

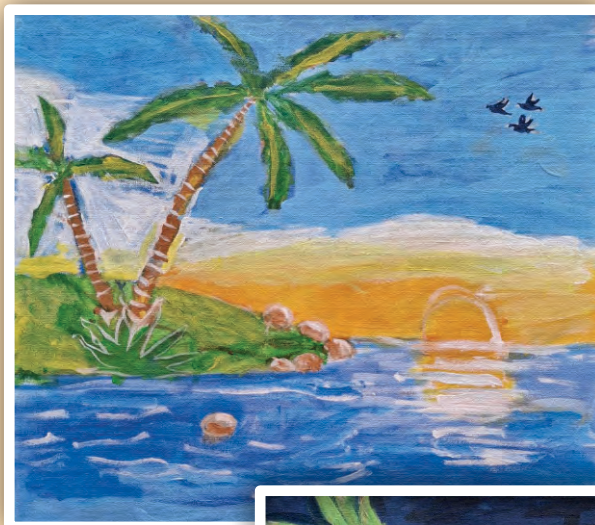


Honduras Pediátrica

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LA ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDUREÑA, TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS, C.A.

HONDURAS PEDIÁTRICA

Es una Publicación
Científica de la
Asociación Pediátrica
Hondureña con sede
en la ciudad de
Tegucigalpa,
Honduras, C.A.



Volumen XXXVIII
Número 1
Ene - Jun 2025

ISSN: 0018-4535
Edición Impresa

ISSN: 1998-7307
Edición Electrónica




Imágenes de Portada:
Marcela Beatriz Reyes Alfaro

Página electrónica:

www.pediatricahonduras.org

Revista de acceso abierto de la Asociación Pediátrica de Honduras
Indexada en CAMJOL

LISTADO DE EDITORES ASOCIADOS POR ESPECIALIDADES HONDURAS PEDIATRICA

<i>Douglas Varela,</i>	<i>Neurología Pediátrica</i>	
<i>Kadie Melissa Paz,</i>	<i>Neurología Pediátrica</i>	
<i>Carol Zuniga,</i>	<i>Neurología Pediátrica</i>	
<i>Rodolfo Colindres,</i>	<i>Neurólogo Pediatra</i>	
<i>Allison Callejas,</i>	<i>Neonatóloga</i>	
<i>Yency Peralta,</i>	<i>Neonatóloga</i>	
<i>Karen Giron,</i>	<i>Alergia e Inmunología Pediátrica</i>	
<i>Selma Scheffler,</i>	<i>Alergia e Inmunología Pediátrica</i>	
<i>Delia Padilla,</i>	<i>Gastroenterología Pediátrica</i>	
<i>Pablo Cáceres,</i>	<i>Gastroenterología Pediátrica</i>	
<i>Ligia Fú,</i>	<i>Hematóloga Pediatra</i>	
<i>Jose Antonio León,</i>	<i>Oncología Pediátrica</i>	
<i>Luis Romero,</i>	<i>Infectología Pediátrica</i>	
<i>Gustavo Lizardo,</i>	<i>Dermatología Pediátrica</i>	
<i>Iris Álvarez,</i>	<i>Dermatología Pediátrica</i>	
<i>Mauricio Benítez,</i>	<i>Cirujano Pediatra</i>	
<i>Lesby Espinoza,</i>	<i>Endocrinóloga Pediatra</i>	
<i>Sandra Velásquez,</i>	<i>Endocrinóloga Pediatra</i>	
<i>Carlos Sánchez,</i>	<i>Intensivista Pediatra</i>	
<i>Miriam Raquel Wong,</i>	<i>Oftalmóloga Pediatra</i>	
<i>Ricardo Toro,</i>	<i>Oftalmólogo Pediatra</i>	
<i>Dilcia Pagoaga,</i>	<i>Cardiología Pediátrica</i>	
<i>Ana Marcela López,</i>	<i>Radiologa Pediatra</i>	
<i>Walter Pacheco,</i>	<i>Radiólogo Pediatra</i>	
<i>Edin Rosa Luque,</i>	<i>Neurocirujano</i>	
<i>Claudia Aguilar,</i>	<i>Nefróloga Pediatra</i>	
<i>Gaspar Rodríguez,</i>	<i>Nefrólogo Pediatra</i>	
<i>Héctor Antúnez,</i>	<i>Patólogo Pediatra</i>	
<i>Adoní Josué Duarte,</i>	<i>Patólogo</i>	
<i>José Arnulfo Lizardo,</i>	<i>Cirujano Pediatra</i>	
<i>Haydee del Pilar Rosales,</i>	<i>TCPH Pediátrico</i>	

Honduras Pediátrica

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LA ASOCIACIÓN PEDIÁTRICA HONDUREÑA, TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS, C.A.

Volumen XXXVIII, Número 1, Enero a Junio de 2025

Contenido

Directora:

Clarissa Lizeth Aguilar Molina
Pediatra Oncóloga, Hospital Escuela,
Instituto Hondureño de Seguridad Social,
Tegucigalpa, Honduras.
claguilar01@gmail.com

Editora Administrativa:

Karla Leversia Borjas Aguilar
Pediatra Alergo-Imunóloga,
Instituto Hondureño de Seguridad Social,
Tegucigalpa, Honduras.
leverborjas@gmail.com

Comité Editorial

Sergio David Villeda Rodríguez
Pediatra Cirujano,
Instituto Hondureño de Seguridad Social,
Tegucigalpa, Honduras.
sergiodvilleda@gmail.com

Marco Tulio Luque
Pediatra Infectólogo,
Instituto Hondureño de Seguridad Social,
Tegucigalpa, Honduras.
mtluque@yahoo.com

Sara Eloísa Rivera Molina
Pediatra Infectóloga,
Hospital María, Especialidades Pediátricas,
Tegucigalpa, Honduras.
eloisari61@yahoo.com

Publicación Científica de la
Asociación Pediátrica de Honduras
Volumen XXXVIII, No.1, 2025

Publicación Semestral de Enero a Junio de 2025

Asociación Pediátrica de Honduras

Hospital Escuela, Calle de la Salud,
Tegucigalpa, Honduras.
Tel - 2239-0484, Apdo Postal 3212,
aspehon@yahoo.com
www.pediatricahonduras.org

Contenido

Pág.

I. EDITORIAL

Sarampión en las Américas: una amenaza reemergente para la salud infantil. 3
Dra. Sara Rivera

II. SECCIÓN CIENTÍFICA

Artículos Originales 5
Experiencia en Diagnóstico y Tratamiento de Pólipos Colorrectales en Niños Atendidos en Hospital María, Especialidades Pediátricas 5
Experience in Diagnosis and Treatment of Colorectal Polyps in Children Treated at Hospital María, Especialidades Pediátricas.
Karen Carrasco, Delia Padilla, Pablo Cáceres, Dina Raquel Álvarez, Dilia Saucedo-Acosta

Casos Clínicos.14

Neurocitoma extraventricular: reporte de caso14
Extraventricular neurocytoma: case report
Liliana Rivera, Jerson Bautista, Clarissa Aguilar, Rafael Aguilar

Imágenes en Pediatría 20

Leishmaniasis Cutánea No Ulcerada o Atípica 20
Non-Ulcerated Cutaneous Leishmaniasis or Atypical
Gustavo Adolfo Lizardo Castro

Algoritmos en Pediatría

Abordaje de Anemia en Pediatría. 22
Rina Medina, Lorena Nuñez

III. SECCIÓN INFORMATIVA

Instrucciones para Autores24

Anexo 1. Requisitos de Extensión según Artículo33

Anexo 2. Carta de Autoría34

Anexo 3. Declaración de Conflicto de Intereses35

Anexo 4. Declaración de Conflicto de Intereses de Pertenencia o Familiares ...36

Sarampión en las Américas: una amenaza reemergente para la salud infantil

Dra. Sara Eloisa Rivera Molina 
*Médico Pediatra, Infectóloga. Miembro del Grupo de Investigación en Vacunas,
Universidad Tecnológica Centroamericana (UNITEC).*

El sarampión, causado por un virus de ARN del género Morbillivirus, es una de las enfermedades más contagiosas conocidas, con tasas de ataque que alcanzan hasta 90% entre los contactos susceptibles. Su presentación clásica incluye fiebre, tos, rinorrea, conjuntivitis, manchas de Koplik y un exantema maculopapular característico. Aunque muchos casos se resuelven sin mayores problemas, alrededor del 30% presenta complicaciones, como neumonía, otitis media o encefalitis, y uno de cada cinco pacientes requiere hospitalización. En contextos con baja cobertura vacunal, la letalidad puede superar 10% en niños menores de cinco años (1-3). Lejos de ser una enfermedad benigna de la infancia, el sarampión sigue siendo una amenaza para la salud infantil global.

Gracias a la vacunación sistemática, la Región de las Américas logró eliminar la transmisión endémica del sarampión en 2016, un hito de salud pública reconocido por la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, los brotes recientes en Canadá, México y Estados Unidos, y en menor grado en Bolivia, Argentina, Brasil, Perú, Chile, Uruguay y Venezuela, reflejan un retroceso impulsado por la disminución de las coberturas vacunales y el aumento de la reticencia (4). Esta situación no solo amenaza la salud infantil, sino que también pone en riesgo la certificación de eliminación del sarampión en la Región de las Américas, un logro histórico alcanzado tras décadas de esfuerzo coordinado (5,6).

Honduras mantiene una vigilancia activa, pero enfrenta brechas preocupantes: la cobertura de la primera dosis de SRP fue de 78,6% en 2024, por debajo del 95% necesario para la inmunidad de rebaño, es decir, el nivel de protección colectiva que impide la transmisión sostenida del virus en la comunidad (7). En un país con movilidad transfronteriza constante y bolsillos de baja vacunación, un solo caso importado puede desencadenar un brote con alto costo humano y económico. Además, cada hospitalización podría implicar el uso de recursos adicionales, lo que incrementa la presión sobre los servicios de salud y se vincula indirectamente con otros desafíos de salud pública.

El resurgimiento del sarampión nos recuerda que la confianza en las vacunas es tan importante como su disponibilidad. Los profesionales de salud desempeñamos un papel clave al recomendar activamente la vacunación, aclarar dudas y fortalecer el vínculo con las familias. Mantener la eliminación del sarampión en las Américas requiere vigilancia epidemiológica sensible, coberturas sostenidas y una comunicación clara y fundamentada en evidencia científica.

La vacunación contra el sarampión salva vidas, previene complicaciones graves y asegura un futuro más saludable para la niñez de nuestra región.

Bibliografía

1. HDo LAH, Mulholland K. Measles 2025. *N Engl J Med*. 2025;392(1):45-57. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra2504516>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases: Measles. Atlanta: CDC; 2025. Disponible en: <https://www.cdc.gov/measles/data-research/index.html>
3. World Health Organization (WHO). Measles: fact sheet. Geneva: WHO; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>
4. Pan American Health Organization (PAHO). Ten countries in the Americas report measles outbreaks in 2025. Washington (DC): PAHO; 2025 Aug 15. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/15-8-2025-ten-countries-americas-report-measles-outbreaks-2025>
5. Pan American Health Organization (PAHO). Epidemiological alert: measles in the Americas Region, 28 February 2025. Washington (DC): PAHO; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-measles-americas-region-28-february-2025>
6. Pan American Health Organization (PAHO). Sustaining measles and rubella elimination through the Regional Monitoring and Re-Verification Commission in the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. 2024;48:e10. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.10>
7. World Health Organization (WHO). Measles-containing vaccine, 1st dose (Honduras) - 2024 data. Geneva: WHO; 2024. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/measles-vaccination-coverage?CODE=HND&ANTIGEN=&YEAR=M>. Kliegman & Joseph W. St. Geme III & Nathan Blum & Samir S. Shah & Robert C. Tasker

Experiencia en Diagnóstico y Tratamiento de Pólipos Colorrectales En Niños Atendidos En Hospital María, Especialidades Pediátricas

Experience In Diagnosis And Treatment Of Colorectal Polyps In Children Treated At Hospital María, Especialidades Pediátricas.

Karen Carrasco* , Delia Padilla** , Pablo Cáceres** ,

Dina Raquel Álvarez*** , Dilia Saucedo-Acosta**** .

*Médico Residente de Tercer año. Posgrado de Pediatría, Facultad de Ciencias Médica (FCM), Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH)

**Médico Sub-especialista en Gastroenterología Pediátrica. Unidad de Gestión Clínica de Gastroenterología (UGC), Hospital María, Especialidades Pediátricas (HMEP)

***Médico Especialista en Pediatría. Unidad de Docencia e Investigación, Hospital María, Especialidades Pediátricas (HMEP)

****Médico Especialista en Epidemiología. Posgrado en Epidemiología, FCM-UNAH, Unidad de Docencia e Investigación, Hospital María Especialidades Pediátricas (HMEP)

RESUMEN

Introducción: Los pólipos colorrectales son un motivo de consulta frecuente y una de las causas más comunes de sangrado digestivo en la población pediátrica.

