



Órgano oficial de difusión
y comunicación científica
del Colegio Médico de Honduras

Revista **MEDICA** Hondureña

Vol. 93 (Suplemento No. 3)
2025 pp. S1-82

ISSN 0375-1112

ISSN 1995-7068

95 Aniversario



Versiones electrónicas en: <http://revistamedicahondurena.hn> / <http://www.bvs.hn/RMH/html5> / <http://www.colegiomedico.hn/>

Indizada en: LILACS-BIREME, CAMJOL, AmelICA, LATINDEX, REDIB, DOAJ, Research4Life, REDALYC, Dimensions.

Fotografía en portada:

Imagen conmemorativa de los 95 años de la RMH.

Fotografía en contraportada:

Cuerpo Editorial de la Revista Médica Hondureña

Autor de portada:

Marco A. Calderón, marco.calderon@enfoquedigital.org

Autora de contraportada:

Marcela Aguilera, Cenemec@colegiomedico.hn

La Revista Médica Hondureña (ISSN 0375-1112 versión impresa; ISSN 1995-7068 versión electrónica) es una publicación semestral. Impresión por Publigráficas, Tegucigalpa M.D.C., Honduras.

La información y los artículos publicados están regulados por la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>); el usuario es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) y Adaptar (remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente), bajo los siguientes términos: 1) Atribución: usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o el uso que usted está procurando, tienen el apoyo del licenciante. 2) No hay restricciones adicionales: no puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

La Dirección de la Revista Médica Hondureña hace los máximos esfuerzos para garantizar la calidad científica y ética del contenido. La Revista, el Colegio Médico de Honduras y la Casa Editorial no se responsabilizan por errores o consecuencias relacionadas con el uso de la información contenida en esta revista. Las opiniones expresadas en los artículos publicados son responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan los criterios de la Revista o del Colegio Médico de Honduras. Ninguna publicidad comercial publicada conlleva una recomendación o aprobación por parte de la Revista o del Colegio Médico de Honduras.



JUNTA DIRECTIVA DEL COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS PERÍODO 2024-2026

PRESIDENCIA

Dr. Samuel Francisco Santos Fuentes

VICE-PRESIDENCIA

Dr. Haroldo Arturo López García

SECRETARÍA DE ACTAS Y CORRESPONDENCIA

Dra. Xaviera Alexa Caballero Cáceres

SECRETARÍA DE FINANZAS

Dra. Elena Ninoska Reyes Flores

SECRETARÍA DE COLEGIACIONES

Dr. Isaí Gutiérrez Andino

SECRETARÍA DE ACCIÓN SOCIAL Y LABORAL

Dr. Víctor Gerardo Elías Castejón Cáliz

SECRETARÍA DE ASUNTOS EDUCATIVOS Y CULTURALES (PRESIDENCIA CENEMEC)

Dr. Tirzo Israel Godoy Torres

FISCALÍA

Dra. Ingrid E. Urbina Hollmann

VOCALÍA

Dra. Sayda Lizeth Pejuan Uclés



Revista MEDICA Hondureña

ISSN 0375-1112 / ISSN 1995-7068

Órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras
Fundada en 1930

Vol. 93 (Suplemento No. 3)
2025 pp. S1-82

Colegio Médico de Honduras
Centro Comercial Centro América, Local 41C, Tegucigalpa MDC, Honduras
Teléfono (504) 9435-6067

<http://revistamedicahondurena.hn/>
<http://www.bvs.hn/RMH/html5/>
<http://www.colegiomedico.hn/>
revmh@colegiomedico.hn

La Revista Médica Hondureña es el órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras. La revista es de acceso abierto (open access, OA), lo que significa que el acceso a los artículos es gratuito y no se cobran tarifas por el procesamiento de los manuscritos. Fomenta y apoya la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional. Su publicación es semestral, se apegue a los requisitos mínimos internacionales de publicaciones científicas biomédicas de acceso abierto y se somete al arbitraje por pares. Publica artículos en español e inglés. La Revista está en LILACS-BIREME, CAMJOL, AMELICA, LATINDEX, REDIB, DOAJ, RESEARCH4LIFE, REDALYC, DIMENSIONS, con el título en español abreviado Rev Méd Hondur. Está disponible en versión electrónica en el sitio web revistamedicahondurena.hn, en la página del Colegio Médico de Honduras (www.colegiomedico.hn) y en la Biblioteca Virtual en Salud (<https://honduras.bvsalud.org/>), cuyo acceso es gratuito y se puede consultar todo el contenido en texto completo desde el año 1930. Los manuscritos aceptados para publicación no deberán haber sido publicados previamente, parcial o totalmente. Los autores retienen los derechos de autor sin restricciones. La información y los artículos publicados están regulados por la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).

CONSEJO EDITORIAL 2024-2026

CUERPO EDITORIAL

DIRECTORA

Edna Maradiaga, Médica Salubrista

EDITOR ADMINISTRATIVO

Tirzo Israel Godoy, Médico Internista

SECRETARIA

Rosa María Duarte, Médica Salubrista

EDITOR GENERAL

Erika Velásquez Villars, Licenciada en Periodismo

COMITÉ EDITORIAL

Briana Beltrán, Médica Epidemióloga	Ana Ligia Chinchilla, Gineco-Obstetra
Eleonora Espinoza, Médica Salubrista	Nora Rodríguez Corea, Pediatra, Epidemióloga
Heriberto Rodríguez Gudiel, Gineco-Obstetra	José E. Sierra, Fisiatra

ASISTENTE EDITORIAL

Brenda Ávila Carranza, Perito Mercantil


EDITORES ASOCIADOS

Efraín Bu Figueroa, Internista Infectólogo	Martha Cecilia García, Doctora en Química y Farmacia
Carlos A. Fortín M., Ortopeda y Traumatólogo	Marco T. Luque, Pediatra Infectólogo
Enma Molina, Fisiatra	Fanny Jamileth Navas, Cirujana
Gustavo Moncada, Cardiólogo Intervencionista	Edith Rodríguez, Médica Epidemióloga
César Ponce, Endocrinólogo	Diana Varela, Internista Infectóloga
Gissela Vallecillo, Gineco-Obstetra	Eduardo Núñez, Cirujano Laparoscópico
Helga Codina, Reumatóloga	

EDITORES INTERNACIONALES


Francisco Becerra Posada, Salubrista, UNOPS; Florida International University; Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL); México
María Luisa Cafferata, Pediatra, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS); Argentina
Nicole Feune de Colombi, Especialista en Salud Pública, Médica Internista, Profesional Independiente; Argentina
José María Gutiérrez, Microbiólogo, Profesor Emérito, Instituto Clodomiro Picado, Universidad de Costa Rica; Costa Rica
Roxana Lescano, Abogada, Maestra en Bioética, Asociación Peruana para el Empleo y Bienestar de Animales en Investigación y Docencia (ASOPEBAID); Perú
Herbert Stegemann, Psiquiatra, Hospital Vargas de Caracas; Venezuela

Edna Maradiaga, Médica Salubrista

 <https://orcid.org/0000-0002-8424-4752>


Departamento de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH;
Tegucigalpa, Honduras.
edjamar3006@yahoo.com

Tirzo Godoy, Médico Internista

 <https://orcid.org/0009-0008-6093-5875>


Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales, Colegio Médico de Honduras; Tegucigalpa, Honduras. t82i29g1082@gmail.com

Erika Velásquez Villars, Licenciada en Periodismo

 <https://orcid.org/0000-0002-7270-9188>


Centro Nacional de Educación Médica Continua, Colegio Médico de Honduras; Tegucigalpa, Honduras.
revmh@colegiomedico.hn

Briana Beltran, Médica Epidemióloga

 <https://orcid.org/0000-0003-0362-4647>


Unidad de Epidemiología, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital de Especialidades; Tegucigalpa, Honduras.
yasmin31.beltran@gmail.com

Ana Ligia Chinchilla, Gineco-Obstetra, FACOG

 <https://orcid.org/0000-0001-9963-6575>


Departamento de Ginecología y Obstetricia, IHSS; Departamento de Ciencias Morfológicas, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
ligiachinchilla@yahoo.com.mx

Rosa María Duarte, Médica Salubrista

 <https://orcid.org/0000-0003-2373-6574>


Comité de Vigilancia, Colegio Médico de Honduras; Dirección General de Normalización, Secretaría de Salud; Tegucigalpa, Honduras.
duarte2000sl@yahoo.com

Eleonora Espinoza, Médica Salubrista

 <https://orcid.org/0000-0001-7218-3481>


Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
eleo22@hotmail.com

Nora Rodríguez Corea, Pediatra, Epidemióloga

 <https://orcid.org/0000-0003-1749-4556>


Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
norarmendoz@gmail.com

Heriberto Rodríguez Gudiel, Gineco-Obstetra, FACOG

 <https://orcid.org/0000-0003-0333-4201>


Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.
gudielmmf2013@gmail.com

José E. Sierra, Médico Fisiatra

 <https://orcid.org/0000-0002-9538-6166>


Departamento de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
capitan1082@hotmail.com

Efraín Bu Figueroa, Internista Infectólogo

 <https://orcid.org/0000-0001-6639-6210>


Servicio de Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas, Hospital Honduras Medical Center; Tegucigalpa, Honduras.
efrabu@hotmail.com

Helga Codina, Reumatóloga

 <https://orcid.org/0000-0002-7107-7238>


Departamento de Medicina Interna, IHSS; Tegucigalpa, Honduras.
helgacv@yahoo.com

Carlos A. Fortín M., Ortopeda y Traumatólogo

 <https://orcid.org/0000-0002-1885-6478>


Departamento de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
ca14m@yahoo.com

Martha Cecilia García, Doctora en Química y Farmacia

 <https://orcid.org/0000-0002-7408-2139>

Biblioteca Médica Nacional, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
garcamartha0@gmail.com

Marco T. Luque, Pediatra Infectólogo, Master en Epidemiología

 <https://orcid.org/0000-0001-6868-4435>


Departamento de Pediatría, IHSS; Departamento de Pediatría, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.
mtluque@yahoo.com

Enma Molina, Médica Fisiatra, Máster en Métodos Cuantitativos de Investigación en Epidemiología.

 <https://orcid.org/0000-0002-2260-656X>

Departamento de Rehabilitación, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; Tegucigalpa, Honduras.
ec_molam@yahoo.com

Gustavo Moncada, Cardiólogo Intervencionista, MD, PhD

 <https://orcid.org/0000-0003-1183-6201>


Servicio de Cardiología, Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades IHSS; Tegucigalpa, Honduras.
moncadapaz.uic@gmail.com

Fanny J. Navas, Cirujana,

 <https://orcid.org/0000-0002-1184-7480>

FACS. Departamento de Cirugía, IHSS; Tegucigalpa, Honduras.
drafannynavas@gmail.com

César Ponce, Endocrinólogo

 <https://orcid.org/0000-0001-7191-5898>

Departamento de Medicina Interna, IHSS; Tegucigalpa, Honduras.
cesarrponcepuerto@hotmail.com

Edith Rodríguez, Médica, Master en Epidemiología, Población y Desarrollo

 <https://orcid.org/0000-0002-1288-5331>

Profesional independiente; Tegucigalpa, Honduras.
erodri_2006@yahoo.es

Gissela Vallecillo, Gineco-Obstetra, FACOG

 <https://orcid.org/0000-0002-6558-8840>

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.
gissvallecillo@gmail.com


Brenda Ávila Carranza, Perito Mercantil

 <https://orcid.org/0009-0006-3944-5340>

Centro Nacional de Educación Médica Continua, Colegio Médico de Honduras; Profesional independiente; Tegucigalpa, Honduras.
revmh@colegiomedico.hn


Francisco Becerra Posada, Médico Cirujano

Maestro en Salud Pública, Doctor en Salud Pública

 <https://orcid.org/0000-0001-9074-0608>

UNOPS; Global Health Consortium (GHC), Department of Global Health, Florida International University (FIU); Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CDICS), Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL); Monterrey, México.
fcobecerra@gmail.com

María Luisa Cafferata, Pediatra

 <https://orcid.org/0000-0002-9928-5522>


Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS); Buenos Aires, Argentina.
marialuisa.cafferata@gmail.com

Nicole Feune de Colombi, Especialista en Salud Pública, Medicina Interna

 <https://orcid.org/0000-0003-0704-0753>


Profesional Independiente; Buenos Aires, Argentina.
nicolefeune@gmail.com

José María Gutiérrez, Microbiólogo, PhD, Profesor Emérito

 <https://orcid.org/0000-0001-8385-3081>


Instituto Clodomiro Picado, Facultad de Microbiología, Universidad de Costa Rica; Costa Rica.
josemorama@gmail.com

Roxana Lescano, Abogada, Maestra en Bioética

 <https://orcid.org/0000-0002-3132-6287>


Asociación Peruana para el Empleo y Bienestar de Animales en Investigación y Docencia, ASOPEBAID; Lima, Perú.
rlescanoguevara58@gmail.com

Herbert Stegemann, Psiquiatra

 <https://orcid.org/0000-0001-7919-399X>


Hospital Vargas de Caracas; Caracas, Venezuela.
hstegema@gmail.com

Diana Varela, Internista Infectóloga

 <https://orcid.org/0000-0003-3243-739X>

Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela; Tegucigalpa, Honduras.
ds_varela@hotmail.com

Eduardo Núñez, Cirujano Laparoscópico

 <https://orcid.org/0000-0003-1254-6724>

Departamento de Cirugía, Hospital Centro Médico Hondureño
emastersal@gmail.com

CONTENIDO DEL VOLUMEN 93, SUPLEMENTO 3 DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

EDITORIAL

La Revista Médica Hondureña. Una institución nacional

- The Revista Médica Hondureña. A national institution*..... 7
Efraín Bu Figueroa.

CASOS CLÍNICOS

Estenosis de la unión pieloureteral: reporte de caso

- Ureteropelvic junction obstruction: case report* 8
José Gerardo Godoy Murillo, José Ranulfo Lizardo Barahona, José Gerardo Godoy Suazo,
Paola María Alpízar Argüello.

Microlitiasis testicular: reporte de caso

- Testicular microlithiasis: case report* 13
José Gerardo Godoy Murillo, José Ranulfo Lizardo Barahona, José Gerardo Godoy Suazo,
Paola María Alpízar Argüello.

Histiocitosis de células de Langerhans craneal, evaluación por ultrasonido. Reporte de caso

- Cranial Langerhans cell histiocytosis, ultrasound evaluation. Case report*..... 17
Carmen Alejandra Varela Aguilar.

Parotiditis supurativa aguda neonatal. Reporte de caso

- Neonatal acute suppurative parotitis. Case report* 22
Andrea Estefanía Ramos Ortega, Luis Fernando Ponce Paredes.

Klebsiella oxytoca multirresistente en desbridamiento de herida postquirúrgica: informe de caso clínico

- Multidrug-resistant Klebsiella oxytoca in post-surgical wound debridement: a clinical case report* 26
Omar Yesid Ceballos Atencia, Sandra Patricia Brand Vásquez, Rafael G. Villarreal, Brayan E. Ordoñez,
Gabriel A. Pérez, Carlos Javier Castro Cavadía, Linda María Chams-Chams.

Histoplasmosis diseminada en pediatría: serie de casos y análisis clínico en hospital de tercer nivel

- Disseminated histoplasmosis in pediatrics: case series and clinical analysis in a tertiary hospital* 31
Cinthya Karina Mejía Escobar, José Roberto Andino, Sandra Aracely Montoya Ramirez, Katia López Mejía,
Mónica Fernanda Medina Guillen, Pamela Zacasa.

IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Verruga vulgar única en mano de escolar

- Single common wart on the hand of a schoolchild* 38
Gustavo A. Lizardo Castro.

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Revista Médica Hondureña: trayectoria de su estructura por volumen y números y el ecosistema científico

Revista Médica Hondureña: trajectory of its structure by volume and numbers and the scientific ecosystem 39
Jackeline Alger, Martha Cecilia García.

AD LIBITUM

Congreso Médico Nacional: ¿De dónde venimos? ¿Quiénes somos? ¿Adónde vamos?

National Medical Congress: Where do we come from? Who are we? Where are we going? 45
Eleonora Espinoza Turcios.

ARTÍCULO DE ÉTICA

Ética en investigación: Revista Médica Hondureña a lo largo de sus 95 años de historia

Ethics in research: The Revista Médica Hondureña throughout its 95 years of history 48
Eleonora Espinoza Turcios.

ARTÍCULO DE HISTORIA

95 años de la Revista Médica Hondureña: Trayectoria de directoras (es) y la publicación científica

95 years of the Revista Médica Hondureña: Trajectory of directors and scientific publication 53
Rosa María Duarte, Ana Ligia Chinchilla.

ARTÍCULO ESPECIAL

Evolución histórica de las portadas de la Revista Médica Hondureña

Historical evolution of the covers of the Revista Médica Hondureña 60
Nora Rodríguez Corea, Erika Velásquez Villars.

ANUNCIOS

Instrucciones para autores, 2025 67
Instructions for authors, 2025 75

EDITORIAL

La Revista Médica Hondureña. Una institución nacional

The Revista Médica Hondureña. A national institution

La Revista Médica Hondureña (RMH) cumple el presente 2025 noventa y cinco años de existencia.^{1,2} Fue fundada un 2 de noviembre de 1929, saliendo por primera vez a la luz pública en mayo del año 1930.^{1,4} Su primer director fue el recordado Dr. Antonio Vidal Mayorga, cuya productiva trayectoria profesional inspiró a un grupo significativo de colegas a crear un Instituto de investigaciones científicas que hoy lleva su nombre.

La RMH es la segunda publicación más antigua de nuestro país, siendo solamente superada por la Gaceta hondureña publicada por primera vez en 1830.²

La sostenibilidad por casi un siglo de la RMH se la han dado los médicos que por generaciones han contribuido con sus aportes intelectuales a las diversas secciones que la Revista ha tenido a lo largo de su existencia.


Para cualquier historiador de la medicina o de la ciencia en Honduras, la RMH se ha convertido en un tesoro documental, pues a través de su lectura podemos encontrar la evolución no solo del pensamiento médico objetivable en su página editorial, que nunca ha dejado de faltar, sino también el desarrollo del conocimiento científico de los galenos con las innumerables investigaciones básicas, epidemiológicas y clínicas, así como las series y casos de las morbilidades frecuentes en el país; las manifestaciones extraordinarias de morbilidades comunes y raras en los diversos campos del saber médico, publicadas a través de las décadas.^{5,6}

Durante estos 95 años, la Revista ha ido avanzando en su organización administrativa, su estructuración diagramática, la calidad de los trabajos publicados y sus ilustraciones fotográficas; el ordenamiento de cada una de sus secciones: Editorial, investigaciones originales, revisiones tipo “Estado del arte”, imagen clínica, series de casos clínicos, artículos de opinión, historia de la medicina, correspondencia al editor.

La última década ha sido de fortalecimiento y mejora continua, agregándose suplementos especiales, reafirmación ética, calidad, mayor puntualidad de la publicación; estándares internacionales que le han generado credibilidad y confianza, que han contribuido y permitido indexar la Revista a bases de datos internacionales ampliamente reconocidas como LILACS desde

el año 2000; CAMJOL, AmeliCA y LATINDEX en 2021; DOAJ, REDIB Y RESEARCH4LIFE en 2022, REDALYC en 2023.⁷


Ha habido también un interés reiterado en capacitar editores, escritores, revisores pares a través de BIREME/LILACS con el acompañamiento de la Biblioteca Médica Nacional de Honduras; lo anterior ha hecho posible internacionalizar competitivamente a la Revista cumpliendo exigencias globales de calidad, como la identificación única de artículos DOI facilitado con CAMJOL y de autores (ORCID).⁷ También la publicación de artículos en el idioma inglés y el trabajo y divulgación a través de redes sociales del Colegio Médico Hondureño (CMH) y coordinación con grupos regionales e internacionales.⁷ La RMH ha enfrentado y enfrenta con habilidad y eficacia los retos de los tiempos cambiantes y aprovecha las oportunidades que esos retos generan. Directores y editores idóneos seleccionados bajo criterios profesionales, calidad y ética por las autoridades del CMH han hecho posible que la RMH, más allá de una publicación periódica, se haya convertido en una auténtica institución de difusión del conocimiento científico y tecnológico que enorgullece a nuestro gremio, a la comunidad científica y académica nacional y a nuestro país.

Efraín Bu Figueroa  <https://orcid.org/0000-0001-6639-6210>
Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal.
Tegucigalpa, Honduras.

REFERENCIAS

1. Javier C. Reseña Histórica de la Revista Médica Hondureña 1930-1995. Rev Méd Hondur. 1995;63(4):153-161.
2. Bu E. Noventa años de historia. Rev Méd Hondur. 2020; 88(Supl. 1):S1-56.
3. Henríquez O. La Evolución de la Medicina Hondureña a través de la 4) Revista Médica. Rev Méd Hondur. Edición Especial Conmemorativa. 2000; 68:2-4.
4. Durón R. Panorama Médico Hondureño a mediados del siglo XX. Rev Méd Hondur. Edición Especial Conmemorativa. 2000; 68:13-14.
5. Bu E. La Página Editorial. Expresión del Pensamiento Médico. Algunos Rasgos Históricos. Rev Méd Hondur. Edición Especial Conmemorativa. 2000; 68:5-12.
6. Bourdeth J. (2000). Contenido Histórico de la Revista Médica Hondureña 1930-2000. Rev Méd Hondur. Edición Especial Conmemorativa. 2000; 68:15-17.
7. Alger J. Retos y oportunidades ante la integración de la Revista Médica Hondureña a la publicación global. Rev Méd Hondur. 2023;91(2):91. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v91i2.17266>.

Forma de citar: Bu-Figueroa E. La Revista Médica Hondureña. Una institución nacional. Rev Méd Hondur. 2025; 93 (Supl.3). S7. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21279>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

Recibido: 25-08-2025 Aceptado: 23-09-2025 Primera vez publicado en línea: 16-10-2025
Dirigir correspondencia a: Efraín Bu Figueroa
Correo electrónico: ebf1025@yahoo.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

CASO CLÍNICO

Estenosis de la unión pieloureteral: reporte de caso

Ureteropelvic junction obstruction: case report

José Gerardo Godoy Murillo¹  <https://orcid.org/0000-0001-5405-6657>, José Ranulfo Lizardo Barahona¹  <https://orcid.org/0000-0002-9345-6386>, José Gerardo Godoy Suazo²  <https://orcid.org/0009-0000-2603-6413>, Paola María Alpizar Argüello²  <https://orcid.org/0009-0008-5394-3092>.

¹Honduras Medical Center, Departamento de Pediatría y Cirugía Pediátrica; Tegucigalpa, Honduras.

²Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud, Medicina y Cirugía; Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. Introducción: La estenosis pieloureteral es una anomalía congénita asociada con el estrechamiento de la luz de la unión pieloureteral. Se presenta aproximadamente en 1 de cada 1500 nacidos vivos. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 6 años con historia de dolor abdominal difuso en hemiabdomen derecho, acompañado de náuseas, vómitos y dificultad para deambular, de 6 horas de evolución. En el examen físico no se lograron palpar masas y sin evidencia de irritación peritoneal. El ultrasonido de abdomen reveló presencia de hidronefrosis derecha; posteriormente se realizó pielotAC contrastada, confirmando el diagnóstico de hidronefrosis derecha y estenosis de la unión pieloureteral del lado derecho. El paciente fue operado realizando la pieloplastia desmembrada tipo Anderson-Hynes; su evolución postoperatoria fue satisfactoria. Durante la cirugía se colocó un catéter de nefroureterostomía percutánea transanastomótica, que proporciona dos ventajas: disminuye el riesgo de reestenosis de la unión y evita la colocación de un catéter en doble J, ya que para su retiro se necesita someter al paciente a un nuevo procedimiento quirúrgico endoscópico bajo anestesia general. **Conclusión:** Es fundamental el diagnóstico temprano, de ser posible en etapa prenatal, ya que un diagnóstico tardío suele alterar el pronóstico. Se debe considerar que en países donde el recurso económico es escaso, este tipo de técnica abarata costos, ya que la extracción es mediante tracción percutánea tras 7-21 días postquirúrgicos. **Palabras clave:** Anomalía congénita, Enfermedades ureterales, Hidronefrosis.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción de la unión pieloureteral es una anomalía congénita que está asociada con el estrechamiento de la luz en la unión pieloureteral; de igual manera, cursa con anomalías en la actividad muscular y con anomalías en la conducción del bolus urinario.¹⁻³ Es una de las causas más frecuentes de hidronefrosis; puede ocasionar un daño renal gradual y progresivo. Se desconoce la causa etiológica, pero se han planteado muchas teorías fisiopatológicas que pueden explicar el desarrollo de esta patología. Entre ellas se encuentran las causas intrínsecas: isquemia pieloureteral y contracción de vaso sanguíneo durante el desarrollo embriológico, cambios en fibras musculares (de fibras circulares o espirales a fibras longitudinales, o disminución del tejido muscular) o cambio en la recanalización.⁴⁻⁹ Por otra parte, existen posibles alteraciones extrínsecas como los vasos aberrantes que obstruyen la unión, adherencias y bandas fibrosas (angulación pieloureteral) o la inserción alta del uréter en la pelvis renal. La estenosis de la unión pieloureteral puede ser ocasionada de igual manera por una combinación de ambas causas.


Se han descrito factores de riesgo ambientales asociados con la estenosis pieloureteral y otras anomalías congénitas de las vías urinarias durante el desarrollo embriológico. Entre estos está el déficit proteico materno durante la gestación, el cual se ha relacionado con disminución en el número de nefronas al nacer. El déficit de retinol se ha relacionado con un nivel inferior de volumen renal; la diabetes mellitus (pregestacional o gestacional) incrementa hasta dos veces el riesgo de anomalías renales o anomalías en general. En pacientes que toman Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECAs) se ha visto una relación con disgenesia tubular y disfunción renal.¹⁰

Recibido: 23-01-2024 Aceptado: 15-07-2025 Primera vez publicado en línea: 27-09-2025
Dirigir correspondencia a: José Gerardo Godoy Murillo
Correo electrónico: josegerardogodoy@yahoo.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Godoy-Murillo JG, Lizardo-Barahona JR, Godoy-Suazo JG, Alpizar-Argüello PM. Estenosis de la unión pieloureteral: reporte de caso. Rev Méd Hondur. 2025; 93(Supl. 3). S8-S13. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21114>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

Entre los factores epigenéticos, se han descrito anomalías asociadas a Congenital Anomalies of the Kidneys and Urinary Tract (CAKUT) y estenosis pieloureteral por la delección o duplicación en 1q21, 16p11.2 (gen driver TBX6), 16p13.11, 17q12 (gen driver HNF1B), 22q11.2. Es importante mencionar que estas alteraciones en LOCUS y gen driver pueden asociarse con diferentes entidades genéticas como: Síndrome de DiGeorge y el síndrome asociado a HNF1B.¹⁰

Esta patología se puede sospechar aproximadamente a las 18 semanas de gestación mediante el ultrasonido obstétrico. Existen casos muy raros de Obstrucción Pieloureteral (OPU), los cuales condicionan oligohidramnios, ya que la orina es parte importante de la composición del líquido amniótico. Dicho oligohidramnios puede conducir a alteraciones en el desarrollo pulmonar, gastrointestinal y pérdida de la gestación. En estos casos se debe realizar un shunt urinario (cirugía fetal) para preservar la vida y permitir un desarrollo adecuado.⁷ Se debe confirmar el diagnóstico alrededor de los 7 días postnatales, momento en el cual se establece una adecuada función renal después del nacimiento. A la mayoría de los pacientes se les da seguimiento durante el primer año de vida. Para llegar a la decisión de someter a un paciente a cirugía, se debe contar con estudios como la pielotAC contrastada, en la que se demuestra el grado de obstrucción y el grado de afectación del parénquima renal, o el gammagrama renal, en el que se valora el porcentaje de función renal que conserva el riñón afectado. Existe consenso en realizar pieloplastia cuando la función renal es mayor al 10% y la nefrectomía se indica en pacientes que cursan con una función renal inferior al 10%.

El tratamiento quirúrgico de elección es la pieloplastia desmembrada tipo Anderson-Hynes, tiene una tasa de éxito mayor al 95%.¹¹ Como otras alternativas quirúrgicas, está la cirugía por vía laparoscópica, que tiene una tasa de éxito similar a la pieloplastia abierta, con mejores resultados cosméticos, menor dolor posquirúrgico y menor tiempo de hospitalización. Para el tratamiento de una OPU secundaria a vasos aberrantes, generalmente el cirujano trata de preservar dichos vasos, ya que su ligadura puede ocasionar daño en alguna porción del parénquima renal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta caso de un paciente masculino de 6 años quien acudió a consulta, con cuadro de dolor abdominal intenso de 6 horas de evolución, de inicio gradual que fue aumentando de intensidad, referido como difuso con predominio en el hemiabdomen derecho. Acompañado de náuseas, vómito y dificultad para deambular, no presentaba fiebre; al examen físico no se encontró irritación peritoneal, únicamente dolor a la palpación profunda en el flanco derecho; no se logró palpar ninguna masa o tumoración. No existían antecedentes patológicos de importancia, únicamente antecedente de estreñimiento de moderada intensidad; no había antecedentes personales de síntomas urinarios, hematuria o infecciones urinarias.

