformaciones papulares, aplanadas, blandas, semiesféricas, de 1-4 mm de diámetro, color de la piel, algunas levemente hiperpigmentadas, asintomáticas, localizadas en caras externas de ambos antebrazos, (figura No. 1) sobre piel con extenso daño actínico (figura No. 2). La impresión clínica fue de siringomas eruptivos versus verrugas planas,

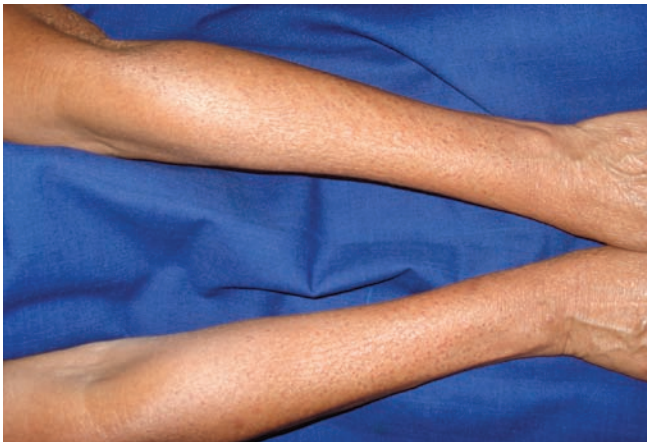


Figura No. 1. Siringomas eruptivos: múltiples lesiones papulares milimétricas en cara externa de antebrazos.



Figura No. 2. Siringomas eruptivos: lesiones papulares, planas e hiperpigmentadas sobre piel con fotodaño.

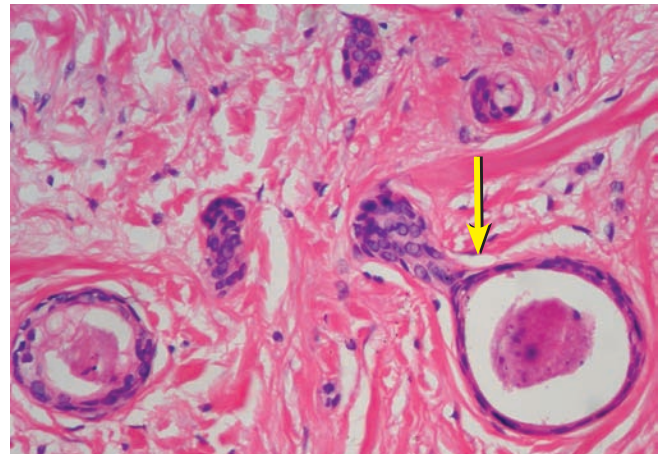


Figura No. 3. Siringoma, histología: estructura tubular que se continúa con un cordón epiteliomatoso dando imagen en "raqueta" (Flecha). Tinción HE 40 X.

se le realizó excisión de una lesión y se envió para estudio histopatológico, en el cual se observó hallazgos típicos de siringoma: estructuras tubulares en la dermis superior, con imagen en "coma" o "raqueta", (figura No. 3) La paciente decidió no recibir ningún tratamiento, después que se descartó patología asociada y se le explicó que sus lesiones eran de tipo benigno, se da seguimiento cada 3 meses por su fotodaño.

### DISCUSIÓN

Los siringomas de tipo eruptivo son lesiones raras y la mayoría de las veces son asintomáticos, sólo requieren tratamiento cuando se acompañan de prurito o por la afectación psicológica que el aspecto cosmético produce a los pacientes; sin embargo clínicamente son muy similares a otras patologías que tienen un comportamiento clínico diferente y tratamiento específico, como las verrugas planas, liquen plano, xantomas diseminados, por lo que se debe hacer el diagnóstico específico.<sup>1</sup> En este caso la paciente no presentó prurito u otro síntoma y entre el diagnóstico diferencial se consideró la verruga plana.

El caso que se reporta es una paciente femenina, en la quinta década de la vida, con lesiones de tres años de evolución. La literatura reporta que los siringomas son más frecuentes en mujeres y que usualmente se desarrollan en la pubertad.<sup>3</sup> Bautista y colaboradores, describieron que las lesiones se instalan en brotes sucesivos y persisten indefinidamente en forma estacionaria.<sup>5</sup>

No se detectó ningún factor desencadenante en nuestra paciente y negó historia familiar de casos similares, no se pudo determinar si el desarrollo de las lesiones sobre la piel con daño solar severo tenía alguna relación con su aparición, en la literatura no encontramos información al respecto, solamente se han postulado algunas teorías que consideran que los siringomas están bajo influencia hormonal, por lo que son más comunes en mujeres, proliferan en la pubertad, aumentan de tamaño en el periodo premenstrual y durante el embarazo.<sup>3</sup> Estudios de inmunohistoquímica en pacientes con siringomas, en los cuales se han usado marcadores de receptores de estrógeno y progesterona, demostraron que estas pacientes tienen mayor número de receptores para progesterona.<sup>3</sup> Tampoco se encontró en nuestra paciente ninguna patología relacionada como la Diabetes Mellitus, síndrome de Down enfermedad de Marfan y Ehlers Danlos que se han reportado en la literatura asociados a siringomas. Se ha descrito que esta enfermedad es más frecuente en aquellos pacientes que tienen laxitud del tejido conjuntivo ya que esto conlleva a dilatación mecánica de las glándulas y conductos sudoríparos cuya pared es particularmente fina.<sup>4</sup>

El caso que se presenta mostró múltiples neoformaciones aplanadas de 1-5 mm de diámetro, de color piel y marrón, asintomáticas, tal como lo describe la literatura,<sup>4</sup> localizadas en la cara extensora de antebrazos, que no es la localización usual.

En la paciente que se reporta se consideró inicialmente el diagnóstico clínico de siringomas eruptivos versus verrugas planas, pero por su aspecto clínico también se pueden considerar como diagnósticos diferenciales el liquen plano, el xantoma diseminado, pseudoxantoma elástico, quiste eruptivo de vellos pilosos, síndrome del nevo de células basales, queratosis pilar y pitiriasis rubra pilaris.<sup>5</sup> En vista de lo anterior el diagnóstico se debe confirmar haciendo biopsia de la lesión.

El tratamiento por lo general no es necesario porque son lesiones benignas y en general son asintomáticas. No existe en la actualidad un método terapéutico ideal debido a los efectos adversos locales de cicatrización o hiperpigmentación, muchas veces los tratamientos son aplicados en forma paliativa para mejorar el aspecto cosmético en algunos pacientes.<sup>6,7</sup> Las terapias tópicas como corticoesteroides y el ácido retinoico son de resultados muy limitados y los antihistamínicos tampoco han sido beneficiosos para el tratamiento

del prurito; no obstante también se han utilizado terapias quirúrgicas y químicas como: dermoabrasión, electrocoagulación, curetaje, exfoliación con láser y ácido tricloroacético, con el propósito de mejorar el aspecto estético; pero el riesgo de cicatrización defectuosa limitan su aplicación y no eliminan el riesgo de brotes sucesivos o recidivas.<sup>8,9</sup> Cuando se ha asociado prurito intenso en las formas eruptivas se ha reportado que la aplicación tópica de drogas anticolinérgicas, como atropina al 1% en solución acuosa, aplicada dos veces al día (aproximadamente 0.75ml/día, equivalentes a 7.5mg de sulfato de atropina), logra el alivio completo del prurito y leve reducción de las lesiones, sin observarse efectos colaterales locales ni sistémicos. En algunos pacientes las lesiones se han resuelto espontáneamente.<sup>10</sup> La paciente que se reporta no recibió ningún tratamiento, ya que se le explicó que la dermatosis es de curso benigno y que las terapias disponibles en la actualidad no ofrecen curación completa, además ella decidió no ser tratada en vista de no presentar síntomas y no preocuparle el aspecto cosmético.

#### REFERENCIAS

1. kaddu S, Kerl H. Tumores de los anexos cutáneos. En: Freedberg I.M, Eisen A.Z, Wolff K, Austen K.F, Goldsmith L.A, Katz S.I. Fitzpatrick Dermatología en medicina general. 6ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005: 883-908.
2. Avalos-Díaz E, Salas J, Saez M, Vazquez H, Vega M.E. Siringomas. En Roberto Arenas Atlas dermatología diagnóstico y tratamiento, 3ª ed. 2005; 585-586.
3. Penélope C, Timpanidis, Sunil R. Lakhani, Richardw. Progesterone receptor positive eruptive syringoma associated with diabetes, J Am Acad Dermatol May 2005; 48(5): 103-104.
4. De Alba L, Rodríguez M, Medina D, Machado A, Enriquez J, Garibay R. Siringomas eruptivos: Reporte de tres casos. Rev Cent Dermatol Pascua 2004; 13: 3.
5. Bautista ST, Orrego GV, Tellez ML. Siringomas eruptivo familiar. Dematol Per 2003; 13: 229-232.
6. Orlandi M, Prado B, Santander E, Sazunic I. Siringoma Eruptivo Rev. Chilena Dermatol 2007; 23(4): 282-287.
7. Texteira M, Ferreira M, Machado S, Alves R, Selores M. Eruptive syringomas. Dermatol Online J. 2005; 11(3): 34.
8. Patrizi A, Neri I, Marzaduri S, Varotti E, Passarini B. Syringoma. J dermatol treatment 2001; 78(6): 460-462.
9. Fernández A, González J. Siringomas eruptivos en mujer adulta Rev Esp Patol 2001; 34(4): 325-328.
10. Arango A, Gaitán M, Gaviria C, Jiménez de Orozco S, Matute G, Zuluaga de Cadena A. Siringomas eruptivos familiares. Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica 2006; 20(9): 22.
11. Sánchez T, Dauden E, Casas A, García-Díaz A. Eruptive syringomas: treatment with topical atropine. J Am Acad Dermatol 2001; 44: 148-149.

# Lo que el Médico General debe saber sobre Escabiosis

Silverio Morales\* Nancy Matute†

## INTRODUCCIÓN

La escabiosis es una de las causas más frecuentes de consulta dermatológica en la práctica médica general, el diagnóstico suele realizarse fácilmente cuando se trata de la variante clásica, que son la mayoría de casos, sin embargo existen variantes clínicas que pueden ocasionar al médico general cierto grado de dificultad para diagnosticarlas y tratarlas; además se ha observado que aunque el diagnóstico se hace con relativa facilidad, muchas veces el tratamiento instaurado no es el adecuado, por lo cual los pacientes se complican con esta dermatosis. En el presente artículo se hace una revisión sobre Escabiosis con descripción de las distintas variantes clínicas y como deben tratarse.

