

Aprendidas: Es importante incluir los autores, otros actores claves y experiencias similares para facilitar los contactos entre pares y la disseminación de los temas. La importancia que tiene el contar con un personal tanto en educación como en salud formado en estos temas. Debe ser una prioridad que la salud sexual y reproductiva sea parte del currículo básico en educación.

- E 15 Incidentes de violencia que afectan los servicios de salud del primer nivel de atención.** Jorge Flores Nazar, Departamento de Salud, Cruz Roja Hondureña, Comayagüela, M.D.C. La violencia es percibida por la población como uno de los principales problemas del país. Las tasas de homicidios se han incrementado desde el año 2004, y a pesar de que se han reducido progresivamente en los últimos 5 años, todavía hay regiones del país, principalmente en las principales ciudades, en las que se mantienen inaceptablemente altas. Grupos armados organizados controlan colonias enteras en estas ciudades, mediante la amenaza y la intimidación de la población. Los hechos violentos que generan afectan también la provisión de los servicios de salud, principalmente las actividades extramuros de los establecimientos del primer nivel de atención. El personal de salud refiere amenazas, agresiones, restricciones al horario de las actividades, limitaciones a la población para el acceso al servicio de salud, y en algunos casos homicidios. Aun en la reciente jornada de vacunación se cometieron estos incidentes. Estos incidentes son manifestaciones del riesgo permanente en que labora el personal de salud, producto también de la vulnerabilidad de los establecimientos debida a la falta de medidas para prevenir los incidentes violentos y a la limitada capacidad de gestionar la seguridad. La provisión de los servicios se mantiene debido a que el personal ha implementado medidas empíricas para mantener su seguridad, entre estas solicitar autorización a los grupos armados organizados para ejecutar las actividades de salud. Sin embargo, el personal refiere que las condiciones de riesgo les ocasionan ansiedad y les dificultan el cumplimiento de sus funciones. No se han realizado estudios para demostrar el nivel de afectación de los servicios y el impacto en el acceso debido a la violencia, a pesar de que es una de las líneas de investigación planteadas por la Secretaría de Salud. También los servicios han sido afectados por los disturbios interiores producto de la crisis política poselectoral del año 2017.

RESUMENES DE PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

- PCC 1 Infección por *Morganella morganii* en paciente postransplantado de riñón: reporte de caso y revisión de literatura.** Óscar Alberto Castejón Cruz¹, Tania Paola Lagos Ordoñez², René Alexander Núñez Savoff³, Shannie Waleska Bush Wood⁴ ¹ Dirección Estratégica de Organizaciones en Salud. Universidad Europea del Atlántico-España. ²Hospital Pedro de Betancourt. Antigua Guatemala. Guatemala. ³ Wood Medical Center. Roatán. Islas de la Bahía. Honduras. ⁴ Kaplan Medical Center, Miami, USA.
- Antecedentes.** Las infecciones humanas por *Morganella morganii* son poco frecuentes hasta el 3% de las infecciones del tracto urinario, produce diversos tipos de infecciones. Hay pocos reportes a nivel mundial en la literatura sobre infecciones causadas por este patógeno y ninguna en Honduras. **Descripción de Caso Clínico.** Masculino 46 años con