El paciente fue producto de un embarazo sin complicaciones; no existían datos de relevancia en su control prenatal. Se interrogó a los padres acerca de la realización de los ultrasonidos prenatales, refiriendo que sí se le realizaron, no reportaron ningún hallazgo anormal. Se le realizó hemograma consignándose normal, y un ultrasonido de abdomen que reveló hidronefrosis derecha severa con un riñón izquierdo normal; no había líquido libre ni otros hallazgos patológicos en el ultrasonido. Se procedió a realizar una pielotAC con administración de medio de contraste, evidenciando y confirmando la sospecha diagnóstica de obstrucción pieloureteral derecha, con incapacidad de progresión del medio de contraste hacia uréter derecho (obstrucción 100%). El parénquima del riñón obstruido estaba preservado y había una ligera disminución del parénquima en relación con el riñón sano contralateral.

El reporte del radiólogo fue hidronefrosis grado 3 lado derecho, riñón izquierdo normal, no se visualizó uréter derecho. Debido a que el parénquima renal era normal en Urograma por Tomografía Computarizada (UROTAC) se decidió no realizar gammagrama renal. En sala de operaciones se realizó una lumbotomía derecha bajo anestesia general; se encontró la pelvis renal sumamente dilatada y un parénquima renal de un grosor aceptable, aproximadamente 25 mm, la unión pieloureteral obstruida a un 100%, con un uréter distal disfuncionalizado. La pieloplastia se llevó a cabo utilizando puntos separados de Vicryl seis ceros y utilizando un colgajo de pelvis renal en "V", logrando así ampliar la nueva unión pieloureteral, se hizo una reducción de la pelvis renal de aproximadamente un 25% y el resto de la pieloplastia se realizó utilizando una sutura para pasar una sonda de nefroneoureterostomía utilizando una sonda de alimentación número 5 unidades francesas (Fr), la cual se extrae por la lumbotomía, al igual que una sonda de nefrostomía tipo Foley número 10 Fr. El paciente se mantuvo hospitalizado 2 días postoperatorios para manejo del dolor y antibióticos endovenosos.

Fue dado de alta a las 48 horas postoperatorias, manteniéndose en manejo ambulatorio con antibióticos por vía oral. En casa evolucionó sin fiebre, con un drenaje por su sonda de nefrostomía que oscilaba entre 1.5 - 3 mL/kg/hora. Al día 14 postoperatorio se procedió a retirar mediante tracción simple la sonda de nefroureterostomía sin dificultad y se procedió a ocluir la sonda de nefrostomía para forzar diuresis. La sonda de nefrostomía se retiró 24 horas después y en un cultivo de punta de catéter de la sonda Foley creció en grado significativo *Proteus mirabilis* sensible a cefixima, la cual se inició durante 14 días hasta obtener 2 urocultivos negativos después del tratamiento. El paciente se recuperó satisfactoriamente y 2 meses después de la operación se le realizó un pielotAC de control con contraste endovenoso, reportando adecuado paso de medio de contraste a través de la unión pieloureteral derecha. Se adjuntan imágenes de su tomografía preoperatoria y su control postoperatorio (**Figuras 1 y 2 preoperatorias**), (**Figuras 3 y 4 postoperatorias**).



Figura 1. Reconstrucción 3D de la PielotAC con contraste realizada previo a la pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes, se logra evidenciar obstrucción del flujo urinario e hidronefrosis secundaria.

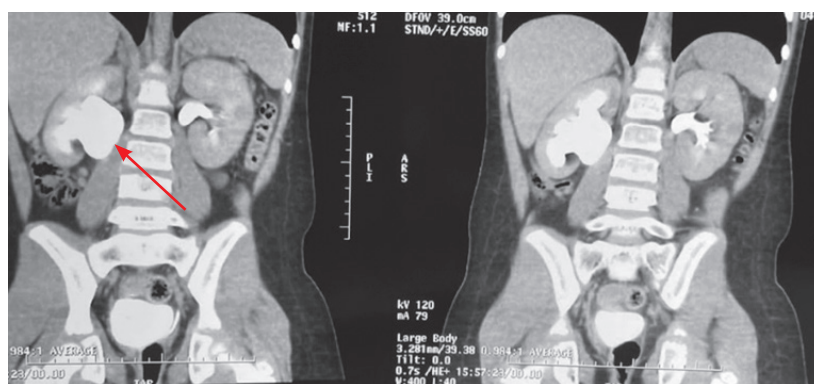


Figura 2. PielotAC con contraste preoperatoria. Realizada previo al manejo quirúrgico mediante la pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes. Se logra observar la obstrucción y la hidronefrosis.

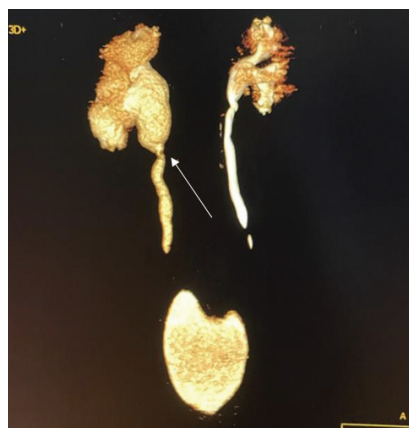


Figura 3A: PielotAC de control realizada 1 mes posterior al manejo quirúrgico mediante la pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes. Se observa una mejoría notoria y la recanalización del flujo urinario a nivel de riñón derecho.

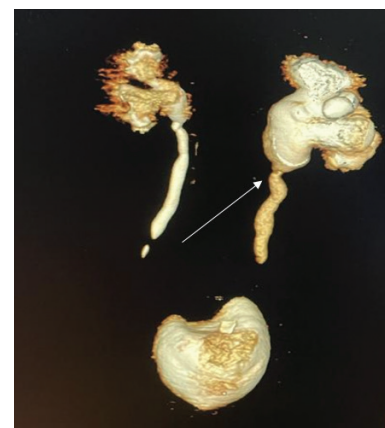


Figura 3B: Reconstrucción 3D realizada 1 mes posterior al manejo quirúrgico mediante la pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes.

DISCUSIÓN

En la literatura hondureña se encontró un reporte de 5 casos de hidronefrosis secundaria a estenosis de la unión pieloureteral, publicado por Lizardo et al. en 1994. En los casos publicados, la edad promedio de presentación fue de 16 meses, teniendo diagnóstico prenatal en el 20% de los casos. En los casos postnatales (80%), el motivo de consulta fue infección de las vías urinarias recurrentes. El estudio de elección fue el pielograma intravenoso, donde se encontró hidronefrosis y se confirmó el diagnóstico; predominó la afectación del lado izquierdo y el sexo masculino. El tratamiento fue pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes, reportándose en esta serie un caso de fístula urinaria postoperatoria. En ninguno de los pacientes se realizó derivación urinaria transoperatoria.¹ En el caso presentado previamente, el paciente masculino cursó con cuadro de dolor abdominal difuso de 6 horas de evolución, acompañado de náuseas, vómito y dificultad para deambular; no presentó fiebre y al examen físico no presentaba signos de

irritación peritoneal, únicamente dolor a la palpación profunda en el flanco derecho. A diferencia de los casos presentados por Lizardo et al., el diagnóstico se realizó mediante la UROTAC contrastada y el cuadro clínico fue diferente. El manejo quirúrgico fue el mismo, pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes con una evolución favorable. Actualmente, en el país existe la facilidad de contar con estudios de imagen más avanzados que ayudan a afinar aún más el diagnóstico y las características anatómicas de cada paciente. En el caso presentado, se logró realizar una UROTAC con reconstrucción virtual y aplicación de contraste, permitiendo la detección de la patología y de la pelvis extrarrenal. Entre otras pruebas que se pueden utilizar para el diagnóstico, se tiene la gammagrafía renal y la resonancia magnética, un gran avance en el diagnóstico de estos casos.

En relación con el paciente, se encontró que no se logró hacer un diagnóstico prenatal. Afortunadamente, se apreció conservación de parénquima renal con buen grosor, lo que podría explicarse a que la pelvis era extrarrenal. Esto produce menor presión sobre el parénquima y permite que sea más

complaciente a dilatarse, descomprimiendo los cálices, lo cual no ocurre cuando la pelvis es intrarrenal.^{12,13} En los pacientes con OPU, la pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes sigue siendo el estándar de oro, como lo revela la evolución satisfactoria de este paciente. A través de los años, se ha preferido utilizar las derivaciones urinarias (nefrostomía transoperatoria), lo cual ayuda a reducir el riesgo de fístulas de la nueva unión pieloureteral. En el caso de ocurrir una fístula, dichas derivaciones pueden evitar una nueva intervención. De igual manera, la experiencia ha demostrado que colocar un catéter de nefroureterostomía percutánea o lo que se conoce como pieloplastia intubada ayuda a disminuir el riesgo de estenosis postoperatoria. La nefrostomía se mantiene abierta durante los primeros 8-10 días; se pinza la sonda y se descarta evidencia clínica de fístula urinaria. Habitualmente, se retira la nefroureterostomía al día 14 mediante la tracción del catéter lumbar. Una alternativa a considerar puede ser colocar un catéter en doble J, tomando en cuenta que para su extracción se necesita en los pacientes pediátricos sedación o anestesia general, sala de operaciones y extracción mediante cistoscopia.

Actualmente, en la literatura internacional, se encuentra un consenso sobre la técnica de elección, la cual sigue siendo la pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes.⁷ Como otra alternativa terapéutica utilizada con frecuencia se encuentra la pieloplastia por vía laparoscópica, con resultados similares a los de la pieloplastia desmembrada. Por otra parte, existen nuevas técnicas terapéuticas con buenos resultados, como la pieloplastia laparoscópica robot-asistida.¹⁴ La pieloplastia laparoscópica robot-asistida nace a partir de experimentos en animales descritos por Sung y cols (1999), Guillonnet, B. y Hubert, J. en el 2003.¹⁵ La primera pieloplastia laparoscópica robot-asistida en humanos fue reportada en el 2002 por Gettman¹⁵ con buenos resultados. Entre las indicaciones de ésta se encuentran la estenosis sintomática, función renal alterada, infecciones del tracto urinario (ITU) recurrentes o litiasis. Las contraindicaciones que deben tomar en consideración son la insuficiencia renal con daño severo e irreversible del parénquima, fracaso de pieloplastia abierta previa y pelvis intrarrenal pequeña (ocasiona un movimiento limitado de la pelvis y se

requiere una disección intrahiliar complicada donde se recomienda más la pieloplastia por vía laparoscópica). En el país, de momento no se cuenta con cirugía robótica y actualmente no existen reportes de resolución de OPU mediante pieloplastia laparoscópica en la literatura nacional.

La publicación de este caso clínico nos deja como lecciones aprendidas entre otras cosas la importancia del diagnóstico temprano, preferentemente prenatal en casos de obstrucción pieloureteral. El pronóstico de la unidad renal dañada se ve afectado desfavorablemente cuando hay un diagnóstico tardío de la malformación. Afortunadamente existen casos en los cuales el daño renal se limita para suerte de los pacientes a pesar del diagnóstico tardío. En casos en los que no se cuenta con equipo de cistoscopia, la colocación de un catéter transcutáneo trans anastomótico, disminuye el riesgo de reestenosis y el retiro fácil de forma ambulatoria, evitando una nueva anestesia y la necesidad de usar la sala de operaciones, disminuyendo la morbilidad y los costos en la resolución quirúrgica de estos pacientes.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores contribuyeron al desarrollo de este artículo, de acuerdo con los criterios de autoría. JGGM, JRLB, JGGS, PAA participaron en la recolección y análisis de los datos. Todos los autores revisaron la redacción y aprobación del manuscrito.

DETALLES DE LOS AUTORES

José Gerardo Godoy Murillo, Pediatra, Cirujano Pediatra; josegerardogodoy@yahoo.com

José Ranulfo Lizardo Barahona, Pediatra, Cirujano Pediatra; JIzardob@hotmail.com

José Gerardo Godoy Suazo, Estudiante de Medicina y Cirugía; Universidad Tecnológica Centroamericana; jgerardogodoy00@gmail.com

Paola María Alpizar Argüello, Estudiante de Medicina y Cirugía; Universidad Tecnológica Centroamericana; paoalpi-zar2002@gmail.com

REFERENCIAS

1. Lizardo BJR, Figueroa López CH. Pyeloureteral Obstruction. Report of five cases and review. Rev. méd. Hondur. [Internet]. 1994 [citado 14 septiembre 2023];62(4):160-163. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol62-4-1994-6.pdf>
2. Gosálbez R, Piro C. Hidronefrosis (Estenosis Pieloureteral). En: Garat JM, Rafael G, editores. Urología Pediátrica. Barcelona: Salvat Editores; 1987, p. 240-248.
3. González R. Obstrucción de la Unión Pieloureteral en lactantes y niños. En: Schandler R, director. Clínicas pediátricas Norteamérica volumen 6. México: McGrawHill; 2001, p. 1551- 1553.
4. Puigvert A. Choc aqueux par l'urographie. dans: Proces verbaux de la 62ème sesión de l'Association Française d'Urologie (Paris 1968). Masson, Paris, 1968.
5. Allen TD. Congenital ureteral structures. J Urol. 1970;104(1):196-204.
6. Murnaghan GF. The dynamics of the renal pelvis and ureter with reference to congenital hydronephrosis. Br J Urol. 1958;30(3):321-329.
7. Ruano-Gil D, Coca-Payeras A, Tejedo-Mateu A. Obstruction and normal recanalization of the ureter in the human embryo. Its relation to congenital ureteric obstruction. Eur Urol. 1975;1(6):287-293
8. Murnaghan GF. The mechanism of congenital hydronephrosis with reference to the factors influencing surgical treatment. Ann R Coll Surg Engl. 1958;23(1):25-46.
9. Puigvert A, Ruano D. Etiopatogenia de la hidronefrosis por estenosis isquémica del uréter. Actas Urol Esp. 1978;2(5):193-202.
10. Gómez Conde S, García Castañón A, Madariaga L. Alteraciones moleculares y ambientales implicadas en el desarrollo de las anomalías renales congénitas. An nefrol pediátr [Internet]. 2023[citado 11 enero 2024];1(5):132-40. Disponible en: <https://analesefropediatria.com/wp-content/uploads/2022/11/An.-nefrol.-pediatr.-2022-1.5-132-140.pdf>
11. Letelier Cancino N. Hidronefrosis y Obstrucción Pieloureteral. En: Zabieta Acuña R, Letelier Cancino N, Finsterbusch Rodríguez C, editores. Manual de Urología Pediátrica. 2ª ed. Santiago: Editorial Iku Limitada; 2022. p.99-103.
12. Tanagho EA, Lue TF. Obstrucción y estasis urinarias. En: McAninch JW,

- Lue TF, editores. Smith y Tanagho Urología general. 18ª ed. [Internet]. Nueva York: McGraw Hill; 2014. [citado 11 enero 2024] Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1487§ionid=96870376>
13. Harris RC, Neilson EG. Adaptación del riñón a su lesión. En: Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna [Internet]. 18ª ed. México D.F: McGraw Hill; 2012.p.2289-2293. [citado 10 enero 2024]. Disponible en: <https://latam.casadellibro.com/libro-harrison-principios-de-medicina-interna-2-vols-18-ed-incluye-dvd/9786071507273/2026490>
 14. Lizardo Wildt JE, Lizardo Barahona JR. Cirugía robótica y telecirugía. Rev Med. Hondur. [Internet]. 2016. [citado 14 noviembre 2023];84(3,4):142-144. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-18.pdf>
 15. Pereira Arias JG, Gamarra Quintanilla M, Gallego Sánchez JA, Camargo Ibergaray I, Astobieta Odriozola A, Ibarluzea González G. Cirugía renal robótica: pieloplastia. Arch Esp Urol [Internet]. 2007 [citado 7 septiembre 2023];60(4): 449-461. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000400015&lng=es

ABSTRACT. Introduction: Pyeloureteral stenosis is a congenital anomaly associated with narrowing of the lumen of the pyeloureteral junction. It occurs in approximately 1 in every 1,500 live births. **Case description:** A 6-year-old male patient with a history of diffuse abdominal pain in the right hemiabdomen, accompanied by nausea, vomiting, and difficulty walking, with a duration of 6 hours. Physical examination revealed no palpable masses and no evidence of peritoneal irritation. Abdominal ultrasound revealed right hydronephrosis; a contrast-enhanced CT pyelogram was performed, confirming the diagnosis of right hydronephrosis and right-sided ureteropelvic junction stenosis. The patient underwent Anderson-Hynes split pyeloplasty, and his postoperative course was satisfactory. During surgery, a transanastomotic percutaneous nephroureterostomy catheter was placed, which provides two advantages: it reduces the risk of junction restenosis and avoids the placement of a double J catheter, since its removal requires the patient to undergo a new endoscopic surgical procedure under general anaesthesia. **Conclusion:** Early diagnosis, if possible during the prenatal stage, is essential, as late diagnosis often alters the prognosis. It should be noted that in countries where economic resources are scarce, this type of technique reduces costs, as removal is performed by percutaneous traction 7-21 days.

Keywords: Congenital abnormalities, Hydronephrosis, Ureteral Diseases.

CASO CLÍNICO

Microlitiasis testicular: reporte de caso

Testicular microlithiasis: case report

José Gerardo Godoy Murillo¹  <https://orcid.org/0000-0001-5405-6657>, José Ranulfo Lizardo Barahona¹  <https://orcid.org/0000-0002-9345-6386>, José Gerardo Godoy Suazo²  <https://orcid.org/0009-0000-2603-6413>, Paola María Alpizar Argüello²  <https://orcid.org/0009-0008-5394-3092>.

¹Honduras Medical Center, Departamento de Pediatría y Cirugía Pediátrica; Tegucigalpa, Honduras.

²Universidad Tecnológica Centroamericana, Facultad de Ciencias de la Salud; Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. Introducción: La microlitiasis testicular (MT) es una afección poco común cuyo diagnóstico suele ser de manera incidental mediante la ultrasonografía testicular. El diagnóstico es fundamental para otorgar un seguimiento adecuado, tomando en cuenta las posibles condiciones asociadas a la MT. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 3 años de edad con historia de hernia inguinal y criptorquidia izquierda. Previo a la orquidopexia, se le realizó un ultrasonido Doppler testicular que confirmó la criptorquidia izquierda y reportó ambos testículos sin alteraciones y sin presencia de microcalcificaciones. Se le realizó la orquidopexia y hernioplastia a los 14 meses de edad con una buena evolución postoperatoria. Durante una revisión por un cuadro respiratorio a los 2 años de edad, se detectó una hernia inguinal derecha con sensación de frote de seda a nivel inguinal derecho y ambos testículos con buena localización escrotal y sin evidencia de masas u otras alteraciones al examen físico. Previo a la hernioplastia derecha, se solicitó un nuevo ultrasonido inguinal y testicular bilateral donde se evidenció la presencia de un patrón bilateral de cielo estrellado difuso compatible con microlitiasis testicular. **Conclusión:** Este caso destaca la importancia de los chequeos rutinarios, ya que la microlitiasis testicular no fue detectada en el ultrasonido previo y podría haber permanecido sin diagnosticar de no ser por una evaluación regular y exhaustiva. **Palabras Clave:** Criptorquidismo, Infertilidad masculina, Neoplasia testicular.

INTRODUCCIÓN

La microlitiasis testicular es una condición poco común caracterizada por la presencia de pequeños depósitos de calcio (microcalcificaciones) dentro de los túbulos seminíferos de los testículos.¹ Se desconoce la causa de la microlitiasis testicular, pero existen teorías como la ausencia de fagocitosis en las células de Sertoli, ocasionando acúmulo de células epiteliales y una respuesta inflamatoria secundaria, o por la presencia de nanobacterias gram negativas que producen hidroxipatita nucleada.^{2,3} La MT afecta aproximadamente al 2.4-5.6% de los hombres. La incidencia aumenta en pacientes con síndrome de Klinefelter o síndrome de Down.^{2,4} El diagnóstico suele ser de manera incidental, principalmente a través del ultrasonido testicular.¹


Algunos estudios sugieren que la microlitiasis testicular puede aumentar el riesgo de cáncer testicular, especialmente en pacientes con factores de riesgo adicionales como antecedentes familiares de MT, neoplasia intratubular de células germinales, atrofia testicular, hipospadia, síndrome de Klinefelter o criptorquidia.² En un estudio (meta analítico) realizado en el 2015, se tomó en consideración un total de 35,578 participantes, 1493 de estos participantes con diagnóstico de microlitiasis testicular. Se encontró que los pacientes con microlitiasis testicular pueden tener un riesgo 12 veces mayor que la población general de presentar cáncer testicular.² Tomando en cuenta que la incidencia de la población general es de alrededor del 0.4% (1 de cada 250),⁵ hablamos de un 4.8% de riesgo. En otro estudio realizado, se llevaron a cabo cuatro revisiones sistemáticas. En el resultado de las revisiones destacó que los pacientes con microlitiasis y sin factores de riesgo adicionales tienen un riesgo similar a la población general de desarrollar cáncer testicular.⁶

Recibido: 19-06-2024 Aceptado: 31-07-2025 Primera vez publicado en línea: 27-09-2025
Dirigir correspondencia a: José Gerardo Godoy Murillo
Correo electrónico: josegerardogodoy@yahoo.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Godoy-Murillo JG, Lizardo-Barahona JR, Godoy-Suazo JG, Alpizar-Argüello PM. Microlitiasis testicular: reporte de caso. Rev Méd Hondur. 2025; 93(Supl. 3). S13-S16. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21115>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

Por otra parte, se encontró que los pacientes con microlitiasis testicular y factores de riesgo asociados presentaron un incremento en el riesgo de desarrollar cáncer testicular.^{6,7}

La microlitiasis testicular puede obstruir los túbulos seminíferos, lo que puede afectar la calidad del semen y la fertilidad. Se encontró una relación entre la microlitiasis testicular y la disminución del volumen testicular, disminución de la concentración espermática y niveles aumentados de hormona foliculoestimulante.⁸⁻¹⁰

Se recomienda un seguimiento ultrasonográfico anual para los pacientes con microlitiasis testicular y factores de riesgo de cáncer testicular. No existe un tratamiento específico, pero en algunos casos se puede realizar un abordaje quirúrgico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 3 años de edad, a quien a los 7 meses y medio de edad se le realizó una laparotomía exploratoria por presentar un cuadro de suboclusión intestinal súbito secundario a una invaginación intestinal ileocecólica. Durante la operación se logró liberar dicha obstrucción con maniobra de Taxis y estabilización de la unión ileocecal mediante puntos de Gross. Se tomó biopsia de dos ganglios mesentéricos, la cual fue reportada como una adenitis reactiva inespecífica. El paciente tenía como antecedente un testículo criptorquídico del lado izquierdo y, como parte del protocolo para realizarle orquidopexia, se le realizó un ultrasonido Doppler testicular, encontrando ambos testículos de aspecto completamente normal. El testículo izquierdo en la raíz del escroto y con evidencia de una pequeña hernia inguinal e hidrocele comunicante y el testículo derecho en su posición anatómica normal en el escroto derecho y de características ultrasonográficas normales (**Figura 1**).

A la edad de 14 meses se le realizó, bajo anestesia general, una orquidopexia de testículo izquierdo y en ese mismo momento quirúrgico se realizó hernioplastia inguinal izquierda. La evolución postoperatoria fue muy buena. El testículo izquierdo presentaba una disminución de volumen de alrededor de un 15-20% en relación al testículo contralateral. En una revisión

por un cuadro respiratorio a los 2 años de edad, se le detectó una hernia inguinal derecha con sensación de frote de seda a nivel inguinal derecho y ambos testículos con las características previamente mencionadas: el testículo izquierdo, operado en posición anatómica escrotal, y el testículo derecho con buena localización a nivel escrotal, sin evidencia de masas o alguna otra alteración al examen físico. Se le realizó un nuevo ultrasonido inguinal y testicular bilateral como parte de la planificación previa a su hernioplastia inguinal derecha (**Figura 2**). Dicho ultrasonido fue realizado por la misma radióloga pediatra que había realizado el ultrasonido número uno; encontrando en esta oportunidad un patrón bilateral (en ambas gónadas) de cielo estrellado difuso compatible con microlitiasis testicular bilateral.

DISCUSIÓN

La microlitiasis testicular es una patología poco común caracterizada por la presencia de microcalcificaciones a nivel testicular. Típicamente, el análisis ultraestructural pone en evidencia la presencia de un núcleo central calcificado rodeado por capas concéntricas de tejido conectivo o fibras de colágeno, lo que sugiere microlitos originados por acumulo intratubular de restos celulares, seguido de la disposición de glicoproteínas rodeando el núcleo y posterior calcificación de estos depósitos.¹ Suele ser diagnosticada de manera incidental mediante la ultrasonografía escrotal, es más frecuente en pacientes con síndrome de Klinefelter y síndrome de Down.¹ Se puede clasificar según el número de microlitos de la siguiente manera: grado 1: 5-10 microlitos, grado 2: 11-20 microlitos, grado 3: 21-30 microlitos y grado 4: más de 30 microlitos.¹¹ Según la clasificación el paciente cursaba grado 4. Por otra parte, se puede clasificar según la Sociedad Europea de Radiología Urogenital de la siguiente manera: microlitiasis testicular limitada cuando encontramos menos de 5 microlitos por campo, microlitiasis testicular clásica cuando encontramos más de 5 microlitos por campo o microlitiasis testicular difusa cuando encontramos numerosos microlitos.¹¹ En el caso presentado, podemos identificar que el paciente cursaba microlitiasis testicular bilateral difusa. Es de



Figura 1. Ultrasonido testicular derecho sin microlitiasis testicular, 14 meses de edad.

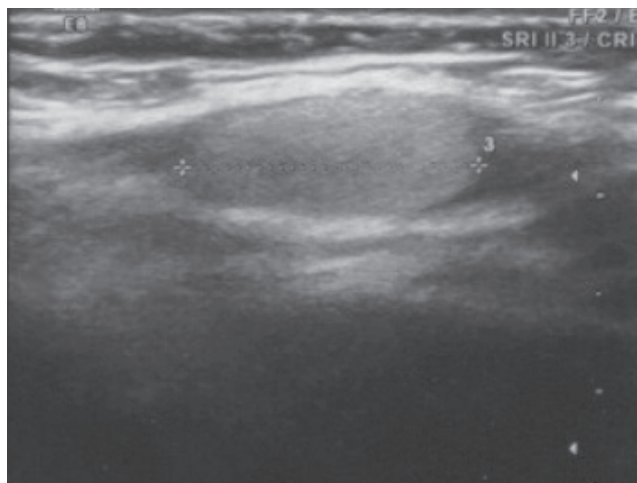


Figura 2. Ultrasonido testicular izquierdo sin microlitiasis testicular, 14 meses de edad.

suma importancia identificar la presencia de agrupaciones de microlitos en el ultrasonido; estas agrupaciones podrían indicar áreas en donde se puede desarrollar una neoplasia in situ.¹

Dentro de la literatura se describe la incidencia de diferentes neoplasias testiculares asociadas con la microlitiasis testicular. Dentro de estas neoplasias encontramos con mayor frecuencia el seminoma, seguido por el carcinoma de células germinales, y en tercer lugar, el carcinoma embrionario. Actualmente, contamos con marcadores tumorales que nos pueden ayudar en el diagnóstico de las neoplasias testiculares. Dichos marcadores son la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana, la alfafetoproteína y el lactato deshidrogenasa.¹¹ Debemos realizar estos exámenes en pacientes con masas tumorales palpables o presentes en la ultrasonografía. En el caso, el paciente no tenía masas palpables o detectables en la ultrasonografía, razón por la cual no se realizaron dichos marcadores tumorales.