### Historia

La Escabiosis ha afectado a las sociedades humanas por más de 2500 años. Es reconocida desde tiempos ancestrales y el ácaro causante ha sido referido en los textos clínicos desde hace 12 siglos. *Sarcoptes scabiei* juega un rol importante en la historia de la medicina porque es el primer organismo identificado como agente causal de una condición clínica.<sup>1,2</sup> En 1687 Giovan Cosimo Bonomo y Diacinto Cestoni describieron la relación causal entre el ácaro de la Escabiosis y las lesiones típicas de la piel vistas después de la infestación. Ellos demostraron por primera vez que la enfermedad es causada por un microorganismo.<sup>3</sup>

### Epidemiología

La Escabiosis humana es un problema de salud pública común a nivel mundial, con una prevalencia global estimada de 300 millones de casos cada año.<sup>4</sup> La enfermedad

es vista en todos los grupos socioeconómicos y comunidades a nivel mundial; sin embargo la prevalencia varía de país a país. En algunos países de centro y sur américa la prevalencia es cerca de 100%.<sup>1</sup> Afecta a todas las edades, sin predisposición por sexo. Es un problema importante en países en desarrollo donde la mayoría de los afectados son niños y usualmente menores de 15 años de edad. En la década de los 70 un estudio epidemiológico reveló que la mayoría de las infecciones fueron dentro del núcleo familiar en niños en edad escolar y adolescentes. En los últimos 20 años se ha observado un incremento del problema en instituciones para cuidados de ancianos. Algunos factores de riesgo son: la edad de la institución (más de 30 años) y el tamaño de la institución (más de 120 camas).<sup>1,4</sup> La sarna noruega (costrosa) es altamente contagiosa, especialmente para el personal médico y paramédico y puede ser un marcador de infección del virus linfotrófico humano tipo I en áreas donde esta infección es prevalente.

### Etiología

La Escabiosis es una infección parasitaria común causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad hominis, un artrópodo del orden acarina.<sup>5</sup> Es un parásito obligado para el humano. El ácaro es blanco, oval con corrugaciones transversas, tiene ocho patas cortas y es muy pequeño para ser visto por el ojo humano, no puede volar ni saltar pero se desplaza con un rango de 2.5cm por minuto en la piel, donde tiene la capacidad de formar túneles en la epidermis (no profundizan más allá del estrato granuloso).<sup>1</sup> En los túneles se encuentran ácaros en todos los estadios de desarrollo, dentro de los cuales depositan sus heces. Las hembras depositan además sus huevos cuyas larvas emergen en 14–17 días. Los ácaros pueden sobrevivir de 24 a 36 horas a temperatura ambiente.<sup>4</sup>

\* Dermatólogo. Servicio de Dermatología. Hospital Escuela, Tegucigalpa

† Residente Tercer año de Dermatología. Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Dirigir correspondencia a: nancymatute@yahoo.com



### Inmunología y patogenia

La sensibilidad alérgica al ácaro o a algunos de sus productos aparentemente juega un rol importante en el desarrollo de las lesiones, los túneles y la producción del prurito. Sin embargo la secuencia de los eventos inmunológicos no es clara. Las evidencias sugieren que tanto la hipersensibilidad inmediata como la retardada están involucradas. Se han observado pruebas cutáneas positivas inmediatas en los test cutáneos en pacientes con infecciones recientes (pocos meses) de Escabiosis. Se ha visto que la hipersensibilidad retardada se asocia con la formación de pápulas y nódulos inflamatorios que se evidencia por los cambios histológicos y la predominancia de linfocitos T en los infiltrados cutáneos. Otros hallazgos inmunológicos incluyen niveles elevados de Ig G e Ig M y bajos de Ig A, que retornan a valores normales después del tratamiento. Se han demostrado depósitos de Ig G y C3 en la unión dermoepidérmica en la región de los túneles y complejos inmunes circulantes en el suero, después del tratamiento de la Escabiosis.<sup>6</sup>

### Vías de Transmisión

En un individuo se pueden encontrar muchos parásitos, arriba de 4,700 ácaros por gramo de piel en pacientes con sarna noruega. Sugiriendo más de una vía de transmisión: directa (contacto directo de piel a piel) e indirecta (a través de camas infectadas, ropa u otros fomites). La transmisión por la ropa u otros medios indirectos es rara en la Escabiosis clásica pero puede ocurrir con la sarna noruega (huéspedes inmunosupresos). La transmisión entre los miembros de una familia e instituciones es común. La transmisión sexual también puede ocurrir.<sup>5</sup>

### Manifestaciones clínicas

1. *Escabiosis clásica*: El período de incubación de la Escabiosis clásica en adultos es de 3 semanas, pero la reinfestación provoca síntomas inmediatos (1–3 días).<sup>1</sup> Numerosos artículos resaltan la importancia de los signos y síntomas clínicos tales como el prurito nocturno y la distribución característica simétrica de pápulas, pústulas y excoriaciones. Esto es más prevalente en individuos atópicos y personas con sensibilidad previa al ácaro y después de infestaciones repetidas.<sup>7</sup> Muchos de estos síntomas pueden estar ausentes o alterados en las variantes no clásicas. El prurito intenso es típico por ser más intenso durante la noche. A menudo se presenta con una intensidad desproporcionada y se asocia con lesiones que al comienzo aparecen en los

espacios interdigitales y luego en las caras laterales de los dedos de las manos, las superficies flexoras de las muñecas, los codos y los pliegues axilares anteriores (Figura No. 1). Otros sitios frecuentes de aparición de lesiones son el pene y escroto, la areola en las mujeres, pliegue interglúteo, área sacra y periumbilical. Si bien las lesiones pueden ser eczematosas a menudo están excoriadas. La lesión patognomónica es el túnel o galería el cual no es siempre visible y consiste en una línea corta, ondulante y oscura. A menudo las excoriaciones, la impetiginización o la ecematización enmascaran las características clásicas de la enfermedad.<sup>8,9</sup>

2. Escabiosis en pacientes con prácticas de higiene adecuadas. Con frecuencia se producen errores en el



Figura No. 1. Escabiosis clásica. Lesiones en pliegues interdigitales y muñeca.

diagnóstico debido a que las lesiones son escasas y los túneles difícil de detectar.<sup>7</sup>

3. *Escabiosis nodular.* Se caracteriza por algunas pápulas y nódulos firmes, pruriginosos y violáceos, en las partes cubiertas del cuerpo, especialmente en los genitales masculinos, región inguinal y axilas. Pueden representar una reacción de hipersensibilidad a los ácaros o sus antígenos. Pueden persistir por semanas a meses después del tratamiento.<sup>2</sup>
4. *Escabiosis en lactantes y niños de corta edad.* Se manifiesta por pápulas, vesículas, pústulas y nódulos en áreas del cuerpo que no están clásicamente involucradas en los adultos, tales como las manos, los pies y los pliegues del cuerpo. Las lesiones son también encontradas en cara, cuero cabelludo, palmas y plantas y atrás de las orejas. La eccematización e impetiginización secundaria son frecuentes y es difícil detectar los túneles. La prevalencia de Escabiosis es más alta en los lactantes menores de 2 años y es habitual observar el compromiso del niño o la niña más pequeño (a) debido a que los adultos afectados lo cargan o abrazan.<sup>2,7</sup> La apariencia clínica de la Escabiosis en los bebés frecuentemente causa confusiones en el diagnóstico. En los niños de hasta 9 días de edad se puede encontrar evidencia de Escabiosis como resultado de una infestación después del parto. Los recién nacidos son los miembros de la familia más severamente afectados. Las lesiones vesiculopustulares en las palmas y plantas son muy características (Figura No. 2). En algunos infantes la enfermedad es primariamente nodular y puede ser confundida con Urticaria Pigmentosa, Histiocitosis de células de Langerhans, reacciones a picaduras de insectos y linfoma.<sup>10</sup>
5. *Escabiosis en el adulto mayor.* En este grupo de edad la Escabiosis puede pasar inadvertida debido a que los cambios cutáneos suelen ser mínimos o atípicos. Los pacientes mayores pueden tener prurito no específico y las lesiones atribuirse a prurito senil, ansiedad, xerosis o fármacos. Los pacientes de edad avanzada que permanecen durante períodos prolongados en cama o en silla pueden presentar compromiso de la espalda. Subsecuentemente el uso de esteroides tópicos por largo tiempo puede llevar a una sarna noruega.

Con frecuencia se informan epidemias de Escabiosis en institutos para la atención de pacientes geriátricos

donde un paciente con Escabiosis noruega represente el caso índice que conduce a la infección de otros individuos que incluyen personal de salud y sus familiares.<sup>7,11</sup>

6. *Escabiosis Noruega.* La sarna noruega es conocida también como Escabiosis costrosa porque sus primeros casos fueron reportados en pacientes con lepra en Noruega en 1848. (Ref 9) Es una rara variante de la Escabiosis causada por una abundante infestación de los ácaros y es altamente contagiosa. Es frecuentemente diagnosticada como otras dermatosis. Se caracteriza por un rash eritematoso, polimórfico e hiperqueratósico, que puede ser máculopapulovesicular, eccematoso o pustular. Los túneles característicos de la Escabiosis clásica están ausentes.<sup>12</sup> Si bien las le-



Figura No. 2. Escabiosis en lactantes y niños: lesiones en palmas y plantas.

siones hiperqueratósicas no pruriginosas son las más frecuentes, la enfermedad puede variar desde costras acompañadas o no de prurito hasta una dermatosis papulosa pruriginosa y puede imitar a la enfermedad de Darier o a las Psoriasis. El compromiso ungular de los dedos de las manos o pies puede simular Psoriasis u Onicomicosis (Figura No. 3). En las escamas y uñas pueden existir miles o millones de microorganismos. Usualmente afecta a pacientes adultos mayores, debilitados, inmunosupresos, o con alteraciones cognitivas. Como consecuencia de la infección de la piel fisurada y excoriada, las infecciones bacterianas secundarias particularmente por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes* pueden llevar a sepsis u otras complicaciones que pongan en riesgo la vida del paciente.<sup>8</sup>

7. *Escabiosis incógnita*. Si bien en un principio fue descrita en pacientes que recibían glucocorticoides, otros fármacos inmunosupresores también pueden conducir a presentaciones inusuales de Escabiosis. Siempre que se desarrolle una dermatosis extensa, escamosa y pruriginosa en un paciente inmunosupreso, debe plantearse la posibilidad de Escabiosis.<sup>8</sup>
8. *Escabiosis y HIV/S*. La Escabiosis se presenta al menos en el 2 – 4% de los pacientes con SIDA. En el SIDA las formas inusuales pueden dividirse en: Escabiosis noruega y Escabiosis papular atípica. Los pacientes con HIV/SIDA pueden presentarse con Escabiosis clásica y ha medida que desciende el recuento de CD4 desarrollar Escabiosis noruega y el prurito disminuir o desaparecer. El aspecto atípico puede producir demoras



Figura No. 3. Escabiosis Noruega. Lesiones costrosas en plantas.

en el diagnóstico y por lo tanto aumentar el riesgo de transmisión a otras personas.<sup>8</sup> En muchas ocasiones estos pacientes son mal diagnosticados como dermatitis seborreica o eccema y el diagnóstico se sospecha sólo cuando no hay una respuesta al tratamiento.<sup>11</sup>

9. *Escabiosis bulosa*. Es una rara variante que usualmente se presenta en ancianos, mayores de 65 años, sanos en otros aspectos. Se caracteriza por una erupción indistinguible desde el punto de vista clínico, anatomopatológico e inmunopatológico del Penfigoide Ampollar. El diagnóstico definitivo se realiza ante la presencia de lesiones bulosas de más de cinco milímetros y la observación de los ácaros o sus productos en la microscopia directa o en la histología.<sup>13</sup>