Objetivo: Describir las características clínicas, epidemiológicas, endoscópicas e histológicas de los pacientes pediátricos con diagnóstico de pólipos colorrectales atendidos en el Hospital María, Especialidades Pediátricas (HMEP), enero 2019 a diciembre 2023.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Fueron incluidos: pacientes menores a 18 años con estudios de colonoscopia. Las variables cuantitativas se analizaron con pruebas de normalidad, estimando medias de tendencia central y dispersión. Las variables categóricas se expresan como frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Se analizaron 119 pacientes. Se observó mayor frecuencia de pacientes con pólipos niños de 2 a 5 años en 58%, (69/119). El 51.3% (61/119) fueron femeninas. El 16 % (19/119) tuvieron antecedentes personal de expulsión de pólipo antes de la primera atención por especialista. Los síntomas más frecuentes

fueron: sangrado digestivo bajo (rectorragia) 98.3% (117/119); prolapso por el recto 52.9% (63/119). La localización más frecuente fue: canal anal 75.6%. (90/119); canal anal y colon el 18.5%(22/119); colon 5.8% (7/119). El 50.4% (60/119) presentó pólipo único. El 81.5% (97/119) presentó pólipo mayor a un centímetro. Histológicamente predominaron los pólipos juveniles con 99%(99/100). **Conclusiones:** Los pólipos colorrectales son una condición relativamente común en niños por lo que es importante la sospecha de estos ante la presencia de rectorragia especialmente en niños escolares.

Palabras Clave: Pólipo intestinal, rectorragia, prolapso

ABSTRACT

Introduction: Colorectal polyps are a common reason for pediatric consultations and one of the most frequent causes of gastrointestinal bleeding in children.

Objective: To describe the clinical, epidemiological, endoscopic, and histological characteristics of pediatric patients diagnosed with colorectal polyps treated at the Hospital María, Especialidades Pediátricas (HMEP) from January 2019 to December 2023.

Methodology: Observational, descriptive, cross-sectional study. Included were patients under 18 years of age, with colonoscopy studies.

Correspondencia:

Dra. Dilia Saucedo-Acosta

Dirección: Col. Nueva Suyapa, 150 metros del Anillo Periférico, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, Centro América

Correo electrónico: dilia.saucedo@unah.edu.hn

Teléfono: +504 22360900, extensión 11103.

Fecha de envío: 05/05/2025 | Fecha de aceptación: 18/06/2025

Quantitative variables were analyzed using normality test to explore data distribution, estimating means of central tendency and dispersion. Categorical variables are expressed as absolute and relative frequencies.

Results: A total of 119 patients were analyzed. A higher frequency of patients with polyps was observed in children aged 2 to 5 years, at 58% (69/119). 51.3% (61/119) were female. 16% (19/119) had a personal history of polyp expulsion before the first specialist visit. The most frequent symptoms were lower gastrointestinal bleeding; 98.3% (117/119), rectal prolapse 52.9% (63/119). The most frequent location was: anal canal 75.6% (90/119); anal canal and colon 18.5% (22/119); colon 5.8% (7/119). 50.4% (60/119) presented a solitary polyp. 81.5% (97/119) presented with polyps larger than one centimeter. Histologically, juvenile polyps predominated at 99% (99/100).

Conclusions: Colorectal polyps are a relatively common condition in children, so their suspicion is important in the presence of rectal bleeding, especially in schoolchildren.

Keywords: Intestinal polyp, rectal bleeding, prolapse

Introducción

Los pólipos colorrectales son frecuentes en pediatría, aunque son menos comunes que en la edad adulta, son lesiones aisladas que se caracterizan por ser masas delimitadas de tejido localizado que protruyen desde la pared hacia la luz intestinal dando como resultado hipertrofia de dicho tejido. (1-3) El término pólipo se deriva del vocablo griego poli (muchos) y pous (pies) cuyo significado es “muchos pies”. (4) Se estima que la prevalencia de pólipos es de 6.1% de la población pediátrica.(5)

La edad más frecuente de presentación es en la primera década de la vida, presentando un pico de incidencia mayor entre los 2 y 6 años. Son muy raros en el primer año de vida y después de los 10 años. (6) Son más frecuentes en el sexo masculino y en muchos casos son asintomáticos. (7)

En pediatría, la presencia de pólipos se asocia a diversos factores como la dieta, o condiciones genéticas principalmente el caso de los pólipos adenomatosos (8,9). Aunque la mayoría de los pólipos producen pocos síntomas, la presentación clínica más frecuente es la rectorragia, identificada como un sangrado rojo y brillante. Además, puede presentarse prolapso del pólipo a través del ano, dolor abdominal intermitente y algunas veces cambios en hábito defecatorio. Además, a pesar de su naturaleza benigna, los pólipos no deben subestimarse debido a su potencial asociación con condiciones más graves. Se ha observado una asociación entre la presencia de pólipos en la infancia y un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal en la edad adulta, lo que subraya la importancia de abordar estas lesiones de manera integral desde temprana edad. (10,11)

Por lo tanto, es fundamental realizar un adecuada evaluación clínica y estudios diagnósticos como la colonoscopia. Lo anterior con el objetivo de determinar la localización, el tamaño y la morfología de los pólipos y descartar la presencia de otras anomalías. El tratamiento de los pólipos intestinales en pediatría es la resección endoscópica, que es un procedimiento seguro y efectivo en manos de expertos. (9)

La casuística de pólipos en pediatría a nivel nacional es incierta, por lo que resulta de interés caracterizar la población pediátrica con pólipos colorrectales atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital María, Especialidades Pediátricas (HMEP).

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. El universo estuvo constituido por 144 pacientes menores de 18 años de ambos sexos, con diagnósticos de pólipos, atendidos en la UGC de Gastroenterología del HMEP, Tegucigalpa, durante enero 2019 a diciembre 2023. Fueron excluidos 25 pacientes, dos (2) por expediente clínico incompleto y veintitres (23) por haberse

descartado el diagnóstico de pólipos. Para este estudio, se diseñó un instrumento de recolección de datos que contenía información sobre: datos generales y sociodemográficos, características clínicas y estudios diagnósticos, hallazgos en la colonoscopia, tratamiento, resultado de anatomía patológica y evolución clínica. Se registró la información mediante una base de datos en el programa Microsoft Office Excel versión 16.9. Posterior a limpieza de la base de datos se analizaron los datos en el programa EpiInfo version 7.2. Las variables cuantitativas se analizaron con pruebas de normalidad para explorar distribución de datos, estimando medias de tendencia central y dispersión. Las variables categóricas se expresan como frecuencias absolutas y relativas. Esta investigación se realizó siguiendo los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Previo al inicio de la investigación, se sometió a revisión y dictamen por el Comité de Bioética en Investigación del HMEP, el cual cuenta con registro IRB0011269. El dictamen de aprobación fue extendido bajo el código 011-2024.

Resultados

Fueron analizados 119 pacientes menores a 18 años, con diagnóstico de pólipos por gastroenterólogo pediatra del Servicio de Gastroenterología del HMEP. Se encontró que la mediana de edad al diagnóstico fue de 6 años, con Desviación estándar (DE) 2.0 años. El rango de edad se presentó entre los 3 a 12 años, con una moda de 4 años. El grupo etario más afectado fueron los pre-escolares en un 58.0% (69/119) y niños en edad escolar 6-12 años en un 42.0% (50/119). En cuanto al sexo, se presentaron ligeramente más casos en las niñas 51.3% (61/119). Francisco Morazán fue el departamento con mayor número de casos 40.3% (48/119), luego El Paraíso 20.2% (24/119). El 50.4% (60/119) de los pacientes procedían del área urbana. El 88% (105/119) de los casos fue atendido previamente en un centro de salud u hospital público, refiriéndolo al gastroenterólogo.

En el 13% (16/119) de los casos, se había indicado manejo farmacológico a su padecimiento, principalmente con desparasitantes 37.5% (6/16), antibióticos en el 43.7% (7/16), y 18.7% (3/16) otros fármacos. En el 100% (119/119) de las referencias, la rectorragia fue el motivo de referencia. (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de pacientes pediátricos con pólipos gastrointestinales atendidos en HMEP. enero 2019-diciembre 2023. n=119

Característica	Frecuencia	Porcentaje
Edad al momento diagnóstico		
Edad media	5.7 años	DE*: 2.0
Grupo etario		
Pre-escolar	69	58.0
Escolar	50	42.0
Sexo		
Femenino	61	51.3
Masculino	58	48.7
Procedencia		
Francisco Morazán	48	40.3
El Paraíso	24	20.2
Comayagua	13	10.9
Choluteca	8	6.7
Intibucá	8	6.7
Olancho	7	5.9
La Paz	4	3.4
Valle	3	2.5
Otros	4	3.2
Ambiente de residencia		
Urbano	60	50.4
Rural	28	23.5
No consignado	31	26.1

*DE: desviación estándar

Se encontró que el 16% (19/119) de los pacientes, tenía antecedente personal de pólipo colorrectal, antes de la primera atención en HMEP. De éstos 12.5% (12/16) ya contaban con colonoscopia previa y el 87.5% (14/16) referían expulsión espontánea de masa como "mora". El 4.2% (5/119) refirió antecedente de pólipos en familiar de primer o segundo grado de consanguinidad.

Dentro de los principales síntomas referidos se encontró la rectorragia como el más común en un 98.3% (117/119), seguido por prolapso de pólipo por ano en el 52.9% (63/119), cambios en la consistencia de las heces y dolor abdominal recurrente 9% (11/119) cada uno y cambios en hábito defecatorio 5.9% (7/119). No hubo referencia de otros síntomas.

Al examen físico, se encontró que el 71.4% (85/119) presentaron un estado nutricional adecuado, de acuerdo con las tablas de índice de masa corporal para edad y sexo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El tacto rectal se encontró registrado en el expediente en el 77.3% (92/119) de los pacientes. Se encontró alteración en tacto rectal en el 78.2 % (72/92), siendo lo más frecuente masa palpable en el 97.2% (70/72), heces impactadas en el 1.6% (2/72). En el 21.7% (20/92) de los pacientes no se encontraron alteraciones.

Entre los exámenes laboratoriales, se solicitó hemograma completo, y se evidenció anemia en el 5.8% (7/119) de los pacientes, de los cuales el 85.7% (6/7) presentó anemia normocrómica microcítica y el 14.3% (1/7) anemia normocrómica normocítica. El 94.1% (112/119) restante, no presentaron anemia a pesar de la rectorragia. Ver Cuadro 2.

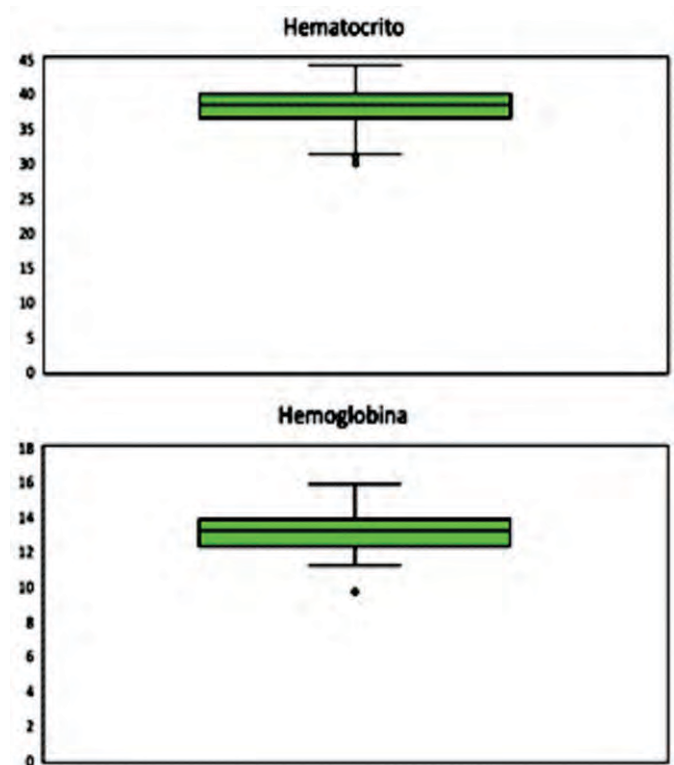
Cuadro 2. Manifestaciones clínicas, hallazgos al examen físico y examen de laboratorio de niños con pólipos gastrointestinales. HMEP, enero 2019-diciembre 2023. n=119

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Manifestaciones clínicas		
Rectorragia	117	98.3
Prolapso del pólipo por el ano	63	52.9
Cambio consistencia de las heces	11	9.2
Dolor abdominal recurrente	11	9.2
Cambios en el hábito defecatorio	7	5.9
Estado Nutricional		
Estado Nutricional Adecuado	85	71.4
Desnutrición leve-moderada	18	15.2
Desnutrición severa	1	0.8
Sobrepeso	10	8.4
Obesidad	5	4.2

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Hallazgos al examen físico		
Alteración al tacto rectal (n=92)		
Sí	72	78.2
No	20	21.7
Sin registro	27	--
Hallazgos al tacto rectal (n=92)		
Masa en recto	70	97.2
Heces impactadas	2	1.6
Hallazgos Laboratoriales		
Disminución de Hematocrito		
Sí	7	5.8
No	112	94.1

En los hallazgos del hemograma, se encontró que el hematocrito tuvo una mediana de 38.3%, con rango intercuartílico (RI) de 36.5 a 40.0%. Los niveles de hemoglobina tuvieron una mediana de 13.0 g/dL con RI de 12.3 a 13.6 g/dL. Ver Gráfico 1.