antecedentes de trasplante renal hace 4 años por Insuficiencia Renal Crónica (IRC), manejado con prednisona, micofenolato y simulamos, diabético e hipertenso tratado con Insulina NPH 20 u. al día y Carvedilol 12.5 mg, referido por el servicio de Nefrología a la Emergencia del Hospital Escuela Universitario (HEU) por fiebre de una semana, continua, sugestivamente alta, no cuantificada, diaforesis con escalofrío, con disuria de un día de evolución y un episodio de vomito. Con signos vitales P/A 90/60 mmHg, FC 88 x', FR 22 x', afebril, examen físico normal. Cuatro horas posteriores al ingreso; comenzó con fiebre de 38.9 °C agregando antipiréticos al manejo establecido, presenta hiponatremia, falla renal aguda, uroanálisis patológico. Ecografía renal: Riñón trasplantado de corteza engrosada correspondiendo a pielonefritis aguda, sin masas, colecciones, litos e hidronefrosis, midiendo 12.7x5.8x4.9 cm. Urocultivo: crecimiento de *Morganella morganii*, resistente a fosfosal, nitrofurantoina, sensible a ciprofloxacino y ceftazidime. Paciente se mantuvo afebril, mejorando al manejo establecido con ciprofloxacino IV, dando alta al quinto día posterior a su ingreso con seguimiento estricto por servicio de nefrología. **Conclusiones/Recomendaciones.** Este patógeno es conocida como agente infección de la vía urinaria pero rara vez causa infecciones en personas inmunocompetentes pudiendo llegar a ser causa de infección nosocomiales en personas inmunocomprometidas como una persona postransplantado renal. Este caso pudo presentar complicaciones serias Debemos de tener seguimiento estricto ante este tipo de pacientes desde el más mínimo síntoma para evitar secuelas y/o complicaciones severas.

PCC 2 **Pancitopenia asociada a la anemia de Fanconi.** Marco Tulio Rodríguez Lovo, estudiante¹ Clarissa Aguilar Molina, Pediatra Subespecialista en Oncología;² ¹Universidad Católica de Honduras estudiante de Sexto Año, ²Departamento de Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa. Honduras.

Antecedentes: La anemia de Fanconi es una enfermedad caracterizada por inestabilidad cromosómica y alteraciones en la reparación del ADN, clínicamente presenta insuficiencia medular progresiva, pancitopenia e infecciones recurrentes, también son frecuentes las anomalías congénitas y predisposición a desarrollar enfermedades malignas y tumores sólidos, el diagnóstico suele ser entre los 3 y 14 años de edad. Fue descrita por primera vez en 1927 por el pediatra suizo Guido Fanconi, en 3 hermanos con varias malformaciones congénitas asociadas con astenia, infecciones a repetición y sangramientos espontáneos por fallo en la función de la médula ósea. **Descripción de caso clínico:** Paciente masculino de 4 años de edad con antecedentes de hospitalización en Hospital de Tercer nivel debido a síndrome gastro-entérico sin complicaciones, Posteriormente se presenta con cuadro infeccioso en Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), hijo de padres mestizos, presentando múltiples anomalías congénitas, talla baja y cuadro infeccioso de vías respiratorias (neumonía), se realiza biometría hemática completa la cual revela pancitopenia. Se cumple cobertura antibiótica y debido a las anomalías congénitas, la pancitopenia inexplicable acompañados de talla baja se decide realizar evaluación por parte de genética donde se establece diagnóstico de anemia de fanconi por fenotipo. **Conclusiones:** Gracias a la integración de las manifestaciones clínicas por parte del médico, se estableció un alto grado de sospecha de anemia fanconi, que junto con la evaluación realizada por genética se confirmó el diagnóstico (por

fenotipo) temprano y oportuno de la misma, optimizando el plan de manejo del paciente, que se encuentra actualmente estable siendo evaluado por hemato-oncología mensualmente.

PCC 3 **Epidermólisis ampollar adquirida en paciente pediátrico. Reporte de caso.** Allan Iván Izaguirre González¹, Alejandro Ramírez-Izcoa², Carlos Mejía-Irías³, Carlos Amílcar Godoy-Mejía⁴, Gustavo Lizardo-Castro⁵, Nelly Sandoval⁶. ¹Doctor en Medicina y Cirugía – UNAH, Asesor del Comité Permanente de Intercambios de Investigación (SCORE) de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA) – Honduras. ²Médico Residente de primer año de endocrinología, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Almejeras, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba. ³Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). ⁴Médico Especialista en Pediatría. Jefe de Sala Medicina Pediátrica. Hospital Escuela Universitario. ⁵Pediatra-Dermatólogo, Coordinador del Posgrado de Pediatría, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras. ⁶ Dermatopatóloga, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras

Antecedentes: La Epidermólisis Ampollar/Bullosa Adquirida (EAA) es una enfermedad ampollar subepidérmica crónica que afecta la piel y mucosas, caracterizada por presentar auto anticuerpos circulantes y/o tisulares dirigidos contra el colágeno tipo VII de las fibrillas de anclaje localizadas en la unión dermo-epidérmica. Es una enfermedad rara, infrecuente, no hereditaria, que afecta a ambos sexos, a todas las razas y grupos étnicos, cuya incidencia y prevalencia anual se estima entre 0,17 a 0,26 casos por 1 millón de habitantes. Se han descrito menos de 35 casos según la literatura mundial. **Descripción del caso clínico:** masculino de 8 años, procedente de zona rural de Honduras, con historia de lesiones ampollares flácidas generalizadas de 4 años de evolución, acompañadas de prurito moderado y fiebre no cuantificada, subjetivamente alta, sin diaforesis con escalofríos, atenuada con antipiréticos. Al examen físico se observó lesiones antiguas hipo pigmentadas generalizadas, ampollas de contenido seroso y hemático, con presencia abundantes costras en región cervical posterior. A su vez, presencia de anoniquia cicatrizal de mano derecha y ambos pies. Se realizó biopsia que reportó: presencia de ampolla subepidérmica con infiltrado mixto de polimorfonucleares (eosinófilos y neutrófilos), e inmunofluorescencia directa que mostró: depósito parcheado lineal y granular fino de inmunoglobulina G en la zona de la membrana basal, característico de Epidermólisis Bullosa Adquirida. Se administraron compresas con acetato de calcio/sulfato de aluminio, ácido fuscídico, gel de sábila, antisépticos, antibióticos y antihistamínicos. Paciente evolucionó de manera satisfactoria, con buena resolución, presentando lesiones residuales hipo pigmentadas. **Conclusión/Recomendación:** Las enfermedades ampollares auto inmunitarias presentan características clínicas comunes, sin embargo, es crucial establecer su etiología para tratar de manera adecuada cada una de ellas, en especial si se trata de epidermólisis ampollar adquirida por el importante número de complicaciones que pueden desarrollarse.

- PCC 4 Hepatitis aguda colestásica por Epstein Barr: reporte de caso.** Ramón Yefrin Maradiaga Montoya, ¹ Eduardo Sánchez. ² ¹ Facultad de Medicina Universidad Católica de Honduras, ² Médico General, Hospimed

Antecedentes: las hepatitis virales por virus no hepatotropos son frecuentes, entre los agentes causales tenemos Dengue, Citomegalovirus, y Epstein Barr, que puede causar hepatitis colestásica. **Descripción del caso:** femenina de 28 años, casada, procedente de EEUU, reside hace 6 meses en Honduras, ingresó el 2/10/2017 por 6 días de fiebre, diaria, intermitente, 38 a 40 grados, acompañada de escalofríos, mialgias, hiporexia. Además 3 episodios de vómitos, 1 día de diarrea 3 evacuaciones, sin moco ni sangre, con dolor en epigastrio, se ingresó como síndrome gastroentérico, y sospecha de dengue, se manejó con líquidos intravenosos y acetaminofén; durante su estadía hospitalaria continuó con episodios febriles, diarios, intermitente, e inicio con ictericia en escleras que luego generalizo, a expensas de bilirrubina directa, con aumento de transaminasas. Egresó el 7/10/2017 sin fiebre, sin vómitos, aun ictericia. El 9/10/2017 inicia erupción cutánea generalizado, con tos seca, odinofagia y amígdalas hipertróficas con exudado blanquecino, los síntomas duraron 4 días, donde presentó nuevamente fiebre, recibíó manejo sintomático, con resolución total de síntomas el 15/10/2017, con hemograma, bilirrubinas y transaminasas normales. Estudios: hemograma al ingreso hemoglobina 13.1g/dl, hematocrito 34.9%, leucocitos 11, 650/mm³, neutrófilos 1,870/mm³, linfocitos 8,240/mm³, plaquetas 126,000/mm³. AST(TGO) 605 U/l, ALT (TGP) 551 U/L al ingreso, IgM e IgG Dengue negativo a los 5 y 10 días, antígenos febriles normales, ANA negativo, bilirrubina total 4.24 mg/dl, bilirrubina directa 4.16 mg/dl, IgG Epstein Barr negativo, IgM positivo, ultrasonido abdomen esplenomegalia leve. Un mes después AST (TGO) 29.11 U/L ALT (TGP) 51.57 U/L. **Conclusiones/Recomendaciones:** la mononucleosis infecciosa es una afección frecuente en personas jóvenes, que se caracteriza por fiebre, adenopatías, exudado en amígdalas y linfocitosis atípica, la afectación hepática ocurre en el 80% de los casos, y en 5% ictericia. En pacientes jóvenes con cuadro de hepatitis viral debe considerarse como diagnóstico diferencial.

