
Trabajos libres

EXPERIENCIA EN EL MANEJO URGENTE DEL NIÑO DESNUTRIDO GRAVE EN EL SALA DE NUTRICIÓN DEL HOSPITAL ESCUELA

DR. JUAN JOSÉ NAVARRO BUSTILLO*

La desnutrición en Honduras es un problema de grandes proporciones que incide en la mortalidad y morbilidad de niños menores de 5 años a nivel nacional, en 1966 era de 44%, en 1986 de 38% y en 1996 de 40% lo que demuestra que la situación no ha cambiado casi nada, tenemos en el país, niños escolares entre 6 y 9 años con un 40% de desnutrición crónica, 22% de mujeres fértiles tienen anemia ferropénica.

A nivel del Distrito Central un tercio de los niños que van a consulta tienen algún grado de desnutrición; en la sala de Nutrición del Hospital Escuela creada en 1970, se tiene un promedio de 600 ingresos por año con una mortalidad a sus inicios de 18% en promedio a promedio de 5% hasta 1995, con la experiencia adquirida a través de los años nos propusimos estandarizar un esquema de manejo, con la finalidad de disminuir la mortalidad de la misma a menos de 4% a partir de 1996, a pesar de que manteníamos índices de mortalidad de los más bajos reportados en la literatura a nivel mundial en este tipo de niños.

Dicho esquema de manejo de urgencias en el niño desnutrido, incluye primero una identificación y clasificación del mismo en grados, si es primaria o secundaria y tipo clínico, estudios de laboratorio en base a la fisiopatología del niño desnutrido y sus enfermedades acompañantes.

El tratamiento de sus trastornos hidroelectrolíticos, ácido básicos, metabólicos y déficit de vitaminas, minerales y oligoelementos, el manejo, de sus enfermedades acompañantes.

El manejo de una dieta hiperproteica e hipercalórica, el tratamiento de infecciones, trastornos hemodinámicos agudos, una estimulación emocional y física tan importante como lo anterior. El seguimiento, un pronóstico alentador y medidas preventivas entendiendo que desaparecerá la desnutrición primaria al desarrollar el país y que hay potencialidad nacional para hacerlo.

Al final con este esquema se logró la meta consiguiendo índices de mortalidad a partir de 1996 así:

1996	3.85% de Mortalidad
1997	3.52% de Mortalidad
1998	2.24% de Mortalidad
Primer semestre de 1999	2.43% de Mortalidad

De esta forma logramos éxitos con el esquema planteado, cumpliendo así nuestra labor dentro de los límites del Hospital.

* Pediatra. Sala de Nutrición- HMI. Tegucigalpa, Honduras

OPERACIÓN DE KALICINSKI EN EL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

DR. JOSÉ R. LIZARDO IHSS,
TEGUCIGALPA, HONDURAS

Antecedentes: El Megauréter obstructivo primario es un termino para describir un Uréter dilatado, debido a un defecto propio del uréter en el cual su segmento distal es estrecho y adinámico produciendo dificultad en el Drenaje del trayecto normal de la orina. Existen dos técnicas quirúrgicas aceptadas mundialmente para resolver esta patología, la descrita por Willian H. Hendren 1969 y la descrita por Zygmunt Kalicinski en 1977.

Propósito del trabajo: Reproducir el éxito mostrado por la técnica de Zygmunt Kalicinski en los primeros casos operados en el Instituto Hondureño de Seguridad Social de megauréter obstructivo primario.

Material y Métodos: Todos los pacientes diagnosticados con Megauréter obstructivo primario en el Instituto Hondureño de Seguridad Social desde Sep. 1995 a 1 Jul. 1999 se les sometió a la técnica descrita por Zygmunt Kalicinski en 1977 que consiste en una plicatuta del uréter dilatado evitando la realización de una plástica uréteral. Todos los pacientes se sometieron a estudios uroradiológicos pre y post operatorios con un seguimiento promedio de 21 meses rango menor año y mayor 36 meses.