Gráfico 1. Niveles de Hematocrito y Hemoglobina en pacientes pediátricos con pólipos colorrectales atendidos en HMEP, enero 2019 a diciembre 2023



Se realizó colonoscopia en el 100% (119/119) de los casos por un Gastroenterólogo Pediatra del servicio con amplia experiencia en colonoscopias. Los pacientes tuvieron la preparación colónica correspondiente, de forma ambulatoria. Se encontró que la localización más frecuente del pólipo fue en la región anal, en un 77.3% (92/119), distribuidos en canal anal y colon (descendente, transverso, ascendente, sigmoide) un 15.2% (18/119) y 7.5% (9/119) ubicados en colon.

En cuanto al número de pólipos encontrados el 50.4% (60/119) fueron únicos, seguidos por múltiples (2-4 pólipos) en un 28.5% (34/119), poliposis (>5 pólipos) en un 21.0% (25/119). Para los pacientes con poliposis, se extrajeron un rango de 5 a 25 pólipos. La forma de los pólipos varió en los pacientes, de solamente pediculados en un 43.7% (52/119), solo sésiles en un 26% (31/119) entre sésiles y pediculados en un 30.2% (36/119). El 81.5% (97/119) de los pólipos tenían tamaño de ≥ 1 centímetro 81.5% (97/119). (Cuadro 4).

Se obtuvieron 100 registros de anatomía patológica. De éstos se encontró que el pólipo inflamatorio juvenil fue el más frecuente en un 99% (99/100). El pólipo de Peutz-Jeghers se encontró en 1% (1/100) de los pacientes. En el 1.7% (2/119), no se logró enviar muestra a patología, y el resto no se encontraron los resultados en expediente clínico.

Cuadro 4. Hallazgos en Colonoscopia de pacientes pediátricos con pólipos gastrointestinales- HMEP, enero 2019-diciembre 2023. n=119

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Localización		
Canal anal	92	73.3
Canal anal y colon	18	15.2
Colon	9	7.2
Número de pólipos		
Únicos (1 pólipo)	60	50.4
Múltiples (2-4 pólipos)	34	28.5
Poliposis (>5 pólipos)	25	21.0

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Forma de pólipos		
Sésiles	31	26.0
Pediculados	52	43.7
Pediculados, Sésiles	36	30.2
Tamaño de los pólipos		
< 1 centímetro	22	18.5
≥ 1 centímetro	97	81.5
Reporte biopsia n=100		
Inflamatorios Juveniles	99	99
Síndrome Peutz-Jeghers	1	1

La perforación colónica se presentó en el 1.6% (2/119) como complicación de la colonoscopia. Estos pacientes requirieron laparotomía por cirujano pediatra. En ambos casos se tuvo una hospitalización de 4 días, y fueron dados de alta en buenas condiciones médicas.

DISCUSIÓN

Los pólipos intestinales son tumores benignos relativamente frecuentes en la edad pediátrica. Suelen constituir un motivo de preocupación tanto para los padres como para los pacientes, especialmente cuando se presentan con manifestaciones clínicas alarmantes, como sangrado rectal o la expulsión de una masa a través del ano (10,11).

La magnitud de esta enfermedad en población pediátrica de Honduras es desconocida. A nivel mundial, se estima una incidencia de 1% niños en edad pre-escolar y escolar. En este estudio, se encontró que la edad media al momento del debut de la enfermedad fue 6 años con DE ± 2 años, siendo el grupo de edad más frecuente el de 2-5 años. Resultados similares se encontraron en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) de México, donde se reportó una edad media al momento del diagnóstico de 7 años con una DE de ± 4 años, y además con un estudio realizado en un Hospital Pediátrico de Cuba entre 2010-2018, donde el 80% de los casos se presentaron en niños de entre 1 y 10 años, hallazgos similares se han encontrado en otros países del continente (7,12,13).

En cuanto al sexo de los pacientes incluidos en este estudio, se encontró un porcentaje similar entre el sexo femenino y masculino, diferente a lo encontrado en un estudio reciente realizado en el Instituto Hondureño de Seguridad Social □ Hospital Regional del Norte (IHSS-HRN) en los años 2021-2022, en el cual el sexo que predominó fue el masculino en un 69%. Datos similares se encontraron en el estudio realizado en Asia por Ko y colaboradores, en donde se encontró una razón sexo masculino: femenino de 1.4:1. Consideramos necesario realizar investigaciones con un mayor número de pacientes para determinar con mayor precisión posibles diferencias según el sexo. (14,15)

Con respecto a la procedencia se encontró que básicamente igual número de pacientes provenían del área urbana y rural del país. Estos hallazgos son diferentes a los reportados por Almazán y colaboradores en su estudio realizado IHSS-HRN y Hospital del Valle de San Pedro Sula, en el cual el 70% de los pacientes procedían del área urbana. Cabe destacar, que estas diferencias pueden ser explicadas debido a que la población atendida en los IHSS-HRN y Hospital del Valle HMEP, es distinta a la atendida en el HMEP, ya que en los primeros, se atienden pacientes de un nivel socioeconómico mayor, que usualmente vive en áreas urbanas.(14)

Se encontró, que el 16% (19/119) de los pacientes, tenía antecedente personal de pólipo colorrectal, de estos, el 26.3% (5/19) refirió antecedente de pólipos en familiar de primer o segundo grado de consanguinidad, aunque, es importante mencionar que no se contó con la información de estudios anatomopatológicos de dichos familiares. Actualmente los estudios genéticos son una herramienta asertiva para diagnóstico, manejo y seguimiento de pólipos, particularmente los pólipos adenomatosos considerados lesiones displásicas y pre-cancerosas, es decir, con potencial de convertirse en adenocarcinoma en el futuro y que incluyen principalmente la poliposis adenomatosa familiar (PAF), poliposis adenomatosa familiar atenuada (PAFA), polipomatosis asociada a gen MYH, Síndrome de Turcot tipo 2, en

quienes se ha identificado defecto genético a nivel de APC (5q21-22); APC (5q21-22); MYH (1P34.3-p32.1) respectivamente. Además se sabe que tanto el PAF como PAFA presentan herencia autosómica dominante, mientras que MYH presentan herencia autosómica recesiva (8; 16-18).

Respecto a las manifestaciones clínicas, rectorragia fue la más frecuente, coincidiendo con lo publicado por diversos autores, entre ellos, Mandhan y colaboradores en su estudio en Pakistan. (19-21) A pesar del sangrado, la mayor parte de los pacientes presentaron niveles de hemoglobina y hematocrito normales para la edad, coincidiendo con la literatura existente del tema. (22)

En todos los casos se confirmó el diagnóstico clínico a través de la colonoscopia que es la técnica más efectiva para diagnóstico. y según los registros endoscópicos. Se encontró que la localización más frecuente fue el canal anal en el 73% de los casos, coincidiendo con lo reportado por Jovel-Banegas y colaboradores. (22) En cuanto al tamaño de los pólipos, la mayor parte medían más de un centímetro, hallazgos que coinciden con lo reportado en un estudio realizado en el Hospital de Matanzas. (12) Asimismo, según el reporte histológico, el diagnóstico más frecuente fueron los pólipos juveniles (hamartomatosos) en 99% de los pacientes, similar a lo encontrado por Cázares-Méndez en su estudio realizado en el INP de México y a lo reportado por Almazán y colaboradores en San Pedro Sula. (7,14,23)

Una de las limitaciones del presente estudio fue la ausencia de estudios genéticos que permitieran confirmar el diagnóstico de enfermedades hereditarias, en particular los síndromes de poliposis juvenil y el caso sospechoso de Síndrome de Peutz-Jeghers. Se conoce, que los pólipos juveniles considerados benignos, no presentan defecto genético, ni caracteres hereditarios. Sin embargo, el síndrome de poliposis juvenil sí presenta defecto genético a nivel de SMAD4, BMPR1 A y herencia autosómico dominante, al igual que el Síndrome de Peutz-Jeghers, con defecto

genético a nivel de STK11/LKB1 (19p13.3) y es autosómico dominante (8; 16-18).

Podemos afirmar que la identificación del defecto genético es fundamental para establecer planes de prevención y seguimiento oportuno, con el objetivo de reducir el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal en la adultez temprana sobre todo en los niños que presentaron pólipos asociados a defectos genéticos, y que esperamos en el futuro tener acceso público a estos estudios.

Finalmente, consideramos que este estudio a pesar de sus limitaciones, aporta una casuística relevante que puede servir de base para el desarrollo de protocolos de atención clínica fundamentados en evidencia sobre pólipos en la edad pediátrica.

Conclusión

Los pólipos colorrectales son una condición relativamente común en niños, en este estudio se encontró la rectorragia no anemizante como manifestación clínica más frecuente. Los pólipos juveniles fueron los tipos histológicos más frecuentes. Estos hallazgos resaltan la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica ante episodios de sangrado rectal, incluso en ausencia de anemia, para facilitar el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, evitando procedimientos invasivos innecesarios y posibles complicaciones. Se recomienda el seguimiento endoscópico y la evaluación histopatológica sistemática para confirmar el diagnóstico y descartar condiciones sindrómicas asociadas.

Agradecimientos

Al departamento de estadísticas y archivo del HMEP por facilitar el proceso de investigación.

Bibliografía

1. Flores V, Flores D, Gonzales J, 2, Rivera J. Revisión bibliográfica de pólipos gastrointestinales en pediatría. *Revista Pediátrica de Pediatría*. 2018;70(1):33-39. <https://pediatria.pe/index.php/pedperu/article/view/290>
2. Cohen S, Gorodnichenco A, Weiss B, Lerner A, Ben-Tov A, Yaron A, Reif S. Polyposis syndromes in children and adolescents: a case series data analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2014;26(9):972-7. doi: 10.1097/MEG.000000000000143.
3. Peralta J, Alvarado S, Quimis M. Precauciones de manejo ante posibles complicaciones en pólipos intestinal. *Brazilian Journal of Health Review*. 2023;6(1):1417-1428. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/56481/41470>
4. Meseeha M, Attia M. Pólipos en el colon. *StatPearls*. 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430761/>
5. Rojas G, Navarro D, López K. Características clínicas e incidencia de pólipos colónicos en niños durante una década. *Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*. 2023; 77(4):174-182. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gen/article/view/28202/144814493833
6. Parga J, Otero Regino W, Gómez Zuleta MA. Prevalencia y características histológicas de los pólipos diminutos del recto y del sigmoides en una población colombiana. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2020;35(1):25-32 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337763173004>
7. Cázares JM, Zamudio VP, Gómez E, Ortiz SG, Cadena JF, Toro. Pólipos gastrointestinales en pediatría. *Acta Pediatr Mex*. 2015;36:158-163. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2015/apm153d.pdf>
8. García Palacios M; Bautista Casanovas A. Síndrome de Poliposis intestinales. 2014. *Anales de Pediatría Continuada*. 2014; 12(4):183-90 disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70189-1](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70189-1)
9. Gómez M, Domínguez M, Rodríguez C, Pinchevsky C. Manejo diagnóstico y terapéutico del pólipo de colon. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [internet]. 2023. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/4779>
10. Nagorni A, Bjelakovic G, Petrovic B. Narrow band imaging versus conventional white light colonoscopy for the detection of colorectal polyps. *Cochrane Libr*. 2012;1(1):1-38. <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008361.pub2/full/es?highlightAbstract=polipo%7Cpolip>
11. Auquilla O, Quizhpi J, Bermeo X. Características epidemiológicas del paciente pediátrico con pólipos rectales. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca* 2022;39(3):31-38. https://www.researchgate.net/publication/364553108_Caracteristicas_epidemiologicas_del_paciente_pediatico_con_polipos_rectales
12. Caballero C, Avalos R, Vázquez A. Caracterización clínica, endoscópica e histológica de los pólipos colorrectales en pacientes de edades pediátricas. *Matanzas. Rev Med electron* 2020;42(4):. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106272>
13. Rojas G, Navarro D, López K, Belandria K, Moya E, Alonso L, et al. [Características clínicas e incidencia de pólipos colónicos en niños durante una década.] *Revista de la Soc Ven de Gastroenterología*. 2023;77(4):174-182.
14. Almazán JA, Jovel LE, Banegas R, Godoy C, Madrid W. Caracterización clínica, endoscópica, e histológica de pacientes pediátricos con pólipos colorrectales atendidos en el Centro de Enfermedades Digestivas y el IHSS-HRN de 2021-2022. *Acta Pediátrica Hondureña*. 2022; 13(1):1306-1311. <http://www.bvs.hn/APH/pdf/APHVol13/pdf/APHVol13-1-2022-3.pdf>
15. Ko FY, Wu TC, Hwang B. Intestinal polyps in children and adolescents--a review of 103 cases. *Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi*. 1995;36(3):197-202.
16. Charifa A, Jamil RT, Sathe NC, Zhang X. Gardner Syndrome. 2024. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
17. Feldman D, Rodgers-Fouche LH, Ukaegbu C, Yurgelun MB, Syngal S, Chung DC. Cancer Incidence and Mortality in Familial Adenomatous Polyposis Syndrome. *Dis Colon Rectum*. 2025;68(5):531-543. doi: 10.1097/DCR.0000000000003645.
18. MacFarland MS; Zelle K; Katona BW et al. Gastrointestinal polyposis in Pediatric Patients. *J. Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2019; 69(3):273-280 <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002421>
19. Mandhan P. Juvenile colorectal polyps in children: experience in Pakistan. *Pediatr Surg Int*. 2004