- PCC 5 Shock refractario en paciente con apendicitis complicada en unidad de cuidados intensivos: reporte de caso.** Román Neptalí Campos Ramos¹, Martín Kelwin Caicedo Pisfil², Óscar Alberto Castejón Cruz³, René Alexander Núñez Savoff⁴ Shannie Waleska Bush Wood⁵. ¹Hospital Regional de Lambayeque. Perú. ²Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (UNPRG), Huamachuco, Lambayeque, Perú, ³ Universidad Europa del Atlántico (UNIATLANTICO), ⁴ Wood Medical Center, ⁵ Kaplan Medical Center, Miami, USA

Antecedentes: La Apendicitis aguda continúa siendo la afección quirúrgica más frecuente en los servicios de urgencia. No obstante, pueden cursar con complicaciones desde infección del sitio operatorio, urinaria, respiratoria y menos frecuente con un 2 % en la septicemia. Hay escasos reportes documentados sobre esta complicación en la literatura de habla hispana **Descripción del Caso Clínico:** Masculino 27 años, sin antecedentes de importancia, con 3 días de dolor abdominal, con Escala Visual Análoga 8/10, fiebre, diarrea, vómitos, decide auto medicarse con analgésicos orales. Acude a centro privado del cual es referido al Hospital de Lambayeque (Perú), por hipotensión. Ingresado por shock séptico, daño renal, datos de coagulación intravascular diseminada.

Evaluado múltiples veces por cirugía, realizando laparotomía exploratoria y apendicetomía. Llevado a UCI en su postoperatorio por falla multiorgánica, Shock distributivo séptico refractario foco abdominal, síndrome de distrés respiratorio, alcalosis respiratoria con acidosis metabólica, cumpliendo cobertura antibiótica, soporte dialítico, nutricional, doble apoyo vasopresor y acoplado a ventilador mecánica. Al doceavo día fue extubado con mejoría notable por lo que se trasladó a sala de Cirugía dándole alta médica cuatro días posteriores. Teniendo seguimiento por medio de la consulta externa y dado de alta definitiva a los 2 meses post quirúrgicos. **Conclusiones/Recomendaciones:** Shock séptico refractario es un cuadro muy inusual de complicación por apendicitis aguda complicada requiere estricto monitoreo para evitar complicaciones que pueden agravar más el cuadro clínico en la unidad crítica. Todo dolor abdominal debe de ser evaluado por un profesional de la salud por los posibles diagnósticos diferenciales y a la vez evitar automedicación de los pacientes para prevenir complicaciones como las reportadas en el caso.

PCC 6 Glioblastoma multiforme cerebeloso variante de células gigantes. Reporte de caso.

Beatriz Amalia Rivas¹, José Geovany García Herrera², Flor de Azalea Girón³, Allan Iván Izaguirre González⁴. ¹Médico residente de IV año, postgrado de Anatomía Patológica, Hospital Escuela Universitario – UNAH. ²Médico residente de V año, posgrado de Neurocirugía, Hospital Escuela Universitario – UNAH. ³Médico especialista Anatomía Patológica, HEU, Tegucigalpa, Honduras. ⁴Doctor en Medicina y Cirugía – UNAH, Asesor del Comité Permanente de Intercambios de Investigación (SCORE) de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA) – Honduras