Resultados: Se operó un total de 6 pacientes todos con afección uréter izquierdo y del sexo masculino. Todos ellos fueron referidos por infecciones urinarias por lo que se les realizó ultrasonido, un ureterocistograma miccional y un pielograma intravenosos donde se confirmó el diagnóstico. El procedimiento Quirúrgico fue exitoso en el 100% de los casos.

Conclusiones: La operación de Kalicinski fue un procedimiento fácil reproducir, verificamos sus ventajas, no se presentaron complicaciones y fue exitosa en el 100% de los casos.

EL IMPACTO DE LAS INMUNIZACIONES EN HONDURAS

DRA. IDA BERENICE MOLINA
JEFE DEL PAI-HONDURAS

En 1979 se creó oficialmente el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la Secretaría de Salud, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación, a través de la vacunación de la población menor de cinco años, con énfasis en la menor de dos años, mujeres en edad fértil y grupos en riesgo para lograr el control, eliminación y erradicación de dichas enfermedades.

Desde su creación se ha establecido como un programa prioritario de la política de salud, cuya estrategia básica es la oferta de servicios de vacunación gratuitos y permanentes en todos los niveles de la red de servicios de salud; lográndose en la última década notables avances, en materia de inmunización, ampliándose el acceso a los servicios de vacunación a más del 90% de la población infantil y mujeres en edad fértil (MEF), disminuyendo la incidencia y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación, contribuyendo significativamente al descenso de la mortalidad infantil.

Desde 1991 se logran coberturas de vacunación superiores al 90% en los niños y niñas menores de un año para todos los biológicos, manteniéndose esta tendencia en la última década, para las vacunas BCG, Sabin, DPT y Anti sarampión; esta última fue sustituida del esquema básico de vacunación por la vacuna Sarampión, Rubéola y Paperas (SRP) aplicándose a los 12 meses de edad. Durante 1998 las coberturas de vacunación para todos los biológicos en población menor de dos años presentó un comportamiento ascendente, logrando por primera vez superar el 95% para todos los biológicos. Desde 1995 se supera el 90% de cobertura de vacunación de MEF con dos dosis de toxoide tetánico y diftérico (Td), lo que ha permitido el control del tétanos neonatal.

Desde Junio de 1994 se incorporó al PAI la vacunación contra la Hepatitis b, orientada a grupos en riesgo, iniciando la vacunación del personal de salud en alto riesgo a nivel hospitalario y ambulatorio; lográndose hasta 1998 cobertura con tres dosis superiores al 85% lo que ha permitido la ampliación de la vacunación a otros grupos en riesgo (estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, pacientes de diálisis, convivientes de casos, personal de Cruz Roja, bomberos, medicina forense, trabajadores de limpieza, trabajadoras comerciales del sexo, homosexuales, parteras, etc.)

Los esfuerzos actuales se orientan a lograr anualmente coberturas en la población menor de dos años y MEF homogéneas, superiores al 95% en los 298 municipios del país.

El impacto de las acciones de vacunación se refleja en la tendencia descendente de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades prevenibles por vacunación; que hace más de una década según estudio del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) (1980-1983) constituían la cuarta causa de mortalidad infantil, enfermedades como la poliomielitis, difteria, tétanos neonatal, tosferina, meningitis tuberculosa y sarampión.

La situación epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunación se resume así:

En 1985 Honduras adquirió el compromiso internacional de erradicar la poliomielitis, lográndose en 1994 certificar la erradicación de la circulación del poliovirus salvaje, marcando un precedente histórico y trascendental para la Salud Pública de Honduras; en 1989 se registró el último caso; sin embargo mientras no se erradique la poliomielitis del mundo, meta propuesta para el año 2000 deberán mantenerse las estrategias básicas orientadas a lograr anualmente coberturas con vacuna Sabin, superiores al 90% en la población menor de un año, ejecución de jornadas nacionales de vacunación y la vigilancia epidemiológica de las parálisis flácidas agudas (PFA) en menores de 15 años, ante el riesgo de importación del poliovirus salvaje de países donde la poliomielitis aun es un problema de salud.

Desde 1981 no se registran casos de difteria, sin embargo se trata de una enfermedad reemergente, por lo que se mantiene su vigilancia.