- May;20(5):339-42. doi: 10.1007/s00383-004-1194-7.
20. Arredondo Montero J, Carracedo Vega E, Razquin Lizarraga S, Bronte Anaut M, Hernández-Martín S, de Lima Piña G, Guarch Troyas R. Pediatric Rectosigmoid Atypical Juvenile Polyps Presenting With Rectal Prolapse and Acute Bleeding: A Case Report and a Comprehensive Literature Review. *Pediatr Dev Pathol.* 2024;27(4):340-347. doi: 10.1177/10935266241235383.
21. Bannura C Guillermo, Soto C Daniel, Vial P María Teresa. Poliposis múltiple juvenil no familiar: Caso clínico. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2001 Sep [citado 2025 Jun 09] ; 129(9): 1065-1070. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000900014&lng=es.
22. Jovel-Banegas LE, Cadena-León JF, Cázares-Méndez JM, Ramírez-Mayans JA, Cervantes-Bustamante R, Zárate-Mondragón FE, et al. Sangrado del tubo digestivo en pediatría. Diagnóstico y tratamiento. *Acta Pediatr Mex.* 2013;34(5):280-287. doi:10.18233/APM34No5pp280-287.
23. Goneidy A, Ross AR, Roberts R, Hyer W, Choudhry M. Laparoscopic-assisted Polypectomy: A Promising Minimally-invasive Solution for Endoscopically Irresectable Polyps in Children. *J Pediatr Surg.* 2025;60(7):1623-29. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2025.162329.

Neurocitoma extraventricular: reporte de caso

Extraventricular neurocytoma: case report

Liliana Rivera * , Jerson Bautista ** , Clarissa Aguilar *** , Rafael Aguilar **** .

*Médico Residente de 3er año del Postgrado de Pediatría, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

** Médico Residente de 3er año del Postgrado de Neurocirugía, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

*** Oncóloga Pediatra, Departamento de Gestión Académica e Investigación,

Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, Doctoranda UNAN-Managua/CIES, Nicaragua.

**** Neurocirujano de epilepsia y funcional, Departamento de Neurocirugía, Hospital Escuela, Tegucigalpa Honduras.

RESUMEN

Antecedentes: El neurocitoma extraventricular (EVN) es un tumor raro del sistema nervioso central de bajo grado según OMS, surgen del parénquima cerebral, cerebelo o médula espinal. Debido a la similitud con otros tumores cerebrales, el diagnóstico es difícil.

Descripción del caso: Paciente masculino de 15 años con crisis epilépticas focales de 10 meses de evolución, acompañadas de cefalea, sin alteraciones al examen físico neurológico. La resonancia magnética revela una lesión en el lóbulo temporal derecho, rodeada de edema. Se realizó una craneotomía y resección total de la lesión. El estudio histopatológico apoyo el diagnóstico EVN grado 2 por inmunopositividad a sinaptofisina y proteína ácida glial fibrilar (GFAP).

Discusión: El neurocitoma extraventricular se presenta comúnmente en el lóbulo temporal en niños, causando síntomas como convulsiones y cefalea. Su diagnóstico es complejo, requiriendo estudios de imagen e histopatológicos. El tratamiento principal es la resección quirúrgica, con buena tasa de supervivencia del 95% si se logra la resección total. En este caso, el paciente fue operado con éxito, sin complicaciones postquirúrgicas.

Conclusión: Los neurocitomas extraventriculares son tumores raros de bajo grado que afectan a jóvenes. Presentan síntomas dependiendo de su localización. El diagnóstico se confirma con estudio

anatomopatológico, y el pronóstico es favorable tras resección quirúrgica total.

Palabras claves: Neurocitoma extraventricular, neurocitoma, tumores del sistema nervioso central.

ABSTRACT

Background: Extraventricular neurocytoma is a rare low-grade tumor of the central nervous system according to WHO, arising from the brain parenchyma, cerebellum or spinal cord. Due to the similarity to other brain tumors, diagnosis is difficult.

Case presentation: 15-year-old male patient with focal epileptic seizures of 10 months duration, accompanied by headache, without alterations on the neurological physical examination. MRI reveals a lesion in the right temporal lobe, surrounded by edema. A craniotomy and total resection of the lesion was performed. The histopathological study supported the diagnosis of EVN grade 2 due to immunopositivity to synaptophysin and GFAP.

Discussion: Extraventricular neurocytoma commonly occurs in the temporal lobe in children, causing symptoms such as seizures and headache. Its diagnosis is complex, requiring imaging and histopathological studies. The main treatment is surgical resection, with a good survival rate of 95% if total resection is achieved. In this case, the patient was operated on successfully, without post-surgical complications.

Conclusion: Extraventricular neurocytomas are rare low-grade tumors that affect young people. They present symptoms depending on their location. The diagnosis is confirmed

Correspondencia:

Dra. Glenda Liliana Rivera Barahona

Dirección: Tegucigalpa, Francisco Morazán, Honduras, Centro América

Correo electrónico: rivera.liliana657@gmail.com

Teléfono: +504 32684225

Fecha de envío: 16/02/2025 | Fecha Aceptación: 22/07/2025

with a pathological study, and the prognosis is favorable after total surgical resection.

Key words: Extraventricular neurocytoma, neurocytoma, central nervous system tumors.

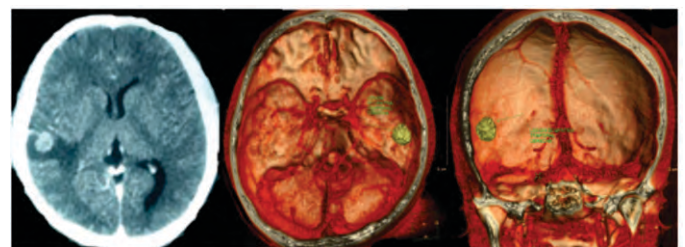
Introducción

El neurocitoma extraventricular es un tumor de bajo grado infrecuente, reconocido recientemente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la quinta edición de la clasificación de los tumores del sistema nervioso central.(8) Los neurocitomas, comúnmente surgen de los ventrículos, se denominan como neurocitomas centrales(NC). (1,4) A diferencia los que surgen del parénquima cerebral, cerebelo y médula espinal se conocen como neurocitomas extraventriculares (EVN), desde 1989 Ferreol et al. describió el primer caso, esta entidad presenta un comportamiento morfológico y características histopatológicas e inmunohistoquímicas similares al NC.(3,4,6) Entre todos los tumores cerebrales primarios, los NC representan una incidencia del 0,1-0,5%. Dentro de estos, aproximadamente el 10% corresponde a EVN.(2,3) El EVN representa una dificultad diagnóstica debido a la similitud de sus características imagenológicas e histológicas con diferentes tumores cerebrales, principalmente de los oligodendrogliomas y su pronóstico es peor que el de NC.(3) La resección tumoral total es el estándar del manejo, en EVN existen dificultades en el abordaje quirúrgico, en la mayoría de los casos, se realiza resección subtotal, en estos casos se puede administrar radioterapia postquirúrgica.(2) Dado el escaso número de reportes disponibles y la ausencia de datos específicos en nuestro país, llevamos a cabo una revisión de la literatura, complementada con nuestra experiencia clínica, presentamos el caso de un paciente pediátrico diagnosticado con EVN localizado en el lóbulo temporal derecho.

Presentación caso

Paciente masculino de 15 años, quien presenta cuadro clínico de 10 meses de evolución, de 3 episodios de crisis de inicio focal no motor, caracterizadas inicialmente por sensación de pesadez en epigastrio ascendente, pirosis, diaforesis y temor por aproximadamente 5 minutos, posterior con atonía generalizada y pérdida de consciencia por aproximadamente 10 minutos, niega oculógiros, sialorrea o relajación de esfínteres. Posterior a dichos episodios refiere cefalea, holocraneana, opresiva, sin irradiación, intensidad moderada, la cual cedía con antiinflamatorios no esteroideos. Al examen físico, neurológico lúcido, consciente y orientado, escala de Glasgow de 15 puntos, funciones corticales superiores sin alteración, fondo de ojo con reflejo naranja bilateral, no papiledema, sin alteración de nervios craneales, marcha simétrica, fuerza, tono y sensibilidad conservada. Se realizó tomografía cerebral contrastada donde se evidenció lesión hiperdensa en borde superior del lóbulo temporal derecho, rodeado de edema vasogénico, sin efecto de masa sobre sistema ventricular, la cual fue utilizada en neuronavegador para programar abordaje quirúrgico (Figura 1).

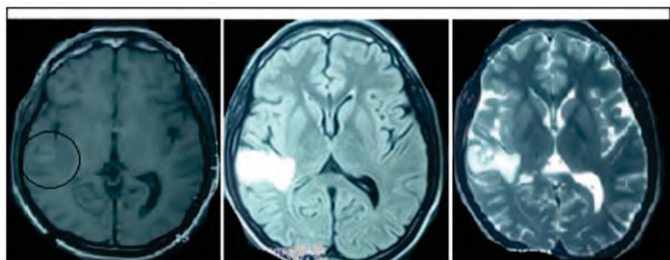
Figura 1. Tomografía cerebral contrastada y reconstrucción obtenida con neuro-navegador, vista axial y coronal, donde se aprecia lesión ocupativa temporal



La imagen de resonancia cerebral de ingreso, se observaron cortes axiales desde base hasta la convexidad con lesión isointensa en secuencia T1, heterogénea, sin efecto de masa, la cual no desplaza sistema ventricular. Al aplicar medio de contraste, se aprecia imagen hiperintensa,

homogénea, de bordes regulares, redondeada en giro temporal superior rodeada de edema vasogénico y en T2 con contraste se aprecia heterogénea de bordes definidos con aparente contenido quístico en su interior. (Figura 2)

Figura 2. Imagen de Resonancia Magnética donde se observa lesión temporal derecha. A. Corte axial de secuencia T1. B. Corte axial en secuencia T1 con contraste. C. Corte axial en secuencia T2 con contraste.



Paciente fue llevado a cirugía, donde se realiza mediante abordaje tipo Falconer derecho, con disección de músculo temporal, el cual luego fue desinsertado, con protección de rama frontal del nervio facial con técnica interfacial, craneotomía de 8 x 10 cm, una apertura dural en C con base a pterión, se realiza una corticotomía en T1 derecho, abordaje transulcal, hasta localizar lesión con ayuda de neuronavegador (Figura 2) y realización de ultrasonido transoperatorio, encontrando lesión gris violácea con plano de clivaje, realizando una resección total. Se obtuvieron fragmentos de tejido del lóbulo temporal derecho para estudio anatomopatológico, con dimensiones totales de 2.8 x 1.6 x 0.5 cm, estos fragmentos eran de consistencia blanda, hemorrágicos y de color café oscuro tras la fijación.

Los cortes histológicos con presencia de neoplasia glial muy celular y vascularizada, zonas entre la neoplasia y el tejido encefálico con delimitación, infiltración y presencia de astrocitos. La lesión tumoral está compuesta por células con núcleos redondos, ovalados, alargados o pleomórficos rodeados de matriz fibrilar, algunos focos necróticos y de

calcificación distrófica, alrededor de los vasos sanguíneos las células tienen disposición en pseudorosetas perivasculares (Figura 3), dados estos hallazgos la lesión fue reportada como un Glioma circunscrito. Posteriormente, se realiza inmunomarcación con positividad para sinaptofisina y proteína ácida glial fibrilar (GFAP) lo que hace evidente la diferenciación neuronal de la neoplasia (Figura 4), los hallazgos morfológicos inmunohistoquímicos corresponden a EVN del Lóbulo Temporal Derecho Grado 2 en la clasificación de la OMS.