Se indica la toma de biopsia en pacientes que cursan con infertilidad y con microlitiasis testicular bilateral.¹² Se debe valorar la toma de biopsia de igual manera en paciente con antecedente de criptorquidia y con testículos atroficos (<12 ml).¹² En un estudio realizado por Frandsen et al., se realizó toma de biopsia en 154 pacientes con MT. Se encontró que 13 de los pacientes presentaron un resultado positivo para Neoplasia de Células Germinales In Situ (NCGIS). Es muy importante la detección temprana de esta entidad, debido a que más del 20% de los pacientes ya cursan con metástasis al momento del diagnóstico.¹² El tratamiento de la NCGIS se basa en la orquiectomía o en bajas dosis de radioterapia.¹²

En el contexto de la literatura nacional, únicamente se ha publicado un artículo reportando un caso de microlitiasis testicular, en ese artículo se presentó el caso de un paciente masculino de 17 años con historia de un mes de dolor testicular bilateral y examen físico normal; al realizar ultrasonido testicular se llegó al diagnóstico de microlitiasis testicular bilateral. Se le realizó una biopsia testicular bilateral transoperatoria donde se confirmó la microlitiasis, se encontraron las células de Sertoli conservadas, dos células germinales con núcleos displásicos y sin cambios indicativos de neoplasia intratubular germinal.¹³

Uno de los aspectos que ha cambiado más a través de los años es el abordaje médico y el seguimiento que se le otorga a los pacientes con diagnóstico de esta patología. Actualmente, se recomienda un seguimiento para los pacientes con antecedentes familiares de cáncer de testículo, microlitiasis clásica o difusa, atrofia testicular, antecedente personal de cáncer testicular, presencia de sintomatología como el dolor testicular, inflamación o cambios palpables de los testículos.¹¹ Se recomienda la biopsia testicular para los pacientes con antecedentes familiares o personales de cáncer testicular, en pacientes con masas palpables o detectadas mediante la ultrasonografía o en pacientes que presentan manifestaciones clínicas que pueden indicar la presencia de una patología más grave. Por otra parte, se recomienda, al momento del diagnóstico, la realización de un espermograma y marcadores tumorales como los mencionados previamente. De igual manera, se recomienda que los pacientes realicen autoexámenes de manera regular en búsqueda de alteraciones a partir de

los 15 años, revisión anual por parte del médico y ultrasonido anual o semestral en caso de presentar factores de riesgo para desarrollar cáncer testicular.^{11,14} El manejo de estos pacientes es quirúrgico y depende de las posibles complicaciones. Puede variar desde biopsia transoperatoria a orquiectomía. En el caso particular presentado en el artículo, según las recomendaciones en cuanto al abordaje y seguimiento, el paciente debe tener seguimiento anual debido a sus factores de riesgo mediante ultrasonido y examen físico.¹⁵

En conclusión, el conocimiento de esta patología relativamente nueva ha evidenciado un riesgo de desarrollar un tumor testicular en plazo variable que es 12 veces superior al riesgo de la población general. Aunque sigue siendo un bajo riesgo (4.8%), es razón de más para no perderlos de seguimiento clínico y ultrasonográfico al menos anualmente. El diagnóstico sigue siendo incidental y opinamos que a todo paciente sometido a cirugía testicular se le realice preoperatoriamente un ultrasonido testicular de rutina. En la literatura que revisamos no existe mención al momento de inicio de la microlitiasis testicular, es decir, no hay reportes que justifiquen el hecho de que sea una patología de tipo congénita. En el caso particular, es valiosa la información de un ultrasonido a los 14 meses sin evidencia de microlitiasis testicular (primera cirugía por orquidopexia) y un segundo ultrasonido aproximadamente un año después en el que se revela microlitiasis testicular difusa bilateral, como vemos en las (figuras 1 y 4), lo cual denota un carácter o

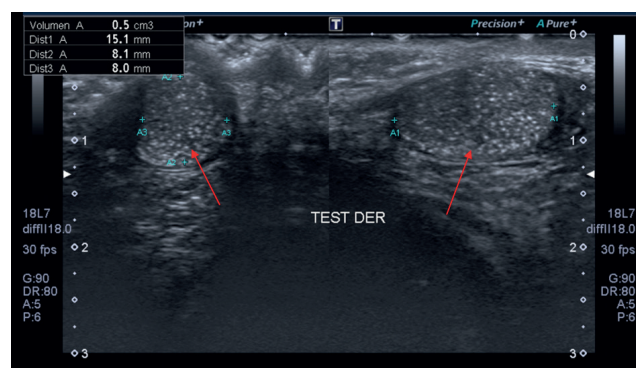


Figura 3. Ultrasonido testicular derecho con microlitiasis testicular, 2 años de edad. Patrón de cielo estrellado difuso señalado por flecha.

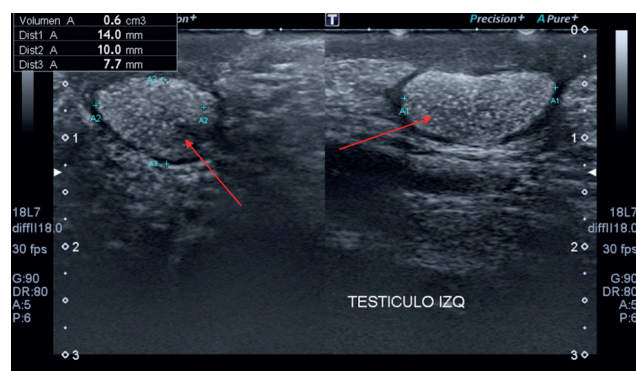


Figura 4. Ultrasonido testicular izquierdo con microlitiasis testicular, 2 años de edad. Patrón de cielo estrellado difuso señalado por flecha.

desarrollo evolutivo o progresivo de la patología y no un origen congénito. El futuro y la investigación al respecto nos dirán qué implicaciones pronósticas pueden tener otros factores como edad temprana de aparición u otro antecedente o patología asociada.

Se contó con el consentimiento informado firmado de los padres del paciente.

CONTRIBUCIONES

Todos los autores contribuyeron durante el desarrollo de este artículo de acuerdo con los criterios de autoría. JGGM, JRLB, JGGS, PMAA, todos los autores revisaron la redacción y aprobación del manuscrito.

DETALLES DE LOS AUTORES

José Gerardo Godoy Murillo, Médico, Especialista en Pediatría y Cirugía Pediátrica; josegerardogodoy@yahoo.com

José Ranulfo Lizardo Barahona, Médico, Especialista en Pediatría y Cirugía Pediátrica; jlizardob@hotmail.com

José Gerardo Godoy Suazo, Estudiante de Medicina y Cirugía, Universidad Tecnológica Centroamericana; jgerardogodoy00@gmail.com

Paola María Alpizar Argüello, Estudiante de Medicina y Cirugía, Universidad Tecnológica Centroamericana; paoalpizar2002@gmail.com

REFERENCIAS

- Balawender K, Orkisz S, Wisz P. Testicular microlithiasis: what urologists should know. A review of the current literature. *Cent European J Urol* [Internet]. 2018 [Citado 18 abril 2025];71(3):310–14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6202617/>
- Gonzaga-Carlos N, Virgen-Gutierrez F, Angulo-Lozano JC, Virgen-Rivera MF, Maldonado-Avila M, Jaspersen Gastelum J. Association between testicular microlithiasis and histological subtype in testicular cancer. *Cureus* [Internet]. 2022 [Citado 18 abril 2025]; 14(10):e29946. Disponible en: https://assets.cureus.com/uploads/riignal_article/pdf/114487/20221104-15184-1u6syk8.pdf
- Galván-Montaño A, Cruces-Velázquez M, García-Moreno S, Espinosa de los Monteros-Pérez LE, Suárez-Roa M, Guzmán-Martínez S. Microlitiasis testicular una patología rara y poco conocida. Reporte de casos y revisión de literatura. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2021 [Citado 18 abril 2025];81(1):1-8. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmu/v81n1/2007-4085-rmu-81-01-e03.pdf>
- Mulla N. Mediastinal germ cell tumor with testicular microlithiasis. *Cureus* [Internet]. 2021 [Citado 18 abril 2025];13(1):e12761. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7887998/>
- American Cancer Society. Testicular Cancer Statistics [Internet]. Atlanta: ACS; 2024. [Citado 1 abril 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/types/testicular-cancer/about/key-statistics.html>
- Betancourt Sevilla MD, Granda González DF. Cáncer de testículo asociado a microlitiasis testicular. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2022 [Citado 18 abril 2025];46(10):587-99. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0210480622000729>
- Yazici S, Del Biondo D, Mapodano G, Grillo M, Calace FP, Prezioso D, et al. Risk factors for testicular cancer: environment, genes and infections—is it all?. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2023 [Citado 18 abril 2025];59(4):724. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10145700/>
- Solís Flores W, Ávila Darcia S, Curling SB. Cáncer de Testículo: revisión bibliográfica. *Rev Clín Esc Med* [Internet]. 2016 [Citado 18 abril 2025];6(3):11-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2016/ucr163a.pdf>
- D'Andrea S, Martorella A, Castellini C, Cordeschi G, Totaro M, Parisi A, et al. Clinical and seminal parameters associated with testicular microlithiasis and its severity in males from infertile couples. *Hum Reprod* [Internet]. 2021 [Citado 18 abril 2025];36(4):891–98. Disponible en: <https://academic.oup.com/humrep/article/36/4/891/6066593?login=false>
- Wilson HG, Birch BR, Rees RW. Is testicular microlithiasis associated with decreased semen parameters? a systematic review. *Basic Clin Androl* [Internet]. 2024 [Citado 18 abril 2025];34(1):23. Disponible en: <https://bacandrolgy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12610-024-00238-x>
- Urrutia Jimenez LA, Reyes Rosero EA. Actualización sobre el manejo de microlitiasis testicular. *Dom Cien* [Internet]. 2023 [Citado 18 abril 2025];9(3):650-62. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/3464/7731>
- Frandsen RH, Durukan E, von Rohden E, Jensen CFS, Thamsborg AKM, Azawi N, et al. Testicular biopsies in men with testicular microlithiasis and additional risk factors for cancer: a case series. *Andrology* [Internet]. 2024 [Citado 18 abril 2025];12(8):1764-70. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/andr.13610>
- Montoya House JR, Palacios Maldonado IM, Godoy Murillo JG. Microlitiasis Testicular presentación de un caso y revisión. *Rev Med Hondur* [Internet]. 1998 [Citado 18 abril 2025];66(3):116-120. Disponible en: <https://www.revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol66-3-1998-7.pdf>
- Quinn McDaniels J, Morganstern BA. Intratesticular arteriovenous malformation: a rare benign testicular lesion in an adolescent male. *Urol Case Rep* [Internet]. 2023 [Citado 3 mayo 2025];48:102406. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221444202300092X?via%3Dihub>
- Van Casteren NJ, Looijenga LH, Dohle GR. Testicular microlithiasis and carcinoma in situ overview and proposed clinical guideline. *Int J Androl*. 2009;32(4):279–87.

ABSTRACT. Introduction: Testicular microlithiasis is an uncommon condition that is often incidentally diagnosed by testicular ultrasound. Diagnosis is essential for providing adequate follow-up considering the possible conditions associated with TM. **Case description:** A 3-year-old male patient with a history of inguinal hernia and left cryptorchidism. Prior to orchiopexy, a Doppler testicular ultrasound was performed, confirming left cryptorchidism and reporting both testicles without alterations and no microcalcifications. Orchiopexy and hernioplasty were performed at 14 months of age with a good postoperative evolution. During a follow-up visit for a respiratory condition at 2 years of age, a right inguinal hernia was detected with a silk friction sensation at the right inguinal level and both testicles with good scrotal localization and no evidence of masses or other alterations on physical examination. Prior to right hernioplasty, a new inguinal and bilateral testicular ultrasound was requested, which showed the presence of a bilateral diffuse starry sky pattern compatible with testicular microlithiasis. **Conclusions:** This case highlights the importance of routine check-ups, as testicular microlithiasis was not identified in the previous ultrasound and could have remained undiagnosed if not for a regular and thorough evaluation.

Keywords: Cryptorchidism, Male infertility, Testicular neoplasm.

CASO CLÍNICO

Histiocitosis de células de Langerhans craneal, evaluación por ultrasonido. Reporte de caso

Cranial Langerhans cell histiocytosis, ultrasound evaluation. Case report

Carmen Alejandra Varela Aguilar  <https://orcid.org/0009-0004-5087-3229>.

Hospital Infantil y Médico Quirúrgico, Servicio de Pediatría; Juticalpa, Honduras.

RESUMEN. Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es un raro trastorno hematológico de origen mielóide, con variabilidad en la presentación clínica; puede afectar hueso y otros órganos. El ultrasonido en la evaluación inicial del paciente con síntomas y/o signos clínicos sugestivos, es una herramienta útil que permite un diagnóstico oportuno y referencia temprana a tercer nivel de atención, así como el seguimiento postquirúrgico por medio de este método inocuo. **Descripción del caso:** Lactante mayor que consulta por la presencia de masa en cráneo de dos semanas de evolución, sin síntomas acompañantes. Examen físico: masa en región parietal derecha, circunscrita, consistencia cartilaginosa, cubierta de cuero cabelludo, sin eritema, edema, ni dolor a la palpación. Se realiza ultrasonido en el sitio de la lesión, visualizándose el cerebro en su extensión y la presencia de una imagen isoecogénica superficial intradiploica, de bordes bien delimitados, con mínima vascularidad al Doppler color, que comprime el tejido cerebral. En tercer nivel de atención se realiza exéresis del tumor, reporte histopatológico detalla numerosos histiocitos con células de Langerhans. Inmunohistoquímica reporta marcadores CD1a: Positiva, Langerina: Positiva, S100: Positiva; indicativa de Histiocitosis de Células de Langerhans. Se brinda manejo quimioterapéutico por un año. Ultrasonido control evidencia disminución de la separación intradiploica, adyacente existe tejido cerebral normal, sin evidencia de imagen tumoral. Actualmente se mantiene en observación y evoluciona favorablemente. **Conclusión:** La ecografía es una herramienta no invasiva, de fácil acceso y aplicable en los ambientes de trabajo para la evaluación del paciente con masas en cráneo.

Palabras clave: Histiocitosis de células de Langerhans; Neoplasias craneales; Pediatría integrativa; Ultrasonografía.

INTRODUCCIÓN

La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) se considera una de las enfermedades más «simuladoras», puede confundirse con otras muchas patologías. Las células de Langerhans son un tipo de células inmunitarias, denominadas histiocitos, que en condiciones normales ayudan al sistema inmunitario a destruir materiales extraños y a combatir las infecciones. En la enfermedad estas células se presentan de forma subdesarrollada y se caracterizan por ser inmunofenotípicamente inmaduras, rodeadas de eosinófilos, macrófagos y linfocitos; y a veces de células gigantes multinucleadas; estas formas inmaduras pueden proliferar y acumularse en partes del cuerpo en las cuales pueden dañar la piel, el hueso y los órganos.¹⁻⁵

Por lo general, la enfermedad se clasifica en función del lugar del cuerpo donde se encuentran las lesiones y de la cantidad de lesiones presentes. La histiocitosis de células de Langerhans puede ser “monosistémica” o “multisistémica”. En los casos de enfermedad monosistémica, suele afectar la piel, los huesos, los pulmones, la hipófisis (glándula pituitaria), el sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) o los ganglios linfáticos. La afectación puede darse en una o en varias zonas. La sintomatología depende de los órganos afectados. Los sitios más comúnmente involucrados son: hueso (80%), piel (33%) y glándula pituitaria (25%).^{1,3}


DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se reporta el caso de un lactante mayor de 18 meses, masculino, con historia de masa en región parietal derecha de dos semanas de evolución sin conocer la causa de aparición, padres refieren que hace dos semanas el paciente sufre caída

Recibido: 27-05-2025 Aceptado: 03-11-2025 Primera vez publicado en línea: 08-11-2025
Dirigir correspondencia a: Carmen Alejandra Varela Aguilar
Correo electrónico: dracarmenvarela91@gmail.com

RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Varela-Aguilar CA. Histiocitosis de células de Langerhans craneal, evaluación por ultrasonido. Reporte de caso. Rev Méd Hondur. 2025; 93(Supl. 3): S17-S21. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21377>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

de medio metro de altura sin presentar signos neurológicos ni lesiones en el cráneo u otras zonas, por lo cual no acuden a asistencia médica; es por la presencia de masa en cráneo mayor a 7 días y sin datos de involución que deciden acudir a consulta médica. Como antecedentes personales perinatales madre joven, control prenatal adecuado, sin antecedentes infecciosos perinatales, producto de parto eutócico simple, llora al nacer, peso de 8.5 libras, dado a alojamiento conjunto. A los 10 meses con cuadro neumónico por lo cual cumple tratamiento antibiótico intrahospitalario y egresado sin complicaciones. Neurodesarrollo normal para la edad. En cuanto a la alimentación es a base de dieta con predominancia de carbohidratos y edulcorantes.

Al examen físico: paciente lactante mayor, cuyo peso es mayor a su edad, de biotipo endomorfo, activo, sin facie de enfermedad crónica; peso: 15 kg; talla: 88 cm; perímetro cefálico: 49cm. Puntaje z peso/talla: +2, +3; Puntaje z peso/edad: +3; Puntaje z talla/edad: +2, +3; Percentil perímetro cefálico: +1, +2 normal. Sobre su estado nutricional, se catalogó con sobrepeso. Presión arterial: 90/50 mmHg; frecuencia cardíaca: 78 lpm; frecuencia respiratoria: 26 rpm; temperatura: 37.2 °C. En cabeza se observó masa en región parietal derecha de 3.5 cm x 3.5 cm, bien circunscrita, de consistencia cartilaginosa, cubierto de cuero cabelludo, sin eritema, ni edema, ni dolor a la palpación (**Figura 1**).

Por la consistencia de tipo cartilaginosa sin una base sólida se decidió realizar rastreo ultrasonográfico directamente en el sitio de la lesión, donde llama la atención la visualización del cerebro en su extensión, y la presencia de una imagen isoecogénica superficial intradiploica, de bordes bien delimitados, con mínima vascularidad al Doppler color, y que comprime el tejido cerebral (**Figura 2**). Ultrasonido abdominal dentro de límites normales. Hemograma y bioquímica sanguínea no patológicos. Se realizó tomografía cerebral simple que reportó lesión tumoral osteolítica, expansiva, intradiploica del hueso parietal derecho de 4.1cm x 2.7cm x 2.7cm (**Figura 3**).

El paciente fue referido a un hospital de tercer nivel, donde se realizó exéresis del tumor y se envió para estudio. Reporte histopatológico detalló numerosos histiocitos con células de



Figura 1. Masa en región parietal derecha circunscrita, firme, cubierta de cuero cabelludo.

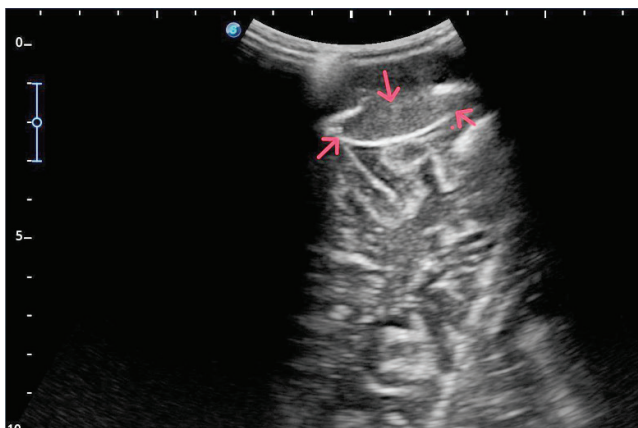


Figura 2. Ausencia de calota que permite observar el parénquima cerebral en toda su extensión. Entre flechas: Imagen isoecogénica intradiploica, de bordes bien delimitados, que comprime el tejido cerebral, de 3.5 cm de longitud entre calota y calota, y 2 cm de profundidad.



Figura 3. Tomografía cerebral simple. **3A.** Reconstrucción ósea tridimensional muestra lesión osteolítica que destruye todo el espesor de la calota en hueso parietal derecho de 3.3cm de diámetro. Ventana del parénquima cerebral corte sagital (**3B**) y coronal (**3C**) que muestran la lesión tumoral osteolítica con expansión a tejidos blandos, de morfología lenticular, heterogénea por áreas hipodensas internas; con volumen de 15ml que causa leve compresión del parénquima cerebral parietal.

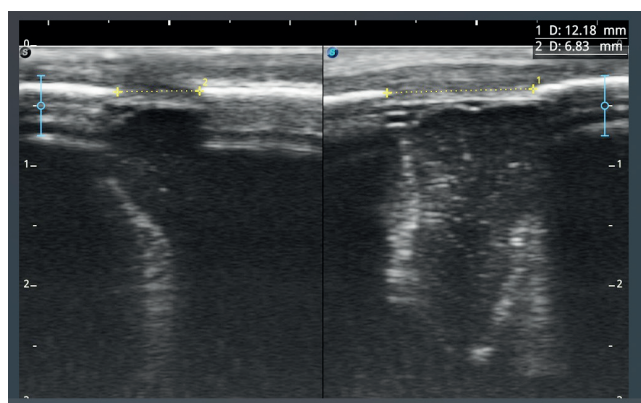


Figura 4. Disminución de la lesión osteolítica ahora con 1.2 cm, adyacente se encuentra tejido cerebral normal, sin evidencia de imagen tumoral.

Langerhans alternado con numerosos eosinófilos y células gigantes multinucleadas compatible con granuloma eosinofílico. Inmunohistoquímica reportó marcadores CD1a: Positiva, Langerina: Positiva, S100: Positiva que es indicativa de histiocitosis de células de Langerhans. El paciente recibió inicialmente 6 semanas de metilcaptonuria, vinblastina y prednisolona, fue evaluado nuevamente y se valoró continuar con manejo quimioterapéutico por un año. Tomografía cerebral simple control con evidente involución de lesión osteolítica. Ultrasonido control evidenció disminución de la separación intradiploica ahora con 1.2 cm de longitud, adyacente se encontró tejido cerebral normal, sin evidencia de imagen tumoral (**Figura 4**). Actualmente se mantiene en observación y evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN

La patogénesis de la histiocitosis de las células de Langerhans es desconocida. Es debatida si su naturaleza es reactiva (a virus, bacterias, traumas y/o causas metabólicas) o si se debe a un proceso neoplásico. Los argumentos que dan soporte a su naturaleza reactiva incluyen las remisiones espontáneas de HCL monosistémica, la multiplicación de múltiples citocinas por las células dendríticas y las células T y la ausencia de anormalidades consistentes o aberraciones cromosómicas que lo justifiquen. Por otro lado la infiltración de órganos por células inmaduras, la posibilidad de una evolución letal y los efectivos resultados con quimioterapéuticos sustentan la teoría neoplásica. Existen estudios genómicos que demostraron mutaciones activadoras del gen BRAF V600E en aproximadamente la mitad de las muestras humanas. En estudios con modelos murinos se ha observado que una mutación del gen BRAF V600E es suficiente para desarrollar un fenotipo de HCL.¹⁻⁴

La evidencia sugiere una disfunción inmunitaria en la patogénesis de la HCL a través de la creación de un sistema de inmunovigilancia permisivo. Los hallazgos de los análisis inmunohistoquímicos e inmunofluorescencia de muestras de biopsias de HCL han llevado a la hipótesis de que las células de Langerhans inmaduras estimulan la expansión de una po-

blación policlonal de las células T, estas últimas pueden inhibir el sistema inmunitario (en parte por la elaboración de IL-10) y evitar que se resuelva eficazmente las lesiones de HCL.^{1,3,5} Se ha evidenciado agentes externos que disparan todos estos procesos inmunobiológicos, como la infección por virus del herpes humano 6 y el tabaquismo como factor desencadenante del granuloma eosinofílico pulmonar.^{6,7}

Es una enfermedad poco común; más frecuente en raza blanca. La incidencia anual estimada oscila en 0.5 a 5.4 casos por millón de personas al año. En Estados Unidos se notifican aproximadamente 1200 casos nuevos al año. La prevalencia anual en niños se estima de 3-5 casos por millón y predomina el sexo masculino; en una relación de 1.5:1 con el femenino, y con una edad media de presentación de 30 meses.^{5,8} En Honduras los datos son inespecíficos sobre la incidencia de esta enfermedad, sin embargo, existen varias publicaciones que describen pacientes pediátricos como es el caso de histiocitosis en una adolescente de 15 años con afectación esternal.⁹ Así como histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva/enfermedad de Rosai-Dorfman en un paciente de 18 años.⁷ Las manifestaciones clínicas dependen del sitio de presentación, en las lesiones monosistémicas pueden ser asintomáticas y comportarse como una lesión única que suele afectar los huesos, la piel y la hipófisis que conforman los sitios más frecuentes. En los casos de enfermedad multisistémica, afecta a dos o más órganos como hígado, bazo, médula ósea, pulmones, sistema nervioso central y ganglios linfáticos. Los órganos en los que la enfermedad puede causar la muerte están bien definidos y se denominan órganos de riesgo.^{2,3}

Puede existir dolor óseo y la presencia de una masa en las lesiones unifocales; las del cráneo se pueden extender a tejido cerebral y manifestar alteraciones neurológicas como convulsiones, vértigo, cefalea, ataxia y defectos cognitivos; puede cursar con otitis media recurrente cuando afecta mastoides y hueso temporal, proptosis secundaria a masas orbitarias, y disfunción hipofisiaria por afectación de la silla turca. Las fracturas espontáneas ocurren en huesos largos.^{3,10}

El diagnóstico definitivo es el histológico, sin embargo, la hematología y un perfil bioquímico nos indica si existe afectación a órganos.¹ El estudio radiográfico esquelético demuestra lesión o lesiones osteolíticas, bien definidas, en sacabocado. La tomografía computarizada y la resonancia magnética son las herramientas de apoyo al diagnóstico clínico que brindan la caracterización de la lesión.^{10,11}

El uso de la ecografía es menos conocido y utilizado; actualmente ésta herramienta nos ha permitido llegar donde la clínica y la exploración física nos limitan; y donde el uso indiscriminado de estudios con radiación ionizante nos ha frenado. La ecografía ha tomado fuerza, es una técnica valiosa en la detección y el seguimiento de lesiones superficiales, como las lesiones de la bóveda craneal que permite una exploración oportuna, dirigida, inocua, accesible y de menos costo; proporciona información relevante que puede resolver la mayor parte de las interrogantes que se plantean en la consulta. Se ha evi-

denciado alta precisión y puede considerarse una herramienta útil en el diagnóstico específico de las tumoraciones craneales espontáneas o traumáticas.¹²⁻¹⁶

Reportes de caso como el de Singh G, Walizai T y Campos A, describen a una niña de 8 años en quien la lesión en cuero cabelludo se detectó inicialmente mediante ecografía. El defecto óseo estaba relleno por una masa sólida hipoeocogénica que se extendía tanto dentro del tejido blando como intracranealmente con ausencia de flujo intralesional, el diagnóstico histopatológico fue HCL.¹¹ Bansal AG y cols. caracterizaron ecográficamente HCL en una niña de 7 años que presenta una masa occipital. Con ultrasonido de escala de grises muestran una masa en región occipital izquierda que mide 1.5 cm, sólida con mínima vascularización que se extiende desde la superficie diploica hasta la tabla interna y externa del cráneo con propagación subperióstica local.¹³

Lei Liu y cols. demostraron la utilidad de la ecografía en el diagnóstico de la histiocitosis de células de Langerhans (HCL) en un estudio retrospectivo con 55 niños. Se analizaron las características clínicas y de imagen de 55 niños con HCL confirmada patológicamente; donde 13 pacientes tenían HCL ósea y 42 HCL multisistémica. Entre los 13 casos de HCL ósea, 8 casos afectaban el cráneo, en 2 la escápula; y se caracteri-

zaron ecográficamente por destrucción ósea osteolítica; en un caso afectaba la clavícula, en otro el hueso ilíaco mostrando destrucción ósea irregular múltiple, y un caso que afectaba la tibia mostró hueso cortical hipoeocico local. Se concluyó que la ecografía es importante para el diagnóstico temprano.¹²

La ecografía no solo se ha utilizado para el diagnóstico de HCL sino también en el intraoperatorio de tumores intracraneales; Dixon y cols. muestran como ésta ha evolucionado con importantes mejoras en la calidad de imagen y herramientas de navegación bien integradas, útiles para la realización de ecografía intraoperatoria en cirugía de tumores cerebrales.¹⁷ La ecografía tiene la ventaja de que no hay radiación ni necesidad de administración de contraste y por lo tanto puede ser una herramienta ideal para el seguimiento imagenológico de las lesiones de la calota y más específica si la potenciamos con Doppler que permite evaluar la vascularidad de la lesión.^{13,14,16} Se recomienda el uso del ultrasonido como herramienta inicial en la evaluación de masas en cráneo en pacientes pediátricos.