Antecedentes. El Glioblastoma multiforme de células gigantes representa una categoría aparte dentro de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, correspondiendo al menos del 1% de los tumores cerebrales y menos del 5% dentro de los glioblastomas multiformes. Clínicamente se presenta en edades adultas con una edad media de 42 años, sin predisposición por género. Se describen sólo 55 casos publicados en la literatura mundial. **Descripción del caso clínico.** Paciente femenina de 24 años, procedente de zona nor-occidental, con historia de cefalea holocraneana de 15 días de evolución, intensa, opresiva, atenuada parcialmente con AINES, acompañado de vómitos 4 episodios diarios. Al examen neurológico se encuentra discreta adiadococinesia derecha. Se realizó TAC cerebral, que evidenció lesión heterogénea en vermis cerebeloso, con extensión a hemisferio cerebeloso derecho, por lo que se realiza craneotomía suboccipital, abordaje transcerebelar, con citorreducción tumoral, encontrando masa tumoral vascularizada con componente quístico. Estudio anatomopatológico evidenció glioblastoma multiforme variante de células gigantes, confirmado con tinción de inmunohistoquímica CD30, vimentina y PFGA, las cuales mostraron positividad difusa de células neoplásicas. Paciente con buena evolución clínica post quirúrgica, egresada sin déficit neurológico. Posteriormente presenta recidiva tumoral por lo que se reinterviene en 4 ocasiones, posterior a 30 dosis de radioterapia y 12 ciclos de quimioterapia, se reingresa con deterioro neurológico progresivo, signos meníngeos y síndrome de Parinoud, Karnofsky de 30 puntos, por lo que se realiza derivación ventrículo peritoneal por compresión de IV ventrículo e hidrocefalia

obstructiva secundaria, sin embargo, presenta neumonía asociada a servicios de salud, falleciendo a las dos semanas intrahospitalarias. **Conclusión/Recomendación.** Es importante considerar la variante biológica del glioblastoma multiforme, para determinar el pronóstico, las acciones terapéuticas a seguir y la supervivencia postoperatoria que influirán de forma completa en la calidad de vida de estos pacientes.

PCC 7 Retinoblastoma: presentación de caso inusual en paciente de 2 meses de edad. Andrea Ardón Martínez¹; Clarissa Aguilar Molina Pediatra Subespecialista en Oncología² ¹Estudiante sexto año UNICAH, ²Departamento de Pediatría, Instituto Hondureño de Seguridad Social; Tegucigalpa. Honduras

Antecedentes: El Retinoblastoma es el cáncer ocular más frecuente en la infancia. Cuya presentación típica es entre los 2 -4 años, con una edad media de diagnóstico a los 24 meses. Sin embargo, presentaciones antes de los 2 años son infrecuentes y se encuentran relacionados a síndromes genéticos como la delección del cromosoma 13 (paladar hendido, malformaciones cardiovasculares). El gen del Retinoblastoma (13q14) fue el primer gen con el que se estableció la teoría de Knudson, del doble hit para el cáncer hereditario. Al examen físico de esta patología podemos encontrar leucocoria, que en la niñez implica establecer diagnóstico diferencial de una gran variedad de entidades, siendo la más importante el Retinoblastoma **Presentación de caso:** Lactante de 2 meses de edad que fue evaluada por pediatra en su primera cita de seguimiento por prematuridad, y referida a hospital de 3er nivel, por presentar leucocoria de ojo derecho, sin otras malformaciones congénitas. A la oftalmoscopia directa se observó masa hiperfluorescente en dicho ojo, se describe: retina pálida con vasos en la periferia; a la exploración con RETCAM había presencia de tumor de 10mm. Se decidió la enucleación de ojo derecho donde se evidencia al estudio histopatológico un tumor embrionario hipercelular con múltiples rosetas de Homer-Wright y Flexner Wintersteiner, y márgenes de nervio óptico sin lesión; posteriormente ha continuado las evaluaciones mensuales de seguimiento en oncología pediátrica. **Conclusiones / Recomendaciones:** Es determinante para el diagnóstico del Retinoblastoma considerar la edad del paciente, formas de presentación y diagnóstico diferencial de leucocoria, considerando que de su detección oportuna depende conservar la visión y/o la vida.