### Diagnóstico diferencial

La Escabiosis puede confundirse con cualquier dermatosis pruriginosa pero por lo general se confunde con: dermatitis atópica, urticaria pigmentosa, piodermas, prurigo simple, picaduras de insectos, dermatitis herpetiforme, dermatitis seborreica, psoriasis, psoriasis palmoplantar, dermatitis exfoliativa, erupciones por drogas, enfermedad de Darier, ictiosis, liquen plano, penfigoide buloso de células de Langerhans y linfoma.<sup>10</sup>

### Diagnóstico

A menudo el indicio habitual para el diagnóstico es la distribución característica de las lesiones, en los adultos generalmente respetan la cara, cuero cabelludo, palmas y plantas y en los varones hay afectación del pene. A diferencia de los niños en donde estas áreas se encuentran afectadas de forma característica. El diagnóstico definitivo se basa en la identificación microscópica de ácaros, huevos o sus heces en muestras de piel del área infectada. Existen varios métodos diagnósticos dentro de los cuales se incluyen los siguientes:

- a) Examen directo: consiste en aplicar 1 ó 2 gotas de aceite mineral, en la lesión, la cual se raspa o afeita con una hoja de bisturí para extraer la parte superior de los túneles o las pápulas. El material de raspado impregnado de aceite mineral, solución salina o hidróxido de potasio (KOH) y cubierto con un cubreobjetos se examina al microscopio. El aceite mineral es preferido al KOH, ya que este puede disolver las heces del parásito.<sup>4,8</sup>
- b) Dermoscopia: la microscopía con epiluminiscencia o dermoscopia es un método eficaz in vivo para el diag-



nóstico de Escabiosis. La imagen con aumento (10X) muestra estructuras pequeñas oscuras y triangulares que corresponden a la sección anterior pigmentada del ácaro y un segmento lineal sutil detrás del triángulo que contiene burbujas de aire pequeñas; en conjunto se asemejan a un “avión con su estela” y se considera que corresponden a los túneles acompañadas por los huevos y las heces del parásito.<sup>8,14</sup>

- c) Reacción en cadena de la polimerasa (PCR): Bezold y col. Informaron la utilización de PCR para demostrar la existencia de Escabiosis en un paciente que clínicamente presentaba un eccema atípico. Las escamas epidérmicas fueron PCR positivas para DNA de *S. scabiei* antes del tratamiento y negativas dos semanas después del mismo.<sup>8</sup> Los test inmunológicos, tales como el Prick test, no han sido desarrollados ya que los ácaros tienen diversos inmunógenos con el huésped. En la actualidad no hay un test inmunológico diagnóstico, aunque algunos autores describen la PCR como un método para detectar el DNA del *S. scabiei*.<sup>4</sup>

### Tratamiento

El tratamiento de la Escabiosis consiste en tres pilares: 1) Tratamiento de los pacientes, 2) prendas de vestir y ropa de cama y 3) las personas que tienen contacto cercano. El tratamiento antiescabiótico ideal debería ser simple, altamente efectivo, cosmético y no tóxico para el paciente, en busca de este se han desarrollado productos tópicos u orales que pueden ser utilizados para el manejo de la escabiosis, los cuales se describen a continuación:

#### Tratamiento tópico (local):

Al prescribir los tratamientos tópicos se debe especificar al paciente la cantidad de medicamento y el número de horas que debe permanecer con el medicamento en la piel, ya que la sobremedicación puede llevar al desarrollo de una dermatitis de contacto que puede ser interpretada como persistencia de la enfermedad.<sup>8</sup> En general los medicamentos tópicos deben aplicarse en forma minuciosa en el área detrás de las orejas y desde el cuello hasta las plantas de los pies con atención especial en los sitios de pliegue. La medicación debe enjuagarse con agua luego de transcurrido el lapso recomendado. A la mañana siguiente del tratamiento es necesario lavar y secar la ropa interior, la ropa de cama y las toallas con agua caliente. Se debe advertir a los pacientes que el prurito y la eccematización pueden persistir hasta por un mes, luego del tratamiento adecuado de la infestación, para lo cual se suele indicar

manejo con agentes humectantes, emolientes y antihistamínicos sistémicos.<sup>8</sup>

De igual manera se deben identificar los contactos (familiares, sociales de trabajo) sintomáticos y los asintomáticos con factor de riesgo de haber adquirido la enfermedad e indicar manejo, el cual todavía no está estandarizado pero se suele indicar el mismo esquema del paciente con escabiosis no complicada.

Existen algunos estudios controlados en la literatura que evalúan la eficacia de varios tratamientos locales con un alto nivel de evidencia. Sin embargo no hay una referencia internacional estándar. Los productos difieren en cada país.<sup>15</sup>

1. *Benzoato de bencilo*. El Benzoato de bencilo (no disponible en EEUU) es tóxico para el sistema nervioso del parásito y también es activo contra los huevos. La dilución al 25% es muy efectiva in vitro, mata los parásitos en 3 horas; puede ser utilizado sólo (loción al 10 – 25%) o en combinación con sulfiram. Diferentes regímenes de aplicaciones han sido sugeridos en la literatura (una o dos aplicaciones el mismo día, con 10 minutos de separación, dos aplicaciones con 24 horas de separación o una aplicación a la semana) pero no han sido publicados estudios comparativos. En Francia, por un consenso de profesionales, una combinación de Benzoato de bencilo al 10% y sulfiram al 2% bajo el nombre Ascabiol, es el producto prescrito más ampliamente para el tratamiento de la Escabiosis. La toxicidad consiste básicamente en irritación de la piel con xerosis y sensación de quemadura y en ocasiones eccema por contacto. Los efectos sistémicos pueden ocurrir con la ingestión del producto, en piel fisurada y niños menores de 2 años.<sup>15</sup> Mytton et al demostraron que el benzoato de bencilo y la permetrina no se asocian con efectos adversos en el embarazo por lo que su uso es seguro en el segundo y tercer trimestre del embarazo.<sup>16</sup>
2. *Piretrinas sintéticas*. Disponible en forma de aerosol para el tratamiento de la Escabiosis. Es aplicado una vez en toda la piel y removido 12 horas después. Puede reaplicarse una semana después. Los efectos adversos son irritación de la piel y broncoespasmo, probablemente por la forma de Spray del producto. Esta contraindicado en pacientes con historia de asma y en



lactantes y niños con una historia de bronquitis. Otro piretroide sintético esta disponible en los mercados de algunos países, la permetrina como crema al 5%. Es usada para la Escabiosis clásica en una sola aplicación y eliminándose 8–12 horas después. Constituye la primera línea de tratamiento en las guías de manejo de los EEUU y UK. Esta indicada para niños mayores de 2 meses de edad, pero en situaciones especiales puede ser prescrita con seguridad en neonatos y mujeres embarazadas.<sup>16</sup> Es relativamente seguro ya que menos del 2% de la cantidad aplicada es absorbida y rápidamente destoxificada.<sup>7</sup> Las reacciones adversas son leves y consisten en ardor, exacerbación del prurito y dermatitis por contacto.

3. *Lindano*. El isómero de la gamma-hexacloridrato de benceno está disponible en Francia como una solución al 1% requiere una sola aplicación por 6 – 12 horas en la piel seca. Algunos autores recomiendan una segunda aplicación 7 días después. In vivo la eficacia es equivalente a la del Benzoato de bencilo, aunque no se han realizado ensayos controlados comparativos. Los casos aislados de falla de tratamiento y su mayor toxicidad en comparación con la Permetrina hacen que el Lindano sea la segunda línea de tratamiento en los EEUU. Se estima que la toxicidad del Lindano es de 40 – 400 veces mayor que la de la permetrina al 5%. Se ha reportado casos de toxicidad neurológica (convulsiones), anormalidades hematológicas (anemia), así como toxicidad hepática y recientemente se han detectado anormalidades de las células de Leydig en los ratones. La toxicidad ocurre casi exclusivamente en pacientes que reciben altas dosis o por una gran absorción transcutánea en pacientes con compromiso de la barrera de la piel. No debe utilizarse en lactantes, niños de corta edad, ni mujeres embarazadas o que amamantan, con trastornos convulsivos u otras enfermedades neurológicas.<sup>8</sup>
4. *Crotamiton*. Una crotonamida que tiene acción antiparasitaria (mecanismo desconocido) antiprurítica y antibacteriana. Esta disponible como crema al 10% (Eurax). Se aplica en toda la piel por 2 días consecutivos. Es considerado el menos efectivo de los tratamientos tópicos.<sup>15</sup> Puede ser utilizado en recién nacidos y lactantes.

5. *Azufre*. Por lo general es indicado como azufre precipitado (al 6%) en vaselina, puede aplicarse por la noche durante 3 días consecutivos y lavarse con agua 24 horas después de la última aplicación. Si bien presenta olor desagradable, mancha y es grasoso, constituye un producto seguro, eficaz y apto para utilizar en lactantes menores de 2 meses y durante el embarazo o la lactancia.<sup>15</sup>

Tratamiento sistémico:

*Ivermectina*. Es un agente antiparasitario aprobado por la FDA para el tratamiento de la oncocercosis y la strongiloidiasis en seres humanos. Desde 1993, surgieron numerosos informes que indican que la administración de 200 µg/Kg de peso corporal es un tratamiento eficaz para la Escabiosis con tasas de curación que varían en los diferentes reportes del 70 – 95%. Una segunda dosis del fármaco (2 semanas después de la inicial) está indicada en la Escabiosis noruega y profusa para asegurar la cura. Brooks y Grace en su estudio realizado en población pediátrica reportaron que la ivermectina es mejor que el benzoato de bencilo para el tratamiento de la Escabiosis pediátrica ya que es más efectiva y no posee los efectos de irritación de la piel.<sup>17</sup>

Tratamiento de las formas especiales:

1. *Escabiosis costrosa*. Los escabicidas utilizados para la Escabiosis clásica también son eficaces para la Escabiosis costrosa; sin embargo, es habitual que requieran dosis repetidas, la resolución es más lenta y en ocasiones es necesario el uso secuencial de dos o más agentes distintos. Debe tratarse la totalidad de la piel incluidos el cuero cabelludo, cara, debajo de las uñas. La ivermectina 200 – 250 microg/kg de peso es adecuada, sola o en combinación con permetrina, seguida de la aplicación de crema de lindano o azufre en caso de ser necesario. También es de utilidad el tratamiento previo con agentes queratolíticos (cremas o lociones con ácido salicílico). Dado que estos pacientes presentan un gran número de ácaros tienen que ser aislados hasta completar el tratamiento y debe tratarse el ambiente y los fómites.<sup>11, 12</sup>

2. *Escabiosis en VIH/SIDA*. La Escabiosis es más difícil de tratar en pacientes infectados por HIV. El tratamiento es similar a la Escabiosis costrosa. Cuanto más intensa es la inmunosupresión más atípica puede ser la morfología y menos predecible la respuesta al tratamiento. Muchos estudios recomiendan el uso de ivermectina administrada

en varias dosis (2 ó 3) con intervalos de 2 – 3 semanas, o la combinación de esta con tratamiento local.