DETALLES DE LOS AUTORES

Carmen Alejandra Varela Aguilar, Médica general, Ultrasonografista, Especialista en Pediatría; dracarmenvarela91@gmail.com

REFERENCIAS

1. Casanovas A, Elena G, Rosso D. Histiocitosis de células de Langerhans. Servicio de Hemato-Oncología Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. Rev Hematología. 2014 (18)1: 60-66.
2. Sociedad de Lucha contra la Leucemia y el Linfoma. Histiocitosis de células de Langerhans. No. 39-S. [Internet]. Nueva York: Blood Cancer United; 2022. [citado 6 de febrero 2025]. Disponible en: https://llsorg.widen.net/view/pdf/m3jzljey8h/booklet_es_langerhans_fs39s.pdf?t_download=true
3. Astigarraga I, García-Obregón S, Pérez-Martínez A, Gutiérrez-Carrasco I, Santa-María V, Vigil Iturrate CR, et al. Histiocitosis de células de Langerhans. Avances en la patogenia y práctica clínica. An Pediatr (Barc). [Internet]. 2022 [citado 16 febrero 2025]; 97(2): 130.e1-130.e7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.05.002>.
4. Casado-López E, Rey-García J, Galán-Gómez V, Pozo-Kreillinger JJ, Pérez-Martínez A. Inmunohistoquímica VE1 para determinar la mutación de BRAF en la histiocitosis de células de Langerhans. An Pediatr. [Internet]. 2022 [citado 16 febrero 2025];97(5):352-354. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.04.013>
5. Medina MA, Meyer W, Echeverri C, Builes N. Histiocitosis de células de Langerhans: reporte de caso y revisión de la literatura. Biomedica. [Internet]. 2021 [citado 31 octubre 2025];41(3):396-402. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/5430>. doi <https://doi.org/10.7705/biomedica.5430>
6. Ministerio de Salud (CI). Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores. Protocolo clínico histiocitosis de células de Langerhans en personas de 15 años y más. Santiago: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile;2020.
7. Peña-Hernández A, Valladares-Álvarez JR, Hernández-Maldonado I, García-Espinoza M, Vásquez Guevara J, Flores Oseguera J. Enfermedad de Rosai-Dorfman extranodal con afectación cutánea: a propósito de un Caso. Arch Med. 2016;12(2):3-5. Doi: 10.3823/1288
8. Abrego J. Histiocitosis de las células de Langerhans. De la teoría a la práctica clínica. Pediatr Panamá. 2021;50(3):16-20. Doi: 10.37980/im.journal.rspp.20211821
9. Codina Velásquez HI, Santos Fuentes SF, Fonseca Pineda EP, Prudot Bardales ZS, Reyes Cabrera I, Mejía Guzmán M. LXIV Congreso Médico Nacional. Rev Med Hondur [Internet]. 2022 [citado 16 febrero 2025];90(Supl.1):S1-94. Disponible en: <https://doi.org/10.5377/rmh.v90iSupl.1.14511>
10. Gómez Alonso MI, Martínez León MI, Weil Lara B. Histiocitosis pediátrica, revisión actualizada. Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). [Internet]. 2021 [citado 16 febrero 2025];1(1):1-29. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4403>
11. Singh G, Walizai T, Campos A, et al. Histiocitosis de células de Langerhans (manifestaciones esqueléticas). Artículo de referencia, Melbourne (AU): Radiopaedia.org; 2025. Doi: 10.53347/rID-8478
12. Liu L, Lin Z, Wang R, Xie F, Zhou J, Liu T, et al. Ultrasonographic analysis of Langerhans cell histiocytosis in children: a report of 55 cases. J Int Med Res. 2022;50(9):1-9. Doi: 10.1177/03000605221126378.
13. Bansal AG, Oudsema R, Masseaux JA, Rosenberg HK. US of Pediatric Superficial Masses of the Head and Neck. Radiographics. 2018;38(4):1239-1263.
14. Berasategui Criado A, Pelaz Esteban M, De Diego Diez A, Gómez Dermitt V, Arroyo Olmedo M, Bretos Azcona SM, et al. US evaluation of pediatric superficial masses of the head and neck: What radiologists should know. Viena(AT): EPOS,European Society of Radiology; 2023. Doi:10.26044/ecer2023/C-21285.

15. Ortiz-González L, Ortiz-Peces C, Calle-Guisado V, Ortiz-Peces L. Utilidad de la ecografía clínica craneal en pediatría. *An Pediatr (Barc)*. 2024 [citado 16 febrero 2025]; 100(5): 382-384. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.02.017>
16. Yang J, Huang X, Bao Z, Xu J, Huang H, Huang H et al. Langerhans cell histiocytosis in children: the value of ultrasound in diagnosis and follow-up. *BMC Med Imaging*. [Internet]. 2025 [citado 16 febrero 2025];25(1):29. Doi: 10.1186/s12880-025-01563-x.
17. Dixon L, Lim A, Grech-Sollars M, Nandi D, Camp S. Intraoperative ultrasound in brain tumor surgery: A review and implementation guide. *Neurosurg Rev*. 2022;45(4):2503-2515. Doi: 10.1007/s10143-022-01778-4.

ABSTRACT. Introduction: Langerhans cell histiocytosis (LCH) is a rare hematological disorder of myeloid origin, with variable clinical presentation; it can affect bone and other organs. Ultrasound is a useful tool in the initial evaluation of patients with suggestive clinical symptoms and/or signs, allowing for timely diagnosis and early referral to tertiary care, as well as post-surgical follow-up using this harmless method. **Case description:** Older infant presenting with a two-week history of a mass in the skull that has been present for two weeks, with no accompanying symptoms. Physical examination: Mass in the right parietal region, circumscribed, cartilaginous consistency, covered by scalp, without erythema, edema, or pain on palpation. An ultrasound is performed at the site of the lesion, visualizing the brain in its entirety and the presence of a superficial intradural isoechoic image with well-defined edges and minimal vascularity on color Doppler, compressing the brain tissue. At the tertiary care level, the tumor was excised, and the histopathological report detailed numerous histiocytes with Langerhans cells. Immunohistochemistry reported CD1a markers: Positive, Langerin: Positive, S100: Positive; indicative of Langerhans cell histiocytosis. Chemotherapy is administered for one year. Follow-up ultrasound shows a decrease in intradural separation, with normal brain tissue adjacent to it and no evidence of tumor imaging. The patient is currently under observation and progressing favorably. **Conclusion:** Ultrasound is a non-invasive, easily accessible tool that can be used in the workplace to evaluate patients with masses in the skull.

Keywords: Integrative pediatrics; Langerhans cell histiocytosis; Skull neoplasms; Ultrasonography.

CASO CLÍNICO

Parotiditis supurativa aguda neonatal. Reporte de caso

Neonatal acute suppurative parotitis. Case report

Andrea Estefanía Ramos Ortega¹  <https://orcid.org/0009-0000-7600-4073>, Luis Fernando Ponce Paredes²  <https://orcid.org/0009-0007-7198-2768>.

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Postgrado de Pediatría; Tegucigalpa, Honduras.

²Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Servicio de Recién Nacidos; Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. Introducción: La parotiditis supurativa aguda neonatal es una condición poco frecuente, generalmente asociada a factores como prematuridad, bajo peso, deshidratación, entre otros; el principal agente infeccioso reportado es el *Staphylococcus aureus*. **Descripción del caso:** Recién nacido masculino de 20 días de vida, presenta aumento de volumen en región maxilar izquierda de 3 días de evolución y fiebre 39°C. Al examen físico: irritable, con hiporexia y cambios inflamatorios que comprometían la adecuada succión/deglución, dolor a la palpación y secreción purulenta a través del conducto de *Stenon* del lado izquierdo. Antecedentes del nacimiento: Nace vía cesárea, 39 semanas de gestación, peso 3900 gramos. Ultrasonografía: cambios inflamatorios y aumento de tamaño de la glándula parótida izquierda. Análisis hematológico reporta monocitosis (10.7%, valor de referencia 2-8) y linfocitosis (52.1%, valor de referencia 25-40). Marcadores inflamatorios: procalcitonina 0.260 ng/mL (bajo riesgo de progresión a sepsis), velocidad de eritrosedimentación 7 mm/h (normal, valor de referencia 0-13), proteína C reactiva 19.40 mg/L (elevada, valor de referencia 1.00-5.00), cultivo de secreción: *Staphylococcus aureus*, sensible a clindamicina. Manejo en sala de recién nacidos con clindamicina intravenosa a 10 miligramos/kilogramo/dosis cada 8 horas por 7 días, con evolución clínica satisfactoria. **Conclusión:** Neonato con parotiditis supurativa aguda causada por *Staphylococcus aureus*; no se logró determinar la causa desencadenante; no obstante, el manejo fue exitoso con clindamicina intravenosa, sin complicaciones. Los autores recomiendan instaurar sospecha en recién nacidos que presenten inflamación en región maxilar y fiebre con o sin factores de riesgo.

Palabras clave: Parotiditis, Recién nacido, *Staphylococcus aureus*.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de las glándulas salivales son poco frecuentes en neonatos, sin embargo, cuando ocurren, afectan con mayor frecuencia a las glándulas parótidas comparadas con las submandibulares.¹⁻³ La parotiditis supurativa aguda neonatal es una afección inflamatoria o infecciosa de la glándula parótida,³ con una prevalencia del 3.8 a 14.0/10,000 y de 1/100,000 recién nacidos de término.⁴ En el 77% de los casos se reporta en varones y a los pocos días o menos de un mes de vida,^{2,5} generalmente asociado a factores de riesgo como prematuridad (edad gestacional <37 semanas), bajo peso al nacer, deshidratación,^{1,6} además, de traumatismo en la cavidad oral, inmunosupresión, obstrucción del conducto de *Stenon*, anomalías glandulares estructurales, sepsis, alimentación por sonda nasogástrica y desnutrición.⁷

La infección de la glándula parótida se produce por flujo retrogrado de bacterias o por la diseminación hematógena desde la cavidad oral a través del conducto de *Stenon*, que sale de la glándula por delante del pabellón auricular y discurre por debajo del arco cigomático, sobre el músculo masetero.^{4,7} El agente etiológico causal reportado en el 55% de los casos es *Staphylococcus aureus*; aunque, también se han descrito otros microorganismos grampositivos, gramnegativos y anaerobios,^{5,8,9} entre estos *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas aeruginosa*; *estreptococos* del grupo B;⁷ así como *Bacteroides* y *Fusobacterium* e incluso micobacterias.⁴


Clínicamente se caracteriza por inflamación y dolor a la palpación sobre la glándula parótida unilateral, enrojecimiento de la piel por delante y debajo de la oreja, a menudo se observa en la cavidad oral secreción purulenta a través del conducto de *Stenon*; acompañado de fiebre, la progresión es rápida estimada en uno o dos días.^{1,7,10} La confirmación diagnóstica se realiza mediante ecografía y cultivo de la secreción purulenta

Recibido: 21-07-2025 Aceptado: 20-10-2025 Primera vez publicado en línea: 05-11-2025
Dirigir correspondencia a: Andrea Estefanía Ramos Ortega
Correo electrónico: andreaortega135@gmail.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Ramos-Ortega AE, Ponce-Paredes LF. Parotiditis supurativa aguda neonatal. Reporte de caso. Rev Méd Hondur. 2025; 93 (Supl. 3). S22-S25. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21363>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

de la parotídea.^{11,12} El tratamiento se basa principalmente en la hidratación y administración de antibióticos intravenosos, y solo en el 23% de los casos se requiere drenaje quirúrgico.² El pronóstico es favorable si se inicia precozmente antibióticoterapia, entre las complicaciones se han descrito abscesos intraglandulares y sepsis.¹ El objetivo de los autores es reportar un caso poco frecuente de parotiditis supurativa aguda neonatal, y la importancia del manejo oportuno para la prevención de complicaciones.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Entre los antecedentes maternos: 31 años, casada, profesional de la enfermería, tipo y Rh A positivo. VDRL no reactivo, VIH negativo, toxoide tetánico vigente. Antecedentes personales patológicos negativos. Antecedentes infecciosos negativos. Historia gineco-obstetra: Gestas 1, Cesárea 1, Hijos vivos 1. Número de controles prenatales: 8 por ginecobstetra. En cuanto a los datos del nacimiento, se reportó: Edad gestacional 39 semanas, vía cesárea, masculino, puntaje de Apgar al primer y quinto minuto de 9, respectivamente. No requirió maniobras de reanimación, no circular de cordón. Peso al nacer: 3,900 gramos, talla: 53 centímetros, perímetro cefálico: 37 centímetros, torácico: 33 centímetros, abdominal: 33 centímetros. Sin malformaciones.

Se presenta recién nacido masculino de 20 días de vida, con aumento de volumen en región maxilar izquierda de 3 días de evolución y fiebre 39°C. Al examen físico: irritable, se observa inflamación y enrojecimiento en área por debajo y delante de la oreja izquierda (**Figura 1**) que comprometían la adecuada



Figura 1. Región maxilar izquierda del neonato. Se observan cambios inflamatorios en región maxilar izquierda, enrojecimiento de la piel por delante y debajo de la oreja.

succión y deglución, dolor a la palpación de glándula parótida izquierda; en cavidad oral se observa salida de secreción purulenta a través del conducto de *Stenon* al ejercer masaje sobre la glándula del lado izquierdo.

Se le practicó ultrasonografía al ingreso: Reportando cambios inflamatorios y aumento de tamaño de la glándula parótida izquierda y adenopatías reactivas. En los estudios laboratoriales: Hematología: Monocitosis (10.7%, valor de referencia 2-8) y linfocitosis (52.1%, valor de referencia 25-40). Marcadores inflamatorios: procalcitonina 0.260 ng/mL (bajo riesgo de progresión a sepsis), velocidad de eritrosedimentación 7 mm/h (normal, valor de referencia 0-13), proteína C reactiva 19.40 mg/L (elevada, valor de referencia 1.00-5.00), hemocultivo negativo, cultivo de secreción de glándula parótida: *Staphylococcus aureus* (sensible a clindamicina y cloranfenicol) y *Enterobacter cloacae* (sensible a ceftriaxona, ceftazidima y cefepima).

El manejo fue en sala de recién nacidos con clindamicina intravenosa a 10 miligramos/kilogramo/dosis cada 8 horas por 7 días, con evolución clínica satisfactoria y egreso de la institución a los 10 días de hospitalización con cita en consulta externa.

DISCUSIÓN

La parotiditis supurativa aguda neonatal es poco frecuente; antes de 1970 se reportaron menos de 90 casos; y autores como Spiegel *et al*; reportaron que entre 1970 y 2004 había 32 casos reportados en la literatura en inglés; la mayoría de ellos como informes de casos únicos;¹³ y según Kolekar S, *et al*; en una actualización hasta el 2016 afirmó que solo se habían reportado 44 casos.² En este reporte, se presenta un nuevo caso de parotiditis supurativa aguda neonatal, en un recién nacido de 20 días de vida, que inició con fiebre de 3 días de evolución; dolor en región maxilar izquierda, sin factor de riesgo identificado como prematuridad (39 semanas al nacer) ni bajo peso al nacer (3900 gramos); lo que coincide con el reporte de Spiegel R, *et al*; sobre dos casos de parotiditis supurativa neonatal, el primero de 16 días de edad, con peso al nacer de 3,570 gramos, sin complicaciones durante el parto, con historia de fiebre e inflamación periauricular izquierda, y un segundo caso de 28 días de nacido con 2,700 gramos de peso al nacer, quien fue ingresado por fiebre e inflamación de la mejilla derecha, ambos casos del sexo masculino;¹³ sin embargo, en otro caso reportado por Ray & Nadeem, corresponde a una niña pretérmino (26 semanas) y que estaba siendo alimentada por sonda nasogástrica, presentó parotiditis supurativa aguda por *Staphylococcus aureus*¹⁴ es decir, con claros factores predisponentes para esta condición.

Particularmente, en este caso el recién nacido era del sexo masculino y presentaba fiebre (39°C), tal como lo describe la literatura, en el reporte de Spiegel R, *et al*; se estimó que de 32 casos reportados el 72% eran varones, 38% prematuros y 41% presentaron fiebre como síntoma principal.¹³ No obstante, en el reporte de Kolekar S, *et al*; que corresponde a un neonato del sexo femenino con 15 días de edad, a término, con peso al nacer de 2,950 gramos que presentó una historia de fiebre

(38.5°C) de tres días de evolución, además de irritabilidad y dificultad para amamantarse e inflamación preauricular izquierda, y se observó que exudaba pus a través del conducto de *Stenon* izquierdo al aplicar presión sobre la superficie externa;² el caso era similar al de este reporte, sin factores de riesgo predisponentes e incluso era del sexo femenino que se ha reportado en menor frecuencia.

Al realizar una exploración física el recién nacido estaba irritable y presentaba cambios inflamatorios en la mejilla izquierda por delante y detrás de la oreja, lo que comprometía la adecuada succión, además, tenía dolor a la palpación y secreción purulenta a través del conducto de *Stenon* del lado izquierdo; hallazgos que coinciden con el reporte de Velkoski A, et al; respecto a un lactante varón, nacido mediante cesárea a las 37 semanas de gestación y peso 2,545 gramos, quien fue llevado a urgencias a los 17 días de edad con llanto incesante, principalmente durante la lactancia materna con pocas horas de evolución, se encontró temperatura de 37.5°C y en la cavidad oral se observó salida de exudando a través del conducto de *Stenon* derecho al aplicar presión externa sobre la glándula parótida; se tomaron muestras de exudado y sangre para cultivo, y se diagnosticó parotiditis supurativa aguda;¹⁵ similares hallazgos a los de este caso, en quien también se confirmó diagnóstico mediante cultivo de secreción.

Así también, en este caso se realizó ultrasonografía que reportó cambios inflamatorios y aumento de tamaño de la glándula parótida del lado izquierdo, además adenopatías reactivas; además, el análisis hematológico reveló monocitosis y linfocitosis, el valor de procalcitonina mostró bajo riesgo de progresión a sepsis, con valor de la proteína C reactiva elevado, y en el cultivo de secreción de glándula parótida se reportó presencia de *Staphylococcus aureus*, el cual era sensible a clindamicina y cloranfenicol; estos hallazgos difieren relativamente con el reporte de Velkoski A, et al; debido a que en ese caso se reportó neutrofilia; aumento de la proteína C reactiva (1.87 mg/dl, valor normal <0.5 mg/dl); además, se encontró en cultivo del pus parotídeo *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina;¹⁵ no obstante, la literatura reporta que el principal agente etiológico en el 55% de los casos es el *Staphylococcus aureus*,¹³ igual al encontrado en este caso, sin embargo, también pueden ser aislados otros microorganismos en menor frecuencia. Además, del *Staphylococcus aureus*, en este paciente también se identificó, *Enterobacter cloacae*; es decir, coincidieron dos microorganismos en la ocurrencia de la infección; en la literatura revisada solamente se encontró un caso similar en el cual fueron identificados dos agentes etiológicos; específicamente, el reporte de Megged & Baskin, que corresponde a un niño de 6 días de nacido que presentó irritabilidad e inflamación en la zona preauricular derecha, con antecedente de parto vaginal espontáneo a término y peso al nacer de 3,805 gramos, en la exploración física su temperatura era de 37.5°C, y se encontró

inflamación en la zona preauricular derecha con expulsión de material purulento del orificio del conducto de *Stenon*; además, se realizó una ecografía que reveló agrandamiento y edema de la glándula parótida; sin embargo, se inició tratamiento intravenoso empírico con cefazolina y gentamicina; pero luego en reporte del cultivo fueron identificados *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus mitis* sensibles a la metilicina; por lo que se cambió el tratamiento a amoxicilina-ácido clavulánico intravenoso que mostró una mejoría clínica significativa, y luego de cumplimiento de 5 días de tratamiento se modificó a vía oral hasta completar 10 días reportando recuperación completa del neonato.¹⁶

Aunque, en este neonato, el manejo se realizó en base al reporte del antibiograma con sensibilidad para clindamicina intravenosa a dosis de 10 miligramos/kilogramo/dosis cada 8 horas durante 7 días con evolución satisfactoria, sin reporte de complicaciones. Lo anterior no coincide con el caso reportado por Gupta A, et al., debido a que en ese paciente no fueron realizados cultivos debido a la falta de personal disponible en la institución y a la breve duración del drenaje purulento; por lo que luego de 48 horas de tratamiento con antibióticos intravenosos, se observó una rápida mejoría clínica hasta completar cinco días, aunque se modificó el esquema a clindamicina oral durante 10 días, con resolución del cuadro y fue dado de alta.⁸

En conclusión, este reporte de un neonato con parotiditis supurativa aguda por *Staphylococcus aureus* confirmada mediante cultivo de secreción, aunque no se logró determinar la causa desencadenante, no obstante, el manejo fue exitoso con antibioticoterapia con clindamicina intravenosa, sin complicaciones. Los autores recomiendan instaurar la sospecha de parotiditis supurativa aguda neonatal en recién nacidos con inflamación abrupta de región maxilar y fiebre con o sin factores de riesgo; además, tomar muestra para cultivo de exudado para confirmación diagnóstica, y el manejo temprano y oportuno para disminuir el riesgo de complicaciones. Se obtuvo el consentimiento informado y firmado de la madre del paciente.

CONTRIBUCIONES

Los autores contribuyeron al desarrollo de este estudio y del artículo de acuerdo con los criterios de autoría para esta revista. AERO participó en la recolección y análisis de los datos, revisó la redacción y aprobación del manuscrito. LFPP Participó en la revisión de la redacción y aprobación del manuscrito.

DETALLES DE LOS AUTORES

Andrea Estefanía Ramos Ortega, Médica General, residente del segundo año del Postgrado de Pediatría; andreaortega135@gmail.com

Luis Fernando Ponce Paredes, Médico General, Especialista en Pediatría; dr.lfponce@gmail.com

REFERENCIAS

- Mori T, Shimomura R, Ito T, Iizuka H, Hoshino E, Hirakawa S, et al. Neonatal suppurative parotitis: Case reports and literature review. *Pediatr Int* [Internet]. 2022 [citado 05 febrero 2025]; 64(1):e14762. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33955624>
- Kolekar S, Chincholi TS, Kshirsagar A, Porwal N. Acute neonatal parotid abscess: A rare case report. *Afr J Paediatr Surg* [Internet]. 2016 [citado 05 febrero 2025];13(4):199-201. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28051052>
- El Omri M, Jemli S, Belakhder M, Kermani W. Neonatal Suppurative Parotitis: Case Report and Review of Literature. *Ear Nose Throat J* [Internet]. 2024 [citado 11 marzo 2025];1455613241234281. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/38476055>
- Özdil M, Erçin D. Acute Suppurative Parotitis in a 22-Day-Neonate with Sepsis: A Rare Case Report. *Cam and Sakura Med J*. [Internet] 2024 [citado 31 julio 2025];4(1):36-8. Disponible en: https://jag.journalagent.com/csmedj/pdfs/CSM_4_1_36_38.pdf
- Pollenus J, Van Lierde S. Neonatal Parotitis: A Case Report and Review of the Literature. *Pediatr Infect Dis J*. [Internet] 2023 [citado 31 julio 2025];42(9):e323-e7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37171966>
- Sachan N, Jain N, Jain A, Bhardwaj A. Parotid Abscess a Rare Infection in Neonates. *J Clin Neonatol*. [Internet] 2024 [citado 31 de julio 2025];13(4):171-173. Disponible en: https://journals.lww.com/jocn/full-text/2024/13040/parotid_abscess_a_rare_infection_in_neonates.8.aspx
- Coelho I, Manoel F, Gomes D, Calçada C, Almeida V, Gomes S. Acute suppurative parotitis in a 4-month-old infant. *J Clin Images Med Case Rep*. [Internet] 2025 [citado 31 julio 2025];6(2):3473. Disponible en: www.jcimcr.org
- Gupta A, Kingdon T, McKernan A. Neonatal Parotitis: A Case Report. *Clin Pract Cases Emerg Med* [Internet]. 2021 [citado 06 febrero 2025];5(2):218-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34437009>
- Al Abdali K, Lin D, Isaacs D. Late-onset recurrence of neonatal Group B Streptococcus disease presenting with acute parotitis. *J Paediatr Child Health*. [Internet] 2022 [citado 31 julio 2025];58(10):1876-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35536046>
- Paouris D, Dallos T, Pitiriga V. Polymicrobial Acute Suppurative Parotitis in a 33-Day-Old Infant: A Case Report and Review of the Literature. *Clin Pediatr (Phila)*. [Internet] 2022 [citado 31 julio 2025];61(11):802-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35678072>
- Ichinose M, Matsushima T, Hataya H. Purulent Discharge from Stensen Duct in Neonatal Suppurative Parotitis. *J Pediatr*. [Internet] 2022 [citado 31 julio 2025];243:230-1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34952006>
- Khan N, Abdullah A, Zafar F. Neonatal Parotitis: A case report. *J Pak Med Assoc*. [Internet] 2021 [citado 31 julio 2025];71(6):1682-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34111097>
- Spiegel R, Miron D, Sakran W, Horovitz Y. Acute neonatal suppurative parotitis: case reports and review. *Pediatr Infect Dis J* [Internet]. 2004 [citado 05 febrero 2025];23(1):76-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14743054>
- Ray S, Nadeem L. Suppurative parotitis in a preterm infant. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2023 [citado 21 junio 2025];16(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36720512>
- Velkoski A, Amoroso S, Brovedani P, Cont G, Trappan A, Travan L. Presentation of acute suppurative parotitis in a newborn with incessant crying. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* [Internet]. 2017 [citado 10 febrero 2025];102(2):F125. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27986789>
- Megged O, Baskin E. Neonatal Parotitis. *J Pediatr* [Internet]. 2018 [citado 11 febrero 2025];196:319. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29428272>.

ABSTRACT. Introduction: Neonatal acute suppurative parotitis is a rare condition, usually associated with factors such as prematurity, low weight, and dehydration, among others. The main reported infectious agent is *Staphylococcus aureus*. **Case description:** A 20-day-old male newborn presented with an increase in volume in the left maxillary region that had been developing for 3 days and a fever of 39°C. On physical examination, irritable, with hyporexia and inflammatory changes that compromised adequate suction/swallowing, pain on palpation, and purulent discharge through the Stenson's duct on the left side. Birth history: Born via cesarean section, 39 weeks of gestation, weight 3900 grams. Ultrasonography: Inflammatory changes and enlargement of the left parotid gland. Hematologic analysis reported monocytosis (10.7%, reference value 2-8) and lymphocytosis (52.1%, reference value 25-40). Inflammatory markers: prolactin 0.260 ng/mL (low risk of progression to sepsis), erythrocyte sedimentation rate 7 mm/h (normal, reference value 0-13), C-reactive protein 19.40 mg/L (elevated, reference value 1.00-5.00), Secretion culture: *Staphylococcus aureus*, sensitive to clindamycin. Management in the newborn nursery with intravenous clindamycin at 10 milligrams/kilogram/dose every 8 hours for 7 days, with satisfactory clinical evolution. **Conclusions:** This is a case of a newborn with acute suppurative parotitis caused by *Staphylococcus aureus*; the underlying cause could not be determined; however, management was successful with intravenous clindamycin, without complications. The authors recommend establishing suspicion in newborns who present with swelling in the maxillary region and fever, with or without risk factors.

Keywords: Newborn; Parotitis; *Staphylococcus aureus*.

CASO CLÍNICO

Klebsiella oxytoca multirresistente en desbridamiento de herida postquirúrgica: informe de caso clínico

Multidrug-resistant Klebsiella oxytoca in post-surgical wound debridement: a clinical case report

Omar Yesid Ceballos Atencia¹  <https://orcid.org/0009-0001-8857-2331>, Sandra Patricia Brand Vásquez²  <https://orcid.org/0009-0007-1456-8501>, Rafael G. Villarreal³  <https://orcid.org/0000-0002-9009-1086>, Brayán E. Ordoñez⁴  <https://orcid.org/0009-0003-0079-3901>, Gabriel A. Pérez⁴  <https://orcid.org/0009-0002-5482-9837>, Carlos Javier Castro Cavadía⁵  <https://orcid.org/0000-0002-3928-881X>, Linda María Chams-Chams⁵  <https://orcid.org/0000-0002-5300-6110>.

¹Universidad de Córdoba, Programa de Bacteriología, Grupo de investigaciones Microbiológicas y Biomédicas de Córdoba (GIMBIC), Semillero de Investigación en Epidemiología Molecular (EPIMOL); Montería, Colombia.

²Empresa Social del Estado Hospital San Jerónimo de Montería, Laboratorio Clínico; Montería, Colombia.

³Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Grupo de Investigación BIOTECH Molecular Solutions Research Group; Programa de Estudio y Control de Enfermedades Tropicales (PECET); Medellín, Colombia.

⁴Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Grupo de Investigación BIOTECH Molecular Solutions Research Group; Medellín, Colombia.

⁵Universidad de Córdoba, Programa de Bacteriología, Grupo de Investigaciones Microbiológicas y Biomédicas de Córdoba (GIMBIC); Montería, Colombia.

RESUMEN. Introducción: La producción de Carbapenemasas es la principal causa de resistencia a antibióticos carbapenémicos en Enterobacterias, incluyendo el género *Klebsiella*. *Klebsiella oxytoca* se asocia con bacteriemias e infecciones del tracto urinario, sistema nervioso central, pulmones y tejidos blandos. Este caso reporta el aislamiento de *Klebsiella oxytoca* multirresistente (MDR), productora de carbapenemasa (KPC), a partir de una herida quirúrgica, desbridada en una paciente geriátrica. *Klebsiella oxytoca*, aunque es conocida por su potencial patógeno, no se considera una fuente común de producción de KPC. **Descripción del caso:** Mujer de 84 años con fractura de fémur derecho cuyo manejo fue artroplastia desarrollando infección quirúrgica, ingresó a urgencias con dolor y secreción seropurulenta en la herida quirúrgica post cirugía. Inicialmente se identificó *Enterobacter cloacae* BLEE, pero luego se confirmó *Klebsiella oxytoca* MDR productora de carbapenemasa (KPC) mediante NG-Test CARBA-5. Se inició tratamiento con meropenem y amikacina, junto a desbridamiento quirúrgico. El manejo multidisciplinario y el diagnóstico microbiológico rápido permitieron controlar la infección. **Conclusión:** La detección de *Klebsiella oxytoca* productora de KPC resalta la urgencia de combatir la resistencia antimicrobiana con vigilancia y uso racional de antibióticos, especialmente en pacientes vulnerables. Este caso, poco común en la literatura, documenta *Klebsiella oxytoca* KPC en un contexto postquirúrgico, reforzando la necesidad de vigilancia microbiológica exhaustiva. Pruebas rápidas como NG-Test CARBA-5 fueron clave para identificar rápidamente el mecanismo de resistencia y guiar el tratamiento.

Palabras clave: Carbapenémicos, Desbridamiento, Herida quirúrgica; *Klebsiella oxytoca*; Resistencia a medicamentos.