Figura 3. Hallazgos histopatológicos compatibles con Glioma circunscrito

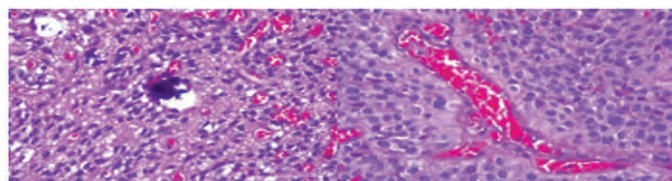
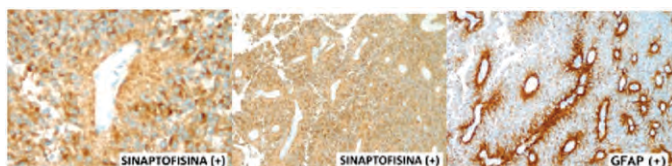
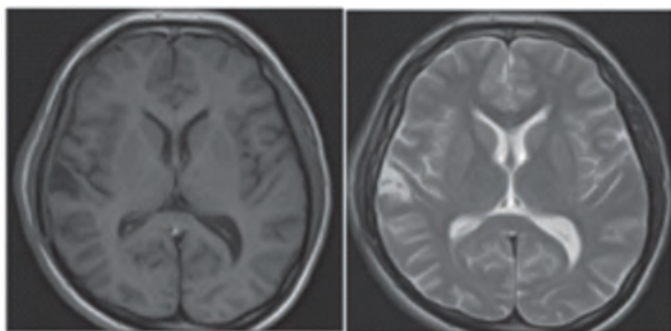


Figura 4. Inmunohistoquímica. A. Sinaptofisina positiva B. Sinaptofisina positiva C.



Se realizó imagen de resonancia magnética control en la cual únicamente se observaron cambios postquirúrgicos y áreas de gliosis, con ausencia de edema presentado en estudio inicial, sin remanente de la lesión tumoral, (Figura 5). El paciente se encuentra actualmente en seguimiento por consulta externa, sin presentar crisis, cefalea ni signos de focalización motora.

Figura 5. cambios postquirúrgicos, sin remanente de la lesión tumoral



Discusión

El neurocitoma extraventricular es una neoplasia rara del sistema nervioso central con un número limitado de casos reportados, lo que dificulta determinar su incidencia precisa.(3,6) Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, se clasifica como un tumor neuronal y glioneuronal de grado 2. (1,5,8) No se observa predilección por género, aunque un informe de caso de 47 pacientes pediátricos con EVN reveló un predominio masculino del 61%.(3,6,7) En un análisis de 201 casos reportados, solo el 33% eran individuos menores de 20 años.(2) Se pueden manifestar en todas las edades, con informes de casos que varían desde 1 hasta 79 años, y con un pico de incidencia más notable en la segunda y quinta década de la vida.(2,6) Dado que el EVN es poco común, es interesante presentar el caso de un paciente pediátrico masculino.

Los EVN pueden localizarse en cualquier región del cerebro. En adultos, se presentan principalmente en los hemisferios cerebrales, siendo el lóbulo frontal el más afectado, seguido por los lóbulos parietal, temporal y occipital.(2,6) En la población pediátrica, la localización más frecuente es el lóbulo frontal, seguido del lóbulo temporal, la médula espinal y el lóbulo parietal. (3,7) En el paciente de este caso, la lesión se encontraba localizada en la región temporal derecha, situándose, por tanto, en la segunda área más habitual en la población pediátrica para estas lesiones en lo que respecta a los hemisferios cerebrales.

Debido a la amplia variedad de localizaciones, la

presentación clínica de los EVN es inespecífica y, generalmente, se relaciona con el efecto de masa de la lesión sobre las estructuras circundantes afectadas. Según la literatura, las principales manifestaciones incluyen convulsiones, cefalea, alteraciones visuales y vómitos. Sin embargo, es importante destacar que la cantidad de síntomas no guarda una correlación directa con la agresividad de los tumores.(3)

El paciente presentó convulsiones que mostraban características específicas según su localización en el lóbulo temporal, acompañadas de cefalea, síntomas que son comunes en este tipo de tumores. Se estima que entre el 20% y el 35% de los pacientes con convulsiones focales que alteran la conciencia (FIAS) en la región temporal presentan un tumor cerebral subyacente como causa.(9) Los neurocitomas extraventriculares, cuando se originan en el lóbulo temporal, se presentan con mayor frecuencia con FIAS (9,10), como se observa en este caso.

Los neurocitomas extraventriculares son complicados de diferenciar radiológicamente de otros tumores cerebrales intraparenquimatosos y, a menudo, son diagnosticados erróneamente como oligodendrogliomas y ependimomas. (3,4,11) En las tomografías computarizadas (TC), estas lesiones tumorales suelen aparecer como masas sólidas y bien definidas, presentándose como isodensas o ligeramente hiperdensas. Además, frecuentemente muestran un realce heterogéneo con contraste, junto con signos de degeneración quística, calcificaciones y edema perilesional.(3,6,7) Por otro lado, en la resonancia magnética (IRM), las características de los neurocitomas extraventriculares pueden variar considerablemente. En las imágenes ponderadas en T1, el componente sólido tiende a ser isointenso, aunque en ocasiones puede aparecer como hipointenso. En T2 y FLAIR, se observan áreas heterogéneas e hiperintensas. Los componentes quísticos del tumor, por su parte, suelen ser hipointensos en T1, hiperintensos en T2 e hipointensos en las imágenes FLAIR.(3,11,13)

En el paciente, las imágenes por IRM revelaron una lesión hiperintensa bien circunscrita y homogénea, con un realce heterogéneo característico de un EVN. Además, se observó edema perilesional, un hallazgo que puede presentarse en hasta el 80% de los casos.(13) Sin embargo, los hallazgos radiológicos deben complementarse con estudios histopatológicos para establecer un diagnóstico definitivo. Macroscópicamente, la lesión asociada con EVN es de color grisáceo con áreas hemorrágicas, características que coinciden con la lesión tumoral observada en el paciente.(6)

Los EVN presentan un aspecto histológico más heterogéneo y complejo que los neurocitomas clásicos. Se caracterizan por ser menos celulares, con células redondas, pequeñas y uniformes, un citoplasma claro, incrustadas en una matriz fibrilar. Además, muestran calcificaciones y formación de pseudorosetas perivasculares, características que se evidencian en la histología de este caso.(6,13,14) La inmunohistoquímica revela positividad para marcadores neuronales, como la sinaptofisina, y en aproximadamente el 30% de los casos de EVN se observa positividad para GFAP.(3) Los neurocitomas, por su parte, se diagnostican principalmente en función de la inmunorreactividad a la sinaptofisina, un marcador diagnóstico clave para su identificación.(5) En este paciente, ambos marcadores neuronales resultaron positivos.

El pilar del manejo terapéutico de los EVN es la resección quirúrgica. La cirugía implica realizar una resección total, buscando minimizar el deterioro neurológico.(3) La tasa de supervivencia global a cinco años alcanza el 95% en los casos donde se logra una resección total macroscópica. Para aquellos que sólo pueden someterse a una resección subtotal, es crucial considerar opciones de radioterapia o quimioterapia adyuvante postoperatoria, con el fin de prevenir la progresión tumoral y la recurrencia.(14) En el caso de este paciente, se logró una resección total sin complicaciones postquirúrgicas, y el estudio radiológico postoperatorio no mostró evidencia de lesiones tumorales residuales.

Conclusiones

Los neurocitomas extraventriculares son neoplasias poco frecuentes que afectan a pacientes jóvenes. Son tumores de bajo grado y presentan bajas tasas de recurrencia. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización del tumor, y los hallazgos radiológicos suelen ser inespecíficos. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio anatomopatológico. En este caso, el pronóstico fue favorable debido a la extirpación quirúrgica total de la lesión.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todo el equipo médico y de apoyo que colaboró en el manejo y seguimiento de este caso. Sin su valiosa contribución, este reporte no hubiera sido posible.

Bibliografía

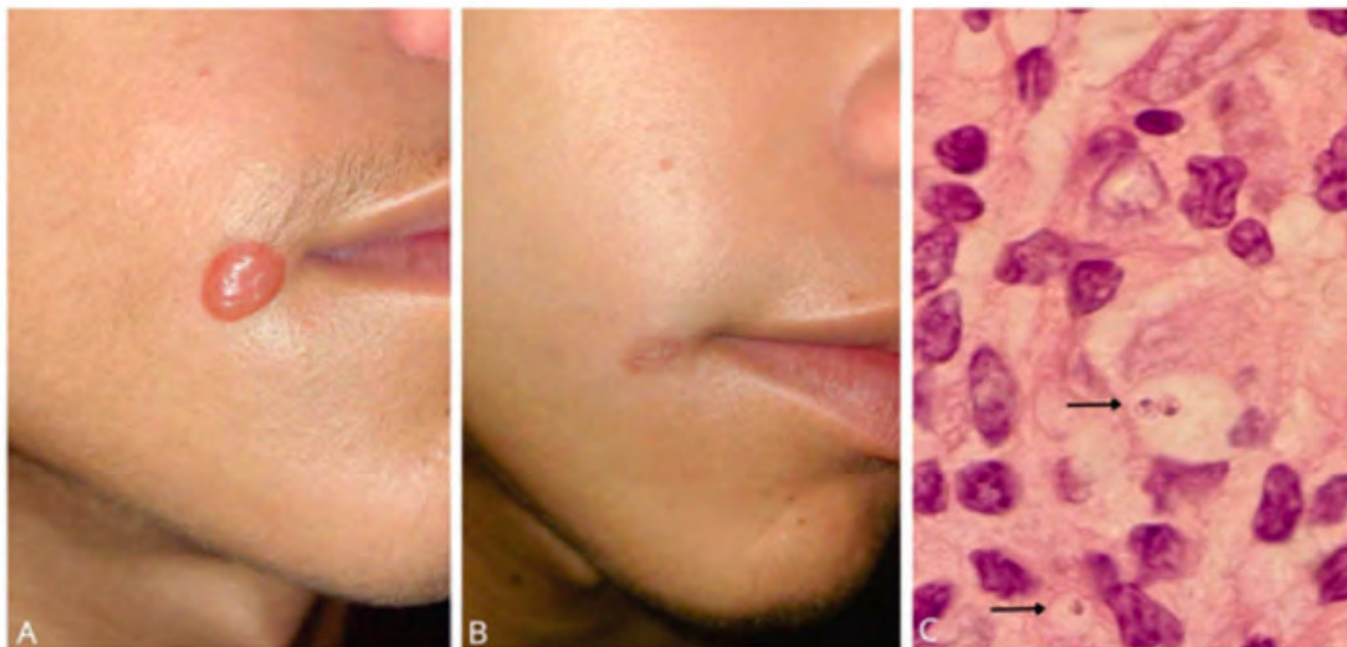
1. Kim DG, Park C-K. Central neurocytoma. *Neurosurg Clin N Am.* 2015;26(1):1-4.
2. Mallick, Supriya; Benson, Rony; Rath, Goura K. Patrones de atención y resultados de supervivencia en pacientes con un neurocitoma extraventricular: Un análisis de datos de pacientes individuales de 201 casos. *Neurología India* 66(2):p 362-367, Mar-Abr 2018.
3. Sweiss FB, Lee M, Sherman JH. Extraventricular neurocytomas. *Neurosurg Clin N Am.* 2015;26(1):99-104.
4. Kamboj, Meenakshi; Gandhi, Jatin S. ; Mehta, Anurag; Sharma, Anila. Neurocitoma extraventricular atípico: Un informe de dos casos. *Revista de Investigación y Terapia del Cáncer* 11(4):p 1022, oct-dic 2015.
5. Sabogal, R., Tuñón, M., T. Dorado, M., Vizcaíno, Y., & Padilla, H. S. (2019). Neurocitoma extraventricular: reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista Chilena De Neurocirugía*, 44(2), 181-185.
6. Gaggiotti C, Giammalva GR, Raimondi M, Florena AM, Gerardi RM, Graziano F, et al. A Rare diagnosis of an extraventricular neurocytoma. *Surg Neurol Int* 2021;12:88.
7. Han L, Niu H, Wang J, Wan F, Shu K, Ke C, et al. Extraventricular neurocytoma in pediatric populations: A case report and review of the literature. *Oncol Lett.* 2013;6(5):1397-405.
8. Del Río RJ, Cicutti SE, González Ramos JD. Tumores del sistema nervioso central. Clasificación de la Organización Mundial de la Salud 2021. Hacia un cambio de paradigma. *Arch Argent Pediatr.* 2024;122(4).
9. Zhang A, Brown DF, Colpan EM. Mesial temporal extraventricular neurocytoma: A case report and literature review. *Epilepsy Behav Case Rep.* 2019;11:26-30.
10. Feng R, Hu J, Wu J, Lang L, Wang B, Bi H, et al. Neurocitoma extraventricular temporal mesial : una causa poco frecuente de crisis parcial compleja refractaria. *Epileptic Disord* 2014;16:125-31
11. Byun J, Kim M, Song SW, Kim YH, Hong CK, Kim JH. Extraventricular Neurocytoma: Clinical Investigation of Heterogenous Prognosis. *Brain Tumor Res Treat.* 2022 Jan;10(1):22-28.
12. Figarella-Branger D, Soylemezoglu F, Burger PC, Park S, Honavar M. Extraventricular neurocytoma. In: WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System. 4th ed. International Agency for Research on Cancer (IARC); 2015. p. 159-60.
13. Jiang M, Long L, Zeng J, Meng W, Zee C. Imaging characteristics of cerebral extraventricular neurocytoma with pathological correlation. *J Neurooncol.* 2018;140(2):289-96.
14. Sato, D., Takami, H., Takayanagi, S. et al. Intraventricular central neurocytoma molecularly defined as extraventricular neurocytoma: a case representing the discrepancy between clinicopathological and molecular classifications. *Brain Tumor Pathol* 40, 230-234 (2023)

Leishmaniasis Cutánea No Ulcerada o Atípica

Non-Ulcerated Cutaneous Leishmaniasis or Atypical

Gustavo Adolfo Lizardo Castro 

Pediatra. Sub-especialista en Dermatología Pediátrica. Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Departamento de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras. Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento Pediatría, Servicio de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras.