### Puntos a recordar

- La escabiosis es una enfermedad contagiosa cosmopolita causada por *Sarcoptes scabiei*, variedad hominis.
- La transmisión es por vía directa (contacto piel a piel) e indirecta (camas infectadas, ropa u otros fomites).
- Las manifestaciones clínicas típicas son: el prurito intenso nocturno y la distribución simétrica de excoriaciones, pápulas y pústulas.
- Para realizar el diagnóstico se debe considerar que existen diferentes variantes clínicas.
- En el tratamiento definitivo, además de tratar al paciente también debe tratarse a las personas que están en contacto cercano al paciente, las prendas de vestir y ropa de cama.
- El prurito y la eccematización pueden persistir hasta por un mes, luego del tratamiento adecuado de la infestación.

### REFERENCIAS

1. Chosidow O. Scabies and pediculosis. *Lancet* 2000; 355: 819–26.
2. Orion E, Marcos B, Davidovici B, Wolf R. Itch and scratch: scabies and pediculosis. *Clinics in Dermatology*. 2006; 24: 168–175.
3. Heukelbach J, Feldmeier H. Scabies. *Lancet* 2006; 367: 1767–74.
4. Orion E, Matz H, Wolf R. Ectoparasitic Sexually Transmitted Diseases: Scabies and Pediculosis. *Clinics in Dermatology* 2004; 22: 513–519
5. Chosidow O. Scabies. *N Engl J Med* 2006; 354: 1718–27.
6. Burns D. Disease caused by Arthropods and other Noxious Animals. In *Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology*. 6<sup>th</sup>ed. Oxford: Blackwell Science; 1998. p. 1423 – 1481.
7. Ferreira T, Farias B. Scabies, pediculosis, bedbugs, and stinkbugs: uncommon presentations. *Clinics in Dermatology* 2005; 23: 545–554.
8. Stone S. Escabiosis y pediculosis. En *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. 6<sup>a</sup>.ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005. p. 2580 – 2588.
9. Bignell C. Lice and scabies. *The Medicine* 2005; 33 (10): 76 – 78.
10. Prendiville J. Scabies and Lice. In *Textbook of Pediatric Dermatology*. 2th. Ed. Oxford: Blackwell Science; 2006. V.1. p. 555 – 569.
11. Vorou R, Remoudaki H. Maltezou H.C. Nosocomial scabies. *Journal of Hospital Infection* 2007; 65: 9 – 14.
12. Tran L, Siedenberg E, Corbett S. Crusted (Norwegian) Scabies. *The Journal of Emergency Medicine*, 2002; 22 (3): 285–287.
13. Kamal R, Shahab A, Sukang D. Bullous scabies. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49: 346 – 50.
14. Dupuy A, Dehen L, Bourrat E, Lacroix C, Pharm D, Benderdouche M, et al. Accuracy of standard dermoscopy for diagnosing scabies. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56 : 53 – 62.
15. Buffet M. Dupin N. Current treatments for scabies. *Fundamental & Clinical Pharmacology* 2003; 17: 217–225.
16. Mytton O, McGready R, Lee S, Roberts C, Ashley E, Carrara V, et al. Safety of benzyl benzoate lotion and permethrin in pregnancy: a retrospective matched cohort study. *BJOG* 2007; 114: 582–587.
17. Brooks P, Grace R. Ivermectin is better than benzyl benzoate for childhood scabies in developing countries. *J. Pediatr. Child Health* 2002; 38: 401–4.

# La enseñanza de la dermatología en el pregrado en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras

*Alicia Mejía de Calona\*, Ofelia Wilkinson\**

El proceso Enseñanza-Aprendizaje necesita cumplir con varios requisitos para que se lleve a cabo: debe existir un profesor entrenado en las técnicas pedagógicas, un ambiente adecuado, material didáctico y audiovisual, acceso a libros y revistas para consulta y en el caso de la semiología y clínicas médicas, la disponibilidad de pacientes a quienes podamos examinar directamente y descubrir con nuestros propios sentidos los sonidos, texturas, ritmos, colores, sensibilidades etc. que definen si una persona esta dentro de los parámetros normales o patológicos.

En nuestra Universidad la falta de dinero, la corrupción y la improvisación no nos han permitido tener todos estos recursos que son requisitos para el aprendizaje, pero, por lo menos los estudiantes de medicina han tenido acceso a los pacientes, situación que esta comenzando a cambiar.

Se calcula que hasta un 30% de las consultas generales son por problemas de piel. Este dato nos indica la importancia de que los médicos salgan bien preparados en esta área.

En Dermatología los diagnósticos clínicos, hasta en un 80%, pueden hacerse por simple inspección y palpación, por lo que exponer al máximo al estudiante a los pacientes les ayuda a entrenarse en los sutiles cambios que diferencian una enfermedad de la otra y que no pueden ser captados en fotografías u otros medios. Con este fundamento los estudiantes de medicina siempre han rotado por el servicio de dermatología. Ese derecho lo hemos defendido a

capa y espada porque estamos seguras de que es la mejor manera de aprender dermatología.

Antes de que se inaugurara el Hospital Escuela (HE) en 1978 las clases de dermatología se daban en el Hospital San Felipe, en 4to y 6to años, como Semiología y Clínica Dermatológica. El número de estudiantes era pequeño y la enseñanza personalizada. Cuando se abre el HE y dichas clases son impartidas en los estrechos consultorios de la Consulta Externa los grupos tenían 5-9 alumnos por profesor y el grupo era aun manejable. Como los alumnos ya habían llevado Semiología Dermatológica en 4to año (como en todas las demás especialidades) se les facilitaba el aprendizaje de la Clínica. Posteriormente, se producen cambios en el curriculum de la carrera de Medicina y es eliminada la rotación por Semiología de 4to año, dejando a los estudiantes únicamente 5 semanas en 6to año para aprender la patología de piel, esto debe reconsiderarse.

El aumento de la población graduada en secundaria, la política de puertas abiertas de la UNAH y su bajísimo costo, fueron estímulos para que cada vez mas personas decidieran entrar a estudiar a la UNAH, calculándose que del total de alumnos que entran a primer ingreso cada año, el 25% se matriculan en medicina. Como resultado en los últimos 6-8 años hemos tenido un aumento sin control del número de estudiantes sin que exista un correspondiente aumento en los recursos humanos y materiales: docentes, pupitres, aulas, proyectores, consultorios, etc. Ya no caben los estudiantes en los consultorios de la consulta externa y hay escasez de aulas. En los últimos 3 años la situación se ha vuelto cada vez mas dramática y en cada pasantía hemos tenido de 40-60 alumnos y a partir del II semestre del 2008 será de 60 a 70.

\* Profesora Titular de Dermatología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.  
Dirigir correspondencia a: aliciadecalona@yahoo.com

Al ver la evolución histórica de la clase de dermatología nos llenamos de preocupación pues presentimos que la situación va empeorando a pesar de los esfuerzos de los profesores. A nuestros ojos, desde nuestra posición específica (sin intereses económicos ni aspiraciones electorales) la causa es evidente, demasiados estudiantes y escasos de recursos humanos y materiales.

La UNAH esta consciente de la crisis y ha implementado medidas para mejorar la situación. Así en el 2007 se volvió obligatorio el examen de admisión que en un solo año ya mostró resultados beneficiosos en la calidad de los estudiantes. Eso nos alegra mucho pero es necesario con-

trolar además **la cantidad**. El establecimiento de cupos debe considerarse urgentemente. Debe existir un número planificado de alumnos y de acuerdo a este programar los recursos que se necesitarán.

Por ahora vamos saliendo como podemos, dividiendo los grupos y reduciendo sus días de ver pacientes, con aulas con capacidad para 30 alumnos llenas con 60 y a veces sentados en el suelo. No debemos adaptarnos a la mediocridad, pues creemos firmemente que Honduras se merece médicos excelentes, formados en el mejor entorno posible.



# La dermatología en Honduras: una especialidad joven pero con mucha historia

---

*Dagoberto Espinoza Figueroa\**

---

De una manera general, se puede decir que la Dermatología es la rama de la medicina que se ocupa de la piel, sus enfermedades y el tratamiento de éstas, incluyendo, desde luego, anexos como los son el cabello y las uñas. Pero la piel no debe ser vista como la simple envoltura de nuestro cuerpo, pues la misma tiene funciones de barrera contra las noxas del entorno, así como factor homeostático importante en el funcionamiento del organismo.

Algo que debe aclararse es que los profesionales que se dedican a la Dermatología diagnostican muchas enfermedades que básicamente corresponden a otros órganos y tejidos de la economía, pero que tienen manifestaciones cutáneas polimorfas y que, por el hecho de ser visibles, los enfermos consultan, en primera instancia, al dermatólogo. Uno de nuestros maestros decía, con mucha propiedad, que él no era epidermólogo y por lo tanto excitaba a especialistas de otros campos: endocrinólogos, internistas, psiquiatras y oncólogos para compartir el manejo multidisciplinario de enfermos con dolencias aparentemente circunscritas a la piel. “La piel—sostenía—es la ventana que permite al internista adentrarse en las profundidades del ser humano”.

Problemas endocrinológicos que tienen que ver con la tiroides o las glándulas suprarrenales son observados, con frecuencia, en la consulta de Dermatología. Enfermos con dolencias hepáticas o sistémicas acuden, también muy a

menudo, a la consulta de Dermatología. En lo referente a la Oncología se puede decir que el dermatólogo transita de la mano con los especialistas en tumores malignos en un amplio campo, donde los casos eclosionan con manifestaciones de la piel, incluso mucho antes de hacerlo en el órgano primariamente afectado.

¿Y qué decir de la ligazón entre psiquiatría y dermatología? Comencemos recordando que piel y sistema nervioso comparten un origen ectodérmico, lo cual explica la estrecha relación en manifestaciones clínicas de doble vía. Lesiones de la piel tienen repercusiones emocionales que pueden durar toda una vida. Ciertos tipos de acné, nevus, vitiligo y procesos descamativos afectan esa carta de presentación (la piel) de nuestra personalidad. De igual manera, unas manos sudorosas o unas axilas malolientes, pueden conducir al automarginamiento laboral y social de quienes presentan una hiperhidrosis severa. En sentido inverso, quienes adolecen de una fobia social, sus manifestaciones más llamativas se observan en la piel: el rubor en el rostro obliga al paciente a no participar en eventos tan sencillos como asistir a un almuerzo o una cena; la frialdad de las manos como manifestación de un estado ansioso lo apenan frente a sus amigos y con frecuencia porta un pañuelo para que no perciban la sudoración de sus palmas. Muchas formas de caída de cabello, son catalogadas como psicodermatosis y, el “delirio de parásitos”, reclama la atención de ambos especialistas.

Nuestro país, desde mediados del siglo pasado, cuenta con profesionales de gran capacidad científica en el campo de

---

\* Dermatólogo. Servicio de Pediatría, Hospital General San Felipe. Tegucigalpa  
Dirigir correspondencia a: dagoderm@yahoo.com

la Dermatología. Fueron pioneros los doctores Hernán Corrales Padilla, Eduardo Fernández y Héctor Laínez. Todos ellos laboraron en centros hospitalarios del Estado y en la Facultad de Ciencias Médicas, así como en clínicas privadas. El primero fungió como Ministro de Educación, también como Rector de la UNAH. En San Pedro Sula, los doctores Alberto Downing, Alberto Handal y José T. Paz, han dado el fruto de su talento y dedicación a lo largo de décadas previniendo y tratando enfermedades que competen a la Dermatología. La doctora Virginia Figueroa Girón fue la primera dermatóloga en el país y se dedicó, por muchos años, a la docencia universitaria. También ocupó un viceministerio en la Secretaría de Salud, así como la Dirección General del IHSS. Luego se incorporaron las doctoras Noemí Álvarez y Ofelia Wilkinson desempeñando, con buen suceso, tareas asistenciales y de enseñanza.