PCC 8 Atrofia de múltiples sistemas: reporte de caso. Carlos J Fajardo¹, Roberto Padilla². ¹Médico General, Facultad de Ciencias Médicas (FCM), UNAH. ²Médico Especialista en Neurología, UNAH, IHSS

Antecedentes: La Atrofia de Múltiples Sistemas (AMS) es una α -sinucleinopatía caracterizada por falla autonómica, parkinsonismo, ataxia, y signos piramidales en varias combinaciones (Parkinson Plus). Su incidencia es de 0.6 casos por 100,000 personas. **Descripción de caso:** Paciente femenina, 46 años, procedente de San Juancito, Francisco Morazán, con antecedente de hipertensión arterial. Presentó historia de debut a los 35 años de edad con temblor en reposo en boca y mano derecha, de leve intensidad. Posteriormente evolucionó a temblor en reposo y en actividad. Un año después desarrolló temblor axial y hacia el lado izquierdo de moderada intensidad, junto con marcha festinante, facies en máscara, pérdida del equilibrio, ausencia de movimiento pendular de los brazos, caídas frecuentes hacia adelante y parestesias. En 2013, se agrega

bradicinesia y “mirada fija”, pérdida de peso, disfagia e incontinencia urinaria al realizar maniobras de valsalva. A su vez refiere olvidos (nombres de familiares, tiempos de comida), bradilalia, parafasias, alucinaciones visuales, auditivas, insomnio y síntomas de ansiedad. Al examen físico se confirma la sintomatología descrita. Neurológico: consciente con Glasgow 15, orientada, mini examen mental con puntuación de 26/30. Evaluación de nervios craneales (NC) evidenciaron movimientos oculares de seguimiento, lentos pero completos; alteración del VII NC (rama motora) y XI NC. Se confirma marcha parkinsoniana, rigidez en extremidades, hiperreflexia, sin nivel sensitivo, no signos meníngeos, Resonancia Magnética (RM) y Angio-RM cerebral normal. Manejada por Servicio de Neurología en Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza con L Dopa más Carbidopa TID; previamente mejoraba con una sola toma al día. Discinesias posteriores a L-dopa. **Conclusión/Recomendación:** AMS es una enfermedad neurodegenerativa para la cual no existe tratamiento efectivo. Debido a su variable presentación clínica y mal pronóstico, debe de ser sospechada en pacientes con síndrome parkinsoniano y disautonomías. El apoyo psicosocial al paciente y a la familia es importante.

PCC 9 Hemorragia intraventricular primaria asociada a Enfermedad de Moyamoya en adulto: a propósito de un caso. Pablo Antonio Rodríguez Aguilar Residente de Cuarto Año de Neurología UNAH, Tegucigalpa Harlis Josué Estrada Pastrana Médico Especialista en Neurología, Servicio de Neurología, Hospital Escuela Universitario, Docente asistencial posgrado de Neurología UNAH. Tegucigalpa

Antecedentes: Hemorragia intraventricular primaria (HIVP) se refiere al sangrado confinado al sistema ventricular cerebral descrita por primera vez en 1881 por Sanders. Representa 2–4% de todas las hemorragias intracerebrales, cuya causa más común se debe a malformaciones vasculares. La Enfermedad de Moyamoya es una vasculopatía no aterosclerótica progresiva que provoca el estrechamiento crónico de vasos intracerebrales, con mayor frecuencia de la región supraclinoidea de la arteria carótida interna. Causa ataque isquémico transitorio / Ictus isquémico y hemorrágico. Constituye una causa poco frecuente de HIVP. **Caso clínico:** Hombre, 35 años de edad, que debutó con cefalea súbita con características secundarias, alteración de la conciencia hasta el estupor superficial con Hiperreflexia y signo de Babinski bilateral sin signos meníngeos. En el estudio tomográfico se aprecia hemorragia intraventricular e hidrocefalia obstructiva, la cual se manejó con derivación ventricular externa logrando mejoría de su estado neurológico. Como protocolo diagnóstico de ictus de causa inhabitual se realizó angiografía cerebral, evidenciándose la imagen clásica en volutas de humo de tabaco de la enfermedad de Moyamoya. **Conclusiones/Recomendaciones:** El diagnóstico de la enfermedad se realizó mediante la arteriografía que es la prueba fundamental que pone de manifiesto los hallazgos característicos. El manejo debe ser multidisciplinario médico y quirúrgico, particularmente el pronóstico fue bueno, al alta con RANKIN 2.