INTRODUCCIÓN

Las carbapenemasas, son pertenecientes a tres clases de β -lactamasas: Clase A: carbapenemasas de *Klebsiella pneumoniae* (KPC), Clase B: la Nueva Delhi metalo- β -lactamasa (NDM), Imipenemasa (IMP) y la metalo- β -lactamasa Verona codificada por integrón (VIM); y las de Clase D: las β -lactamasas similares a la oxacilinasas (OXA-48 la más común). La producción de KPC, es el principal mecanismo de resistencia a antibióticos carbapenémicos (imipenem, meropenem, ertapenem, doripenem) en *Klebsiella oxytoca* (*K. oxytoca*), un patógeno emergente asociado a infecciones nosocomiales. Sin embargo, existe escasa información sobre cepas de *Klebsiella oxytoca* productoras de estas enzimas, a diferencia de lo informado en *Klebsiella pneumoniae* (*K. pneumoniae*), lo que dificulta el manejo clínico y epidemiológico de infecciones causadas por este microorganismo.^{1,2}


K. oxytoca es un patógeno oportunista relevante en Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), con una prevalencia del 2 al 24%, capaz de causar infecciones graves como bacteriemias, infecciones urinarias y de heridas quirúrgicas, especialmente en pacientes inmunocomprometidos,² donde un inadecuado manejo de heridas (independientemente de su causa) está asociado a un incremento en la tasa de complicaciones, aumento de morbilidad, estancia hospitalaria prolongada y aumento de costos.³ Su resistencia a múltiples antibióticos, incluidos los carbapenémicos, se debe a mecanismos como la

Recibido: 25-03-2025 Aceptado: 29-10-2025 Primera vez publicado en línea: 08-11-2025
Dirigir correspondencia a: Rafael Guillermo Villarreal Julio
Correo electrónico: rafael.villarreal@udea.edu.co

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Este proyecto fue financiado por Colciencias proyecto 325649326207-678 122865740423

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Villarreal-Julio RG, Ceballos-Atencia OY, Brand-Vásquez P, Ordoñez BE, Pérez GA, Castro-Cavadía CJ, Chams-Chams LM. *Klebsiella oxytoca* multirresistente en desbridamiento de herida postquirúrgica: informe de caso clínico. Rev Méd Hondur. 2025; 93(Supl. 3). S26-S30. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21390>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

producción de carbapenemasas y la salida del antibiótico por medio de bombas de eflujo. Entre estas, las KPC (clase A) son las más prevalentes, aunque el conocimiento de su producción por *K. oxytoca* es limitado.²

La relevancia clínica de este patógeno se evidencia en brotes nosocomiales y casos complejos, como endocarditis o infecciones de tejidos blandos, donde su resistencia complica el tratamiento. Estudios como el de Cen y Zhang (2020) destacan la virulencia de *Klebsiella* spp. resistente a carbapenémicos en heridas, requiriendo intervenciones agresivas como amputaciones.⁴ Además, gracias a la naturaleza y afinidad de *K. oxytoca* por las IAAS, la probabilidad de encontrarse en heridas postquirúrgicas aumenta. Brotes por cepas productoras de metalo- β -lactamasas, como la Imipenemasa 8 (IMP-8) resaltan el riesgo de transmisión hospitalaria y la necesidad de vigilancia epidemiológica.^{5,6}

Dada la creciente resistencia de *K. oxytoca* a carbapenémicos y su impacto en Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), esta presentación de caso busca enfatizar la importancia epidemiológica de un aislamiento de *K. oxytoca* productora de KPC en un desbridamiento postquirúrgico, con el fin de aportar evidencia sobre su perfil de resistencia y reforzar estrategias de control infeccioso.^{7,8} El objetivo es determinar la presencia de carbapenemasa tipo KPC y su importancia en el manejo clínico, contribuyendo a la escasa literatura disponible sobre este fenotipo en la especie.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 84 años procedente del Corregimiento de Leticia, Montería, Colombia; que 15 días antes presentó caída desde su propia altura con posterior trauma en cadera derecha condicionando fractura desplazada en diáfisis de fémur derecho, con indicación de corrección quirúrgica (**Figura 1**). Tras el manejo inicial en la primera institución, la familia optó por el retiro voluntario y decidió trasladar a la paciente a la Empresa Social del Estado Hospital San Jerónimo de Montería, motivada

por la percepción de una atención más adecuada y por recomendaciones de otros familiares.

Ingresó al servicio de Urgencias con dolor y secreción seropurulenta en la herida quirúrgica post cirugía en el fémur derecho. Al examen físico presentó PA: 120/60 mmHg, FC: 65 lpm, FR: 13 rpm, SPO2: 95%, T°: 36°C. Se encontró en aceptables condiciones generales, hemodinámicamente estable, afebril, consciente, sin déficit neurológico aparente, ruidos cardíacos rítmicos, ni soplos, sin complicaciones ni adenopatías palpables, tórax simétrico, normoexpansible, sin tiraje intercostal, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Sin anomalías en otros sistemas y con sospecha diagnóstica de complicación mecánica de prótesis articular interna (**Figura 2**), por lo que se decide ingreso al servicio de hospitalización y valoración con Ortopedia. Días después persistió eritema, dolor y secreción en herida quirúrgica post cirugía en fémur derecho, cubierta con apósitos estériles con presencia de secreción y compromiso de la epidermis; igualmente, edema en miembro inferior derecho debido a estasis linfática por falta de movilización. Se solicitaron paraclínicos químicos con reactantes de fase aguda elevados; y urinarios y hemáticos con resultados dentro de los rangos normales; y cultivo y antibiograma para microorganismos, de la secreción de la herida en el fémur derecho.

Se recibe primer resultado de cultivo que informa *Enterobacter cloacae* con producción de Beta-lactamasas de Espectro Extendido (BLEE), con antibiograma informando sensibilidad a meropenem e imipenem, por lo que se procede a terapia antibiótica con meropenem 1g Endovenoso (EV) cada 8h. Se le solicita a la paciente realización de lavado y desbridamiento de la herida, con tomas de nuevos cultivos. Se obtuvo crecimiento a las 24 horas de *K. oxytoca* multirresistente (MDR) con antibiograma sensible sólo a amikacina, y producción de Carbapenemasa tipo KPC comprobada por test rápido NG-Test CARBA-5 (**Figuras 3 y 4**). Desde el laboratorio interno, se decide enviar solicitud de confirmación de sensibilidad antimicrobiana basándose en Carbapenemasa tipo KPC por parte del agente aislado, al Labo-



Figura 1. Sutura reintervenida por fractura de desplazamiento de diáfisis de fémur derecho sin mejoría.



Figura 2. Herida quirúrgica post cirugía sospechosa de infección, con evidencia de material purulento.



Figura 3. Colonias puras de *Klebsiella oxytoca* en Agar de MacConkey.

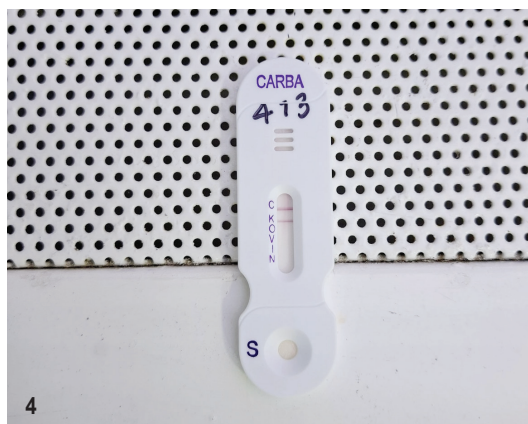


Figura 4. Prueba inmunocromatográfica rápida NG-test Carba 5 con positividad para Carbapenemasas tipo KPC de la cepa aislada.

ratorio de Salud Pública Departamental (LSPD). La muestra fue tomada de las colonias puras obtenidas de *K. oxytoca*, enviadas en un medio de transporte debidamente rotulado.

En compañía con el servicio de infectología se ajustó el manejo antibiótico con meropenem 1g EV cada 8h y amikacina 1g EV cada 24h, junto a desbridamiento quirúrgico. El manejo multidisciplinario y el diagnóstico microbiológico rápido permitieron controlar la infección. A su valoración final refiere mejoría del cuadro clínico, con buen patrón de descanso, leve dolor en extremidad afectada, disminución del exudado de la herida, niega fiebre u otra sintomatología asociada. Se decide dar autorización de atención hospitalaria a domiciliaria para completar esquema de tratamiento. Con curaciones, tratamiento ambulatorio y terapia físicas domiciliarias; se da alta médica manifestándole al paciente y su familiar acudir a cita control y seguir las indicaciones médicas; se le indica regresar a urgencia en caso de cifras tensionales elevadas, fiebre mayor de 38°C, dolor abdominal intenso, sangrado, somnolencia y palidez mucocutánea generalizada.

DISCUSIÓN

La resistencia antimicrobiana es una de las principales amenazas para la salud pública global. En particular, la resistencia a los antibióticos carbapenémicos en Enterobacterias, especialmente *Klebsiella* spp., segundo género de importancia de infecciones adquiridas en aislamientos hospitalarios.⁷⁻⁹ Es un problema creciente que afecta el manejo y tratamiento de infecciones graves. Las carbapenemasas, que son enzimas capaces de hidrolizar una amplia gama de antibióticos β-lactámicos, son las principales responsables de esta resistencia. Entre las carbapenemasas de clase A, las carbapenemasas de *Klebsiella pneumoniae* (KPC) son las más prevalentes. Sin embargo, otras especies como *K. oxytoca* están comenzando a emerger como patógenos significativos que producen carbapenemasas tipo KPC, complicando aún más la gestión clínica de IAAS. Igualmente, se considera multirresistente (MDR, *multidrug-resistant*)

al microorganismo que presenta resistencia adquirida *in vitro* a más de un fármaco antibacteriano.¹⁰ El ensayo NG-test Carba 5 (NG Biotech, Guipry, Francia) para la detección de carbapenemasas, incluidas KPC, IMP, NDM, VIM y similares a OXA-48; es un método rápido y preciso basado en una prueba inmunocromatográfica, en donde se pone en contacto una colonia de una cepa cultivada pura con cinco gotas de tampón de lisis que luego, se transfiere al casete NG-Test Carba5. Los resultados se leen después de 15 min de incubación.¹

El aislamiento de *K. oxytoca* MDR con carbapenemasas tipo KPC desde una secreción de herida quirúrgica postcirugía, la cual fue desbridada y desinfectada, supone un desafío a nivel del área de infectología y la aplicación de la terapia antibiótica.^{7,8} Además, pacientes en edades extremas suelen tener mayor riesgo de susceptibilidad a infecciones asociadas a la atención en salud. La paciente de este caso presentó una complicación asociada a los cuidados de la salud y en su contexto con mayor riesgo de una cepa MDR. *K. oxytoca* ha sido históricamente menos estudiada en comparación con *K. pneumoniae*, a pesar de ser un patógeno oportunista significativo que causa una variedad de infecciones, incluyendo bacteriemias, infecciones del tracto urinario, del sistema nervioso central, pulmones, piel y tejidos blandos. La capacidad de *K. oxytoca* para adquirir y diseminar genes de resistencia a los antibióticos es preocupante, especialmente en entornos hospitalarios donde la transmisión de cepas multirresistentes puede ocurrir con rapidez, en donde esencialmente puede estar asociada con una alta mortalidad, emergiendo como una nueva amenaza para la salud pública.⁸

En el caso presentado, se observa un aislamiento de *K. oxytoca* multirresistente con producción de carbapenemasa tipo KPC en un contexto de desbridamiento de herida quirúrgica post cirugía. Este hallazgo es significativo dado que *K. oxytoca* no es tradicionalmente considerada como un productor primario de KPC. Este aislamiento destaca la necesidad de un monitoreo continuo y exhaustivo de las infecciones causadas por *K. oxytoca* y la implementación de medidas de control de infecciones para prevenir brotes hospitalarios.^{11,12}

El desbridamiento de heridas postquirúrgicas es crucial para el manejo adecuado de infecciones y la promoción de la cicatrización. Un manejo inadecuado de las heridas puede llevar a complicaciones severas, incluyendo infecciones persistentes que pueden resultar en una morbilidad y mortalidad aumentadas, estancias hospitalarias prolongadas y costos elevados para el sistema de salud.³ En el caso descrito, la paciente presentó un problema mecánico con posterior fractura de diáfisis de fémur derecho, seguida de una infección por *K. oxytoca* productora de KPC. El tratamiento inicial con meropenem fue revisado y ajustado para incluir amikacina, basado en el perfil de sensibilidad antimicrobiana del aislado, demostrando la importancia de la terapia antibiótica dirigida en el manejo de microorganismos en infecciones complejas.

El diagnóstico rápido y preciso de infecciones causadas por microorganismos productores de carbapenemasas es crucial para el manejo efectivo de estos casos y presenta un desafío importante en la actualidad. En el caso presentado, el uso del test rápido NG-Test CARBA-5 permitió la identificación rápida de la producción de carbapenemasa tipo KPC, lo que facilitó una intervención terapéutica oportuna.^{13,14} Sin embargo, la escasez de datos sobre la epidemiología y el impacto clínico de *K. oxytoca* productora de KPC subraya la necesidad de estudios adicionales para comprender mejor los factores de riesgo, mecanismos de transmisión y estrategias de tratamiento óptimas para estos patógenos emergentes.⁷

Muchos agentes antimicrobianos de uso común, incluyendo β -lactámicos (p. ej., cefalosporinas, carbapenémicos y piperacilina-tazobactam) y agentes no β -lactámicos (p. ej., amikacina, colistina, quinolonas, tigeciclina y trimetoprima-sulfametoxazol) podrían ser opciones terapéuticas para infecciones por *K. oxytoca* según factores del paciente tales como la gravedad de la enfermedad, el estado de inmunidad y el sitio de infección. El tratamiento antimicrobiano para cepas resistentes a carbapenémicos de *K. oxytoca* es el mismo que para Enterobacterias Resistentes a Carbapenémicos (CRE). Las opciones antimicrobianas contra CRE suelen estar estratificadas por el sitio de infección (infecciones del tracto urinario o fuera del tracto urinario), el perfil de resistencia (la susceptibilidad a meropenem además de la resistencia a ertapenem) y los tipos de carbapenemasas. Para infecciones fuera del tracto urinario contra cepas productoras de KPC, generalmente se recomiendan combinaciones que contienen nuevos inhibidores de β -lactamasa no β -lactámicos, como ceftazidima-avibactam, meropenem-vaborbactam e imipenem-relebactam. Mientras que cefiderocol (una nueva cefalosporina siderófora) o ceftazidima-avibactam más aztreonam, son la opción preferida contra productoras de NDM.¹⁵

La emergencia de *K. oxytoca* como un patógeno productor de carbapenemasas KPC tiene implicaciones significativas para la salud pública. Se requiere una vigilancia intensificada para detectar y controlar la diseminación de estas cepas resistentes. Además, los esfuerzos deben centrarse en el uso racional de antibióticos, desarrollo de nuevas terapias antimicrobianas y

enfoques de tratamiento alternativos, como la combinación de antibióticos y el uso de agentes no antibióticos para el manejo de infecciones complicadas.

La investigación futura debería abordar las siguientes áreas clave: mecanismos de resistencia: Explorar los mecanismos genéticos y moleculares que subyacen a la resistencia a los carbapenémicos en *K. oxytoca*, incluyendo la transferencia horizontal de genes y las mutaciones que confieren resistencia. Factores de virulencia: Investigar los factores de virulencia específicos que permiten a *K. oxytoca* establecer infecciones en diferentes sitios del cuerpo y en diferentes poblaciones de pacientes. Estrategias de prevención: Desarrollar estrategias de prevención y control de infecciones más efectivas, incluyendo prácticas mejoradas de higiene y desinfección en entornos hospitalarios. Terapias antimicrobianas innovadoras: Evaluar la eficacia de nuevas combinaciones de antibióticos y agentes no antibióticos para el tratamiento de infecciones causadas por *K. oxytoca* multirresistente.^{7,16}

En conclusión, la detección de *K. oxytoca* productora de carbapenemasa tipo KPC en un contexto clínico subraya la necesidad urgente de abordar la resistencia antimicrobiana de manera integral, con un enfoque en la prevención, diagnóstico rápido y tratamiento efectivo para mitigar el impacto de estas infecciones en la salud pública.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES.

OYC identificó *K. oxytoca*; SPB coordinó la confirmación de sensibilidad. RGV, BEO y GAP analizaron resistencia y epidemiología. CJC y LMCC lideraron la investigación e interpretaron implicaciones clínicas. Todos los autores participaron en la redacción y revisión del documento, ajustándose a normas editoriales.

DETALLES DE LOS AUTORES

Omar Yesid Ceballos Atencia, Estudiante de Bacteriología de décimo semestre de la Universidad de Córdoba; ocebillosatencia80@correo.unicordoba.edu.co
Sandra Patricia Brand Vásquez, Bacterióloga, Especialista en Microbiología médica, Especialista en Auditoría en salud y Gerencia administrativa en salud; sandrapbrand50@gmail.com
Rafael G. Villarreal, PhD, Microbiólogo y Bioanalista, Médico y cirujano, Magister en Biología, Doctorado en ciencias de la salud, PostDoctorado ciencias de la salud; rafael.villarreal@udea.edu.co
Brayan E. Ordoñez, Médico y cirujano; brayan.ordonez@udea.edu.co
Gabriel A. Pérez, Médico Internista; gabrielperez126@gmail.com
Carlos Javier Castro Cavadía, PhD, Bacteriólogo; carloscastro@correo.unicordoba.edu.co
Linda María Chams-Chams, Bacterióloga, Magíster en Ciencias agroalimentarias; lmchams@correo.unicordoba.edu.co

REFERENCIAS

- Gu D, Yan Z, Cai C, Li J, Zhang Y, Wu Y, et al. Comparison of the NG-Test Carba 5, Colloidal Gold Immunoassay (CGI) Test, and Xpert Carba-R for the Rapid Detection of Carbapenemases in Carbapenemase-Producing Organisms. *Antibiotics* [Internet]. 2023 [citado 11 junio 2024];12(2):300. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2079-6382/12/2/300>
- Neog N, Phukan U, Puzari M, Sharma M, Chetia P. *Klebsiella oxytoca* and Emerging Nosocomial Infections. *Curr Microbiol* [Internet]. 2021 [citado 11 junio 2024];78(4):1115-1123. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00284-021-02402-2>
- Meza Díaz MA. Guía de Procedimiento de Desbridamiento Quirúrgico de Tejido Subcutáneo (incluye piel y dermis) primeros 20cm cuadrados o menos. [Internet] Perú: INSNSB; 2020.[citado 11 junio 2024]. Disponible en: <https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000236-2020-DG-INSNSB%20CX%20PLASTICA%20-%202%20-%20GP%20DESRIDAMIENTO%20DE%20TEJIDO%20-%20VF.pdf>
- Cen H, Zhang L. Management of carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* infection in a patient with diabetic foot ulcer and necrotizing soft tissue infection, bacteremia and lung infection: A case report. *Asian J Surg* [Internet]. 2020 [citado 8 julio 2024];43(9):930-931. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1015958420301287?via%3Dihub>
- De Escalante Yangüela B, Aibar Arregui MA, Muñoz Villalengua M, Olivera González S. Endocarditis nosocomial por *Klebsiella oxytoca* *Klebsiella oxytoca* nosocomial endocarditis. *An Med Interna* [Internet]. 2007 [citado 9 julio 2024]; 24(11): 563-564. Disponible en: https://scielo.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001100014
- Vergara S. Estudio clínico y epidemiológico de un brote nosocomial producido por *klebsiella oxytoca* productora de IMP-8. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Sevilla; 2015. [citado 14 abril 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=46690>
- Pérez-Vázquez M, Oteo-Iglesias J, Sola-Campoy P, Carrizo-Manzoni H, Bautista V, Lara N, et al. Characterization of Carbapenemase-Producing *Klebsiella oxytoca* in Spain, 2016-2017. *Antimicrob Agents Chemother* [Internet]. 2019[citado 14 abril 2025];63(6):e02529-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30936106/>
- Wan W, Yang X, Yu H, Wang M, Jia W, Huang B, et al. Genomic characterization of carbapenem-resistant *Klebsiella oxytoca* complex in China: a multi-center study. *Front Microbiol* [Internet]. 2023 [citado 27 julio 2024];14:1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmicb.2023.1153781>
- Echeverri-Toro Li, Rueda Zulma V, Maya W, Agudelo Y, Ospina S. *Klebsiella pneumoniae* multi-resistente, factores predisponentes y mortalidad asociada en un hospital universitario en Colombia. *Rev chil infectol* [Internet]. 2012 [citado 14 abril 2025];29(2):175-182. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182012000200009&lng=es
- Camacho-Silvas L, Portillo-Gallo J, Rivera-Cisneros A, Sánchez-González R, Franco-Santillán R, Duque-Rodríguez, et al. Multirresistencia, resistencia extendida y panresistencia a antibacterianos en el norte de México. *Cir Cir* [Internet]. 2021 [citado 14 abril 2025];89(4):426-234. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2021000400426&lng=es
- Melgarejo Touchet NI, Martínez Mora M, Brítez C, Dunjo P, Kawabata A, Laconich M, et al. Caracterización fenotípica y genotípica de carbapenemasas producidas por patógenos bacterianos gramnegativos aislados en hospitales de Paraguay. *Rev Na (Itauguá)* [Internet]. 2025[citado 14 abril 2025];17:e1700106. Disponible en: <https://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v17/2072-8174-hn-17-e1700106.pdf>
- Liébana-Rodríguez M, Recacha-Villamor E, Díaz-Molina C, Pérez-Palacios P, Martín-Hita L, Enríquez-Maroto F, et al. Brotes por *Klebsiella oxytoca* en unidades de cuidados intensivos neonatales: análisis de un brote en un hospital de tercer nivel y revisión sistemática. *Enferm Infecc Microbiol Clín* [Internet]. 2024[citado 14 abril 2025];42(6):294-301. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X23000551>
- Begun MF, Nasrin M. Impact of Carbapenem Resistance Enterobacterales (CRE) on Human Health: Bangladesh Perspective. *Bangladesh J Med Microbiol* [Internet]. 2025[citado 14 abril 2025];19(1):1-3. Disponible en: <https://banglajol.info/index.php/BJMM/article/view/80327/53157>
- Qin HF, He JK, Chen X, Jiang K, Cai XY, Wu XN, et al. Evaluation of the NG-Test Carba 5 for the clinical detection of carbapenemase-producing gram-negative bacteria. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2025[citado 14 abril 2025];12:1512345. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2025.1512345/full>
- Yang J, Long H, Hu Y, Feng Y, McNally A, Zong Z. *Klebsiella oxytoca* Complex: Update on Taxonomy, Antimicrobial Resistance, and Virulence. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. 2022[citado 14 abril 2025];35(1):e0000621. Disponible en: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/cmr.00006-21>
- Camacho Silvas LA. Resistencia bacteriana, una crisis actual. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2023[citado 14 abril 2025];97:e202302013. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2023.v97/e202302013/es/>







ABSTRACT. Introduction: Carbapenemase production is the main cause of resistance to carbapenem antibiotics in Enterobacteriaceae, including *Klebsiella* genus. *Klebsiella oxytoca* species is associated with bacteremia and infections of urinary tract, central nervous system, lungs, and soft tissues. This case reports the isolation of multidrug-resistant (MDR) *Klebsiella oxytoca*, a producer of KPC-type carbapenemase, from a debrided post-surgical wound in a geriatric patient. *Klebsiella oxytoca*, although known for its pathogenic potential, is not considered a common source of KPC production. **Case description:** An 84-year-old woman with a right femur fracture treated with arthroplasty developed a surgical infection. She was admitted to the emergency department with pain and seropurulent discharge from the post-surgical wound. Initially, ESBL *Enterobacter cloacae* was identified; however, later, KPC (carbapenemase)-producing MDR *Klebsiella oxytoca* was confirmed by the CARBA-5 NG-Test. Treatment was initiated with meropenem and amikacin, along with surgical debridement. Multidisciplinary management and rapid microbiological diagnosis allowed control of the infection. **Conclusion:** The detection of KPC-producing *Klebsiella oxytoca* underscores the importance of combating antimicrobial resistance through surveillance and the rational use of antibiotics, particularly in vulnerable patients. This case, uncommon in the literature, documents KPC-producing *Klebsiella oxytoca* in a postsurgical setting, reinforcing the need for comprehensive microbiological surveillance. Rapid tests such as the CARBA-5 NG-Test were key to rapidly identify resistance mechanism and guide treatment.

Keywords: Carbapenems, Debridement, Wound healing; *Klebsiella oxytoca*; Drug resistance.

CASO CLÍNICO

Histoplasmosis diseminada en pediatría: serie de casos y análisis clínico en hospital de tercer nivel

Disseminated histoplasmosis in pediatrics: case series and clinical analysis in a tertiary hospital

Cintha Karina Mejía-Escobar^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0002-9214-5471>, José Roberto Andino^{1,2}  <https://orcid.org/0009-0003-0830-1887>, Sandra Aracely Montoya Ramírez³  <https://orcid.org/0009-0000-7681-5706>, Katia López Mejía^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0002-3457-4745>, Mónica Fernanda Medina Guillen^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0003-1479-3980>, Pamela Zacasa⁴  <https://orcid.org/0009-0009-6768-6450>.

¹Secretaría de Salud de Honduras, Hospital Escuela, Departamento de Gestión Académica e Investigación; Tegucigalpa, Honduras.

²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

³Secretaría de Salud de Honduras, Hospital Escuela, Departamento de Laboratorio Clínico de Micología; Tegucigalpa, Honduras.

⁴Secretaría de Salud de Honduras, Hospital Escuela, Departamento de Pediatría; Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. Introducción: La histoplasmosis es una micosis endémica causada por *Histoplasma capsulatum*, un hongo dimórfico que prolifera en suelos contaminados con excrementos de aves y murciélagos, en particular en cuevas, edificios abandonados y sitios de excavación. Es prevalente en Centroamérica y Suramérica, donde su diagnóstico suele ser un desafío debido a la similitud clínica con otras enfermedades como la tuberculosis y la leishmaniasis. **Descripción serie de casos:** Caso 1: Sexo masculino, 3 años, procedente de zona urbana, con inmunodeficiencia por deficiencia del receptor de interleucina 12 y antecedente de infección por *Mycobacterium bovis*. Ingresó por invaginación intestinal y, dos meses después, reingresó con diarrea, fiebre y hepatomegalia. Se diagnosticó histoplasmosis e inició anfotericina B al día 5 intrahospitalario (IH), falleciendo al día 28. Caso 2: Sexo masculino, 14 años, procedente de zona rural, con historia previa de histoplasmosis e inmunodeficiencia primaria. Se presentó con dolor abdominal, fiebre y adenopatías cervicales. Se confirmó reactivación de histoplasmosis; inició tratamiento con itraconazol al día 17 IH con buena evolución. Caso 3: Sexo masculino, 6 años, procedente de zona rural, con tuberculosis diseminada e histoplasmosis confirmada por cultivo y antígeno en orina. Inició tratamiento combinado al día 20 IH, falleciendo al día 35. **Conclusión:** La presentación clínica de histoplasmosis diseminada en tres niños inmunocomprometidos o expuestos a ambientes de riesgo fue inespecífica. Es necesario fundamentar la sospecha clínica y epidemiológica de manera temprana en establecimientos de recursos limitados y en zonas donde también prevalecen enfermedades como la tuberculosis y leishmaniasis visceral.

Palabras clave: Histoplasmosis, Huésped inmunocomprometido; Infecciones, Micosis, Tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La histoplasmosis es una micosis endémica causada por *Histoplasma capsulatum*, un hongo dimórfico que crece como moho en el ambiente y como levadura en los tejidos humanos. Existen dos variedades principales: *H. capsulatum* y *H. duboisii*.¹ Esta micosis es endémica en regiones de Estados Unidos, Centroamérica, Sudamérica, y África. En Centroamérica y Sudamérica la prevalencia de infección por *H. capsulatum* puede superar el 30%; no obstante, su incidencia exacta es desconocida debido al subregistro y a la confusión diagnóstica con tuberculosis. Modelos epidemiológicos sugieren incidencias de hasta 1.5 casos por cada 100 personas con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).² En América Latina, las tasas de coinfección histoplasmosis-VIH son variables, con reportes menores del 10% en países como Panamá, Colombia, Argentina y Brasil, y superiores al 35% en regiones de Venezuela, Guayana Francesa y Centroamérica.³

El hongo prolifera en suelos contaminados con excrementos de aves y murciélagos, especialmente en edificios abandonados, cuevas y áreas de excavación, construcción o demolición.² La infección puede afectar a personas de todas las edades; en individuos inmunocompetentes suele ser asintomática. La presentación clínica varía según el estado inmunológico del paciente, la carga de inóculo inhalado y la existencia de enfermedades pulmonares subyacentes.¹ Los síntomas suelen ser inespecíficos e incluyen fiebre, fatiga, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y alteraciones hematológicas.⁴ La forma

Recibido: 06-03-2025 Aceptado: 21-10-2025 Primera vez publicado en línea: 08-11-2025


Dirigir correspondencia a: Cintha Karina Mejía Escobar

Correo electrónico: karinamejiaesc@gmail.com

RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Esta serie de casos clínicos se analizó y el artículo se preparó bajo la subvención Wellcome Trust 226688/Z/22/Z, Proyecto The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe: Crear equidad en la investigación sanitaria conectando la excelencia y compartiendo los conocimientos.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Mejía-Escobar CK, Andino JR, Montoya-Ramírez SA, López-Mejía K, Medina-Guillen MF, Zacasa P. Casos pediátricos de histoplasmosis diseminada atendidos en hospital de tercer nivel, Honduras: lecciones aprendidas. Rev Méd Hondur. 2025; 93 (Supl. 3). S31-S37. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21376>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

diseminada es la más grave y en pediatría se asocia con alta morbimortalidad, predominando en menores de dos años y en pacientes con inmunosupresión. El diagnóstico se puede determinar mediante la observación directa o el aislamiento del patógeno, o detección de antígenos, anticuerpos o ácidos nucleicos.⁵⁻⁷

En Honduras, la histoplasmosis está subdiagnosticada y subregistrada, especialmente en pediatría. Este artículo presenta tres casos de histoplasmosis diseminada en niños atendidos en el principal hospital del país entre 2023 y 2024, destacando la importancia de su sospecha clínica y manejo oportuno. Se obtuvo el consentimiento informado y se garantizó la confidencialidad de los pacientes.