Honduras, ubicada en el trópico, ve llegar a centros de atención médica, a gran cantidad de pacientes buscando ayuda para problemas de la piel; de ahí la importancia para que los médicos egresados de la Facultad de Ciencias Médicas tengan los conocimientos básicos de esta patología tan abundante y florida. El Dr. Laínez consideraba que todo estudiante de los últimos años de la carrera de medicina debía saber definir y establecer la diferencia de términos tales como mancha, vesícula, pápula, ampolla, escama, liquenificación, nódulo, esclerosis, atrofia, etc.

Es digno de mencionarse la apertura y continuidad del postgrado de Dermatología en el Hospital Escuela. Ya el país cuenta con varias generaciones de egresados, quienes

se desempeñan eficientemente. Muchos de ellos han escrito trabajos excelentes en revistas de gran difusión; también han tenido participación destacada en eventos científicos tanto nacionales como internacionales. Merece el reconocimiento del conglomerado hondureño “la semana del lunar”, que ha contado siempre con el entusiasmo de uno de los primeros egresados del postgrado, doctor Silverio Morales. Durante ese evento anual se han detectado casos que, si no se hubieran diagnosticado oportunamente, habrían tenido un desenlace fatal, como ocurre con algunos tipos de melanoma.

Esta especialidad médica, fascinante por lo variado de sus cuadros clínicos, así como por la evolución satisfactoria de muchos casos cuando se diagnostican correctamente y se tratan con pericia científica, ha tenido a lo largo de su historia, campos diversos de proyección. Así, en las escuelas europeas, tocaba al dermatólogo el manejo de las enfermedades de transmisión sexual. La dermatopatología es un vasto campo que se ha convertido en una subespecialidad o, para algunos, en una verdadera especialidad; esa estrecha relación se ha mantenido con la alergología y la inmunología. El futuro de la Dermatología es prometedora. En auge están la Cirugía Dermatológica y la Dermatología Cosmética.

Felicitemos a los profesionales que se dedican al campo de la dermatología y ojala que los médicos generales, así como los especialistas en otras disciplinas, sepan aprovechar las enseñanzas contenidas en los diferentes artículos que aparecen en este número de la Revista Médica Hondureña.

# Precursores y pioneros de la dermatología en Honduras

*Nelly Janeth Sandoval\**

## INTRODUCCIÓN

Para fines de este artículo dividí arbitrariamente la historia de la dermatología en Honduras en tres períodos, el primero comprendido entre los años 1950 y 1980, donde la dermatología en Honduras tiene sus inicios y al mismo tiempo logra gran esplendor a través de grandes figuras como el Doctor Hernán Corrales Padilla, y es donde he ubicado a los precursores y pioneros de la dermatología que aquí les presento; un segundo período comprendido entre los años 1981 y 2000 que se manifiesta con los albores de la dermatología, en el cual se destaca el inicio y la consolidación de la enseñanza de la dermatología en Honduras y el período actual a partir del año 2001 el cual se enfoca hacia la diversidad tecnológica en sus diferentes ramas.

Los orígenes de la Dermatología en Honduras son difíciles de precisar ya que en la antigüedad los médicos se dedicaban al ejercicio de la medicina integral y además la dermatología era vista como una parte de Medicina Interna, luego se observó el fenómeno de especialización empírica, en el cual un médico general se dedicaba a una área específica sin haber realizado estudios de especialización, con lo cual se va creando la necesidad de realizar estudios en esta materia como en otras áreas de la medicina, y es así como ilustres profesionales de la medicina hondureña emigran temporalmente a diferentes partes del mundo en busca de la formación profesional en Dermatología y sus ramas. En el presente artículo hago una breve reseña de

cada uno de los que considero precursores y pioneros de la dermatología en Honduras.

### **Dr. Eduardo Fernández Selva (QDDG)**

Fue el primer dermatólogo hondureño, nació en la ciudad de Tela, Atlántida, el 7 de Septiembre de 1924. Realizó sus primeros estudios en Tegucigalpa y en 1944 viajó a la ciudad de San Salvador para ingresar a la Facultad de Medicina, donde se graduó con honores, por su excelencia académica le otorgaron beca para iniciar sus estudios de especialización en Dermatología en la Universidad de Kansas, en 1950 y después ingreso a la universidad de Pensilvania Filadelfia, donde obtuvo el título de Medicina Tropical y Especialista en Dermatología, su gran pasión. Terminados sus estudios a mediados de los 50' regresó a Tegucigalpa donde instaló su consultorio privado y fue nombrado Jefe del Departamento de Enfermedades Tropicales en el Hospital General San Felipe, también fue Jefe de la campaña contra la lepra. Su excelencia profesional era reconocida a nivel internacional y frecuentemente era invitado a participar en numerosos congresos, donde exponía sus trabajos de investigación y casos especiales. También tenía espíritu de mentor y fungió como catedrático en la Facultad de Medicina de la UNAH, fuera de la medicina le gustaba jugar tenis, golf y obtuvo su licencia de piloto de aviones. Falleció a la edad de 45 años.



\* Dermatóloga-Dermatopatóloga, Departamento de Patología, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.  
Dirigir correspondencia a: njanethsandoval@yahoo.com

### Dr. Hernán Corrales Padilla (QDDG)

El ilustre Doctor Corrales Padilla, profesor emérito de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), nació el 30 de agosto de 1924 en la ciudad de Choluteca, comienza su carrera en la Facultad de Medicina de la Universidad UNAH donde se graduó de Médico y Cirujano en Agosto de 1949. Realizó estudios de postgrado en Santiago de Chile y Buenos Aires. “El maestro” como se le conocía, un hombre polifacético que se destacó ampliamente en la medicina en general, la dermatología, la investigación, la administración pública y en la educación. Aquí describo, por razones de espacio, algunas de los aspectos más importantes de su carrera: Director del Hospital privado Centro Médico Hondureño, Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital General San Felipe, Director de la Revista Médica Hondureña, miembro del tribunal de honor del Colegio Médico de Honduras, vicepresidente de la Unión Dermatológica Mundial, secretario general y secretario adjunto de la Sociedad Centroamericana de Dermatología (SCAD), presidente del Colegio Iberoamericano de Dermatología (CILAD), miembro de más de 20 sociedades de dermatología a nivel nacional e internacional, vicerrector y rector de la UNAH, catedrático de Fisiología, fisiopatología y clínica dermatológica en la Facultad de Medicina de la UNAH. En la administración pública desempeño los cargos de secretario de estado en el despacho de educación pública, embajador de Honduras ante la Organización de Estados Americanos OEA y en Washington. El Doctor Corrales Padilla cultivó las ciencias y las letras publicando aproximadamente 56 trabajos científicos en revistas nacionales e internacionales, la mayoría de ellos en la Revista Médica Hondureña. También publicó varios libros entre ellos: 1. Deficiencia Mental y Piel 2. Fotodermatosis 3. Clinical Selections in Dermatology and Mycology 4. Fitofotodermatosis: reactividad de los psoralenos 5. Vitíligo. También fue co-autor del libro Vasculitis del CILAD y publicado por el instituto de investigación Syntex México y co-editor de la revista internacional “Medicina cutánea” que es la revista del CILAD, y sigue siendo una de las revistas científicas



dermatológicas más difundida. Cabe destacar sus estudios reconocidos a nivel internacional sobre las aplicaciones del *Polypodium leucotomos* (calaguala) en vitíligo y psoriasis. Falleció en el año 1999 a la edad de 75 años.

### Dr. Héctor Laínez Núñez (QDDG)

Nació el 21 de Mayo de 1930 en la ciudad de Tegucigalpa, obtuvo el título de Doctor en Medicina y Cirugía en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en 1955. Continuó los estudios en los Estados Unidos, realizó el internado rotatorio (1955-1956) en el Hospital Missouri y Barnes en St. Louis, un año de medicina interna (1956 -1957) en la clínica Guthrie de Sayre, Penna, Dermatología y Venereología en el Hospital del Colegio Médico de Virginia (1958-1959). Fungió como médico jefe de residentes en Dermatología y Sifilología en el Hospital de Graduados de la Universidad de Pennsylvania (1958-1959). Con beca del gobierno de Inglaterra realizó estudios de Inmunología y Alergia en la Universidad de Londres (1965-1966). Se desempeñó como dermatólogo en el Instituto Hondureño de Seguridad Social, médico asistencial y jefe de los servicios de Dermatología del Hospital General San Felipe y el Hospital Escuela, catedrático de Terapéutica y Farmacología y Dermatología en La UNAH. Fue socio fundador y miembro activo del Colegio Médico de Honduras y del Régimen de Pensiones de Retiro del Colegio Médico de Honduras. También fue Director de la Revista Médica Hondureña y socio fundador y miembro activo de la Sociedad Centro Americana de Dermatología (SCAD) y la Sociedad Hondureña de Medicina Interna. Incursionó en la poesía, siendo galardonado por el Colegio Médico de Honduras en las ramas de poesía y anécdotas médicas, por seis años consecutivos. Falleció el 20 de marzo de 1996 a la edad de 66 años.





**Dr. Alberto Downing Chavarría**

El Doctor Downing nació el 8 de Marzo de 1934 en San Pedro Sula, obtuvo el título de Médico y Cirujano General en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) el 20 de Mayo de 1961. Realizó estudios de post grado en Dermatología en la Universidad de Buenos Aires, Argentina, en el Instituto privado de Piel (1964). Para perfeccionar su carrera realizó múltiples cursos en diversas disciplinas de la dermatología (dermatosis ocupacionales, leprología, dermatología pediátrica, cosmimetría, dermatología geriátrica, histopatología dermatológica. En el Hospital Dr. Leonardo Martínez de San Pedro Sula inició los servicios de dermatología (1965-1976). Fue miembro fundador del Colegio Médico de Honduras y fue miembro de la Sociedad Medica Sampedrana, SCAD y CILAD. Reconocido por la Clinical Associate de Tulane Medical Center de Nueva Orleans, Lousiana, USA (1988) y miembro del Circulo Internacional de Excelencia Medica, otorgado por Baptist Health Systems of South Florida, USA 2002. Es co-fundador del Centro Médico Sampedrano, S. A. (CE-MESA); fundador del Centro de Diagnostico Medico, S.A. (CDM) y de Resonancia Magnética Internacional S.A. Fundador de la Sociedad Servicios Médicos Cardiovasculares, S.A. (SEMECA). Fundador y primer presidente de la Asociación de Hospitales Privados de Honduras (ASHOPRHO). Actualmente se dedica a sus empresas privadas.