Masculino 14 años, Sabana Grande, F.M., eutrófico, referido por nódulo en cara, eritematoso, superficie lisa, tamaño 10 mm, asintomático, evolución 8 años (A). Frotis reportó amastigote de leishmania, recibiendo antimonio de meglumina IM, 20 mg/kg/día por 20 días (B).

Leishmaniasis cutánea no ulcerada (LCNU) o atípica, caracterizada por lesiones distribuidas predominantemente en cara y extremidades, constituidas por pápulas, nódulos y placas no ulceradas, algunas con halo hipopigmentado, tamaño ≥ 5 mm, asintomáticas, evolución crónica (no tendencia a remisión espontánea), afectando mayormente escolares y adultos jóvenes (1,2).

LCNU, rara variante descrita por Ponce et al. 1988, en pacientes de Amapala, Isla del Tigre, Honduras, atribuyéndose como agente etiológico *Leishmania donovani chagasi* (1). Revisión taxonómica por fenotipo y genotipo, concluyó, que el agente etiológico de la LCNU y leishmaniasis visceral (LV) en Honduras, es la recién identificada especie, denominada *Leishmania poncei*, en honor a su descubridor (3). La región sur de Honduras ha sido endémica de LV, y en las últimas décadas, ha coexistido con LCNU (2,3). Sorpresivamente, al incrementarse casos de LCNU, se ha reducido la LV. Estudios inmunológicos en individuos sintomáticos con LCNU y asintomáticos, reportaron prevalencia actual en Amapala de 73.6% (3).

Correspondencia:

Dr. Gustavo Lizardo,
Pediatra. Sub-especialista en Dermatología Pediátrica
Correo electrónico: glizardoc@yahoo.com
Celular: +504 99956882
Fecha de envío: 11/08/2025 | Fecha de aceptación: 30/09/2025

En los casos de LCNU, no hay historia previa de LV. En menor proporción, Neva et al. (4) y Lizardo et al. (2) reportaron casos de LCNU, clínicamente indistinguibles de los referidos por Ponce et al. (1), causados por *Leishmania mexicana*, en San Juan Bautista, Pespire, Choluteca (18 casos), y Comayagua (1 caso), respectivamente. Las alteraciones histopatológicas de LCNU, sugieren activación de respuesta inmune celular, que potencialmente controla la diseminación del parásito, consistente en linfocitos, macrófagos vacuolados, granulomas epitelioides y escasos amastigotes (5), (flechas C). Diagnóstico: clínico, confirmado por frotis, histopatología, Prueba de Montenegro, anticuerpos (ELISA), PCR (1,2,5). Tratamiento de elección (Honduras), antimonio de meglumina IM (glucantime), 20 mg/kg/día, por 20 días; Opciones, infiltración glucantime intralesional, crioterapia, etc. (2)

Agradecimiento: al Dr. Héctor Santiago Antúnez, Patólogo, por la imagen histopatológica.

Bibliografía

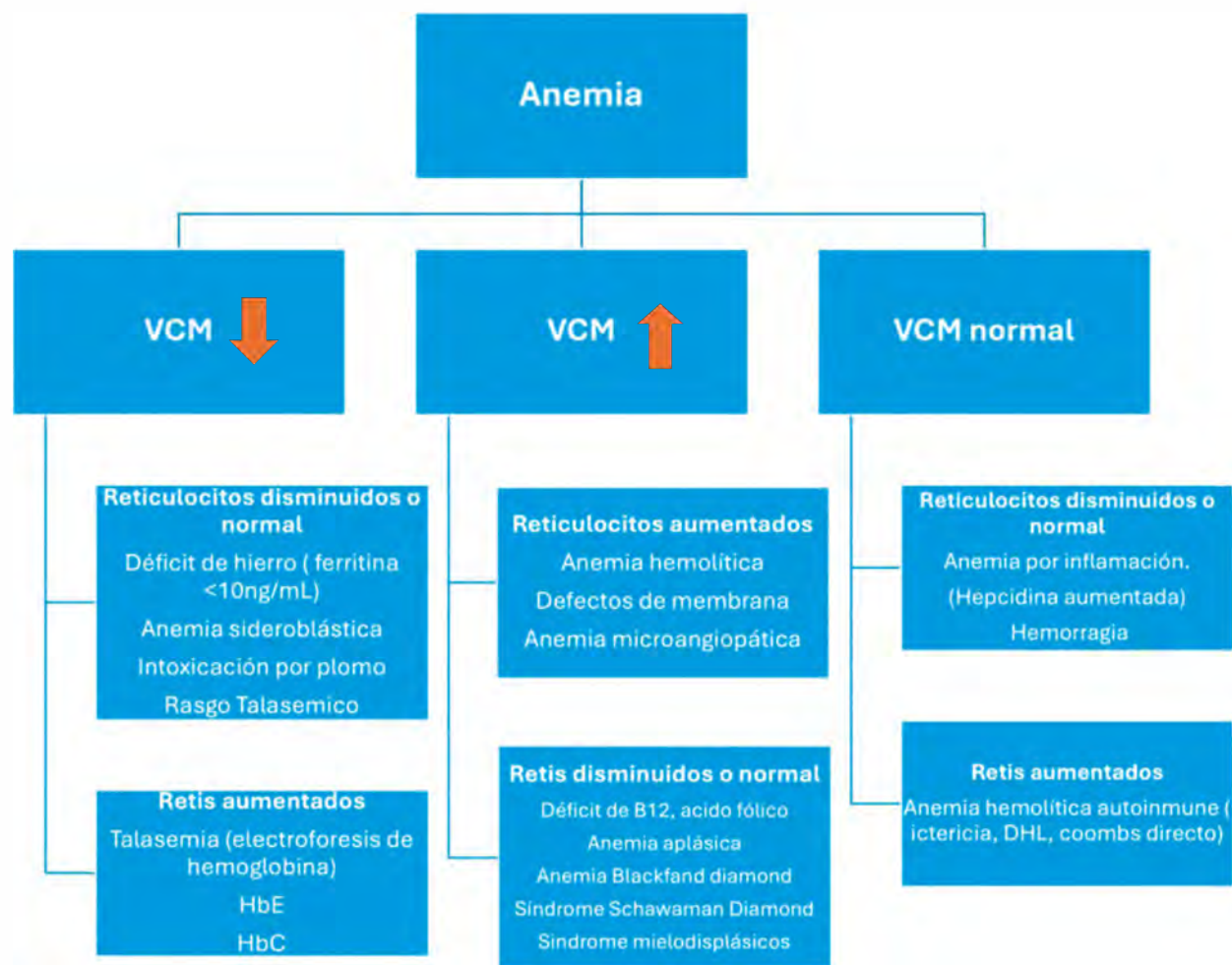
1. Ponce C, Ponce E, Morrison A, Cruz A, Nova F. *Leishmania donovani chagasi*. new clinical variant of cutaneous leishmaniasis in Honduras. Lancet. 1991;357:67-70.
2. Lizardo-Castro G, Ponce C, Ponce E, Sierra M. Caracterización de Pacientes con Leishmaniasis Cutánea Atípica. Rev Med Hondur. 2008;76(3);101-107.
3. Silveira FT, Flores GVA, Pacheco CMS, Sosa-Ochoa W, dos Santos TV, Sousa EC, et al. A comprehensive phenotypic and genotypic taxonomic review of *Leishmania (Leishmania) poncei* n. sp. (Kinetoplastea: Trypanosomatidae): a novel agent of cutaneous (non-ulcerated) and visceral leishmaniasis in Honduras, Central America. Trop Dis Travel Med Vaccines. 2025;11:27 <https://doi.org/10.1186/s40794-025-00264-1>
4. Neva FA, Ponce C, Ponce E, Kreutzer R, Modabber F, Oliario P. Non ulcerative cutaneous leishmaniasis in Honduras fails to respond to topical paromomycin. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1997;91 :473-5.
5. Sandoval-Pacheco CM, Araujo Flores GV, Favero Ferreira A, Sosa Ochoa W, Ribeiro da Matta VI, Zúñiga Valeriana C. et al. Histopathological features of skin lesions in patients affected by non-ulcerated or atypical cutaneous leishmaniasis in Honduras, Central America. Int J Exp. 2018;00:1-9. <https://doi.org/10.1111/iep.12295>

Abordaje de Anemia en Pediatría**Approach to anemia in pediatrics**Rina Medina Escobar * , Lorena Nuñez ** 

* Hematología y Oncología pediátrica, Hospital San Felipe

** Hematología y Oncología Pediátrica, Hospital Escuela

Estudios a solicitar
Hemograma completo
% Reticulocitos
Ferritina
Otros casos especiales
Hepcidina
Coombs directo
DHL
Bilirrubinas
Electroforesis de hemoglobina
Curva de fragilidad osmótica



Bibliografía

1. Chaber, R., Helwich, E., Lauterbach, R., Mastalerz-Migas, A., Matysiak, M., Peregud-Pogorzelski, J., Styczyński, J., Szczepański, T., & Jackowska, T. (2024). Diagnosis and Treatment of Iron Deficiency and Iron Deficiency Anemia in Children and Adolescents: Recommendations of the Polish Pediatric Society, the Polish Society of Pediatric Oncology and Hematology, the Polish Society of Neonatology, and the Polish Society of Family Medicine. *Nutrients*, 16(21), 3623. <https://doi.org/10.3390/nu16213623>
2. Gallagher PG. Anemia in the pediatric patient. *Blood*. 2022 Aug 11;140(6):571-593. doi: 10.1182/blood.2020006479. PMID: 35213686; PMCID: PMC9373018
3. Pantopoulos K. Oral iron supplementation: new formulations, old questions. *Haematologica* 2024;109(9):2790-2801; <https://doi.org/10.3324/haematol.2024.284967>.

INSTRUCCIONES PARA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

La Revista Honduras Pediátrica es el órgano oficial de difusión y comunicación científica de la Asociación Pediátrica Hondureña (www.pediatricahonduras.org). Fundada en 1963 patrocinado por el Patronato Nacional de la Infancia (PANI) avalado por la Asociación de Pediatría. Honduras Pediátrica es una publicación Semestral, publicando dos números al año: Número 1 (enero - junio) y Número 2 (julio - diciembre) que difunde el contenido científico basado en los lineamientos de ética y calidad de las publicaciones. En general sigue las pautas marcadas en la revistas biomédicas, elaboradas por el Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas (ICMJE) las cuales se encuentran disponible en www.icmje.org.

1. Misión, Visión, Alcance

Misión

Documentar y difundir el conocimiento médico científico derivado de las investigaciones originales, en el campo pediátrico de nuestro país, con la finalidad que dichos resultados, sean de utilidad teórica y práctica, con validez ética y científica, destacando la labor, esfuerzo y compromiso con la niñez de Honduras.

Visión

Ser el medio de divulgación científica pediátrico en todas sus especializaciones, expandiendo el conocimiento y experiencia a través de publicaciones que lleguen a todos aquellos involucrados en la atención directa al paciente pediátrico y que sirvan de aporte a nuestra práctica diaria y motiven a la educación médica continua y a la investigación.

Con el objetivo de recopilar y organizar toda la producción científica que surge como resultado de la práctica clínica, diagnóstica y terapéutica relacionada a la población pediátrica, llevado a cabo en los diferentes niveles de atención y centros de formación de nuestro país, para estructurarla dentro de una publicación de alto nivel científico, que se encuentre al alcance de todos los interesados en mejorar su práctica pediátrica diaria, con un enfoque actualizado, ético e investigativo.

Alcance

Honduras Pediátrica contempla la difusión de investigaciones médicas, presentadas bajo la modalidad de: artículos originales, presentación de caso(s) clínico(s) o reporte de caso (s), revisión bibliográfica, anatomía patológica, imágenes en pediatría, retos diagnósticos, algoritmos de abordaje en subespecialidades pediátricas, y temas de interés general de los problemas que inciden sobre la población infantil. De manera que la información sea accesible a los diferentes niveles de atención en salud, y grados académicos como estudiantes, así como especialista o subespecialista.

2. Contenido

La Revista Honduras Pediátrica se reservara todos los derechos legales de reproducción del contenido. Los manuscritos se reciben en el entendido de que son originales e inéditos; que no han sido publicados parcial o totalmente ni sometidos para publicación a ningún otro medio y que no lo serán sin autorización escrita del Comité Editorial de la Revista.