PCC 10 Rotura de menisco idiopática pediátrica, a propósito de un caso. Oscar Fawed Ortega Reyes¹, Erick Erazmo Vallejo². Milicent Arlene Villacorta Montoya². Director Internacional de Investigación Sanitaria y Social, Madrid, España, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Antecedentes: La Rotura de Menisco es la manifestación de una alteración o lesión en la estructura de uno de los discos del cartílago que forman parte de la rodilla, sin antecedentes de golpe, caída o algún movimiento brusco. El menisco mayormente afectado es el Menisco Medial (70%), se afecta característicamente la fisis y los huesos adyacentes. Ambos meniscos transmiten entre 50%-70% de la carga cuando la rodilla está en extensión y aumenta a 85% cuando la rodilla está flexionada en 90°. La incidencia es 61/100.000 habitantes. Estas lesiones, son raras en niños menores de 7 años y son más frecuentes en hombres. **Descripción del Caso Clínico:** Paciente 5 años, femenina, 42 libras de peso y 123 cm de talla, sin antecedente patológico ni sufrimiento de trauma en el sitio de afección. La madre refiere deformidad en rodilla izquierda de 10 meses de evolución por lo cual acude a consulta. Se realiza Resonancia Magnética (IRM) sin encontrar ningún dato patológico, posteriormente se traslada al Hospital San Felipe cuando la claudicación era más notable y se decide realizar un ciclo de 16 terapias complementarias, sin mostrar ninguna mejoría. A inicios del 2018, 10 meses después de la primera consulta, se le indica nuevamente una IRM revelando una lesión de menisco discoide externo y se decidió su intervención quirúrgica artroscópica. Los exámenes complementarios mostraron: Hemoglobina 12.6 g/dl, grupo Rh: O positivo, WBC: 13.15 10e3/μL, Glucosa: 88 mg/dl. Se realizó artroscopia de la articulación y se observó lesión periférica del menisco externo en la zona media de 4 milímetros. La rehabilitación comenzó de manera inmediata después de la intervención quirúrgica. A los seis meses de terapia física la paciente refiere una mejoría total. **Conclusiones/ Recomendaciones:** Debido a que el aparato locomotor infantil presenta particularidades que hacen que los patrones de lesión difieran a lo que ocurre en los adultos, se dificulta determinar las causas que originan una lesión meniscal pediátrica.

- PCC 11 Dermatopolimiositis en paciente adolescente. Reporte de caso.** Marlon Alexander Cerna Márquez¹, Allan Iván Izaguirre González², Larissa Maydelin Contreras Martínez¹, Scarleth Vásquez³, Cándido Mejía⁴. ¹Médico Residente de 3er año de Pediatría, UNAH-VS. ² Doctor en Medicina y Cirugía – UNAH, Asesor de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina (IFMSA) – Honduras. ³Médico Residente de 2do año de pediatría, UNAH-VS. ⁴ Dermatólogo Pediatra, Hospital Mario Catarino Rivas, SPS, Honduras