**Dr. Miguel Ángel Girón Rodríguez (QDDG)**

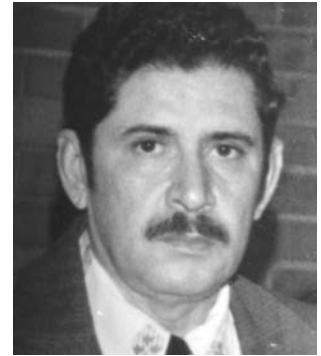
El Doctor Girón Rodríguez nació en la ciudad de Comayagüela M.D.C., el 14 de Septiembre de 1927, realizó sus estudios en la UNAH (1950-1960), obteniendo el título de Médico y Cirujano General el 18 de Diciembre de 1965, posteriormente realizó estudios



de especialización en dermatología en el Centro Dermatológico Estanislao de la Pascua en la ciudad de México, de 1977 a 1980. Al regresar a Honduras se incorporó a trabajar en el IHSS. Falleció en el año 2005 a la edad de 78 años.

**Dr. José Trinidad Paz Rivera (QDDG)**

Nació el 11 de agosto de 1928, originario de Concepción Norte, Santa Bárbara, obtuvo su título de Médico y Cirujano General en la UNAH (1949 - 1957). Luego se trasladó a Guadalajara, México donde realizó estudios de Postgrado en dermatología-sifilología y leprología en el Instituto dermatológico de Guadalajara del 15 de Septiembre de 1962 al 15 de Mayo de 1964. Falleció en el año 1986 a la edad de 58 años.



**Dr. Alberto Elías Handal Handal**

Nació el 14 de Diciembre de 1933 en Urraco, Departamento de Yoro, graduado de Médico y Cirujano General en la Facultad de Medicina de la UNAH (1951-1959); realizó entrenamiento en dermatología en el Charity Hospital, New Orleans entre 1963 y 1964. Se desempeñó como médico general y dermatólogo en el Hospital Leonardo Martínez de San Pedro Sula. Actualmente radica en el extranjero.



**Dr. Ramón Alberto Sarmiento Soto (QDDG)**

Nació en la ciudad de Tegucigalpa el 17 noviembre de 1934, es el quinto de siete hermanos, tres más son médicos especialistas. Se graduó de Doctor en



Medicina y Cirugía en la UNAH el ocho de enero de 1963. Se trasladó a la Ciudad de México D. F., en donde obtuvo las especialidades de Dermatología (Enero 1964 a Febrero 1966) y de Alergia e Inmunología (Marzo de 1966 a Febrero 1967) en el Hospital Centro Médico Nacional del Instituto Hondureño Seguridad Social (hoy conocido como hospital Siglo XXI I.M.S.S.). Regresó a Honduras y ejerció la profesión tanto a nivel particular como en el Servicio de Dermatología del Instituto Hondureño Seguridad Social I.H.S.S. de donde fue jefe del Servicio. Ocupó cargos de secretario y vice-presidente del Colegio Médico de Honduras; también fue secretario de la Sociedad Centroamericana de Dermatología. Fue fundador y el primer presidente del capítulo nor-occidental de la Sociedad Hondureña de Dermatología, siendo en su Honor nombrado el primer congreso realizado por dicho capítulo en el año 2000. Falleció en noviembre del 2001.

#### **Dra. Virginia Aurora Figueroa Durón**

La Doctora Figueroa fue la primera dermatóloga en el país, nació en Comayagua, se graduó de Médico y Cirujano General en la Facultad de Medicina de la UNAH; realizó la especialización en dermatología en la Universidad de Munchen, Alemania. Además realizó estudios de Alergología en Washington University, San Louis, Missouri, Pedagogía en Nutes Clates, Brasil y Enfermedades Tropicales, en el Instituto de Enfermedades Tropicales, México DF. Como dermatóloga estuvo adjunta a los servicios de dermatología del Hospital General San Felipe y del Hospital Escuela, desde su inauguración; en ambas instituciones fungió como jefe del Servicio. También se ha destacado en la parte docente, fue profesora titular en la UNAH, fungiendo como coordinadora de Semiología, Medicina Interna y Dermatología en el pre grado y del Post Grado de Dermatología. En otros ámbitos a ejercido los cargos de Vice Ministra de Salud 1994-1998 y Directora Ejecutiva del IHSS, 2001-2002. Actualmente ejerce la profesión en su clínica privada.



#### **Dra. Noemí Isabel Álvarez**

Nació en la ciudad de Tegucigalpa, en la UNAH realizó los estudios de pregrado obteniendo el título de Dra. en Medicina y Cirugía General, continuo con estudios de postgrado en medicina interna y luego viajó a la ciudad de México donde realizó estudios de especialización en dermatología, en el Hospital Centro Médico Nacional del Instituto Hondureño Seguridad Social. Comenzó a trabajar en el Hospital Escuela ad honorem desde finales de 1976 permaneciendo en la institución por 23 años. Fue colaboradora del postgrado de dermatología desde su comienzo en 1984 y fue miembro activo de la Sociedad Hondureña de Dermatología, de la cual fue presidente. También es miembro de la Sociedad Centroamericana de Dermatología y del Colegio Ibero-latinoamericano de Dermatología. Actualmente ejerce su profesión en su clínica privada en Tegucigalpa.



#### **Dra. Carmen Suyapa Molina Martínez**

La Doctora Molina nació en Tegucigalpa, obtuvo el título de Doctora en Medicina y Cirugía General en la UNAH; realizó estudios de Postgrado en dermatología en la ciudad de México en el Hospital Centro Médico Nacional del Instituto Hondureño Seguridad Social. También realizó estudios superiores de Seguridad Social en el Centro de Estudios Superiores de Seguridad Social para América Latina en la ciudad de México, con duración de dos años. Ejerció su profesión como dermatóloga en el Hospital General San Felipe de 1977 a 1979 y luego se incorporó al IHSS donde trabajó desde finales de 1979 hasta el 2004, en esta institución además se desempeñó como subdirectora entre 1988 y 1989 y luego fue directora desde 1990 hasta el 2001. Actualmente sigue desempeñándose como dermatóloga en su clínica privada en Tegucigalpa.



**Dra. Ofelia Wilkinson Oberti**

La Doctora Wilkinson nació en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, realizó estudios de pregrado en la Universidad de Buenos Aires, obteniendo el Título de Doctora en Medicina General, en la misma institución realizó estudios de postgrado en Dermatología; en 1976 se trasladó a Honduras, donde adoptó su nueva nacionalidad. Comenzó a atrabajar ad honoren en el Servicio de Dermatología del Hospital General San Felipe y cuando se inauguró el Hospital Escuela se trasladó a este centro asistencial. Se desempeñó como Jefa del Servicio de Dermatología del Hospital Escuela desde 1994 hasta el 2004. Con gran ímpetu también se ha desempeñado en la docencia, una de sus grandes pasiones, siendo profesora de Dermatología en el pregrado desde 1978 y una entusiasta colaboradora en el postgrado de Dermatología desde que comenzó en 1984, ambas funciones la sigue desempeñando, además de continuar ejerciendo su profesión en su clínica privada.



**Dr. José Manuel Lamelas Salinas (QDDG)**

El Doctor Lamelas nació en la ciudad de La Ceiba Atlántida el 8 de Mayo de 1940, es el segundo de ocho hermanos. Se graduó de Médico y Cirujano General el 21 de Abril de 1971 en el Distrito Federal, México, regresó a su país a cumplir con su trabajo social, mismo que realizó en la Ciudad de Tocoa, Departamento de Colón. Trabajó en la Standard Fruit Company en los campos bananeros de Isletas y Coyoles central formando parte del cuerpo médico del Hospital Vicente D'antoni. En el año de 1976 emprende un nuevo viaje a la ciudad de México para especializarse en Dermatología, leprología y Micología en el Centro Dermatológico Estanislao de la Pascua, regresó a La Ceiba en 1980, donde fijo se



residencia. Trabajó durante 20 años en el Hospital Vicente D'antoni y el Hospital Atlántida Integrado. Contribuyó con las brigadas médicas y con la red de salud de la iglesia católica. Fue miembro activo de la Sociedad Hondureña de Dermatología. Por sus acciones excepcionales le llamaban "Médico de los pobres". Falleció en Tegucigalpa el 25 de Septiembre del 2005 a la edad de 65 años.

**Dr. Homero Moisés Rivera Rodríguez**

Nació el 20 de Febrero de 1945 en Tegucigalpa, en la UNAH obtuvo el título de Médico y Cirujano General entre los años 1964 y 1973, posteriormente viaja al Distrito Federal en ciudad México realizando estudios de especialización en dermatología en el Centro Dermatológico Estanislao de la Pascua de 1977 a 1980, este mismo año retorna al país y comienza a ejercer su profesión en el IHSS y en 1981 ingresó a trabajar en el Servicio de Dermatología del Hospital General San Felipe. El Dr. Rivera es un ejemplo más de la sensibilidad artística que emana de los dermatólogos, incursionó en la música en la Facultad de Medicina donde existía una orquesta, tocó el trombón, el corno y en las últimas fechas el saxofón. En la actualidad continúa desempeñándose en las dos instituciones.



Como dejamos ver en este artículo desde sus orígenes la dermatología a contado con hombres y mujeres ilustres que han enaltecido esta profesión tanto en el ámbito nacional como internacional, han permitido que hoy en día la dermatología sea una las especialidades con más auge en nuestro país y además han sembrado la semilla para que las nuevas generaciones sigamos progresando para estar al día con los adelantos de la humanidad. Ejemplo de esto lo podemos ver en el segundo período de la historia de la dermatología el cual esta marcado por el establecimiento del postgrado de Dermatología en 1984, hecho que fue promovido principalmente por el Doctor Hernán Corrales Padilla, siendo hoy por hoy una de las escuelas de dermatología más completa de Latinoamérica. Desde sus inicios hasta la fecha se han graduado 17 promocio-

nes, generando 25 dermatólogos. Actualmente hay 54 dermatólogos inscritos en el Colegio Médico de Honduras, convirtiéndola en una de las especialidades que más miembros debidamente reconocidos tiene.

En el período actual, rebotante de novedosa tecnología en el desarrollo y perfeccionamiento de las diferentes ramas de la dermatología, Honduras no se queda atrás ya que cuenta con profesionales de la dermatología entrenados en diferentes áreas como: cirugía dermatológica, inmunología y alergia, cosmología, oncología, micología médica y dermatopatología que ofrecen servicios completos acorde a los avances de la ciencia. Estos servicios se brindan en casi todas las áreas del país, ya que ciudades como Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba, Comayagua, Siguatepeque, Santa Rosa de Copán y Ocotepeque cuentan con dermatólogos permanentes y otras áreas como Juticalpa, Catacamas, Danlí, Santa Bárbara, Choluteca, Nacaome, La Paz, La Esperanza, El Progreso, Olanchito, Islas de la Bahía entre otras, se benefician de los servicios, periódicamente.

Estoy segura que estos célebres hombres y mujeres, precursores y pioneros de la dermatología que han y siguen formando parte de esta historia están orgullosos de los alcances y el desarrollo que ha tenido y seguirá teniendo la dermatología en Honduras.



# Amor de Madre

---

*Héctor Lainez Núñez\**

---

La madre es esa fuente de amor inagotable...  
Candor...voz celestial...¡Aquel bendito abrazo!  
El consejo oportuno en el beso entrañable...  
¡Es patria a flor de piel y abnegado regazo!

En sus devotos ojos...benévolas afloran  
las lágrimas más dulces, ¡compasivas!, ¡sentidas!  
Sus halagos, sus mimos que todo lo atesoran,  
sartas de perlas son, con las más escogidas.