La última epidemia del sarampión se presentó entre los años 1989 a 1990 con una tasa de incidencia de 188 casos x 100,000 habitantes y de mortalidad de 6.8.

En 1991 el país adquirió el compromiso de eliminar el sarampión para el año 1997, meta que se redefine proponiéndose su erradicación para el año 2000, lo que ha fortalecido la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad.

La tasa de incidencia del sarampión ha sido descendente, registrándose desde 1991 el menor número de casos, con una tasa de 1.9 por 100,000 habitantes (95 casos) a cero casos en 1998, no registrándose muertes desde 1991.

La amplia cobertura de vacunación con SRP en el programa sostenido (vacunación de mantenimiento) ha contribuido a la reducción de la incidencia del sarampión; que combinada con el éxito de las estrategias adicionales impulsadas en el marco de su erradicación, han permitido reducir notablemente la circulación del virus del sarampión. En 1992 y 1993 se realizó campaña masiva de vacunación con anti sarampión dirigida a la población de 9 meses a 15 años independiente de sus antecedentes de vacunación o haber padecido la enfermedad, lográndose vacunar a nivel nacional al 95% (1.354,252) en 1996 se realizó primera campaña de seguimiento con anti sarampión dirigida a niños y niñas de 1 a 4 años, lográndose el 96% de cobertura, disminuyendo así el acumulo de susceptibles y el riesgo de un brote de sarampión.

En el año 2000 se ha planificado realizar la segunda campaña de seguimiento con vacuna SRP, dirigida a la población de 2 a 4 años.

El tétanos neonatal continua en descenso, en el período 1994-1998 se han notificado e investigado 24 casos, manteniéndose una

tasa inferior a 1 caso x 1000 nacidos vivos, con un promedio de 4 casos anuales a nivel nacional.

En general se ha logrado el control del resto de enfermedades prevenibles por vacunación, la magnitud de los brotes de tosferina ha disminuido, la meningitis tuberculosa se mantiene con una tasa inferior a 1 caso x 100,000 menores de 5 años y se espera controlar a mediano plazo la rubéola, síndrome de rubéola congénita, parotiditis, hepatitis b y enfermedades invasivas por *Haemophilus Influenzae* tipo b (Hib); con la incorporación de nuevos biológicos y ampliación de la cobertura a otros grupos en riesgo.

La Secretaria de Salud financia el costo del 100% de las vacunas actuales y está realizando esfuerzos por priorizar de acuerdo al contexto epidemiológico nuevas vacunas, reconociendo que el costo-beneficio de las vacunas es elevado en relación a prevenir las enfermedades, costos del tratamiento y del sufrimiento humano.

Son grandes los éxitos alcanzados, pero también son muchos los retos que habrá que afrontar en el futuro a corto y mediano plazo; ya que los adelantos tecnológicos han permitido el descubrimiento de vacunas nuevas y mejoradas.

TRATAMIENTO DEL URETEROCELE EN EL INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL

DR. JOSÉ R. LIZARDO IHSS,
TEGUCIGALPA, HONDURAS

Antecedentes: El ureterocele es una dilatación Quística Congénita de uréter terminal, puede presentarse en un sistema colector único o doble, puede causar obstrucción o Reflujo y puede acompañarse de displasia Renal o atrofia obstructiva, debido a este amplio espectro de anomalías su tratamiento constituye una de las decisiones más controversiales en la cirugía urológica infantil.

Propósito de Trabajo: Evaluar la utilidad de la clasificación funcional de Churchill y Sheldon para decidir que conducta Quirúrgica tomar ante las diferentes alteraciones producidas por el ureterocele.

Material y Métodos: Es un estudio prospectivo del 1 de Sep. 1994 al 1 Jul. 1999 de todos los casos de ureterocele operados por el autor en el I.H.S.S. A todos los pacientes se les realizó ultrasonido, uretero-cistograma miccional y pielograma intravenosos pre-operatorios y a los 6 meses post-operatorio además de un seguimiento clínico con promedio de 18 meses, rango menor 6 meses, mayor 18 meses.

La clasificación funcional de Sheldon y Churchill decidió el procedimiento Quirúrgico a realizar, según las unidades renales en riesgo.