Los temas publicados en esta revista, son interés puramente pediátrico en el cual involucran las diferentes subespecialidades pediátricas incluidas alergia, inmunología, hemato-oncología, infectología, cirugía, oftalmología, cardiología, nefrología, patología, radiología, otorrinolaringología, neurología, neonatología, urgencias, cuidado intensivos, gastroenterología, dermatología, neurología, genética, endocrinología, neurocirugía y otras afines a la atención de la salud pediátrica. Resultado de estas investigaciones inéditas cualitativas o cuantitativas en las categorías de: artículos originales, presentación de casos clínicos o reporte de caso, revisión bibliográfica, imagen en la práctica clínica, reto diagnóstico, algoritmo de abordaje diagnóstico y terapéutico. Asimismo la información concerniente a reuniones, Congreso Nacionales e Internacionales ligados a Pediatría que sean avalados por la Asociación Pediátrica, siendo esta sección regulada por el Comité editorial y la Junta Directiva. Todo este procesamiento se genera sin costo alguno para la inclusión de la información.

2.1 Principios Éticos

La selección del material propuesto para publicación se basa en los siguientes criterios generales: idoneidad del tema para la Revista, solidez científica, coherencia del diseño (planteamiento lógico del problema y plan para lograr el objetivo del estudio), originalidad, actualidad y aplicabilidad de la información; con acatamiento de las normas de ética de la investigación y publicación recomendadas por el Committee on Publication Ethics (COPE, <http://publicationethics.org/>). Todos los autores que se mencionen en los manuscritos deben haber hecho una contribución científica significativa, de acuerdo las guías detalladas de autoría que brinda el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>.

3. Envío del Manuscrito

El manuscrito final deberá presentarse con las siguientes especificaciones en la primera página:

- Especificar tipo de artículo.
- Todo manuscrito deberá de ser elaborado en una sola columna, en formato MS Word, en letra Arial 12 y 1.5 de interlineado, en tamaño carta.
- **El Título** deberá incluir el nombre del artículo en español e inglés; seguido de los nombres y apellidos del autor(es); describiendo grado ó cargo, departamento e institución en que trabaja, identificados por asteriscos (*).
- **El Autor corresponsal** deberá enviar el manuscrito a la dirección vía electrónica revistahonduraspediatria@gmail.com, donde se acusará de recibo y deberá incluir su respectiva carta de solicitud de publicación con la declaración de autoría y conflicto de interés si existiera. Además debe brindar información de contacto (dirección, correo electrónico y número telefónico para su correspondencia).

- Cada autor deberá de contar y proporcionar en el manuscrito su respectivo identificador de autor, denominado ORCID (Open Research and Contributor ID), de no contar con él, lo puede adquirir de manera gratuita a través de la página <https://orcid.org> y adjuntarlo.

En la segunda página de su trabajo final deberá adjuntar:

Resumen/Abstract

Debe ser conciso y aportar el máximo de información posible sobre el contenido del trabajo y sus conclusiones más importantes. Siendo la síntesis del artículo no debe exceder de 350 palabras para artículos originales, para revisión 250 palabras y para reporte de caso no exceder de 200 palabras, además de ser escrito en inglés y español. Ver la sección 3.1.

Palabras claves: se deben colocar al final del resumen, utilizándose mínimo 3, y máximo 10 palabras claves ó frases cortas que capten los temas principales del artículo, escrita tanto en inglés como español, en orden alfabético, separadas por coma ó punto y coma, tomando en consideración el uso de los descriptores en ciencias de la salud (DeCS), disponible en <https://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>. Para especificación por artículo ver sección 3.1.

Aquellos artículos que no cumplan con las Instrucciones para Autores serán devueltos con observaciones específicas. Todo artículo que cumpla con las Instrucciones para Autores será registrado para iniciar su proceso editorial.

3.1 Tipos de Artículos

Deberán ser dirigidos según su categoría, se desglosa a continuación cada una de las características respectivas:

3.1.1 Artículo Original:

Los cuales podrían tratarse de Investigaciones clínicas, observacionales, revisiones sistemáticas, meta-análisis y otros. Estos no deben excederse más de 3500 palabras (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave, bibliografía, cuadros y figuras) y se debe presentar según el siguiente formato:

- **Título:** máximo 15 palabras, en español e inglés, ver sección 3.
 - **Autores e Instituciones:** nombre del autor(es), grado académico, nombre completo del centro de trabajo, ver sección 3.
 - **Resumen:** máximo 350 palabras (excluyendo palabras claves), en español e inglés, incluyendo las siguientes secciones objetivos, métodos, resultados y conclusiones.
 - **Palabras claves:** 3 a 10 palabras, ver sección 3.
 - **Introducción:** se debe redactar en un máximo de tres a cuatro párrafos, además de brindar información sobre el problema a investigar; así como su justificación. Con uso de las referencias pertinentes, no debe contener cuadros ni figuras.
 - **Metodología:** debe redactarse en tiempo pasado. Esta sección debe explicar de manera detallada el tipo de estudio realizado, tiempo de duración del mismo, lugar donde se realizó, describir claramente la selección y características de la muestra, las técnicas, procedimientos, equipos, fármacos y otras herramientas utilizadas; de forma que permita a otros investigadores reproducir la experiencia. Así mismo, se deberán incluir los métodos estadísticos utilizados y especificar los aspectos éticos observados durante la investigación como el consentimiento informado de los sujetos que participaron en el estudio de requerirlo. Se podrán usar referencias bibliográficas pertinentes.
 - **Resultados:** debe redactarse en tiempo pasado. Se presentarán los hallazgos más importantes de la investigación realizada, utilizando de preferencia la forma expositiva y sólo cuando sea estrictamente necesario los cuadros, figuras o ilustraciones. No debe repetirse en el texto lo que se afirma en las ilustraciones, cuadros o figuras. Los resultados no deben expresar interpretaciones, valoraciones, juicios o afirmaciones, ni utilizar expresiones verbales como estimaciones cuantitativas (raro, la mayoría, ocasionalmente, a menudo) en sustitución de los valores numéricos. En cuanto a gráficos, figuras y tablas no exceder de 5 en total. Ver sección 4.
 - **Discusión:** es útil comenzar la discusión resumiendo brevemente los principales resultados y explorando sus posibles mecanismos o explicaciones, y redactarse en tiempo pasado. Debe destacarse el significado y la aplicación práctica de los resultados, las limitaciones y las recomendaciones para futuras investigaciones. Se debe enfatizar en aquellos aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de ellos. Podrán incluirse recomendaciones cuando sea oportuno y considerar especial interés la discusión de estudios previos publicados en el país por lo que se sugiere revisar y citar la literatura nacional o regional relevante relacionada con el tema con el propósito de respaldar la idea central que se está discutiendo. Se debe evitar que la discusión se convierta solamente en una revisión bibliográfica y que se repitan los conceptos que aparecieron en otras secciones.
 - **Conclusiones/Recomendaciones:** pueden incluirse de ser oportuno por los autores, enfatizando la aplicación de los resultados y los aspectos de interés para futuras investigaciones.
 - **Agradecimientos:** dirigida a la contribución de personas o instituciones, sea: apoyo técnico, financiero o intelectual que no implique autoría.
 - **Bibliografía:** debe contener de 15 a 20 referencias como mínimo, con una antigüedad no menor de 10 años, ver sección 6.
- ### 3.1.2 Artículo para Presentación de Caso(s) Clínico(s) ó Reporte de Caso (s).
- No debe exceder de 3000 palabras (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave, bibliografía, cuadros y figuras) y debe contener el siguiente formato:

- **Título:** máximo 15 palabras, debe incluir la frase “Reporte de caso”, en español e inglés, resto ver sección 3.
- **Autores e Instituciones:** nombre del autor(es), grado académico, nombre completo del centro de trabajo, ver sección 3.
- **Resumen:** máximo 200 palabras (excluyendo palabras claves), en español e inglés, incluyendo las siguientes secciones: antecedentes (además de incorporar por qué es único y su contribución al ámbito científico), descripción del caso clínico (síntomas y signos clínicos relevantes) y conclusiones (aportación del caso).
- **Palabras claves:** 2 a 5 palabras, que identifiquen diagnóstico o intervenciones incluyendo “reporte de caso”.
- **Introducción:** se debe redactar en 1 o 2 párrafo, resumiendo los antecedentes y haciendo referencia a la literatura médica pertinente.
- **Presentación de caso:** debe contener datos generales, antecedentes familiares/personales, principales síntomas/signos examen físico relevante, abordaje diagnóstico, intervenciones y desenlace.
- **Discusión:** debe de redactarse en tiempo pasado además de ir orientado en comparar la literatura tanto nacional como internacional sobre el caso expuesto, se debe enfatizar en aspectos nuevos y de importancia referente al tema.
- **Conclusiones/Recomendaciones:** este apartado se debe incluir, comentarios o recomendaciones sobre la solución del caso, particularidades científicas y concluir clarificando los aspectos discutibles y destacando el mensaje que debe quedar al final.
- **Figuras, tablas o gráficos:** máximo 3, ver sección 4.

- **Agradecimientos:** dirigida a la contribución de personas o instituciones, sea: apoyo técnico, financiero o intelectual que no implique autoría.
- **Bibliografía:** debe contener de 6 a 10 referencias con una antigüedad no menor de 10 años, ver sección 6.

Recomendamos revisar las guías CARE para redactar un reporte de caso, disponible en <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/care/>.

3.1.3 Artículos de Revisión Bibliográfica:

No exceder más de 5000 palabras, (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave, bibliografía, cuadros y figuras) debe contener el siguiente formato:

- **Título:** máximo 15 palabras, en español e inglés, ver sección 3.
- **Autores e Instituciones:** nombre del autor(es), grado académico, nombre completo del centro de trabajo, ver sección 3.
- **Resumen:** máximo 250 palabras (excluyendo palabras claves), en español e inglés, incluyendo las siguientes secciones antecedentes, objetivos, metodología, aspectos destacados y conclusiones.
- **Palabras claves:** 3 a 10 palabras, ver sección 3.
- **Introducción:** esta sección debe establecer de forma precisa el tema en revisión (concepto, importancia, frecuencia) y la manera en la que se va a discutir en el artículo. Incluyendo los objetivos que describan la finalidad por la cual se llevo a cabo la revisión.
- **Metodología:** especificar el proceso de selección, estrategia de búsqueda y base de datos utilizada, proceso de recolección de datos, además de especificar los criterios de inclusión y exclusión que se tomaron en cuenta para la selección de la literatura.

- **Resultados:** debe describir los resultados del proceso de selección y búsqueda que se incluyeron en la revisión.
- **Discusión:** proveer la interpretación general de los resultados, además de la opinión del autor(es), limitaciones e implicaciones para la práctica, políticas y futuras investigaciones.
- **Figuras, tablas o gráficos:** máximo 3-4, ver sección 4.
- **Agradecimientos:** dirigida a la contribución de personas o instituciones, sea: apoyo técnico, financiero o intelectual que no implique autoría.
- **Bibliografía:** debe contener de 25 a 40 referencias, ver sección 6.

Recomendamos revisar las guías PRISMA para redacción de artículos de revisión bibliográfica, disponible en http://www.prisma-statement.org/documents/PRISMA_2020_checklist.pdf

3.1.4 Anatomía Patológica en Pediatría:

Se puede presentar como un artículo de presentación de caso o reporte de caso, ver sección 3.1.2.

3.1.5 Imágenes en Pediatría:

Este ítem contendrá una imagen de interés y relevancia desde el punto de vista clínico o radiológico de una entidad Pediátrica. Deberá incluir información necesaria para interpretar la imagen e incluir datos clínicos. Máximo 300 palabras. No requiere bibliografía.

3.1.6 Retos Diagnósticos:

Este apartado será destinado a enfermedades de difícil diagnóstico o de desafío para el médico, con poca frecuencia de presentación, pero que es importante reconocerlas con precisión. Serán casos clínicos cortos con datos claves (historia clínica exploración física e incluyendo imágenes). Su presentación será sin exceder 350 palabras, de igual forma se puede dar opciones de respuesta para el lector y así mismo poder responder a dicho reto, enviando su sospecha diagnóstica a

revistahonduraspediatria@gmail.com, debe incluir 5 referencias bibliográficas, ver sección 6.

3.1.7 Algoritmos de Abordaje en sub-especialidades en Pediatría:

- Título: máximo 15 palabras, en español e inglés, ver sección 3.
- Autores e Instituciones: nombre del autor(es), grado académico, nombre completo del centro de trabajo, ver sección 3.
- Contenido: se referirá a abordajes esquematizados, utilizando señalizaciones que resalten los aspectos de interés ó guías breves (máximo 2 paginas) de temas especializados con el objetivo de divulgar la información de sub-especialidades pediátricas de interés en el grupo científico y para toma de decisiones durante la práctica clínica en todos los niveles de atención.
- Debe contener al menos 3 referencias bibliográficas. Ver sección 6.