DESCRIPCIÓN SERIE DE CASOS

Caso clínico 1. Masculino de 3 años, procedente de zona urbana del centro del país, con antecedente de inmunodeficiencia primaria por deficiencia del receptor de interleucina 12 e infección diseminada por *Mycobacterium bovis* desde los seis meses de edad, acudió a emergencia con historia de tres días de evacuaciones diarreas sanguinolentas y rechazo alimentario. Un ultrasonido abdominal reveló invaginación intestinal, por lo que se realizó una laparotomía exploratoria, encontrándose múltiples adenopatías mesentéricas extendidas hasta el retroperitoneo y lesiones en el íleo distal y válvula ileocecal. La biopsia reportó linfadenitis crónica granulomatosa sin necrosis caseosa. Posteriormente, una colonoscopia y panendoscopia revelaron colitis nodular y esofagitis aguda con gastritis crónica. Se inició tratamiento con terapia cuádruple por reactivación de la infección por *M. bovis*, y manejo con inmunoglobulinas. Tuvo evolución satisfactoria y fue dado de alta tras 24 días de hospitalización, con seguimiento por gastroenterología, infectología e inmunología pediátrica.

Dos meses después, el paciente reingresó por evacuaciones diarreas con estrías sanguinolentas y fiebre. Al examen físico, presentó soplo cardiopulmonar, abdomen distendido y

hepatomegalia. Se iniciaron antibióticos de primera línea, pero debido a la persistencia de la fiebre y los hallazgos laboratoriales que mostraban leucocitosis y elevación de proteína C reactiva, se escaló a segunda línea antibiótica. El diagnóstico de histoplasmosis fue mediante estudios microbiológicos y pruebas serológicas. Durante la hospitalización, se identificaron levaduras con pseudohifas en un cultivo de orina, por lo que se inició tratamiento antifúngico con anidulafungina. Ante la sospecha clínica de histoplasmosis, se solicitó la detección de antígeno de *Histoplasma* en orina (antigenuria), cuyo resultado fue positivo. Posteriormente, se realizó un cultivo en sangre utilizando la técnica de buffy coat (capa leucocitaria) que demostró la presencia de levaduras compatibles con *H. capsulatum*. Este procedimiento implicó el uso de una muestra de sangre anticoagulada, centrifugada para obtener la capa leucocitaria, cultivada en Sabouraud y Mycosel. Adicionalmente, la tinción de Giemsa permitió observar levaduras intracelulares dentro de macrófagos, confirmando la sospecha inicial (**Figura 1**).

Con el diagnóstico confirmado, se ajustó el tratamiento antifúngico a anfotericina B liposomal (4 mg/kg/día) como terapia de elección, iniciando a los cinco días intrahospitalarios (IH). Sin embargo, el paciente presentó un deterioro clínico progresivo, con sangrado digestivo y dificultad para la alimentación. Ante la ausencia de trasplante de médula ósea en el país para el manejo de su inmunodeficiencia subyacente, se decidió brindar cuidados paliativos. Finalmente, el paciente falleció por falla multiorgánica a los 28 días de su reingreso hospitalario (**Cuadro 1**).

Caso clínico 2. Masculino de 14 años, procedente de una zona rural del sur del país, con contacto con aves de corral y murciélagos en su hogar, y antecedente de histoplasmosis diagnosticado a los 9 años, manejado por el servicio de infectología. Acude a emergencia por dolor abdominal de 6 días de evolución, acompañado de fiebre, vómitos y pérdida de peso significativa en el último mes. Al examen físico, se observó palidez generalizada, adenopatías cervicales indoloras, lesiones acrómicas en miembros inferiores, una lesión nodular en el

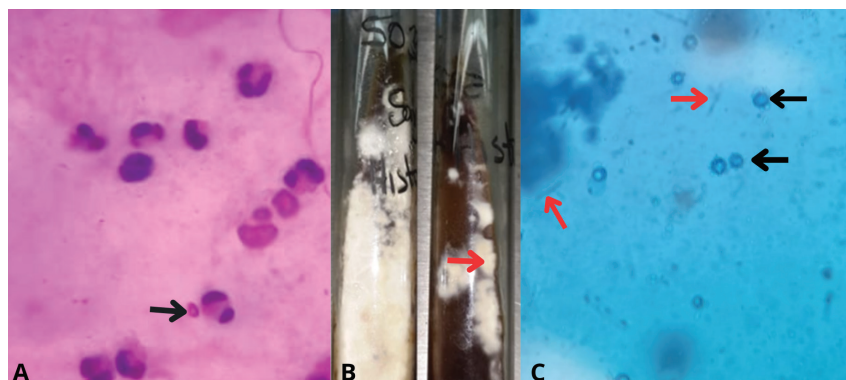


Figura 1. A. Muestra de sangre periférica utilizando la técnica de buffy coat, tinción de Giemsa (100X): levadura (flecha negra), adyacente a un leucocito. B. La misma muestra fue cultivada en Agar Sabouraud (izquierda) y Agar Mycosel (derecha): tras incubación a 28-30 °C durante 15 días, se observará el desarrollo de colonias blanquecinas, de aspecto algodonoso, características de la fase micelial de *Histoplasma capsulatum* (flecha roja). C. Examen microscópico del cultivo en azul de lactofenol (40X): se observa micelio hialino septado (flecha roja) y macroconidios hialinos, redondeados (flecha negra).

Cuadro 1. Información cronológica del caso clínico 1: paciente con histoplasmosis diseminada e inmunodeficiencia primaria, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras (2023-2024).

Fecha/Periodo	Evento	Detalles
Edad: 6 meses	Diagnóstico inicial de tuberculosis (<i>M. bovis</i>) e inmunodeficiencia primaria	Diagnóstico de deficiencia del receptor de interleucina 12.
Primer ingreso (3 años)	Evacuaciones diarreicas sanguinolentas y rechazo alimentario	Se realiza ultrasonido abdominal: invaginación intestinal, adenopatías mesentéricas. Laparotomía exploratoria revela lesiones en el íleo distal y válvula ileocecal.
Primer ingreso		
Día 3	Laparotomía exploratoria	Hallazgo de adenopatías mesentéricas y lesiones intestinales. Biopsia reporta linfadenitis crónica granulomatosa.
Día 5	Colonoscopia y panendoscopia	Revelan colitis nodular, esofagitis aguda y gastritis crónica.
Día 7	Diagnóstico de reactivación de tuberculosis	Inicia terapia cuádruple antituberculosa e inmunoglobulinas.
Día 24	Alta médica del primer ingreso	Mejoría clínica, seguimiento por gastroenterología, infectología e inmunología pediátrica.
Dos meses después	Reingreso hospitalario por evacuaciones diarreicas con fiebre	Fiebre persistente, sangrado digestivo y dificultad para alimentarse.
Segundo ingreso		
Día 3	Diagnóstico laboratorial: Micológico antígeno para Histoplasma y cultivo micológico	Leucocitosis, elevación de PCR. Cobertura antibiótica con piperacilina-tazobactam
Día 5	Inicio de tratamiento Antigenuria para Histoplasma positiva	Anfotericina B liposomal (4mg/kg/día)
Día 15	Deterioro clínico progresivo	Sangrado digestivo, dificultad para alimentarse, no hay acceso a trasplante de médula ósea. Se brindan cuidados paliativos.
Día 28	Fallecimiento	Causa: falla multiorgánica.

M. bovis: Mycobacterium bovis

párpado inferior izquierdo, y abdomen sin signos de irritación peritoneal. Durante la hospitalización, se realizaron estudios de imagen, incluyendo ultrasonido abdominal con hepatomegalia y escaso líquido libre en la cavidad abdominal.

En los estudios laboratoriales, se confirmó la reactivación de la histoplasmosis mediante un ensayo serológico que detectó antígeno de *H. capsulatum* en orina, adicionalmente, se consideró fallo terapéutico para la histoplasmosis y se inició tratamiento con itraconazol a los 17 días IH. El paciente también fue diagnosticado con inmunodeficiencia primaria tras un conteo de CD4+ bajo. En el curso de su hospitalización desarrolló un absceso en la mano derecha, diagnosticado como osteomielitis por *Staphylococcus aureus*, requiriendo limpiezas quirúrgicas y tratamiento antibiótico. Tras 65 días de hospitalización, fue dado de alta con seguimiento ambulatorio por los servicios de ortopedia, inmunología, infectología y oftalmología pediátrica (**Cuadro 2**).

Caso clínico 3. Masculino de 6 años, procedente de una zona rural del país, con presencia de aves de corral en el hogar y exposición a un familiar con tuberculosis, fue referido de un hospital regional, con historia de una semana de evolución de edema en miembros inferiores, ascendente a los muslos, así como edema en manos y rostro, fiebre, tos productiva, rinorrea, episodios diarreicos de 5 a 6 veces al día, y una masa en el lado izquierdo del cuello. Al examen físico, destacaba una masa cervical de aproximadamente 10 cm de diámetro, indolora

con secreción mucopurulenta, y edema bilateral en miembros inferiores con fóvea positiva grado 3, abdomen distendido con ascitis y leve dolor a la palpación. Se ingresó con diagnóstico de desnutrición proteico-calórica y se solicitaron exámenes de laboratorio y estudios de imagen (**Cuadro 2**). Los exámenes mostraron anemia (Hb 7.5 g/dl), hipoproteínemia (albúmina 1.6 g/dl), y positividad para antígeno de *H. capsulatum* en orina (45 ng/ml). Además, un cultivo de la masa cervical identificó *H. capsulatum*, confirmando la diseminación de la infección. Adicionalmente, mediante GenXpert® MTB/RIF Ultra para *M. tuberculosis* en jugo gástrico se confirmó la tuberculosis diseminada.

El manejo inicial incluyó soporte nutricional con dieta hiperproteica, administración de albúmina intravenosa, transfusión de glóbulos rojos y tratamiento antimicrobiano. Ante la confirmación de histoplasmosis diseminada, se inició tratamiento antifúngico con anfotericina B liposomal intravenosa (2.7 mg/kg/día) a los 20 días IH, durante dos semanas. Así mismo por la tuberculosis se inició tratamiento antifímico de primera línea. Durante su estancia, el paciente presentó convulsiones, lo que requirió tratamiento anticonvulsivo con fenitoína, pese a la reposición electrolítica intensiva por hipocalcemia severa y el manejo de complicaciones metabólicas, el paciente sufrió un deterioro progresivo, culminando en una parada cardiorrespiratoria y falleciendo a los 35 días intrahospitalario. En el (**Cuadro 3**) se presentan las características clínicas de todos los pacientes.

Cuadro 2. Exámenes laboratoriales, estudios de imagen y manejo de pacientes con histoplasmosis diseminada e inmunodeficiencia primaria, y con histoplasmosis diseminada y tuberculosis ganglionar diseminada, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras (2023-2024).

Categoría	Caso Clínico 2	Caso Clínico 3
Exámenes de Laboratorio	-Cuento de CD4+: 277 células/mm ³ -Estudios para virus de inmunodeficiencia humana: negativos -Antígeno de <i>H. capsulatum</i> en orina: Positivo	-Hemograma: Glóbulos blancos: 11.5 x10 ⁹ /μl, Hemoglobina: 7.5 g/dl, Hematocrito: 24.8%, VCM: 56 fl Plaquetas: 833,000 /μl; -Química Sanguínea: Glucosa: 101 mg/dl, Creatinina: 0.35 mg/dl. Proteínas totales: 5 g/dl. Sodio: 138 mEq/L. Potasio: 4.4 mEq/L. Cloro: 104 mEq/L. Calcio: 7 mg/dl. TGO: 27 U/L, TGP: 18.4 U/L. Albumina: 1.6 g/dl; -Inmunología: IgE: 1040 mg/dl, IgG: 1832 mg/dl. C3: 129 mg/dl C4: 52.35 mg/dl, ADA, LDH y fosfatasa alcalina, CD4, IgA, IgM: no se reportaron los resultados; -Antígeno para histoplasma en orina: 45 ng/ml -- Galactomanano: 0.9; - GenXpert en jugo gástrico: <i>M. tuberculosis</i> detectado (alto);
Estudios de Imagen	-Ultrasonido abdominal: Asas de intestino delgado con paredes engrosadas, líquido libre de 90 ml en hueco pélvico e interasas; hepatomegalia (lóbulo derecho 15.2 cm) -Radiografía de tórax: no se evidencia alteraciones pulmonares ni cardíacas	-Radiografía de tórax: Atelectasia en pulmón derecho; -Ultrasonido de cuello: Adenopatías abscesadas en niveles ganglionares 2 y 3 izquierdos; -Ultrasonido abdominal: Inflamación de colon ascendente, transverso y descendente, grasa mesentérica con líquido laminar entre asas intestinales; -Tomografía cerebral: Sin alteraciones
Diagnóstico	-Histoplasmosis reactivada; -Chalazión crónico en párpado inferior izquierdo; -Emaciación severa; -Cardiopatía hiperkinética; -Vítligo -Osteomielitis y fractura del primer metacarpiano derecho (absceso mano derecha)	-Histoplasmosis diseminada -Tuberculosis ganglionar diseminada -Desnutrición proteína-calórica
Tratamiento	-Tratamiento antifúngico: Itraconazol (fallo terapéutico previo); -Antibiótico: Oxacilina, cefalexina (por <i>S. aureus</i>); -Inmunoterapia: Inmunoglobulinas por sospecha de inmunodeficiencia primaria; -Manejo ortopédico: Limpiezas quirúrgicas, desbridamiento y colocación de injerto en mano derecha	-Soporte nutricional: Dieta hiperproteica e hipercalórica Albumina intravenosa: 3 días; -Transfusión de glóbulos rojos: 150 ml (10 ml/kg); - Ceftriaxona: 7 días, luego escalonaron a Piperacilina/tazobactam; -Anfoterina B intravenosa: 2 semanas; -Antifímico (RIPE): Primera línea (rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol); -Inmunoglobulina humana: 1 g/kg -Fenitoína: Prevención de convulsiones; -Reposición electrolítica: Tratamiento de hipokalemia severa y vigilancia de íleo metabólico
Procedimientos	-Ninguno	- Biopsia y cultivo de ganglio cervical
Seguimiento	-Consultas ambulatorias: Ortopedia, inmunología, infectología y oftalmología pediátrica	-Ninguno

M. tuberculosis: Mycobacterium tuberculosis

DISCUSIÓN

Aunque la histoplasmosis es endémica en Honduras, en el país no existen datos de su prevalencia. Esta serie de tres casos clínicos pediátricos de histoplasmosis diseminada describe informaciones clínicas y epidemiológicas relevantes, incluyendo antecedentes de exposición ya descritos para esta enfermedad y datos sobre su diagnóstico y tratamiento. La histoplasmosis diseminada en niños representa un desafío clínico importante debido a la inespecificidad de sus manifestaciones y limitada disponibilidad de pruebas diagnósticas en entornos de bajos recursos, y por su potencial desenlace fatal.⁸ La distribución endémica de *H. capsulatum* en las últimas décadas, factores como el cambio climático, el aumento de viajes, la conectividad global y el incremento de condiciones inmunosupresoras han modificado su epidemiología.^{9,10}

Los casos presentados reflejan la variabilidad clínica y su impacto en pacientes pediátricos con factores de riesgo como inmunodeficiencia, desnutrición y exposición ambiental.¹⁰ En dos pacientes (casos 1 y 2), la presentación incluyó síntomas gastrointestinales como diarrea, dolor abdominal y compromiso

hepatoesplénico. Estos hallazgos son consistentes con lo descrito, donde se ha reportado que aproximadamente la mitad de los pacientes con afectación digestiva presentan estos síntomas, junto con hepatomegalia y esplenomegalia.¹¹ Además, en el caso 1, la colitis nodular y la gastritis crónica evidenciadas por endoscopia coinciden con reportes previos que describen lesiones ulceradas, nódulos y masas obstructivas en el tracto gastrointestinal, las cuales pueden simular otras patologías como carcinoma o enfermedad inflamatoria intestinal.^{12,13} Por otro lado, el caso 2 presentó lesiones acrómicas en miembros inferiores y una lesión nodular en el párpado, lo que coincide con las manifestaciones cutáneas descritas para histoplasmosis, donde las pápulas, nódulos y úlceras mucocutáneas son hallazgos comunes en pacientes inmunocomprometidos.¹⁴⁻¹⁶ La variabilidad clínica observada refuerza la importancia del diagnóstico temprano, dado que la histoplasmosis puede imitar otras enfermedades, lo que retrasa su identificación y tratamiento oportuno.¹⁷

La afectación del sistema nervioso central (SNC) por *Histoplasma capsulatum* es una manifestación poco frecuente pero clínicamente relevante, que puede presentarse como meningitis

Cuadro 3. Comparación de pacientes pediátricos con histoplasmosis diseminada, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras (2023-2024).

Parámetro	Caso clínico 1	Caso clínico 2	Caso clínico 3
Edad	3 años	14 años	6 años
Procedencia y antecedentes	-Zona urbana	-Zona rural -Presencia de aves de corral	-Zona rural; -Presencia de aves de corral y de murciélagos
Antecedentes personales patológicos	-Inmunodeficiencia primaria Tuberculosis (<i>M. Bovis</i>)	-Histoplasmosis desde los 9 años de edad; -Sospecha de inmunodeficiencia primaria; Desnutrición	-Desnutrición
Síntomas iniciales	-Diarrea sanguinolenta -Rechazo alimentario	-Dolor abdominal; -Fiebre -Vómitos; -Pérdida de peso	-Fiebre; -Edema en miembros inferiores y superiores; -Diarrea -Masa cervical
Hallazgos físicos	-Invaginación intestinal -Adenopatías mesentéricas -Hepatomegalia	-Adenopatías cervicales -Hepatomegalia	-Masa cervical de 10 cm, indolora y con secreción mucopurulenta -Edema en miembros inferiores (fóvea grado 3) -Ascitis y distensión abdominal
Pruebas diagnósticas	-Biopsia -Endoscopia y colonoscopia Antígeno de histoplasmosis en orina	-Ultrasonido abdominal -Antígeno de histoplasmosis en orina	-Biopsia de ganglio cervical Biopsia de ganglio cervical (cultivo de ganglio positivo <i>H. capsulatum</i> ; -Antígeno de histoplasmosis en orina (45 ng/ml) -Genxpert MTB-RIF Ultra positivo en jugo gástrico para <i>M. Tuberculosis</i>
Diagnósticos	-Histoplasmosis diseminada -Tuberculosis extrapulmonar	-Reactivación de histoplasmosis -Inmunodeficiencia primaria	-Histoplasmosis diseminada -Tuberculosis diseminada
Tratamiento	-Terapia cuádruple para tuberculosis -Inmunoglobulinas -Anfotericina B	-Antibióticos de amplio espectro -Itraconazol -Inmunoglobulinas	-Anfotericina B liposomal: 2 semanas -Antifímico (RIPE): Primera línea (rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol)
Evolución y complicaciones	-Deterioro clínico -Sangrado digestivo	-Osteomielitis mano derecha	-Desnutrición severa -Hipokalemia severa -Convulsiones -Lesión renal aguda
Desenlace	-Fallece por falla multiorgánica a los 28 días de hospitalización	-Dado de alta tras 65 días de hospitalización -Seguimiento ambulatorio multidisciplinario	-Fallece por falla multiorgánica a los 35 días de hospitalización

a. *M. tuberculosis*: *Mycobacterium tuberculosis*. b. *M. bovis*: *Mycobacterium bovis*. c. TAC cerebral: Tomografía Axial Computarizada. d. LCR: Líquido Ceforraquídeo. e. RIPE: Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y Etambutol

crónica, encefalitis o lesiones focales, especialmente en pacientes inmunocomprometidos.^{5,18,19} En áreas endémicas, esta forma de presentación representa un reto diagnóstico debido a su similitud con otras infecciones del SNC, como la tuberculosis o la criptococosis, y requiere un alto índice de sospecha clínica para su identificación y manejo oportuno.^{5,18,19}

La deficiencia en la inmunidad celular está asociada con formas diseminadas progresivas, y los grupos de mayor riesgo incluyen pacientes con VIH, trasplante de órganos, enfermedades hematológicas malignas, inmunodeficiencias primarias, y aquellos bajo corticoterapia u otros agentes inmunosupresores.³ En pacientes pediátricos, las formas clínicas de histoplasmosis varían según el grupo de edad. En preescolares, la forma clínica más común es la enfermedad pulmonar aguda, mientras que en escolares y niños mayores inmunocompetentes suele ser autolimitada, pero en inmunocomprometidos las manifestaciones tienden a ser más graves e incluyen diseminación progresiva.⁷ En esta serie de casos, la inmunosupresión se debió a inmunodeficiencia primaria en dos pacientes. En el caso 1, la deficiencia del receptor de interleucina 12 compro-

metió la respuesta inmune, favoreciendo la diseminación de *H. capsulatum* y la coinfección con tuberculosis, mientras que en el caso 3, un bajo recuento de linfocitos CD4+ indicó una alteración inmunológica subyacente que facilitó la reactivación de la infección. Otro factor relevante fue la exposición a aves de corral y murciélagos, lo que se alinea con estudios que destacan la inhalación de microconidios de *H. capsulatum* en ambientes contaminados como vía de transmisión en regiones endémicas.³ Además, la coinfección con tuberculosis, observada en los casos 1 y 3, generó un reto diagnóstico, ya que ambas infecciones pueden presentar síntomas similares y complicar el abordaje terapéutico, lo que se ha documentado en regiones donde la tuberculosis es endémica.⁸ Otra infección prevalente en Honduras que puede presentar retos diagnósticos por su clínica inespecífica similar es la leishmaniasis visceral.^{20,21} Finalmente, la desnutrición está estrechamente relacionada con la morbilidad y mortalidad pediátrica, siendo una de las principales causas de inmunodeficiencia en todo el mundo, y probablemente exacerbó la progresión de la enfermedad en los tres casos presentados.⁷

El diagnóstico de histoplasmosis se puede determinar mediante la observación directa, el aislamiento del patógeno o mediante la detección de antígenos, anticuerpos o ácidos nucleicos. Cada prueba tiene diferentes resultados que pueden variar según el síndrome clínico y el sistema inmunológico subyacente del hospedero.³ En los casos clínicos presentados, se utilizaron diferentes enfoques diagnósticos para identificar y confirmar la enfermedad. En el caso 1, el diagnóstico se realizó mediante la detección de antígeno de *H. capsulatum* en orina, utilizando un ensayo inmunológico que ha demostrado ser altamente sensible en casos diseminados. Este tipo de prueba es esencial, especialmente en pacientes con enfermedades graves o inmunocomprometidos, ya que puede detectar la infección antes de la aparición de síntomas evidentes. Además, en este caso se realizó un análisis de *buffy coat*, que permitió la observación de levaduras intracelulares, lo cual también ayudó a confirmar la presencia del hongo en sangre, siguiendo métodos recomendados para el diagnóstico directo de la histoplasmosis. El caso 3 también fue diagnosticado utilizando pruebas inmunológicas, específicamente la detección de antígeno de *H. capsulatum* en orina, lo que permitió identificar una reactivación. Aunque el aislamiento microbiológico sigue siendo el estándar de oro, la prueba para detección de antígenos proporciona resultados rápidos y es útil en entornos donde el aislamiento del patógeno puede ser más difícil, especialmente en casos donde el diagnóstico rápido es necesario para el tratamiento oportuno de los pacientes.^{7,22} El empleo de técnicas complementarias como la prueba GenXpert® para la tuberculosis también subraya la importancia de un enfoque diagnóstico integral, que incluye la evaluación de múltiples posibles infecciones en pacientes con síntomas complejos y sistemas inmunológicos comprometidos.

El tratamiento para la histoplasmosis diseminada incluye anfotericina B durante 4-6 semanas, seguida de itraconazol en la fase de consolidación.²³ En nuestra serie, dos pacientes recibieron anfotericina B liposomal y uno con antecedentes previos de histoplasmosis fue tratado con itraconazol. El inicio del tratamiento se realizó en un rango de cuatro a seis semanas IH. En el caso que sobrevivió el inicio fue más corto posiblemente favorecido por su antecedente de histoplasmosis.

En conclusión, la presentación clínica de la histoplasmosis diseminada en esta serie de casos pediátricos en niños inmunocomprometidos o expuestos a ambientes de riesgo fue inespecífica. La falta de sospecha clínica y el retraso en la confirmación diagnóstica constituyen barreras importantes para su manejo adecuado. En regiones endémicas, la inespecificidad de los síntomas iniciales y la limitada disponibilidad de pruebas específicas contribuyen a que la enfermedad sea sub diagnosticada o diagnosticada tardíamente, lo que se asocia con una elevada mortalidad.^{8,24}

Es necesario fundamentar la sospecha clínica y epidemiológica de manera temprana en establecimientos de recursos limitados y en zonas donde también prevalecen enfermedades como la tuberculosis y la leishmaniasis visceral que complican

el diagnóstico o pueden aumentar la morbimortalidad cuando se presentan concomitantemente. Para reducir la mortalidad se requiere un enfoque integral que incluya historia clínica con abordaje epidemiológico, diagnóstico temprano, tratamiento antifúngico oportuno.^{8,24} Es fundamental fortalecer las capacidades diagnósticas en hospitales de referencia y fomentar la sospecha clínica en poblaciones de alto riesgo. Esta serie de tres casos pediátricos con histoplasmosis diseminada busca visibilizar esta patología en niños y resalta la importancia de investigar su epidemiología en América Latina para fortalecer las estrategias de prevención y control.

CONTRIBUCIONES

CKME lideró el diseño del informe de la serie de casos clínicos y redacción del manuscrito; participó en la recolección y análisis de datos; JRA participó en la recolección y análisis de datos. Todos los autores participaron en la preparación del manuscrito y aprobaron su versión final.

AGRADECIMIENTOS

Se reconoce y agradece la confianza de los familiares de los pacientes y su colaboración en brindar la información. Se agradece la revisión crítica del manuscrito brindada por la Dra. Jackeline Alger, Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Honduras, y la Dra. Clarissa Aguilar, Departamento de Gestión Académica e Investigación, Hospital Escuela, Honduras. Se agradece la revisión crítica del manuscrito realizada mediante tutorías brindadas en un taller de escritura y publicación biomédica facilitado por el *Sustainable Sciences Institute*, Estados Unidos de América, y el Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal, Honduras, gestionado por la Unidad de Investigación y Gestión Académica del Hospital Escuela, Honduras, bajo la Subvención Wellcome Trust 226688/Z/22/Z, Proyecto The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe: Crear equidad en la investigación sanitaria conectando la excelencia y compartiendo los conocimientos.