La madre es proyección de un hondo sacrificio.  
Ella es como la luz, que alumbra el primer paso  
en esa infancia azul de inmadurez de juicio.  
¡Es patria a flor de piel y abnegado regazo!

---

\* Tomado del libro: *Obra Poética y Filosófica al Péndulo de la Paz o del Odio* sin Fin Ediciones Paradiso, Tegucigalpa, Honduras. 1995.

**“Los artículos escritos de manera clara, objetiva, precisa y original y que sigan una rigurosa metodología científica garantizan a las revistas científicas mayor credibilidad y citación por la comunidad científica. Hoy día no basta que un artículo sea publicado; para que cumpla sus objetivos, el precisa ser conocido, entendido, asimilado y citado por la comunidad a que se destina.”**

Regina C. F. Castro. BIREME. Curso y reunión de editores de revistas científicas hondureñas.  
Tegucigalpa, Honduras, Septiembre 2007.

## LISTA DE COTEJO PARA AUTORES

Se recomienda a los autores que sometan artículos para publicación en la Revista Médica Hondureña, que hagan una fotocopia de esta lista de cotejo y que la anexen cotejada a su manuscrito dirigido al Consejo Editorial. Esto asegurará que su manuscrito esté en el formato correcto y acelerará el proceso de revisión y publicación. Para mayor información, recomendamos revisar las Instrucciones para Autores en Revista Médica Hondureña 2004;72: 35-56.

### GENERALES

Original y dos copias, y archivo electrónico (diskette o CD) con copia al correo electrónico: [revistamedicahon@yahoo.es](mailto:revistamedicahon@yahoo.es)  
Impresión en letra de tamaño 12 pt. a doble espacio.

Páginas separadas para referencias, figuras, cuadros, leyendas; todo a doble espacio.

Carta de solicitud de publicación y declaración de autoría, nombres de los autores, grados académicos y afiliación, dirección postal, dirección electrónica y teléfono(s), e indicar a quien dirigir la correspondencia.

### TEXTO

- Título del artículo, autor(es), grado académico de cada autor, dirección postal y dirección electrónica. Indicar si hubo soporte financiero o patrocinio.
- Resumen de 200 palabras máximo, en español y en inglés para los trabajos científicos originales y casos clínicos.
- Título en inglés para los trabajos científicos originales y casos clínicos.
- Palabras clave para los trabajos científicos originales y casos clínicos. Consultar el Index Medicus (Biblioteca Médica Nacional) o por Internet a la dirección: <http://decs.bvs.br> para seleccionar de 3-5 palabras pertinentes al trabajo.
- Párrafo introductorio que incluye el(los) objetivo(s) del trabajo.
- Secciones separadas para Material y Métodos, Resultados y Discusión.
- Párrafo de Agradecimiento, incluyendo el reconocimiento de ayuda financiera si así fuera necesario.
- Referencias citadas por números consecutivos en el texto y la lista de las mismas en el formato requerido en las Instrucciones para Autores (ver ejemplos al final de cada Revista y en Revista Médica Hondureña 2004;72: 35-56).
- Referencias en formato electrónico deben incluir la siguiente información: **Artículo:** Autor. Título. Nombre abreviado de la revista [tipo de soporte] año [fecha de acceso]; volumen (número): páginas. Disponible EN: <http://www...> **Mono-grafía:** Título. [Tipo de soporte]. Editores o productores. Edición. Versión. Lugar de publicación: editorial; año.
- Utilizar las normas del Sistema Internacional de Unidades para las mediciones.
- Autorización escrita de los editores por material previamente publicado.

### CUADROS Y FIGURAS

- Cada cuadro/figura en páginas separadas, identificadas con el nombre de los autores en la parte posterior.
- Explicación de las abreviaturas.
- Leyendas en páginas separadas.

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA		
SOLICITUD DE PUBLICACIÓN DE ARTÍCULO		
Fecha		
Señores(as) Consejo Editorial Revista Médica Hondureña Colegio Médico de Honduras Apdo. Postal 810 Tegucigalpa		
Estamos solicitando sea publicado el artículo:		
Nombre del artículo		
en la Revista Médica Hondureña, para lo cual declaramos que hemos seguido en su preparación todas las instrucciones para autores publicadas por dicha revista en lo que se refiere a ética de la investigación, publicación, autoría, y formato. En particular declaramos que:		
1.- Hemos participado suficientemente en la investigación, análisis de datos escritura del manuscrito para aceptar responsabilidad por su contenido.		
2.- El artículo no ha sido publicado ni enviado para su publicación a otra revista		
3.- He declarado todo posible conflicto de interés con cualquier organización o institución.		
4.- Los derechos de autor son cedidos a la Revista Médica Hondureña.		
5.- Toda la información enviada en la solicitud de publicación y en el artículo es verdadera.		
Nombre de los(as) Autores	Firma y sello	Número de Colegiación o Identidad
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**COLEGIO MEDICO DE HONDURAS  
CENTRO NACIONAL DE EDUCACION MÉDICA CONTINUA  
REVISTA MÉDICA HONDURENA**

**Cuestionario del Contenido del Volumen 76 No. 2**

Estimado(a) colega: al contestar este cuestionario la Revista Médica Hondureña te ofrece la oportunidad que obtengas puntos oro CENEMEC. A partir del volumen 74 N° 1 en la Revista Médica Hondureña aparece un cuestionario sobre el contenido de la Revista, cuyas respuestas a partir del volumen 75 aparecen en el número siguiente. Contesta el cuestionario, desprende la hoja, al completar los cuatro cuestionarios correspondientes a los cuatro números de cada volumen preséntalos en la oficina de CENEMEC.

Nombre \_\_\_\_\_

Número de Colegiación \_\_\_\_\_

Folio \_\_\_\_\_

**1. En relación al artículo de revisión de Morales S y Matute N, sobre lo que el médico general debe saber sobre escabiosis es correcto afirmar:**

- a. Para el tratamiento definitivo se debe indicar tratamiento al paciente, personas en contacto cercano al paciente, las prendas de vestir y ropa de cama.
- b. El signo clínico cardinal es el prurito matutino.
- c. La transmisión es por vía respiratoria.
- d. Las manifestaciones clínicas no varían según la edad y el estado inmunológico del paciente.
- e. La permetrina se puede indicar a partir de un día de edad.

**2. Con respecto al artículo de Lupus Eritematoso Cutáneo Subagudo, escrito por González M y col, es correcto afirmar:**

- a. La paciente que se presenta es una femenina de 25 años
- b. Los anticuerpos Anti-Ro en la paciente fueron negativos.
- c. Para el diagnóstico definitivo de Lupus eritematosos cutáneo sub-agudo se necesitan datos clínicos, estudios histopatológico, inmunología e inmunofluorescencia directa.
- d. La edad más frecuente de presentación es en la edad pediátrica.
- e. El 100% de los pacientes progresan a lupus eritematoso sistémico severo.



**3. Del artículo sobre siringomas eruptivos, escrito por González M y Zambrano M, es correcto afirmar:**

- a. Los siringomas son neoplasias malignas que se desarrollan a partir de la porción intraepidérmica de las glándulas.
- b. Las lesiones de la paciente descrita se localizaban en los párpados.
- c. El diagnóstico se hace por su cuadro clínico característico, sin necesidad de biopsia.
- d. Los Siringomas son más frecuentes que se desarrollen en la pubertad en el área palpebral.
- e. El tratamiento de elección es con mostaza nitrogenada.

**4. En relación al artículo escrito por Lizardo G sobre leishmaniasis, es correcto afirmar:**

- a. Se refiere a leishmaniosis cutánea atípica
- b. Las especies identificadas fueron *Leishmania chagasi* y *Leishmania mexicana*
- c. La mayoría de los pacientes procedieron de la región sur del país.
- d. Este tipo de leishmaniasis afecta predominantemente la cara y las extremidades
- e. Todas las anteriores son correctas

**5. En relación al artículo escrito por Pineda N, sobre caracterización epidemiológica del paciente víctima de atropellamiento, es correcto afirmar:**

- a. Los atropellados fueron niños y adultos.
- b. La mayoría de atropellados llegaron al hospital en menos de una hora de ocurrido el accidente.
- c. En la mayoría el diagnóstico más frecuente fue T.E.C.
- d. La mayoría fueron transportados al hospital por la Cruz Roja.
- e. Ninguna de las anteriores.

## 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), cuyo texto completo es accesible en <http://www.icmje.org>. Una versión en español aparece en la Revista Médica Hondureña 2004;72: 35-56.

#### INSTRUCCIONES GENERALES

##### Ética de Publicación

Los manuscritos enviados para su publicación deberán ser originales. Si alguna parte del material enviado ha sido publicado en algún medio o enviado para su publicación en otra revista, el autor debe hacerlo de conocimiento al Consejo Editorial a fin de evitar publicación duplicada. Los autores deberán familiarizarse con los Requisitos Uniformes de los Manuscritos propuestos para Publicación en Revistas Biomédicas y conocer las convenciones sobre ética de las publicaciones especialmente relacionadas a publicación redundante, duplicada, criterios de autoría, y conflicto de intereses potenciales.

##### Ética de la Investigación

El Consejo Editorial se reserva el derecho de proceder, de acuerdo a las Normas de Ética del Comité de Ética del Colegio Médico de Honduras y la Oficina de Integridad de la Investigación, cuando existan dudas sobre conducta inadecuada o deshonestidad en el proceso de investigación y publicación. Los autores deberán especificar cuando los procedimientos usados en investigaciones que involucran personas humanas siguen los acuerdos de Helsinki de 1975. Apropiados consentimientos informados debe haber sido obtenido para dichos estudios y así debe ser declarado en el manuscrito. En relación a estudios donde los sujetos son animales estos deben seguir los lineamientos del Consejo Nacional de Investigaciones. Los autores pueden ser llamados a presentar la documentación en la que el manuscrito se basa.

##### AUTORÍA

Cada uno de los autores del manuscrito se hace responsable de su contenido: a.-Debe asegurar que ha participado lo suficiente en la investigación, análisis de los datos, escritura del artículo como para tomar responsabilidad pública del mismo, b.-Debe hacer constar la participación o patrocinio financiero de organizaciones o instituciones con intereses en el tema del manuscrito, así como todo soporte financiero para realizar la investigación y publicación. Esta información deberá ser incluida en la página del artículo donde va el título.

##### CONSENTIMIENTO DE AUTOR(ES):

El envío del manuscrito debe ser acompañada por una carta de consentimiento firmada por cada autor, donde se establece: 1.-Que el autor ha participado lo suficiente en el trabajo de investigación análisis de datos y escritura del manuscrito como para aceptar responsabilidad de los escrito en el mismo. 2.-Que ninguna parte del artículo ha sido publicada o enviada para su publicación a otro medio. 3.- Que se han declarado todos los patrocinios económicos si los hubiere. 4.- Que los derechos de autor de todo el documento se transfieren a la Revista Medica Hondureña.

5.- Que toda información provista en la lista de cotejo, carta de envío y manuscrito es verdadera.