Resultados: Se opero un total de 14 pacientes 7 masculinos y 7 femeninos, con una edad promedio 2-9 años, el menor de 1 año y el mayor de 11 años, la forma de presentación fue Infección Urinaria en el 64% de los pacientes. Los hallazgos Quirúrgicos fueron 6 ureteroceles con sistema colector único y 8 con sistema colector duplicado y el procedimiento Quirúrgico fue exitoso en el 100% de los casos.

Conclusiones: La clasificación de Sheldon y Churchill basada en las Unidades Renales en riesgo para decidir la conducta Quirúrgica ante los Ureteroceles demostró ser efectiva en el 100% de los casos operados por nosotros en el I.H.S.S.

POLIURIA. REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

DR. GASPAR RODRÍGUEZ MENDOZA. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, INSTITUTO
HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL.

FUNDAMENTO. Frecuentemente se presenta la poliuria en niños hospitalizados y en la bibliografía no hay suficiente información que oriente a buscar un diagnóstico etiológico.

OBJETIVO. Discusión de un caso clínico y revisión de las posibles causas de poliuria.

MÉTODOS. Se revisó bibliografía disponible sobre poliuria a través de Internet y Medline.

RESULTADOS. Paciente de 4 1/2 años de edad, inició con poliuria y polidipsia desde los dos años de edad. Hemograma normal, glicemias normales, creatinina y electrolitos séricos normales, generales de orina con densidad urinaria de 1.010 y 1.020, radiografía de cráneo normal, electroencefalograma con actividad cerebral de base disfuncional. Se realizó restricción hídrica oral de 5 horas en dos ocasiones, se obtienen densidades urinarias de 1.020 y 1.025. Poliuria mejora a la restricción hídrica en el hogar. Se concluye que el niño cursa con ingesta compulsiva de agua. En la revisión bibliográfica se describen las causas de poliuria en cuatro grupos; diuresis con solutos, diabetes insípida nefrogénica, diabetes insípida central y la polidipsia psicógena.

PROYECTO CONSTRUYENDO HOGARES.

LUL JANANÍA DE PERDOMO, PEDIATRA. COORDINADORA BRIGADAS MÉDICAS BOLSA SAMARITANA,
IGLESIA GRAN COMISIÓN. HONDURAS

INTRODUCCIÓN. Después del desastre natural del Huracán Mitch muchos problemas socioeconómicos, de salud e higiene se han acentuado enormemente siendo la falta de educación básica, recurso material y humano, aunado a un difícil acceso vial lo que han hecho difícil resolver estos problemas.

OBJETIVO. Llevar a lugares no accesibles y a zonas afectadas además de la construcción de casas, alimentos, ropas, asistencia médica en coordinación con regiones sanitarias y áreas de salud y municipalidades aliviando en parte las diferentes patologías para mejorar la calidad y expectativas de vida de nuestra población.

MÉTODO UTILIZADO. Se realizaron censos, encuestas e investigación de zonas afectadas, se planifica por zonas se prioriza por necesidades y se calendariza por semanas se adquiere un helicóptero, se forma un equipo médico móvil con médicos nacionales y extranjeros, traductores, odontología, educador y asistente de farmacia además del piloto, medicamentos e implementos médicos necesarios para la atención primaria se establecen bases por medio de las cuajes se da educación para la medicina preventiva; implementando además un programa de desparasitación, administración de vitaminas proporcionando filtros de agua especiales para evitar la contaminación.

RESULTADO. 30,000 pacientes atendidos en más de 80 comunidades en los últimos 6 meses, enfermedades tabuladas y reportadas más frecuentes, afecciones respiratorias, gástricas, dermatológicas, parasitismo y mala nutrición, más de 5000 niños desparasitados, aplicación de flúor, 125 filtros colocados y bases comunitarias instaladas además ayudando a llevar el esquema de vacunación a poblaciones donde el equipo de salud no había podido llegar.

CONCLUSIÓN. El uso de helicóptero permite una penetración a regiones aisladas de la población y los datos recabados son de mucha utilidad para los organismos de gobiernos nacionales para darle continuidad a los proyectos; y los diferentes programas ayudaran en parte a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad de nuestro país.