4. Figuras, Gráficos y Tablas

4.1 Figuras

Cada figura deberá estar citadas en el texto, numerarse según orden de aparición e indicar el origen de la misma y descripción de la misma, si lo requiere. Deberá ser formato JPEG, PNG ó TIFF con una resolución no menor de 300 dpi. No deberá incluir datos personales que permitan identificar a los participantes o a los pacientes en cuestión. Si una figura ha sido publicada previamente, identifique la fuente original y presente el permiso escrito del titular de los derechos para reproducirla.

4.2 Tablas

Deberán de contar con título breve y claro, ser enumerados según orden de aparición, y la fuente debe estar claramente descrita al pie de la tabla, debe ser exportada con el software original. En el encabezado de cada columna debe incluir la unidad de medida (porcentaje, tasa, etc.) y un título corto abreviado. Las explicaciones, abreviaturas se deben colocar en notas a pie de tabla, no en su título, use símbolos para explicar la información si

es necesario, por ejemplo caracteres alfanuméricos o símbolos tales como *, +, ‡, §. Si utiliza datos de otra fuente publicada o no debe obtener el permiso y citarla.

4.3 Gráficos

Deberán de contar con título breve y claro, ser enumerados según orden de aparición, y la fuente debe estar claramente descrita al pie del gráfico, debe ser exportado con el software original. Si utiliza datos de otra fuente publicada o no, debe obtener el permiso y citarla.

5. Proceso Editorial

5.1 Primer paso - Evaluación Comité Editorial.

Los manuscritos recibidos serán sometidos a una primera evaluación por el Comité Editorial, tomando en cuanto lo siguiente: la temática del artículo, ortografía, redacción y haber cumplido con todos los requisitos indicados en las instrucciones de autores anteriormente descritas. Si el manuscrito no logra estos puntos, será devuelto al autor para una nueva corrección y de continuar el proceso reenviarlo y ser sometido a una 2da evaluación por el comité. Pero de contar con todos los ítems en su primera revisión pasa al siguiente paso de revisión por pares.

5.2 Segundo Paso - Revisión por Pares

Los manuscritos aceptados continúan al paso de revisión por pares, donde según la temática del manuscrito se identificaran del listado de revisores asociados a aquel o aquellos que se estiman más calificados y se enviara a 1 ó 2 especialistas. Se empleará el sistema estandarizado internacionalmente de evaluación por pares con «doble ciego» (doble-blind) que garantiza el anonimato de los autores del manuscritos y de los revisores de los mismos. De acuerdo al informe objetivo de los revisores, a través de una matriz evaluadora, con criterios de objetividad, razonamiento, lógica y experticia, siguiendo las pautas como CARE, PRISMA, y otras que se encuentran disponibles en <https://www.equator-network.org>, así mismo los revisores podrán hacer observaciones o correcciones a texto libre. El lapso entre el registro de un manuscrito y la respuesta por parte de los revisores será de 4 semanas.

Se atenderá a la calificación del manuscrito de tres maneras:

- **Aceptado sin Revisión:** el manuscrito en su versión original como lo envió la primera vez el autor(es) es aceptado y publicado.
- **Aceptación Condicionada:** el manuscrito es devuelto al autor con las correcciones y/o aclaraciones sugeridas por los revisores. El autor(es) tienen la obligación de realizar dichas correcciones en un lapso no mayor a 2 semanas y reenviarlo para su segunda revisión.
- **Rechazado:** el manuscrito es devuelto al autor con las observaciones de los revisores para que el autor, si así lo decide, haga las correcciones y someta su manuscrito a otra revista. No se aceptaran manuscrito corregidos que hayan sido rechazados.

Se recuerda que de no cumplir con los tiempos establecidos, en automático el manuscrito se dará de baja del proceso y se considerará como un nuevo proceso. De requerir mayor tiempo tanto para los revisores y/o autor(es) debe ser comunicado vía electrónica al comité editorial. De igual forma si el revisor (es) durante el proceso de evaluación identifican una mala conducta como ser plagio, falsificación, entre otros, el Comité Editorial aplicará los procedimientos recomendados por el Committee on Publication Ethics, descritos en esta publicación, <http://publicationethics.org/files/Spanish%20%281%29.pdf>

5.3 Tercer Paso - Comité Editorial, Redacción/ Diagramación y Publicación

Al ser aceptado el manuscrito por los revisión por pares, nuevamente es evaluado por el Comité Editorial, el cual se reserva el derecho de publicación, en cuanto edición, texto y espacio disponible en la revista. De igual forma debe ser evaluado por el comité de redacción, para posteriormente incorporarse al área de diagramación donde se unifica la información y por último impresión y de manera digital en las bases electrónicas ligadas a la revista.

6. Guía para Elaboración de Referencias Bibliográficas

Las referencias bibliográficas citadas en el texto, se identificarán en forma consecutiva mediante números arábigos entre paréntesis en el orden que están mencionados en el texto sin utilizar superíndice, basados en la Normativa Vancouver de acuerdo a la National Library of Medicine (NLM).

Si son más de dos referencias en orden consecutivo, los números deberán de separarse por comas, no será necesario escribirlas en orden alfabético y deben colocarse después de la puntuación.

Los títulos de la revistas, deben abreviarse de acuerdo a lo señalado según la lista anual publicada en el Index Medicus, accediendo a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>.

Ejemplos de Referencias Bibliográficas:

1. Libro:

1.1 Las citas de libros se indicaran en este orden:

- Autor(es). Título del libro. Edición. Lugar de publicación Editorial; año.

Ej: Bell J. Doing your research project. 5th. ed. Maidenhead: Open University Press; 2005.

1.2 Los capítulo de libro, se indicaran en este orden:

- Autor(es)* del capítulo. Título del capítulo. En Director/Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

* En Autores: se incluyen un máximo de 3 autores, si son más de tres, se debe enunciar a los 3 primeros autores seguido posteriormente de la expresión et al.

Ej: Franklin AW. Management of the problem. En: Smith SM, editor. The maltreatment of children. Lancaster: MTP; 2002. p. 83-95.

2. Artículos de Revistas se indicaran en este orden:

- Autor(es)*. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

Ej: Pérez-Díaz L. El glaucoma: un problema de salud mundial por su frecuencia y evolución hacia la ceguera. Medisan. 2014; 18 (2): p.10-15.

* En Autores: se incluyen un máximo de 6 autores, si son más de seis, se debe enunciar a los 6 primeros autores seguido posteriormente de la expresión et al.

Ej: Bartholmai BJ, Raghunath S, Karwoski RA, Moua T, Rajagopalan S, Maldonado F. et al. Quantitative computed tomography imaging of interstitial lung diseases. J Thorac Imaging 2013;28(5):298-307.

3. PIMD (PubMed Identifier)/DOI (Digital Object Identifier): estos números de identificación bibliográfica son opcionales, se pueden añadir si lo conocemos:

Ej: Alfonso F, Bermejo J, Segovia J. Revista Española de Cardiología 2004: Actividad, difusión internacional e impacto científico. Rev Esp Cardiol. 2004; 57(12): 1245-9. DOI 10.1157/13069873.

4. Artículos con el contenido de una conferencia:

- Autor(es) de la comunicación/ponencia. Título de la comunicación/ ponencia. En: título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: editorial; año. Página inicial-final de la comunicación/ponencia.

Ej: Anderson JC. Current status of chorion villus biopsy. Paper presented at: APSB 1986. Proceedings of the 4th Congress of the Australian Perinatal Society, Mothers and Babies; 1986 Sep 8-10; Queensland, Australian. Berlin: Springer; 1986. p. 182-191.

5. Tesis:

- Autor. Título de la tesis [tesis doctoral]*. Lugar de publicación: Editorial; año.

Ej: Muñiz Garcia J. Estudio transversal de los factores de riesgo cardiovascular en población infantil del medio rural gallego [tesis doctoral]. Santiago: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de de Santiago de Chile; 1996.

6. Recursos en internet:

- Sitios Web: Autor/es. Título [Internet]. Lugar de publicación: Editor; Fecha de publicación [actualizado; consultado]. Disponible en: dirección electrónica.

Ej: Biblioteca Virtual en Salud [Internet] Sao Paulo: Bireme; 1998 [consultado 16 sept 2019] Disponible en: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php>

- Libros: Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: url.

Ej: Richardson ML. Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging [Internet]. Seattle (WA): University of Washington School of Medicine; 2007-2008 [revised 2007-2008; cited 2009 Mar 29]. Available from: <http://www.rad.washington.edu/mskbook/index.htmlpA>

- Artículos de revistas en internet: Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [Internet] año [consultado]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en: □□.

Ej: Abood S. Quality of improvement initiative in nursing homes. Am J Nurs [Internet]. 2002 [Consultado 22 Nov 2012]; 102(6). Disponible en: <http://www.nursingworld.org>.

- Artículo con DOI: Autor(es) del artículo. Título del artículo. Título de la revista. Fecha de publicación [fecha de acceso]; volumen (número): páginas. Localización. DOI.

Ej: Gomez-Torres MJ, Ten J, Girela JL, Romero J, Bernabeu R, De Juan J. Sperm immobilized before intracytoplasmic sperm injection undergo ultrastructural damage and acrosomal disruption. FertilSteril 2007 Sep [citado Julio 31 2013];88(3):702-704. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2006.12.063>

Para ampliar el listado de otros formatos y sus respectivos ejemplos, se recomienda que visite el sitio: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7282/>, https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Anexos

ANEXO 1

Requisitos de Extensión según artículo

Tipo de Artículo	Máximo de Palabras	Máximo de Figuras / Gráficos y/o Tablas	Bibliografía*
Original	3500	5	15 - 20
Presentación de Caso o Reporte de Caso	3000	3	6 - 10
Revisión Bibliográfica	5000	3 - 4	25 - 40
Imagen en Pediatría	300	1	No aplica
Reto Diagnóstico	350	2	5

*Siendo esta el numero mínimo requerido

ANEXO 2

CARTA DE AUTORIA

Mediante el presente documento, los autores que suscriben el manuscrito, manifiestan que el mismo ya ha sido leído y aprobado por todos y cada uno de ellos para ser enviado a la Revista Honduras Pediátrica.

Así mismo, los derechos de publicación del artículo serán cedidos en calidad de EXCLUSIVIDAD a la Revista Honduras Pediátrica y constatamos que el contenido del artículo corresponde a material no publicado previamente.

Autorizamos también la divulgación del mismo en la versión impresa, así como en la electrónica de Honduras Pediátrica con protección a sus derechos de autor.

Título del Artículo _____

Nombre de los Autores/firma

ANEXO 3

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES FINANCIEROS

Las actividades que pueden generar conflicto de intereses son aquellas en las que el juicio profesional sobre un interés primario, como la seguridad de los pacientes o la validez de la investigación, puede estar afectado por otro interés secundario, como el beneficio financiero, promoción personal o profesional.

En este sentido, he leído y comprendo el código de declaración de conflicto de intereses. En el siguiente documento declaro los intereses con la industria de la salud y aquellas situaciones que podrían afectar mis actuaciones dentro del proceso al que he sido invitado a participar.

Esta declaración hace recuento de los vínculos y posibles intereses directos e indirectos durante los últimos dos años.

Típos de conflicto:

Financiero: cuando el individuo tiene participación en una empresa, organización o equivalente, que se relaciona directamente (como socio, accionista, propietario, empleado) o indirectamente (como proveedor, asesor o consultor) con las actividades para las cuales fue convocado o requerido. Ejemplo: recibir remuneración por dictar conferencias o asesorar en aspectos específicos, se considera un potencial conflicto de intereses financiero.

Pertenencia: derechos de propiedad intelectual o industrial que estén directamente relacionados con las temáticas o actividades a abordar. Ejemplo: tener la autoría de invenciones y/o ser dueño de patentes.

Familiar: cuando alguno de los familiares hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, primero civil, o quien esté ligado por matrimonio o unión permanente, estén relacionados de manera directa o indirecta en los aspectos financieros o de pertenencia, con las actividades y temáticas a desarrollar.

ANEXO 4

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES FINANCIEROS,
DE PERTENENCIA O FAMILIARES

Conflicto de intereses: _____

¿Existe alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad o independencia o que afecte la percepción de los demás de su objetividad o independencia? (Describa las circunstancias. Si no existen, escriba ninguna).

Nombre de los Autores/firma

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

La Revista Honduras Pediátrica es el órgano oficial de difusión y comunicación científica de la Asociación Pediátrica Hondureña (www.pediatriahonduras.org). Fundada en 1963, en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, CA.

Honduras Pediátrica (ISSN 1998-7307 versión impresa) (ISSN 0018-4535 versión electrónica) es una publicación semestral editada en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., Honduras.



Los artículos y materiales publicados están regulados por la Licencia Creative Commons 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0) <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

La Dirección de la Revista Honduras Pediátrica tiene la firme convicción de garantizar la calidad científica del contenido. La Revista y la Asociación Pediátrica de Honduras no se responsabilizan por errores o consecuencias relacionadas con el uso de la información contenida en dicha publicación. Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan los criterios de la Revista o de la Asociación Pediátrica de Honduras. Ninguna publicidad comercial publicada conlleva una recomendación o aprobación por parte de la Revista o de la Asociación Pediátrica de Honduras.