#### ENVÍO DEL MANUSCRITO

El manuscrito (original, dos copias en papel y un archivo en formato electrónico), carta de consentimiento debidamente firmada y lista de cotejo, deberán ser enviados a:

Consejo Editorial  
Revista Médica Hondureña  
Colegio Médico de Honduras  
Apartado Postal 810  
Tegucigalpa, HONDURAS

con copia al correo electrónico: [revistamedicahon@yahoo.es](mailto:revistamedicahon@yahoo.es)  
Nota: Incluir dirección postal o electrónica del autor principal.

Se acusará recibo del manuscrito mediante carta enviada al autor responsable y posteriormente el manuscrito pasa por un proceso de revisión por pares y realizada por el consejo editorial. Algunos artículos son sometidos a arbitraje externo. 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), grado profesional mas alto, nombre completo del centro(s) de trabajo y dirección completa del autor responsable de la correspondencia, así como su correo electrónico. 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 Serie 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. Cartas al Editor se publicarán cuando discutan o planteen algún tema de interés general, o bien cuando exista alguna aclaración sobre alguno de los artículos publicados. No se aceptarán artículos que no cumplan los requisitos señalados.

#### ESTRUCTURA DEL TRABAJO CIENTIFICO ORIGINAL RESUMEN

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

Palabras clave: colocar un mínimo de tres palabras clave.  
Consultar a <http://www.desc.bvs.br>

## INTRODUCCION

Será lo más breve posible incluyendo las referencias mínimas necesarias en donde se deben señalar los antecedentes, problema investigado y los objetivos de la observación o estudio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En esta sección el autor debe describir en detalle 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 presentar de manera objetiva los resultados más importantes de la investigación. Los resultados pueden ser presentados en forma expositiva (en pretérito), cuadros o figuras. De preferencia debe presentar los resultados en forma expositiva dejando los datos reiterativos para los cuadros y los que forman tendencias interesantes en figuras. En la medida de lo posible evitar repetir los resultados usando dos o más formas de presentación.

## DISCUSIÓN

En esta sección el autor interpreta los resultados estableciendo comparaciones con otros estudios. Además, se debe evaluar y calificar las implicaciones de los resultados, incluyendo las conclusiones y limitaciones del estudio.

## 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 incluyendo las referencias electrónicas, 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 seis seguidos de "et al." Se abrevian los títulos de las revistas de conformidad con el estilo utilizado por Index Medicus (consulte la lista de revistas indizadas 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. Para ver ejemplos de formatos, visitar: <http://www.nlm.nih.gov/bsd/formats/recommendedformats.html>

### Ejemplos:

1. Tashkin D, Kesten S. Long-term treatment benefits with tiotropium in COPD patients with and without short-term bronchodilator responses. *Chest* 2003; 123: 1441-1449.

2. Fraser RS, Muller NL, Colman N, Paré PD. Diagnóstico de las Enfermedades del Tórax. Vol. 4, 4ta Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2002.

Las referencias electrónicas deberán presentarse de acuerdo a los requisitos internacionales con toda la información por ejemplo:

1. Artículo de revista en formato electrónico: Autor. Título. Nombre abreviado de la revista [tipo de soporte]. Año [fecha de acceso]. Volumen (número): página. Disponible en <http://www...> Ejemplo:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [serial en Internet]. Junio 2002 [accesado en agosto 12, 2002]; 102(6):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

2. Monografía en formato electrónico: Título. [Tipo de soporte]. Editores o productores. Edición. Versión. Lugar de publicación: Editorial; año. Ejemplo:

Clinical Dermatology Illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Versión 2.0. San Diego: CME; 1995.

## 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 en forma comprensible, información esencial en término de variables, características o atributos. 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.

## RESPUESTAS AL CUESTIONARIO DEL CONTENIDO DEL VOL. 76 No. 2

Respuesta de la Pregunta No. 1. La correcta es a. En el estudio se determinó la frecuencia de Acanthosis Nigricans y los factores de riesgo que se asocian a su aparición en 179 estudiantes matriculados en la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, en Febrero del año 2005. El 34% (61) presentó la enfermedad. Los factores de riesgo personales encontrados fueron: uso de anticonceptivos orales diabetes mellitus hipertensión arterial obesidad Los factores de riesgo familiares fueron: obesidad y dislipidemias. La acantosis nigricans tiene distribución simétrica puede afectar cualquier área del cuerpo pero tiene predilección por áreas de pliegues.

Respuesta a la Pregunta No. 2. La correcta es b. En el estudio se determinó los costos directos e indirectos en 356 pacientes ingresados por lesiones intencionales atendidos en el Hospital Escuela y Hospital Regional de Occidente en el año 2007. Al momento de la agresión un tercio de los agresores y agredidos estaban bajo efectos del alcohol. El arma de fuego y el machete fueron las armas más usadas. Los costos directos en ambos Hospitales fueron de L. 321074,850.09 (\$11688,150.00) con un estimado anual de L.155 millones (\$81157,894.73). Cada hospital gastó la tercera parte de su presupuesto anual en atender pacientes con lesiones violentas.

Respuesta a la Pregunta No. 3. La correcta es b. El neumomediastino espontáneo es un trastorno infrecuente que, por lo general, ocurre en personas jóvenes sin un factor o una enfermedad evidente precipitante. El término espontáneo se refiere a la ausencia de trauma u otros procesos patológicos identificables que expliquen el origen del neumomediastino. Clínicamente se caracteriza por la aparición de dolor torácico agudo junto con disnea, disfagia, odinofagia y enfisema subcutáneo. Para dignosticar el caso descrito se realizó varios exámenes entre ellos una TAC de tórax que confirmó el hallazgo.



Respuesta a la pregunta No. 4. La correcta es c. La artroplastía total de rodilla (ATR) es el reemplazo articular que más se realiza en el Hospital de Traumatología y Ortopedia UMAE No. 21 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de estas cirugías un porcentaje requiere cirugía de revisión. Se estudió veinte pacientes a los que se les realizó ATR de revisión de enero de 2004 a junio de 2007. En 50% (10) el resultado fue excelente, en 30% (6) el resultado fue bueno; en 10% (2) fue regular y en el 10% (2) se obtuvo resultado de fracaso. El autor concluye que el 80% de pacientes a los que se realizó una ATR de revisión tuvieron una buena evolución.

Respuesta de la pregunta No. 5. La correcta es c. Las lesiones causadas por atropellamiento al peatón pediátrico son la principal causa de muerte en niños entre 5 y 14 años. En este trabajo se estudiaron 205 niños, cuya edad promedio fue de 8 años, con una relación M: F 2:1. El tiempo promedio transcurrido desde el sitio del accidente hasta el hospital fue de 1:48 horas; la mayoría fue transportado al hospital por algún familiar; el diagnóstico más frecuente de ingreso fue traumatismo encéfalo craneano. Los autores recomiendan el desarrollo de programas de educación y prevención en la comunidad relativo a la prevención de accidentes, específicamente en la población pediátrica.

## *“La hondureñita”*

Autor: Pablo Zelaya Sierra

Técnica: óleo sobre tela

*Nació en Ojojona, departamento de Francisco Morazán, el 30 de octubre de 1896. Fue hijo de Felipe Zelaya e Isabel Sierra, trabajadores del campo ambos. Murió en Tegucigalpa el 6 de marzo de 1933 y su tumba se encuentra en el Cementerio General de Comayaguëla. En 1916 viajó a Costa Rica para incorporarse a la Escuela de Bellas Artes de dicho país, donde tuvo como a uno de sus principales maestros al pintor español Tomás Povedano, de quién absorbió importantes conocimientos.*

*En 1920 el gobierno le concede una beca para hacer estudios de pintura en España, Pablo se mantuvo en ese país durante doce años, tiempo que le permitió conocer el movimiento artístico de aquella tierra, así como del resto de Europa. Durante sus estudios en la Academia San Fernando tuvo como a uno de sus maestros a Daniel Vásquez Díaz, quién ejerció una marcada influencia en el artista hondureño, así como en numerosos jóvenes latinoamericanos que concurrieron a dicho establecimiento durante varias épocas.*

*Al estudiar la obra de Zelya Sierra resulta claro el influjo del maestro Vásquez: lo delicado de las formas, los tonos bajos, la composición múltiple y la atmósfera de tranquilidad que transmiten sus obras. Esto es en la mayor parte de los cuadros que pintó durante la época de la Academia y al poco tiempo de salir de ella, como es, entre otros, el muy conocido y extraordinario óleo “Las monjas”. Pero luego, como ocurre con todos los grandes artistas, Zelaya inicia un proceso de individualización neofigurativa que lo va alejando sin cesar del maestro Vásquez Díaz.*

*Interesado en contribuir al desarrollo de la pintura hondureña, Pablo decidió regresar a la Patria en 1932, trayendo consigo gran parte de la obra realizada en España. De inmediato se puso a trabajar la temática nacional con gran pasión y entusiasmo, una de la primeras obras que hizo fue “Hermanos contra hermanos”, efecto evidentemente del impacto que le produjo a su espíritu la montonera de aquel año, así como el conocimiento histórico de las que habían ocurrido en épocas anteriores.*

(Resumen tomado de “Honduras: visión panorámica de su pintura”  
de: Longino Becerra y Evaristo López Rojas)

# CONTENIDO

<b>I.-</b>	<b>EDITORIAL</b>	
	El apoyo del gremio médico para mantener la puntualidad en la edición de la Revista Médica Hondureña	
	<i>Nicolás Sabillón V.</i> .....	100
<b>II.-</b>	<b>TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES</b>	
	1.- Caracterización de pacientes con Leishmaniasis cutánea atípica	
	<i>Gustavo A. Lizardo Castro, Carlos Ponce, Elisa Ponce, Manuel Sierra</i> .....	101
	2.- Caracterización Epidemiológica del Paciente Pediátrico Víctima de Atropellamiento por Vehículo Automotor	
	<i>Carla Patricia Nativí Pineda, Yeny Yamilet Chavarria Banegas, Dolores Yolanda Sosa García, Félix Iván Herrera Tórres</i> .....	108
<b>III.-</b>	<b>IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA</b>	
	1.- Carcinoma basocelular ulcerado	
	<i>Silverio Morales, Nancy Matute</i> .....	113
<b>IV.-</b>	<b>CASOS CLÍNICOS</b>	
	1.- Lupus Eritematoso Cutáneo Subagudo	
	<i>Miriam González, Karla Ortiz Paredes, Nelly Janeth Sandoval</i> .....	114
	2.- Siringomas Eruptivos	
	<i>Miriam González, Marielle Zambrano</i> .....	118
<b>V.-</b>	<b>REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b>	
	1.- Lo que el Médico General debe saber sobre Escabiosis	
	<i>Silverio Morales, Nancy Matute</i> .....	121
<b>VI.-</b>	<b>ARTÍCULO DE OPINIÓN</b>	
	1.- La enseñanza de la dermatología en el pregrado en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras	
	<i>Alicia Mejía de Calona, Ofelia Wilkinson</i> .....	128
	2.- La dermatología en Honduras: una especialidad joven pero con mucha historia	
	<i>Dagoberto Espinoza Figueroa</i> .....	130
<b>VII.-</b>	<b>HISTORIA DE LA MEDICINA</b>	
	1.- Precursores y pioneros de la dermatología en Honduras	
	<i>Nelly Janeth Sandoval</i> .....	132
<b>VIII.-</b>	<b>AD LIMITUM</b>	
	1.- Poema amor de madre	
	<i>Héctor Láinez Núñez</i> .....	138