PREVENCIÓN DE EPISODIOS INFECCIOSOS ORL Y BRONCOPULMONARES EN NIÑOS CENTROAMERICANOS Y DEL CARIBE

BUESO A, ZELAYA R, ECHEVERRÍA C. (1), FIGUEROA MR, CHAVARRÍA JO, PARADA AL (2), BARRIENTOS A, PÉREZ L, TERRAZA O (3), STURLA O, CRESPO S (4), ULLUOA JP (5). 1: HONDURAS, 2: EL SALVADOR, 3: GUATEMALA, 4: REP. DOMINICANA, 5: COSTA RICA,

ANTECEDENTES. Las infecciones respiratorias recurrentes altas y bajas en niños son motivo frecuente de consultas médicas. Han sido reportados meta-análisis de estudios europeos en los que se ha utilizado inmunoterapia oral con extractos de ribosomas bacterianos (Ribomunyl) con el propósito de disminuir el número de recaídas o su intensidad. Este es el primer estudio prospectivo que se realiza en Centroamérica y el Caribe con niños que presentan este tipo de patología.

OBJETIVOS. Cada investigador captó 20 niños entre los 2-12 años quienes tenían antecedente de haber padecido al menos 4 episodios infecciosos tratados con antibióticos (AB) durante los tres meses que precedieron a su ingreso al estudio. Iniciaron tratamiento con extractos de ribosomas bacterianos en sobres durante 3 meses según el esquema clásico. Se evaluaron los resultados 90 y 180 días después de concluido el tratamiento. Fueron evaluados el número total de episodios infecciosos, los que necesitaron antibióticos, la duración de cada episodio, los días de estancia en cama y días de ausentismo escolar.

RESULTADOS. 246 niños fueron excluidos, 197 completaron el estudio. Finalizado éste, el promedio de episodios infecciosos se redujo de 4.9 (tase) a 1.7 (pasados 90 días) y a 0.8 (pasados 180 días). El número de episodios que necesitaron AB bajó de 3.9 a 1.0 y a 0.4, la duración media de cada episodio de 6.6 a 3.2 y a 1.9 días, la estancia en cama de 4.4 a 1.3 y a 0.4, el número de días con fiebre de 5.6 a 1.7 y a 0.7 mientras el ausentismo escolar bajó de 5.9 a 1.4 y a 0.3 días respectivamente. Se encontró buena tolerancia al medicamento en 99.6%.

CONCLUSIONES. La inmunoterapia con extractos de ribosomas bacterianos (Ribomunyl) resultó útil en la prevención y atención de los episodios infecciosos de vías aéreas en niños centroamericanos y caribeños permitiéndoles una mejor calidad de vida, Además el medicamento resultó extremadamente bien tolerado por esta población.

LA MARCA DE LOS DIEZ DÍAS, COMO UN ENFOQUE PRACTICO PARA EL DIAGNOSTICO DE SINUSITIS EN NIÑOS

M.H. SABILLON, A, BUESO-ENGELHARDT PEDIATRAS-NEUMÓLOGIA. CENTRO DE NEUMOLOGÍA Y ALERGIA., SAN PEDRO SULA. HONDURAS

ANTECEDENTES. La sinusitis es una de las enfermedades respiratorias más frecuentemente sub-diagnosticadas en la práctica clínica. En Pediatría, este es el primer estudio prospectivo tendiente a corregir este fenómeno en nuestro país.

OBJETIVOS. Establecer un método práctico para diagnosticar sinusitis en los niños hondureños mayores de un año.

MÉTODO- Sospechamos el diagnóstico de sinusitis en niños mayores de un año, con síntomas respiratorios que persistieron más de diez días "la marca de los diez días", a los que reunieron este criterio se les pidió radiografía de Water's (para senos maxilares) y los pacientes con radiografía anormales fueron diagnosticados con sinusitis. Se indicó tratamiento con antibiótico {14-21 días}, descongestionantes orales, irrigaciones nasales y esferoides nasales tópicos. Se evaluó el resultado clínico y radiológico al término del tratamiento.