Antecedentes. La Dermatopolimiositis (DPM) pertenece a las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII), un grupo heterogéneo de miopatías auto inmunitarias sistémicas crónicas, asociadas con una alta morbilidad y discapacidad funcional. Comprende aquellas entidades de naturaleza adquirida que cursan con debilidad muscular y presentan de forma característica un infiltrado inflamatorio y necrosis celular en el tejido muscular estriado. Es una enfermedad rara, con una incidencia global de 2–10 casos/millón de habitantes/año, siendo en menores de 15 años de 0.8-4.1/millón/año. **Descripción del caso clínico.** Se presenta el caso de adolescente masculino de 14 años con antecedente de dermatomiositis diagnosticada hace 2 años, quien presenta debilidad muscular proximal progresiva, acompañado de mialgias intensas e incapacitantes, presencia de eritema en heliotropo y pápulas de Gottron. Estudios laboratoriales evidenciaron anemia, alteraciones enzimáticas (CPK=439 U/L, LDH=409 U/L), reactantes de fase aguda alterados; estudio electromiográfico demostró hallazgos

compatibles con un proceso miopático generalizado, corroborando diagnóstico de remisión de polimiositis, biopsia de tejido muscular que reportó hallazgos específicos de DPM, rayos x seriadas que demostraron la presencia de calcinosis a nivel de tejidos blandos. El diagnóstico de miopatías inflamatorias se sospecha sobre la base de un conjunto de signos y síntomas y es confirmado mediante estudios complementarios, entre los que se incluyen: elevación de enzimas musculares, presencia de auto anticuerpos específicos de miositis, electromiografía con patrón miopático, hallazgos específicos en la biopsia. **Conclusión/recomendación.** La PDM en niños tiene un comportamiento clínico diferente al adulto por la presencia vasculitis, existiendo varios desordenes que pueden confundir esta entidad y retardar su diagnóstico y tratamiento, por lo tanto, es muy importante el conocimiento de esta enfermedad en la edad pediátrica y establecer comparaciones con lo reportado en la literatura mundial.

PCC 12 Una complicación rara: hemotórax secundario a la mordida por *Bothrops asper*.

Luis J. Pinto, ¹ Linda L. Fernández, ² Dany S. Simón, ² Ziomara Ceballos, ³ Luis F. Aguilar, ⁴ Fernando Lozano, ⁵ Manuel Sierra. ⁶ ¹Departamento de emergencia, Hospital San Francisco, ²Estudiante de medicina, Hospital San Francisco, Juticalpa, ³Departamento de Pediatría. Hospital San Francisco, Juticalpa, ⁴Departamento de Cirugía. Hospital San Francisco, Juticalpa, ⁵Departamento de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Valme, Sevilla, ⁶Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas UNAH.

La mordedura de serpiente es un importante problema de salud pública en las Américas, especialmente en la América inter-tropical. Aunque prevalece el subregistro en todos los países de América, la incidencia anual promedio es de aproximadamente 57,500 mordeduras de serpiente (6,2 por 100.000 habitantes) y la mortalidad es cercana a 370 muertes (0,04 por 100.000 habitantes). *Bothrops asper*, una especie altamente venenosa de víbora de foseta, que se extiende desde Colombia y el noroeste de Perú en América del Sur hasta las tierras bajas de México, inflige la mayoría de las mordeduras de serpientes en América Central, representan un riesgo laboral para los trabajadores agrícolas jóvenes. Un joven de 17 años procedente de un área rural en el norte de Olancho fue traído al Hospital San Francisco, con historia de una mordedura de serpiente "Barba amarilla" (*B. asper*) que ocurrió tres días antes. El sitio de la mordedura se localizó en el primer dedo del pie derecho. En el segundo día de ingreso, el paciente desarrolló disnea. Un examen físico reveló hipoventilación del pulmón izquierdo con matidez en el 75% del campo del pulmón izquierdo. Se observó derrame pleural izquierdo, aproximadamente 90%, en la radiografía de tórax. El paciente fue diagnosticado con hemotórax y una toracostomía drenó 1350 ml de fluido serohemático, seguido de la instalación de un sistema de control de succión húmeda (Pleur-evac®). Después de diez días, el paciente fue dado de alta. El único caso conocido de hemotórax después de una mordedura por *B. asper* fue informado por Luzardo en 1962. Como el único paciente sobreviviente conocido con un hemotórax después de una mordedura por *B. asper*, este caso debería dar a conocer el amplio espectro clínico presentado por la mordedura de serpiente víctimas.