RESULTADOS. La marca de los diez días captó 190 niños (5%) entre 3,782 pacientes ambulatorios con síntomas respiratorios en un período comprendido desde Enero a Julio de 1999 en un centro de medicina respiratoria especializado.

La radiografía de Water's reveló sinusitis en 172 pacientes (90.5%). De esta población regresaron a control 135 (78.5%) a los cuales se les dio seguimiento clínico y radiológico. Al finalizar el tratamiento, un 99% de los pacientes presentaron mejoría clínica y un 93% mejoría radiológica.

CONCLUSIONES.

1. La marca de los diez días representa una base diagnóstica simple para el diagnóstico de sinusitis maxilar en niños.
2. La terapia convencional bien aplicada asegura el éxito del tratamiento en la mayoría de los casos.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE EN NIÑOS ASOCIADO A GASTRITIS POR H. PYLORI

DRA. SANDRA TOVAR, DR. CESAR CÁCERES, DR. EDGARDO MURILLO, DRA. FILOMENA PALMA
HOSPITAL MATERNO INFANTIL. TEGUCIGALPA, HONDURAS.

INTRODUCCIÓN: En la actualidad se ha demostrado que existe una relación entre gastritis y úlcera péptica con la presencia de infección por *Helicobacter pylori* (HP), aunque sigue siendo controversial la relación entre dolor abdominal recurrente (DAR) e infección por HP en niños.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es determinar si existe relación entre DAR e infección por HP en niños.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se hizo un estudio prospectivo transversal en 100 niños que asistieron al Hospital Materno Infantil, desde junio de 1996 a abril de 1998. Se incluyeron a todos los niños de 0-15 años con DAR, según el criterio de Apley, se excluyeron a los que se les identificó patología crónica de base. A todos los pacientes se les realizó endoscopia gastrointestinal alta, con estudio histológico, prueba de ureasa rápida y cultivo con medio microaerófilico. Se dividieron en 3 grupos: GRUPO I: Pacientes con gastritis crónica asociada a infección por HP. GRUPO II: Gastritis crónica sin HP. GRUPO III: Otras causas de DAR.

RESULTADOS: De los 100 niños con DAR, 53 fueron niñas y 47 fueron varones, la edad promedio fue de 8.8 más o menos 3.9, con un rango de 3 meses a 15.7 años.

En el GRUPO I: (Con gastritis asociada a HP) se encontraron 69 niños, en el GRUPO II (Gastritis sin HP): 15 niños y en el GRUPO III (Otras causas de DAR): 16. Las manifestaciones clínicas que se relacionaron más frecuentemente con el dolor fueron: Vómitos, hiporexia y detención de peso, sin diferencias estadísticamente significativas en los GRUPOS I y II. En el GRUPO I y II el hallazgo endoscópico más frecuentemente encontrado fue gastritis. En el estudio histológico se encontró gastritis crónica superficial activa en todos los niños del GRUPO I, y gastritis crónica inespecífica en los del GRUPO II. En el GRUPO I, el grado de colonización de la bacteria fue leve en la mayoría de los pacientes (75%).

CONCLUSIÓN: Si existe una fuerte asociación entre DAR en niños y enfermedad ácido péptica con infección por HP.

QUISTE POPLÍTEO (BAKER)

DR. CARLOS A. SÁNCHEZ CHÁVEZ SERVICIOS DE
ORTOPEDIA, HOSPITAL ESCUELA, HONDURAS

INTRODUCCIÓN. Tumoración quística que se localiza en la bursa que se localiza entre el tendón del gemelo interno y el músculo semimembranoso; en un 5% o menos de los casos puede existir comunicación con la articulación de la rodilla, asintomático, más frecuente en varones que en niñas de 3:1; la tumoración se localiza por debajo del pliegue de la rodilla a! lado medial, crecimiento paulatino, edad de aparición de 1 a 10 años; la resección quirúrgica recidiva 50% y se opera cuando crece excesivamente y trastorna la movilidad de la rodilla y/o duele.

La cirugía se practica en la adolescencia ya que la mayoría de ellos desaparece espontáneamente.

ANTECEDENTES. Los niños que presentan esta patología la preocupación mayor de los padres es la presencia del tumor y que tienen el concepto que puede convertirse en Ca. Refiriendo para que se los operemos muchos síntomas como claudicación, dolor. Al asistir a la consulta los evaluamos y explicamos la historia natural de enfermedad y esto produce en los padres tranquilidad.

ESTUDIO. Durante los años 1997-1998 y 6 meses del 99 se presentan a la Consulta Externa del Servicio de Ortopedia Pediátrica 186 pacientes con hoja de referencia de tumor en región posterior de rodilla, la mayoría referidos de Cirugía Ambulatoria del Instituto Nacional del Tórax(I.N.X) de los cuales 108 fueron varones y niñas 78. Al azar se tomaron 50 pacientes, 25 niñas y 25 varones. Se les practicó quistografía en Sala de Operaciones, se corroboró la localización y lo que se encontró en sólo 2 casos; 1 caso fue bilateral, se aprovechó para aspirarlos y se les aplicó un corticoesteroide de depósito y de los cuales recidieron el 80%, el 20% por una u otra causa se les practicó resección quirúrgica y la recidiva fue cero, a los que se les practicó cirugía fueron aquellos 2 casos que había comunicación y el resto era adolescentes con quistes que habían crecido exageradamente y daba problemas, dolor y/o limitación funcional.

CONCLUSIÓN. Quiste poplíteo es benigno, asintomático en la mayoría, cuya indicación de resección quirúrgica es un adolescente y que presenta síntomas como crecimiento exagerado que provoca limitación de movilidad articular y dolor por la tensión.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN TOMOGRAFICA DE LA CISTICERCOSIS CEREBRAL ACTIVA EN PEDIATRÍA UTILIZANDO ALBENDAZOLE VRS. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

DR. RIGOBERTO CUELLAR, DR. MARCO R. MOLINERO
SERVICIO DE NEUROLOGÍA, HOSPITAL ESCUELA, HONDURAS

RESUMEN. OBJETIVO: Describimos nuestra experiencia en el estudio de la cisticercosis cerebral activa en pediatría en un período de 6 años, recopilando un total de 85 casos, que fueron estudiados desde el punto de vista clínico, inmunológico y radiológico. El objetivo de esta comunicación es presentar las características clínicas y su evolución clínica y tomográfica utilizando tratamiento sintomático vrs. tratamiento antiparasitario con albendazole.

DESARROLLO. La edad más frecuente de presentación fue en etapa escolar, sin embargo tuvimos una alta incidencia en menores de cuatro años, lo cual indica una alta endemicidad en un grupo donde se supone que la enfermedad es menos frecuente. Hubo un discreto predominio del sexo femenino sobre el masculino, dato que sólo coincide con una casuística mexicana. El nivel socio-económico predominante fue la clase pobre (59%). La procedencia de los pacientes cada vez es mayor de las áreas urbanas. La sintomatología y signoología más frecuente fue: crisis convulsivas, hipertensión intracraneal y cefalea sin hipertensión intracraneal. La variedad más frecuente de crisis fue la parcial en sus diversas manifestaciones.

No hubo diferencia estadísticamente significativa en la recaída de las crisis convulsivas entre el grupo a quien se le administró tratamiento sintomático, y el grupo a quien se le administró albendazole (23% en cada uno). Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a la desaparición del parásito en la tomografía axial computarizada (43% en el grupo con tratamiento sintomático y 36% en el grupo con albendazole).

En lo que respecta a la calcificación de los parásitos, 57% calcificaron en el grupo sin tratamiento antiparasitario, contra 63% en los pacientes a quienes se les administró albendazole. Lo anterior tampoco fue de valor estadísticamente significativo.

CONCLUSIONES. La evolución clínica de los pacientes fue benigna en el 90% de los pacientes, y no dependió del tratamiento con albendazole, como tampoco hubo diferencia estadística en lo que respecta a la desaparición de los parásitos ni en los que presentaron calcificaciones intracerebrales en la tomografía axial computarizada utilizando tratamiento antiparasitario o sintomático.