DETALLES DE LOS AUTORES

Cintha Karina Mejía-Escobar, Médica, MSc. en Epidemiología con Énfasis en Investigación de la Implementación; karinamejiaesc@gmail.com

José Roberto Andino Vásquez, Médico General, MSc. en Entrenamiento y Nutrición Deportiva; joroan520@gmail.com

Sandra Montoya Ramírez, Microbióloga, MSc. en Epidemiología; montoyasandra62@yahoo.es

Katia López, Microbióloga, MSc. en Epidemiología con Énfasis en Investigación de la implementación; katialm0601@gmail.com

Mónica Fernanda Medina Guillen, Médica General; fernandaguillen1815@gmail.com

Pamela Zacasa, Médica Pediatra con Sub-especialidad en Infectología; pamzv1@gmail.com

REFERENCIAS

- Marín DJ, Perea CAH, Ceballos ADA, Gaviria JAO. Histoplasmosis pulmonar cavitada en un paciente pediátrico: reporte de caso. *Neumol Pediátrica*. 2022;17(4):145–7.
- Barros N, Wheat JL, Hage C. Pulmonary Histoplasmosis: A Clinical Update. *J Fungi*. 2023;9(2):236.
- Pérez-Lazo G, Maquera-Afaray J, Mejía CR, Castillo R. Histoplasmosis diseminada e infección por VIH: serie de casos en un hospital peruano. *Rev Chil Infectol*. 2017;34(4):365–9.
- Histoplasmosis diseminada en una paciente pediátrica inmunocompetente. *Arch Argent Pediatr [Internet]*. 2023[citado 17 julio 2024];121(3). Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2023/v121n3a09.pdf>
- Wheat J, Myint T, Guo Y, Kemmer P, Hage C, Terry C, et al. Central nervous system histoplasmosis. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(13):e0245.
- Odio CM, Navarrete M, Carrillo JM, Mora L, Carranza A. Disseminated histoplasmosis in infants. *Pediatr Infect Dis J*. 1999;18(12):1065–8.
- Lopez LF, Valencia Y, Tobon AM, Velasquez O, Santa CD, Caceres DH, et al. Childhood histoplasmosis in Colombia: Clinical and laboratory observations of 45 patients. *Med Mycol [Internet]*. 2016[citado 17 julio 2024]; 54(7): 677–683. Disponible en: <https://academic.oup.com/mmy/article/54/7/677/222555?login=false>
- Ekeng BE, Edem K, Akintan P, Oladele RO. Histoplasmosis in African children: clinical features, diagnosis and treatment. *Ther Adv Infect Dis*. 2022; 9:20499361211068592.
- Gandhi P, Hebert B, Yun A, Bradley J, Moldoveanu B. Histoplasmosis around the world: A global perspective on the presentation, virulence factors, and treatment of histoplasmosis. *Am J Med Sci*. 2024;368(4):287–99.
- Wheat LJ, Freifeld AG, Kleiman MB, Baddley JW, McKinsey DS, Loyd JE et al. Clinical practice guidelines for the management of patients with Histoplasmosis: 2007 update by the Infectious Diseases Society of America. *CID [Internet]*. 2007[citado 17 julio 2024]; 45(7): 807–825. Disponible en: <https://academic.oup.com/cid/article/45/7/807/541502?login=false>
- Lamps LW, Molina CP, West AB, Haggitt RC, Scott MA. The pathologic spectrum of gastrointestinal and hepatic histoplasmosis. *Am J Clin Pathol*. 2000;113(1):64–72.
- Wright JC, Ardura MI, Dotson JL, Boyle B, Maltz RM, Michel HK. Management and outcomes of histoplasmosis in youth with inflammatory bowel disease in an endemic area. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024;79(6):1153–63.
- Nacher M, Valdes A, Adenis A, Blaizot R, Abboud P, Demar M, et al. Gastrointestinal disseminated histoplasmosis in HIV-infected patients: A descriptive and comparative study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2021;15(1):e0009050.
- Chang P, Rodas C. Skin lesions in histoplasmosis. *Clin Dermatol*. 2012;30(6):592–8.
- Cunha VS, Zampese MS, Aquino VR, Cestari TF, Goldani LZ. Mucocutaneous manifestations of disseminated histoplasmosis in patients with acquired immunodeficiency syndrome: particular aspects in a Latin-American population. *Clin Exp Dermatol*. 2007;32(3):250–5.
- Bonifaz A, Chang P, Moreno K, Fernández-Fernández V, Montes de Oca G, Araiza J, et al. Disseminated cutaneous histoplasmosis in acquired immunodeficiency syndrome: report of 23 cases. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34(4):481–6.
- Escalante L, Granizo-Rubio J, Pinos-León V, Tello S, Maldonado A, Cherrez-Ojeda I. Nasal cartilage destruction associated to cutaneous histoplasmosis in AIDS. *BMC Infect Dis*. 2022;22(1):377.
- Epelboin L, Dione A, Serris A, Blanchet D, Bidaud B, Walter G, et al. Histoplasmosis of the Central Nervous System: A Case Series between 1990 and 2019 in French Guiana. *Am J Trop Med Hyg*. 2021;105(1):125–9.
- de Oliveira VF, Kruschewsky WLL, Sekiguchi WK, Costa SF, Levin AS, Magri MMC, et al. Clinical, radiological and laboratory characteristics of central nervous system histoplasmosis: A systematic review of a severe disease. *Mycoses*. 2023;66(8):659–70.
- Kaminsky RG. Guía de Enfermedades Parasitarias Prevalentes en Honduras. Tegucigalpa: Imprenta Honduras; 2019.
- Organización Panamericana de la Salud. Manual de procedimientos para la vigilancia y el control de las leishmaniasis en la Región de las Américas [Internet]. Washington D.C: OPS; 2023 [Citado 6 marzo 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57740>
- Wheat J, Myint T, Guo Y, Kemmer P, Hage C, Terry C, et al. Central nervous system histoplasmosis. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(13):e0245.
- Siberry GK, Abzug MJ, Nachman S, Brady MT, Dominguez KL, Handelsman E, et al. Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Exposed and HIV-Infected Children. *Pediatr Infect Dis J*. 2013;32(Suppl 2):i–KK4.
- Voto C, Guadalupe Pérez M, Gómez S, Epelbaum C, Sarkis C, Santos P, et al. Histoplasmosis en Argentina: serie de casos en niños. *Rev Iberoam Micol*. 2020;37(1):34–6.

ABSTRACT. Introduction: Histoplasmosis is an endemic mycosis caused by *Histoplasma capsulatum*, a dimorphic fungus that proliferates in soils contaminated with bird and bat droppings, particularly in caves, abandoned buildings, and excavation sites. It is prevalent in Central and South America, where diagnosis is often challenging due to clinical similarities with other diseases such as tuberculosis and visceral leishmaniasis. **Description of a series of cases:** Case 1: Male, 3 years old, from an urban area, with immunodeficiency due to interleukin-12 receptor deficiency and a history of *Mycobacterium bovis* infection. He was admitted for intestinal intussusception and, two months later, was readmitted with diarrhea, fever, and hepatomegaly. Histoplasmosis was diagnosed, and amphotericin B was started on day 5 of hospitalization (IH); he died on day 28. Case 2: Male, 14 years old, from a rural area, with a prior history of histoplasmosis and primary immunodeficiency. He presented with abdominal pain, fever, and cervical lymphadenopathy. Reactivation of histoplasmosis was confirmed; itraconazole treatment began on day 17 IH with good clinical evolution. Case 3: Male, 6 years old, from a rural area, with disseminated tuberculosis and histoplasmosis confirmed by culture and urine antigen testing. Combined treatment was initiated on day 20 IH; he died on day 35. **Conclusions:** The clinical presentation of disseminated histoplasmosis in three immunocompromised children or those exposed to high-risk environments was nonspecific. It is crucial to establish early clinical and epidemiological suspicion in resource-limited settings and regions where diseases such as tuberculosis and visceral leishmaniasis also prevail. **Keywords:** Histoplasmosis, Immunocompromised host; Infections, Mycosis, Tuberculosis.

IMAGEN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

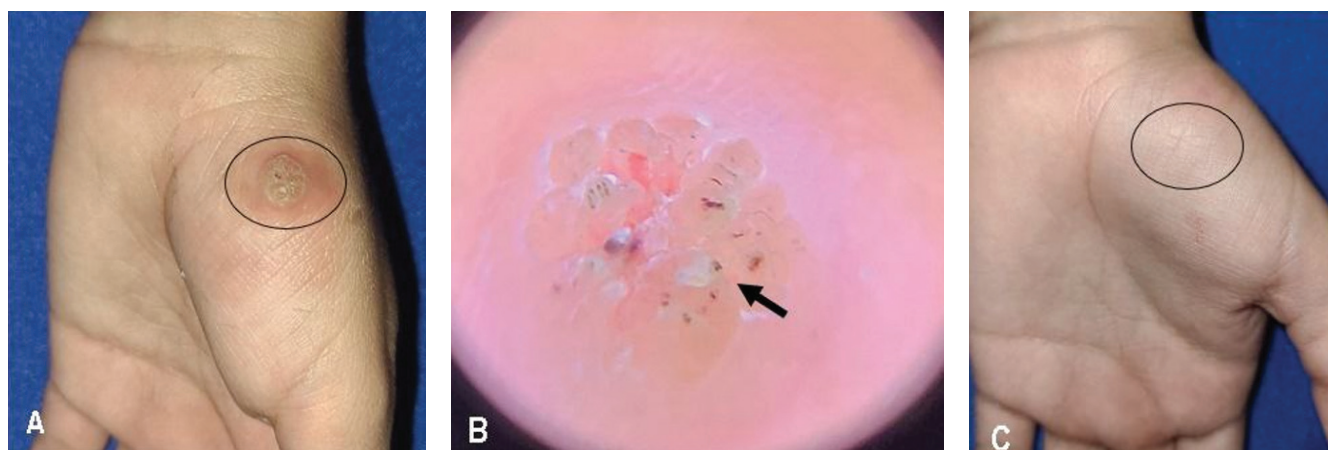
Verruga vulgar única en mano de escolar

Single common wart on the hand of a schoolchild

Gustavo A. Lizardo Castro^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0001-5561-9220>.

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Medicina Interna; Tegucigalpa, Honduras.

²Secretaría de Salud, Hospital Escuela, Departamento de Pediatría, Servicio de Dermatología; Tegucigalpa, Honduras.




Masculino, edad 9 años, eutrófico, dermatosis en mano izquierda, en base del dedo pulgar, caracterizada por nódulo color piel, superficie verrugosa con puntos oscuros, tamaño 8mm (óvalo, **Figura A**), evolución 2 meses. Dermatoscopia: papilas y puntos hemorrágicos rodeados por halo blanquecino, asumiendo apariencia de huevos de rana (flecha, **Figura B**). Diagnóstico: verruga vulgar, indicándose ácido salicílico (26%)/ácido láctico (15%) en colodión flexible, diario, oclusivo. Remisión en 12 semanas (óvalo, **Figura C**). Las verrugas, infecciones por virus del papiloma humano (VPH), se clasifican: vulgares, planas, plantares y anogenitales. Verrugas vulgares, producidas por serotipos VPH 1, 2, 4, 27 y 57,¹ prevalencia máxima 12-16 años.² Periodo incubación variable, transmisión por contacto directo o fómites. Diagnóstico: clínico, dermatoscopia/histopatología/PCR.³ Regresión espontánea 40-78% en 2 años, que justifica observación expectante;^{1,3} sin embargo, la desfiguración cosmética y diseminación, impulsan a pronta intervención. El tratamiento depende del tamaño, localización, número, edad y cooperación, existiendo múltiples modalidades: destructivos (ácido salicílico, crioterapia); antimitóticos (5 fluorouracil, bleomicina, cidofovir); inmunoterapia; etc. Ninguno garantiza total eficacia; uso restringido en niños. Ácido salicílico 10-40%, mejora significativamente eliminación de verrugas, comparada con placebo,^{1,2} con eficacia reportada 65-85%;³ usualmente, primera opción del autor, por eficacia, y no ocasionar hipopigmentación, ni cicatrices, entre otros efectos adversos.

REFERENCIAS

1. Ringin SA. The effectiveness of cutaneous wart resolution with current treatment modalities. *J Cutan Aesthet Surg* 2020;13(1):24-30. DOI: 10.4103/JCAS.JCAS_62_19
2. Verma KK, Burningham KM, Tying SK. Innovation in Warts and Molluscum: An Updated Comprehensive Review. *Dermatol Clin* 2025; 43(1):95-102. DOI <https://doi.org/10.1016/j.det.2024.08.007>
3. Saed N, Marei A, Nofal A, Bessar H. Management of warts: An Updated Overview. *Turk J Physiother Rehabil* 2021;32(3):12562-75.

Forma de citar: Lizardo-Castro GA. Verruga vulgar única en mano de escolar. *Rev Méd Hondur*. 2025; 93(Supl. 3). S38 DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21108>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

DETALLES DE LOS AUTORES

Gustavo A. Lizardo Castro, Pediatra, Sub-especialista en Dermatología Pediátrica; glizardoc@yahoo.com

Recibido: 03-05-2025 Aceptado: 20-08-2025 Primera vez publicado en línea: 26-09-2025

Dirigir correspondencia a: Gustavo Lizardo

Correo electrónico: glizardoc@yahoo.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Revista Médica Hondureña: trayectoria de su estructura por volumen y números y el ecosistema científico

Revista Médica Hondureña: trajectory of its structure by volume and numbers and the scientific ecosystem

Jackeline Alger¹  <https://orcid.org/0000-0001-9244-0668>, Martha Cecilia García²  <https://orcid.org/0000-0002-7408-2139>.

¹Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Dirección Ejecutiva de Gestión de Tecnología. Sistema Bibliotecario, Biblioteca Médica Nacional; Tegucigalpa, Honduras.

La organización y estructura de una revista científica deben responder a su objetivo, alcance, misión y visión. Asimismo, se correlacionan con el ecosistema científico al cual pertenece, ya que la usabilidad y sostenibilidad de una revista dependen de la producción científica de la comunidad en la que está inserta y a la que dirige sus esfuerzos. Por otra parte, la estructuración de una revista en volúmenes y números permite visualizar su trayectoria y facilita el acceso y recuperación de la información.¹ El propósito de este artículo es describir y presentar un punto de vista sobre la trayectoria de la estructura por volumen y números de la Revista Médica Hondureña desde su inicio en 1930 y su ecosistema científico. En el presente año 2025, la Revista cumple 95 años de publicación con una estructura que debería corresponder a 95 volúmenes. Sin embargo, el volumen actual se registra como 93.

¿A qué se debe esa diferencia entre años de publicación y volúmenes publicados? En sus inicios, la Revista no consignaba volumen, solamente año usualmente presentado en números romanos, aunque no siempre, y número de publicación de forma continua y en números arábigos. Fue hasta 1948 que se inició la consignación de año y volumen de publicación, ya demostrando una diferencia de un año entre año de publicación (19) y volumen (XVIII, **Cuadro 1**). Después de varias irregularidades en la consignación de la numeración en el período 1948-1955, a partir de 1956 se deja de asignar el año de publicación y solo se presenta el volumen con números arábigos consignando el volumen 24, denotando una diferencia de dos años que se mantiene a la fecha. A continuación, se describe cómo ha evolucionado la estructuración en volumen

y números de la Revista Médica Hondureña desde 1930 al presente. Anteriormente se han publicado reseñas completas y detalladas con motivo de los aniversarios 65 y 75, las cuales pueden consultarse para pormenores históricos.^{2,3}

En el **Archivo Complementario** se presenta un cuadro con el trayecto año por año de la Revista Médica Hondureña, presentando año calendario, año de publicación, volumen, número y periodicidad de publicación. En el **Cuadro 1** se presenta esa información de manera resumida. Los primeros dos años correspondieron a publicaciones mensuales y se publicaron de mayo a abril del siguiente año. En los años III a V, se presentaron varias irregularidades en la publicación mensual. A partir del año IV, cada nuevo año de publicación inicia en noviembre y su periodicidad pasó a ser bimestral a partir del año VI en noviembre-diciembre de 1935. La publicación se mantuvo bimestral por 17 años, hasta 1952 cuando pasó a ser trimestral, siempre iniciando en noviembre-diciembre e incluyendo enero del siguiente año (**Cuadro 1**). En 1957, cuando ya no se consignaba año de publicación y se presenta el volumen 25, la Revista continuó siendo trimestral, pero iniciando en enero-marzo de cada año. La periodicidad trimestral continuó por más de 60 años hasta que en 2014 se comenzó a publicar solamente dos números por año, aunque oficialmente pasó a ser semestral a partir de 2019, definiendo los periodos de publicación de enero a junio y de julio a diciembre, y esa es la modalidad actualmente vigente (**Cuadro 1**).

La numeración de los números de cada volumen fue consecutiva durante los primeros 25 años llegando al número 175 en 1955. A partir de 1956 los números de cada volumen

Recibido: 08-05-2025 Aceptado: 08-08-2025 Primera vez publicado en línea: 15-10-2025


Dirigir correspondencia a: Jackeline Alger

Correo electrónico: jackelinealger@gmail.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Este artículo fue desarrollado bajo Subvención Wellcome Trust 226688/Z/22/Z, Proyecto The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe: Crear equidad en la investigación sanitaria conectando la excelencia y compartiendo los conocimientos.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Alger J, García MC. Revista Médica Hondureña: trayectoria de su estructura por volumen y números y el ecosistema científico. Rev Méd Hondur. 2025; 93 (Supl. 3). S39-S44. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21276>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

Cuadro 1. Distribución de los números de la Revista Médica Hondureña por año, volumen, mes de publicación y periodicidad, 1930 – 2025.

AÑO	AÑO / VOLUMEN PUBLICACIÓN	MES DE INICIO	PERIODICIDAD (TOTAL DE NÚMEROS + SUPLEMENTOS)	AÑO	AÑO / VOLUMEN PUBLICACIÓN	MES DE INICIO	PERIODICIDAD (TOTAL DE NÚMEROS + SUPLEMENTOS)
1930 ¹	I	Mayo	Mensual (12)	1931	II	Mayo	Mensual (14)
1932	III	Julio	Mensual (10)	1933 ²	IV	Noviembre	Mensual (12)
1934	V	Noviembre	Mensual (12)	1935 ³	VI	Nov - Dic	Bimestral (6)
1936	VII	Nov – Dic	Bimestral (6)	1937	VIII	Nov - Dic	Bimestral (6)
1938	IX	Nov - Dic	Bimestral (6)	1939	X	Nov - Dic	Bimestral (6)
1940-41	XI	Nov - Dic	Bimestral (7)	1942	XII	Ene - Feb	Bimestral (5)
1943	XIII	Ene - Feb	Bimestral (6)	1944	XIV	Ene - Feb	Bimestral (5)
1944	XV	Nov - Dic	Bimestral (6)	1945	XVI	Nov - Dic	Bimestral (6)
1946	XVII	Nov - Dic	Bimestral (6)	1947	XVIII	Nov - Dic	Bimestral (6)
1948-50 ⁴	XIX / XVIII	Nov - Dic	Bimestral (8)	1950	XX / XIX XXI / XX	Mar – Abr Nov - Dic	Bimestral (4) Bimestral (1)
1951 ⁵	XXI	Ene – Feb	Bimestral (5)	1952 ⁶	XXII / XX	Ene - Feb	Bimestral (5)
	XXII	Nov - Dic	Bimestral (1)	1953-54 ⁸	XXIV / XXII	Nov-ene	Trimestral (4)
1952-53 ⁷	XXII / XX	Nov-Ene	Trimestral (4)	1955-56 ⁹	XXVI / XXIV	Nov-Ene	Trimestral (1)
1954-55	XXV / XXIII	Nov-Ene	Trimestral (4)	1956 ¹⁰	24	Feb - Jun	Trimestral (3)
1957 ¹¹	25	Ene-Mar	Trimestral (4)	1958	26	Ene-Mar	Trimestral (4)
1959	27	Ene-Mar	Trimestral (4)	1960	28	Ene-Mar	Trimestral (4)
1961 ¹²	29	--	Trimestral (1)	1962	30	--	Trimestral (1)
1963	31	--	Trimestral (1)	1964	32	Ene-Mar	Trimestral (4)
1965	33	Ene-Mar	Trimestral (4)	1966	34	Ene-Mar	Trimestral (4)
1967	35	Ene-Mar	Trimestral (4)	1968	36	Ene-Mar	Trimestral (4)
1969	37	Ene-Mar	Trimestral (4)	1970	38	Ene-Mar	Trimestral (4)
1971	39	Ene-Mar	Trimestral (4)	1972	40	Ene-Mar	Trimestral (4)
1973	41	Ene-Mar	Trimestral (4)	1974	42	Ene-Mar	Trimestral (4)
1975	43	Ene-Mar	Trimestral (4)	1976	44	Ene-Mar	Trimestral (4)
1977	45	Ene-Mar	Trimestral (3)	1978	46	Ene-Mar	Trimestral (4)
1979	47	Ene-Mar	Trimestral (4)	1980	48	Ene-Mar	Trimestral (4)
1981	49	Ene-Mar	Trimestral (4)	1982	50	Ene-Mar	Trimestral (4)
1983	51	Ene-Mar	Trimestral (4)	1984	52	Ene-Mar	Trimestral (4)
1985	53	Ene-Mar	Trimestral (4)	1986	54	Ene-Mar	Trimestral (4)
1987	55	Ene-Mar	Trimestral (4)	1988 ¹³	56	Ene-Mar	Trimestral (4+1)
1989	57	Ene-Mar	Trimestral (4)	1990	58	Ene-Mar	Trimestral (4)
1991	59	Ene-Mar	Trimestral (4)	1992	60	Ene-Mar	Trimestral (4)
1993	61	Ene-Mar	Trimestral (4)	1994	62	Ene-Mar	Trimestral (4)
1995	63	Ene-Mar	Trimestral (4)	1996	64	Ene-Mar	Trimestral (4)
1997	65	Ene-Mar	Trimestral (4)	1998	66	Ene-Mar	Trimestral (4)
1999	67	Ene-Mar	Trimestral (4)	2000	68	Ene-Mar	Trimestral (4+1)
2001	69	Ene-Mar	Trimestral (4)	2002	70	Ene-Mar	Trimestral (4)
2003 ¹⁴	71	Ene-Mar	Trimestral (4+1)	2004	72	Ene-Mar	Trimestral (4+1)
2005	73	Ene-Mar	Trimestral (4+2)	2006	74	Ene-Mar	Trimestral (4+1)
2007	75	Ene-Mar	Trimestral (4+1)	2008	76	Ene-Mar	Trimestral (4+1)
2009	77	Ene-Mar	Trimestral (4+1)	2010	78	Ene-Mar	Trimestral (4+1)
2011	79	Ene-Mar	Trimestral (4+1)	2012	80	Ene-Mar	Trimestral (4+2)
2013 ¹⁵	81	Ene-Mar	Trimestral (2+1)	2014	82	Ene-Mar	Trimestral (4+2)

AÑO	AÑO / VOLUMEN PUBLICACIÓN	MES DE INICIO	PERIODICIDAD (TOTAL DE NÚMEROS + SUPLEMENTOS)	AÑO	AÑO / VOLUMEN PUBLICACIÓN	MES DE INICIO	PERIODICIDAD (TOTAL DE NÚMEROS + SUPLEMENTOS)
2015	83	Ene-Mar	Trimestral (2+1)	2016	84	Ene-Mar	Trimestral (2+2)
2017	85	Ene-Mar	Trimestral (2+2)	2018	86	Ene-Mar	Trimestral (2+1)
2019 ¹⁶	87	Ene-Jun	Semestral (2+1)	2020	88	Ene-Jun	Semestral (2+1)
2021	89	Ene-Jun	Semestral (2+2)	2022	90	Ene-Jun	Semestral (2+1)
2023	91	Ene-Jun	Semestral (2+3)	2024	92	Ene-Jun	Semestral (2+2)
2025	93	Ene-Jun	Semestral (2+3)				

¹1930, inicio de la revista. Periodicidad mensual. No se numera Volumen, solo Año. En 1948 se comienza a numerar ambos, Año y Volumen. ²1933, enero a junio 1933 sin publicación. ³1935, comienza modalidad bimestral. ⁴1948-1950, comienza a aparecer volumen diferente al año; con una diferencia de un año. ⁵1951, no aparece Volumen; debía ser Volumen XX. ⁶1952, aparece Volumen XX, con una diferencia de dos años en el año de publicación XXII. ⁷1952-1953, comienza la modalidad trimestral de noviembre a enero del año siguiente. ⁸1953-1954, pasa de Volumen XX a XXII, no hay Volumen XXI. ⁹1955-1956, en este Volumen se presenta el último Número con enumeración continua: 175. ¹⁰1956, cambia la forma de numerar el Volumen; desaparece numeración de Año, se sigue con Volumen en números arábigos, e inicia la numeración de los números de forma anual del 1 al 4, comenzando en este Volumen con el Número 2. ¹¹1957, comienza el Número de cada Volumen con el trimestre de enero a marzo. ¹²1961-1963, se publica un solo Número por Año. ¹³1988, primera vez que se publica un Número especial denominado suplemento, adscrito al Número 2. ¹⁴2003, inicia la publicación del suplemento del Congreso Médico Nacional, evento científico anual. ¹⁵2013-2018, se publican dos Números y uno o dos suplementos por año. ¹⁶2019, inicia oficialmente la modalidad semestral.

se enumeran del 1 al 4 en la modalidad trimestral y del 1 al 2 en la modalidad semestral. En relación con la numeración de las páginas, en los primeros cinco años de publicación cada número iniciaba con la página número 1. A partir del año VI la numeración es continua hasta cambiar el volumen. Sin embargo, se identifican periodos en que la numeración fue continua a través de varios volúmenes, por ejemplo, volúmenes XIII y XIV y volúmenes XV a XX (**Cuadro 1**). Los cambios en la modalidad de publicación y en la forma de numerar los volúmenes, números y páginas, fueron con frecuencia precedidos por periodos de retrasos en la puntualidad. Estos retrasos en ocasiones estuvieron relacionados con cambios en la dirección y en el consejo editorial y al hecho de depender de un trabajo voluntario, muy bien intencionado, pero no siempre efectivo ni sostenible. Los cambios y algunas irregularidades en la numeración dificultan la identificación y recuperación de los artículos, especialmente durante el periodo de los primeros 25 años.

La Revista también publica números especiales o suplementos. En 1988 se publicó por primera vez un suplemento, el cual estaba dedicado al tema de la fitofotodermatitis. En el año 2000 se publicó un suplemento conmemorativo por los 70 años de publicación y a partir del año 2003, anualmente se publica un suplemento con el programa y compendio de resúmenes del Congreso Médico Nacional. Además, se publican suplementos con el programa y resúmenes de otros eventos científicos que así lo soliciten, especialmente eventos regionales.⁴ A partir de 2020 se publica periódicamente un suplemento que se denomina Suplemento Clínico Multidisciplinario el cual brinda la posibilidad de comunicar oportunamente los artículos tipo caso clínico, imagen en la práctica clínica, opinión, y otros tipos como historia de la medicina y revisión bibliográfica, que se reciben con mayor frecuencia que los artículos originales. Esta es una estrategia para reducir los tiempos entre la recepción de los artículos y su publicación y que la información no se desactualice.

Surge la pregunta, ¿Por qué en el transcurso de los años la Revista Médica Hondureña en vez de aumentar fue reduciendo

la modalidad de publicación de mensual, bimestral, trimestral a semestral? Esta pregunta está relacionada a otra que plantea ¿Cómo es la investigación para la salud en Honduras? La fortaleza de una revista científica está directamente relacionada con la producción en el ecosistema científico al que pertenece. Algunas bases de datos internacionales que registran revistas biomédicas, como LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, <https://lilacs.bvsalud.org/es/>), requieren, entre otras características, que el 50% de los artículos publicados en un número corresponda a artículos originales.⁵ Es decir, si un número incluye un total de 12 artículos, 6 artículos deben ser originales; por ejemplo, 1 editorial, 2 casos clínicos, 1 imagen, 1 opinión, 1 historia más 6 artículos originales. Por volumen, en una modalidad semestral esto corresponde a 12 artículos originales y se elevaría a 24 en una modalidad trimestral. En los últimos 5 años (2020-2024), el porcentaje de artículos originales de la Revista ha oscilado entre 31% y 46%. La Revista ha realizado grandes esfuerzos para implementar las buenas prácticas de publicación dando prioridad a la puntualidad y manteniendo la publicación ética y de calidad, a una tasa de publicación de aproximadamente un número o un suplemento por trimestre (**Cuadro 1**).^{6,7} Sin embargo, el ecosistema de investigación de Honduras continua con escaso desarrollo después que hace más de 15 años se describió como uno de los menos desarrollados de la región de Latinoamérica y el Caribe.⁸

En la actualidad vivimos en un mundo digital y muchas revistas a nivel mundial han migrado al formato digital, lo que conlleva a un cambio en la forma de publicar y estructurar las revistas, lo que se denomina "publicación continua".⁹ En la publicación continua, los artículos se van colocando en la plataforma en línea conforme se van revisando, lo que otorga la ventaja de que la información se encuentra disponible de manera inmediata, por tanto, aumenta su visibilidad e impacto. La Revista Médica Hondureña, siempre a la vanguardia en la actualización de la publicación, ha percibido esta nueva modalidad de publicación, y aunque no se ha adoptado, porque se

Cuadro 2. Lista de cursos, recursos y herramientas sobre metodología y ética de la investigación y lista de actividades implementadas en el Hospital Escuela, Consorcio The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe (TGHN LAC), Honduras, 2025.

DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
The Global Health Network	https://tghn.org/
Para tomar cursos en línea y tener acceso a los recursos y herramientas, debe estar registrado en la plataforma	
The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe (TGHN LAC)	https://lac.tghn.org/ Como registrarse: https://www.youtube.com/watch?v=ldN6nlpk7xU
Creación de perfil en Google Académico	https://media.tghn.org/medialibrary/2024/11/TGHN_GOOGLE_ACADEMICO_02092024.mp4
Gestión de ORCID	https://media.tghn.org/medialibrary/2024/11/TGHN_ORCID_02092024.mp4
Como organizar un club de investigación	https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/research-club-sp/
Cursos en línea	https://lac.tghn.org/elearning/
Cursos en español	<p>Métodos y Procesos de Investigación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introducción a la Investigación Clínica https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/elearning/education/elearning-courses/introduccion-a-la-investigacion-clinica/445/ 2. Los Niños y la Investigación Clínica https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/los-ninos-y-la-investigacion-clinica/ 3. Introducción a las Buenas Prácticas Clínicas de Laboratorio https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/buenas-practicas-clinicas-de-laboratorio/ 4. Normas de Buena Práctica Clínica ICH E6 (R2) https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/normas-de-buena-practica-clinica-ich-e6-r2/ 5. La Pregunta de Investigación https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/elearning/education/elearning-courses/la-pregunta-de-investigacion/672/ 6. Protocolo de un Estudio, Parte I https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/elearning/education/elearning-courses/el-protocolo-de-un-estudio-parte-uno/691/ 7. Protocolo de un Estudio, Parte II https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/elearning/education/elearning-courses/el-protocolo-de-un-estudio-parte-dos/716/ 8. Integridad en la publicación científica https://educare.fiocruz.br/resource/show?id=Z_04uZFG <p>Ciencias Sociales, Ética y Comunidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es la Ciencia Abierta? https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/que-es-ciencia-abierta/ 2. Acceso Abierto https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/acceso-abierto/ 3. Los niños y la investigación clínica https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/los-ninos-y-la-investigacion-clinica/ 4. Elementos esenciales de Ética https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/elementos-esenciales-de-etica/ <p>Infecciones e Inmunidad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedades Infecciosas Neurológicas https://braininfectionsglobal.tghn.org/resources/neuroid-elearning/ 2. Transmission, surveillance, control and prevention of yellow fever https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/transmission-surveillance-control-and-prevention-yellow-fever/ 3. Maternal Infections https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/maternal-health-infections/
Cursos adicionales en el idioma inglés	
TGHN LAC: Centros de País	https://lac.tghn.org/centros-en-paises/
TGHN LAC: Honduras	https://lac.tghn.org/centros-en-paises/honduras-es/
Club de Investigación Enfermería Hospital Escuela, 2025	https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/research-club-sp/club-de-investigacion-enfermeria-hospital-escuela-2025/
Club de Investigación Enfermería CCIE (Centro de Capacitación e Investigación de Enfermería), 2025	https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/research-club-sp/club-de-investigacion-enfermeria-ccie-centro-de-capacitacion-e-investigacion-de-enfermeria-2025/
Clínica de Datos en Metodología de la Investigación en el Hospital Escuela, 2025	https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/clinica-de-datos-es/clinica-de-datos-en-metodologia-de-la-investigacion-en-el-hospital-escuela-2025/
Clínica de Datos en Ética de la Investigación en el Hospital Escuela, 2025	https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/clinica-de-datos-es/clinica-de-datos-en-etica-de-la-investigacion-en-el-hospital-escuela-2025/

DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
Programa de Sesiones de Aprendizaje Asistido en Metodología de la Investigación	https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/supported-learning-sessions-sp/programa-de-sesiones-de-aprendizaje-asistido-en-metodologia-de-la-investigacion/
Sesiones de aprendizaje asistido para la enseñanza de la parasitología a estudiantes de la Carrera de Medicina en el Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras, 2025	https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/supported-learning-sessions-sp/sesiones-de-aprendizaje-asistido-para-la-ensenanza-de-la-parasitologia-estudiantes-de-la-carrera-de-medicina-en-el-hospital-escuela-tegucigalpa-hondur/
Programa de Mentoría en Investigación del Hospital Escuela, Programa Anual Mentoría con Énfasis en Comunicación Científica	https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/mentor-es/programa-de-mentor-es-en-investigacion-del-hospital-escuela2/
Mentoría en Investigación: Énfasis en Metodología de Investigación	https://lac.tghn.org/actividades-y-eventos/mentor-es/programa-de-mentor-es-en-investigacion-del-hospital-escuela/
TGHN LAC: Foro	https://lac.tghn.org/community/groups/group/lac-foro/
TGHN LAC: Impacto	https://lac.tghn.org/impacto/

mantienen ambos formatos impreso y digital, si cuenta con una sección en la plataforma digital denominada “Artículos próximos a publicar” (<https://revistamedicahondurena.hn/articulos/>), en la cual se van colocando los artículos nuevos ya revisados y pueden ser consultados antes que se publique el número correspondiente.

Durante la pandemia de COVID-19 se impulsó la colaboración y el intercambio de conocimientos científicos entre instituciones e investigadores, así como el desarrollo de métodos de investigación innovadores y ágiles.¹⁰ Los países de bajos y medianos ingresos como Honduras deben aprovechar estos cambios y oportunidades, afrontando los retos para incorporarse al movimiento global de la ciencia abierta y el acceso abierto. Una manera de hacerlo es fomentando la integración de la investigación en la prestación de la atención en salud, más allá de la visión puramente académica, pero situando la investigación al servicio de los establecimientos sanitarios donde es necesario medir las observaciones, evaluar las intervenciones y los procesos nuevos o mejorados y utilizar las evidencias generadas en la toma de decisiones.¹⁰ En el (Cuadro 2) se presenta información sobre cursos, recursos y herramientas de acceso abierto y gratuito disponibles en la plataforma The Global Health Network (TGHN), bajo el consorcio TGHN Latinoamérica y el Caribe (TGHN LAC, <https://lac.tghn.org/>), y en el Canal YouTube del Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (<https://www.youtube.com/@InstitutoAntonioVidal>). Estos insumos de entrenamiento están dirigidos a fortalecer capacidades en metodología y ética de la investigación, contribuyendo a crear equidad en cuanto a dónde se investiga, quién dirige la investigación y quién se beneficia de los resultados de la investigación. Los cursos proporcionan certificados que pueden ser acreditados ante el Centro Nacional de Educación Médica Continua (CENEMEC) del Colegio Médico de Honduras. Adicionalmente se comparte información sobre la implementación de estos recursos e incorporación a actividades locales, regionales y globales desde el Hospital Escuela, Tegucigalpa, miembro del Consorcio TGHN LAC (Cuadro 2).

La Revista Médica Hondureña tiene el mérito de ser la publicación científica continua más antigua en el campo de la salud de Honduras. A cinco años de cumplir el centenario, ha

avanzado en su modernización y ha progresado en el desarrollo tecnológico para mejorar su visibilidad y acceso. Su indexación en bases de datos internacionales reconocidas contribuyen a su visualización: LILACS desde el año 2000; en 2021 en CAMJOL, Amelica y LATINDEX; en 2022 en DOAJ, REDIB y RESEARCH4LIFE; y en 2023 en REDALYC.⁶ Con el apoyo de la Junta Directiva del Colegio Médico de Honduras, la Revista se ha encauzado en una ruta de estabilización y crecimiento contando con espacio físico y equipos, personal operativo y ejecutivo dedicado, comité editorial con tiempo reconocido, consejo editorial y revisores pares motivados, colaboradores comprometidos incluyendo la Biblioteca Médica Nacional y los administradores de las bases de datos internacionales, autores receptivos y disciplinados, así como lectores curiosos y ávidos de información local y regional. En las circunstancias actuales, la Revista Médica Hondureña es instrumental para promover la participación más equitativa e inclusiva en la investigación y en la comunicación científica tanto de estudiantes como de personal técnico y profesional en el campo de la salud de Honduras.

AGRADECIMIENTO

Se agradece al personal de la Biblioteca Médica Nacional por la revisión detallada de la información del Cuadro 1, así como la elaboración del Archivo Complementario. Este artículo fue preparado bajo la Subvención Wellcome Trust 226688/Z/22/Z, Proyecto The Global Health Network Latinoamérica y el Caribe: Crear equidad en la investigación sanitaria conectando la excelencia y compartiendo los conocimientos.

CONTRIBUCIONES

Ambas autoras participaron en la concepción y desarrollo del artículo, cuya redacción fue liderada por JA. Ambas autoras aprobaron la versión final, incorporando las recomendaciones editoriales.

DETALLES DE LAS AUTORAS

Jackeline Alger, Médica con doctorado (PhD) en parasitología; jackelinealger@gmail.com

Martha Cecilia García, Doctora en Ciencias Químicas y Farmacia; ceciliagarcia@unah.edu.hn

REFERENCIAS

1. Open Journal System Services. Understanding Volume and Issue in Academic Journals: A Comprehensive Guide [Internet]. Montana: OJSS; 2024. [citado 12 marzo 2025]. Disponible en: <https://ojs-services.com/journals-publication-indexing/understanding-volume-and-issue/>
2. Javier Zepeda CA. Reseña Histórica de la Revista Médica Hondureña 1930-1995. *Rev Méd Hondur.* 1995;63(4):153-162.
3. Javier Zepeda CA. Reseña histórica de la Revista Médica Hondureña 1930-2005. *Rev Méd Hondur* 2005;73(Supl.2):S4-S16.
4. XIII Congreso Centroamericano y del Caribe de Parasitología y Medicina Tropical; I Congreso Internacional de Enfermedades Infecciosas; XIII Curso Internacional de Enfermedades Infecciosas; V Congreso Nacional de Parasitología: Hacia un Abordaje Estratégico Integral de las Enfermedades Parasitarias e Infecciosas en Centro América y el Caribe. *Rev Méd Hondur.* 2017; 85 (Supl. 2): S1-S114.
5. Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Criterios LILACS para admisión y permanencia de revistas. [Internet]. São Paulo: BIREME/OPS/OMS; 2024. [citado 18 abril 2025]. Disponible en: <https://lilacs.bvsalud.org/guias-e-manuais/es/docs/metodologia-lilacs-criterios-de-seleccion-y-permanencia-de-revistas/3-criterios-lilacs-para-admision-y-permanencia-de-revistas/>
6. Alger J. Retos y oportunidades ante la integración de la Revista Médica Hondureña a la publicación global. *Rev Méd Hondur.* 2023;91(2):91. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v91i2.17266>
7. Maradiaga EJ. La revisión por pares: un pilar fundamental de la ciencia. *Rev Méd Hondur.* 2024;92(2): 97-98. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v92i2.19448>
8. Alger J, Becerra Posada F, Kennedy A, Martinelli E, Cuervo LG. Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina: una revisión de 14 países. *Rev. Panam. Salud Pública* [Internet] 2009 [citado 18 abril 2025];26(5):447-457. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9744>
9. Salgado-Arroyo LC, De la Ossa VJ, Montes-Vergara D, González TM. La publicación continua: un reto editorial. *Rev Colombiana Cienc Anim. Recia.* 2021;13(2):e940. DOI: <https://doi.org/10.24188/recia.v13.n1.2021.940>
10. Lang T, Reeder J, Moorthy V, Trindade Lima N, Gray G, Kaleebu P, et al. Creating equity in health research to drive more and better evidence. *Wellcome Open Res.* 2022;7:15. DOI:10.12688/wellcomeopenres.17287.1

AD LIBITUM

Congreso Médico Nacional: ¿De dónde venimos? ¿Quiénes somos? ¿Adónde vamos?

National Medical Congress: Where do we come from? Who are we? Where are we going?

Eleonora Espinoza Turcios^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0001-7218-3481>.

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias de Ciencias Médicas, Departamento de Salud Pública; Tegucigalpa, Honduras.

²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

En la pintura de Paul Gauguin 1897- *¿D'où venons-nous? ¿Que sommes-nous? ¿Où allons-nous? ¿De dónde venimos? ¿Quiénes somos? ¿Adónde vamos?* A la derecha, en la parte inferior, observamos a tres mujeres sentadas junto a un bebé, **¿De dónde venimos?**, evocando el origen de la vida. En el centro se encuentra una figura andrógina recogiendo una fruta madura de un árbol que recuerda al Árbol del Conocimiento de la Biblia; detrás de ella, una mujer tahitiana del mismo color de piel. **“¿Quiénes somos?”**; una forma de cuestionar la naturaleza humana y espiritual. En el extremo izquierdo, frente al bebé dormido, una anciana se acucilla en una especie de aislamiento psíquico; desesperada, se sostiene la cabeza entre las manos. **“¿Adónde vamos?”** (Figura 1A).¹

Con el espíritu de dar a conocer la evolución de la Revista Médica Hondureña al cumplir su XCV (95) aniversario se hace un pequeño pero significativo tributo a los médicos que conformaron la Asociación Médica Hondureña (AMH,1929) los doctores Camilo Figueroa, José R. Durón, Salvador Paredes, Ramón Valladares, Romualdo B. Zepeda, Héctor Valenzuela, Ramón Reyes Ramírez, Manuel Larios C, Carlos Pinel h., Alfredo Midence, José Manuel Dávila y Manuel Cáceres Vigil, quienes desde el inicio de la AMH proyectaron como uno de sus pilares la actualización de las nuevas y pasadas generaciones de médicos a través de capacitaciones y el inicio del Congreso Médico Nacional (COMENAC) cada año, como un espacio de divulgación y reflexión de los avances médicos resultado del progreso científico a través de los años.

El recién pasado mes de julio, del 9 al 12 del 2025, se llevó a cabo el LXVII Congreso Médico Nacional en la ciudad de San Pedro Sula, espacio de divulgación de los avances de las ciencias médicas, producción científica nacional como internacional a través de conferencias, presentación de casos clínicos, artículos

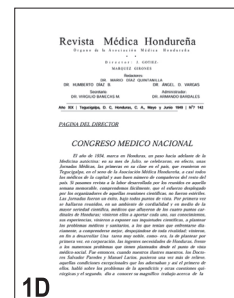
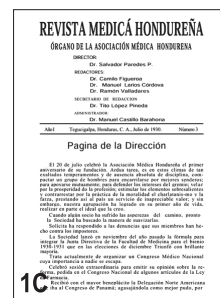


Figura 1A. Paul Gauguin 1897-*D'où venons-nous? Que sommes-nous? Où allons-nous?* **1B.** Portada del suplemento de COMENAC 2025. **1C.** Primera Jornada Médica, julio de 1934. **1D.** Fragmento sobre el COMENAC.

científicos, con el fin de fortalecer la práctica médica. Este año se contó con más de 120 expositores nacionales e internacionales, más de 150 trabajos de investigación en sus diferentes categorías (artículos originales, casos clínicos, experiencias) y 8 talleres prácticos (Figura 1B), lo que implicó un gran esfuerzo y dedicación.


Según la información recopilada en los primeros números de la Revista Médica Hondureña (RMH), la primera Jornada Médica se llevó a cabo en Tegucigalpa, en el año de 1934 (Figura 1C, 1D). Luego vino un lapso de varios años hasta

Recibido: 05-09-2025 Aceptado: 07-11-2025 Primera vez publicado en línea: 08-11-2025
Dirigir correspondencia a: Eleonora Espinoza Turcios
Correo electrónico: eleo22@hotmail.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Espinoza-Turcios E. Congreso Médico Nacional: ¿De dónde venimos? ¿Quiénes somos? ¿Adónde vamos?. Rev Méd Hondur. 2025; 93(Supl. 3). S45-S47. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21391>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

que se llevara a cabo el VI Congreso Médico Centroamericano celebrado en Tegucigalpa en diciembre de 1954. El Dr. Gómez Márquez, en su artículo ante las Segundas Jornadas Médicas, hace la siguiente reflexión:

“En ese espacio de compartir el conocimiento entre pares de la región centroamericana permitió entender que aún faltaba mucho camino que recorrer para estar en sintonía con el resto de países.” “Sin servicios de estadística que, sin equipos de laboratorio clínico adecuados, que sin departamentos de anatomía patológica, sin equipo de fotografía clínica que sin la soltura que da al profesional su asistencia frecuente a reuniones nacionales e internacionales, no es posible estar en capacidad de codearse en un plan de igualdad con aquellos que sí; están disponiendo desde hace ya años de todos estos elementos.”²

A partir del evento de 1954, se acordó auspiciar Jornadas Médicas Nacionales ininterrumpidamente. Desde las segundas Jornadas, que se llevaron a cabo con todo éxito en San Pedro Sula en 1955, se continuaron organizando estas Jornadas y Asambleas de la Unión Médica Hondureña a intervalos regulares que se realizaban de forma conjunta, además del programa científico, junto con asuntos gremiales, como se presenta en las notas editoriales de la RMH de 1957: “También habrá oportunidad de discutir asuntos de carácter gremial de mucha importancia para todos nosotros”.^{2,3}

Pasaron, 15 largos años. . . “Aquel esfuerzo de titanes, no supo o no pudo ser aprovechado, por las generaciones médicas que siguieron al año 1934. Aquellas, Jornadas, que hubieran debido ser, como seguramente lo desearon todos sus organizadores, no un hecho aislado, sino la piedra angular de la Asociación Médica Nacional y de los Congresos Nacionales, se fueron olvidando lentamente... Las voces pletóricas de entusiasmo de Salvador Paredes, de Manuel Larios y de Ricardo Alduvín, se fueron extinguiendo lentamente en el transcurso de los años”.

Revisando los números de la RMH correspondientes al año de 1934, encontramos, “las palabras vibrantes de aquellos maestros, que no sólo se complacían por el éxito que acababan de obtener, sino que expresaban la seguridad, de que aquella semana, se repetiría regularmente en el curso de los años.” “¿Cómo se perdió el impulso adquirido, como llegó a despreciarse aquel magnífico esfuerzo? Inútil sería entrar ahora en discusiones, analizando las razones de nuestra situación actual. Es posible, que causas de diversa índole, ajenas a nosotros mismos.” “Nuestra Asociación, consciente del momento en que vivimos, no puede cruzar los brazos ante la abulia y la indiferencia en que hemos permanecido por muchos años, dejando de realizar estos eventos científicos, los cuales sólo en Honduras, por desgracia, no se llevan a cabo”.⁴

Se transformó aquel ideal de un grupo soñador de doce (12) médicos que, unidos por el amor a su profesión, a la ciencia y a su país, apostaron por conformar una asociación que dio vida a la Revista Médica Hondureña, que, como todo inicio, se tornó difícil: luchar contra la incredulidad, envidias de otros; pero lograr posicionarse en lo que es hoy un colegio fuerte y consciente de los retos que se enfrentan en el ámbito de salud en el país, en los desafíos para hacer ciencia y su comunica-

ción a través de los Congresos Médicos y la publicación en artículos científicos.

Deseamos que las nuevas generaciones de médicos (as) jóvenes vean la participación en los eventos científicos como el Congreso Médico Nacional, más que una acreditación porcen- tual, un espacio de aprendizaje y crecimiento en las diferentes disciplinas de la medicina, además de un reconocimiento a todos aquellos colegas que han colaborado para que el Colegio Médico de Honduras (CMH), su Revista Médica y su Congreso Médico Nacional sigan consolidándose.

Desde el año 2003, se viene registrando en los suplementos de la RMH los Congresos Médicos Nacionales, una compilación de todos los resúmenes y conferencias presentadas en el evento, de los años 1972 –2002 en la RMH no se encuentra información sobre el Congreso Médico Nacional (**Cuadro 1**).

¿De dónde venimos?

El Congreso Médico Nacional surge a partir de las Jornadas Médicas, la primera celebrada en el año de 1934, en Tegucigalpa en el mes de julio. Este esfuerzo inicial fue el antecesor directo del actual COMENAC, demostrando que la necesidad de un espacio científico de divulgación es tan antigua como la formalización de la medicina en el país. Estas jornadas y posteriores congresos estaban directamente ligados a los esfuerzos del grupo fundador del Colegio Médico y de la Revista Médica Hondureña.

¿Quiénes somos?

Hoy en día, el COMENAC se ha convertido en el espacio científico más grande de divulgación en el área de la salud en el país, superando su rol inicial para convertirse en el principal motor de la divulgación científica. Anualmente, se convierte en el escenario donde la producción de investigadores hondureños no solo se presenta, sino que se debate y valida, garantizando la actualización y la calidad de la práctica médica a nivel nacional, así como la participación de connotados científicos internacionales. En los últimos años, reúne a más de 1,500-2,000 profesionales de la salud en los COMENAC.

¿Adónde vamos?

Se busca convertir al COMENAC en un evento internacional líder a nivel regional. Lo que representa un aumento en la calidad de los ponentes y trabajos presentados, sino también la oportunidad de posicionar a Honduras como un referente en la investigación y la formación médica de Centroamérica y el Caribe, atrayendo talento y colaboración de toda la región a través de alianzas estratégicas con universidades y organismos internacionales.

AGRADECIMIENTOS

A todos los que colaboraron tener en línea todos los ejemplares de Revista Médica Hondureña de los últimos 95 años.

DETALLES DE LOS AUTORES

Eleonora Espinoza-Turcios, Médica, Maestría en Salud Pública; eleo22@hotmail.com

Cuadro 1. Lista en orden cronológico de los Congresos Médicos registrados en la Revista Médica Hondureña, como suplementos nombre, número, fecha y enlace, 2003 – 2025. n=22.

Enfermedades prevalentes en Honduras: su manejo integral y prevención	XLVI	Tegucigalpa, mayo 8-12, 2003	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol71-S1-2003.pdf
Medicina de Calidad en los Países en Vías de Desarrollo	XLVII	Choluteca, 14-17 de julio de 2004	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol72-S1-2004.pdf
Protocolos de manejo de las patologías más frecuentes en Honduras	XLVIII	San Pedro Sula, julio 13-16, 2005	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol73-S1-2005.pdf
Influencia del medio ambiente en las enfermedades crónicas	XLIX	Santa Rosa de Copán julio 12 – 15, 2006	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol74-S1-2006.pdf
Sistemas de Salud, Práctica Médica y Realidad Nacional	L	La Ceiba, Atlántida 10 - 13 de julio, 2007	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol75-S1-2007.pdf
Desafíos en Salud: Enfermedades prevalentes, formación de recursos humanos e investigación	LI	Tegucigalpa 8 –11 julio del 2008	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol76-S1-2008.pdf
Promoviendo Modelos de Municipios Saludables	LII	Siguetepeque, 27 al 30 de octubre, 2009	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol77-S-2009.pdf
Logros y Perspectivas de la Medicina en la Era de la Globalización	LIII	Choluteca, 13 al 16 de julio 2010	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol78-S-2010.pdf
Urgencias Médico Quirúrgicas y Enfermedades Emergentes	LIV	San Pedro Sula, 13 al 16 de julio de 2011	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol79-S1-2011.pdf
La Investigación Científica en la Práctica Clínica Quirúrgica	LV	Santa Rosa de Copán, del 11 al 14 de julio de 2012	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol80-S1-2012.pdf
Desafíos de la Práctica Médica en el Siglo XXI	LVI	Puerto Cortés, del 09 al 12 de julio de 2013	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol81-S1-2013.pdf
Avances en Enfermedades Oncológicas: "Genética, Prevención, Diagnóstico y Manejo Integral"	LVIII	Tegucigalpa, del 07 al 10 de julio 2015	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol83-S1-2015.pdf
Nuevos Horizontes en Salud	LIX	El Progreso, Yoro del 11 al 15 de julio del 2016	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol84-S1-2016.pdf
La Medicina Moderna Frente a los Efectos del Cambio Climático	LX	Choluteca, del 12 al 15 de julio del 2017	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol85-S1-2017.pdf
Atención Primaria en Salud (APS): Logros y Desafíos para el Siglo XXI	LXI	Santa Rosa de Copán, 11 al 14 de julio 2018	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol86-S1-2018.pdf
Transformando la Medicina a través de la evidencia	LXII	San Pedro Sula 10 al 13 de julio de 2019	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol87-S1-2020.pdf
Oportunidades, Limitaciones y Desafíos de la Medicina Actual en Honduras	LXIII	La Ceiba, 8-11 de julio de 2020	https://ojs.colegiomedico.hn/index.php/RMH/article/view/132/137 pandemia
Pandemia COVID-19: lo que conocemos y hemos aprendido hasta ahora	LXIII	Modalidad Virtual 26 al 29 de octubre de 2021	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol89-S2-2021-33.pdf
Oportunidades, Limitaciones y Desafíos de la Medicina actual en Honduras	LXIV	La Ceiba, Atlántida, 6 al 9 de julio del 2022	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol90-S1-2022.pdf
Presente y Futuro de la Medicina en Honduras: Mucho que hacer, mucho que aprender	LXV	Santa Rosa de Copán, Copán 25 al 28 de octubre 2023	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol91-S3-2023.pdf
Fortalezas y Desafíos de la Medicina en la era Post Pandemia	LXVI	Puerto Cortés, Cortés 10 al 13 de julio 2024	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/RMH-Vol.92-Suplemento-Congreso-Medico-Nacional-2024.pdf
Práctica, Conocimiento e Innovación: Uniendo Fuerzas en la Medicina	LXVII	San Pedro Sula, Cortés 9 al 12 de julio del 2025	https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/RevMedHondur-Congreso-Medico-Nacional-Vol.93-Supl.2-2025.pdf

REFERENCIAS

1. Marie-Louise Schembri. D'où venons-nous? Que Sommes-nous? Où Allons-nous? 2024. Disponible en: <https://panoramadelart.com/analyse/dou-venons-nous-que-sommes-nous-ou-allons-nous>
2. Gómez Márquez J. Segundas Jornadas Medicas. Rev Méd Hondur.1955:23(1) 823-824. Disponible en:<https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol23-1-1955-5.pdf>
3. Mannheim E. IV Jornada Médica Hondureña y III Asamblea de la Unión Médica Hondureña. Rev Méd Hondur.1957:25(2) Disponible en <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol25-2-1957-2.pdf>
4. Gotiez- Márquez Girones J. CONGRESO MEDICO NACIONAL Rev Méd Hondur.1949N (3) Disponible en <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/293>

ARTÍCULO DE ÉTICA

Ética en investigación: Revista Médica Hondureña a lo largo de sus 95 años de historia

Ethics in research: The Revista Médica Hondureña throughout its 95 years of history

Eleonora Espinoza Turcios^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0001-7218-3481>.

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Salud Pública; Tegucigalpa, Honduras.

²Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

INTRODUCCIÓN

El 20 de agosto de 1947, un hito marcó para siempre la ética en la investigación médica: Se publicó el Código de Núremberg como resultado de los juicios de Núremberg contra un grupo de médicos nazis que realizaron investigaciones inhumanas en prisioneros durante la Segunda Guerra Mundial. El documento estableció 10 principios fundamentales que priorizan la dignidad humana; uno de los más relevantes es el Consentimiento Informado (CI), que es la expresión de la autonomía del paciente; cada participante en investigación es un ser autónomo con la libertad de consentir voluntariamente ser parte o no de ella.¹

Durante estos últimos 78 años, la ética ha tomado gran relevancia en la investigación y la publicación científica, sobre todo por el desarrollo tecnológico de estas últimas décadas. Es así que a finales de los años 70 en Estados Unidos nació la bioética, disciplina cuyo propósito era la reflexión sobre los problemas éticos que ocurren en el desarrollo de las ciencias de la salud y la vida, pero no fue así, centrándose más bien en los conflictos éticos en la atención médica individual, el uso y mal uso de la alta tecnología en medicina y las investigaciones biomédicas en seres humanos.²

Honduras ha tenido un avance lento en el posicionamiento de las normativas internacionales de la ética en la investigación y publicación científica; el país no cuenta con una gobernanza y una supervisión regulatoria para realizar investigaciones, sobre todo ensayos clínicos. Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Secretaría de Salud (SESAL) y la Agencia Regulatoria Sanitaria (ARSA) se trabaja en dichas regulaciones.

¿Cómo se ha reflejado la ética en la investigación en la Revista Médica Hondureña (RMH) a lo largo de su historia? Con 95 años de trayectoria, la RMH ha sido un medio de divul-

gación clave, dando a conocer los avances de las ciencias de la salud tanto nacional como internacionalmente. La entonces Asociación Médica Hondureña, creada el 20 de julio de 1929 por iniciativa del Dr. Camilo Figueroa, promueve el surgimiento de la RMH, cuyo propósito fue contar con “*un medio potente de difusión científica, haciéndola llegar hasta el último rincón del país donde viva algún médico que pueda leerla*”.³

El objetivo de este artículo es dar a conocer la evolución de la Revista Médica Hondureña en el ámbito de la ética como medio para garantizar que la investigación sea siempre de calidad y se realice siguiendo los principios éticos.

DESARROLLO DEL TEMA

La ética en la investigación y publicación científica ha experimentado una profunda evolución a lo largo de los tiempos, proceso impulsado por la creciente y necesaria importancia otorgada a la investigación con seres humanos. Este desarrollo ético se ve claramente reflejado en el contenido y las directrices de las publicaciones de la RMH desde sus inicios hasta la actualidad, marcando un cambio fundamental en el rigor y la responsabilidad científica.

Diecisiete años después del primer número de la revista, con la publicación del Código de Núremberg en 1947, que resalta el papel del Consentimiento Informado (CI) en el centro de la ética médica. Más tarde, en 1979, se publica el Informe Belmont, que sentó las bases para la ética, definiendo los tres principios éticos básicos en investigación.⁴

1. El Principio de Respeto a las Personas o Principio de Autonomía


Autonomía: Establece que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, o sea, libres de decidir,

Recibido: 05-09-2025 Aceptado: 31-10-2025 Primera vez publicado en línea: 05-11-2025
Dirigir correspondencia a: Eleonora Espinoza Turcios
Correo electrónico: eleo22@hotmail.com

RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguno.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Espinoza-Turcios E. Ética en investigación: Revista Médica Hondureña a lo largo de sus 95 años de historia. Rev Méd Hondur. 2025; 93(Supl. 3): S48-S52. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21371>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

y todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a la protección por las Regulaciones Nacionales, Investigadores, Comités de Ética, Comunidad. Este principio se materializa a través del consentimiento informado/asentimiento informado; los participantes tienen el derecho de recibir la información pertinente y oportuna para participar en una investigación y dar su CI. El consentimiento protege la libertad de elección de la persona y respeta su autonomía.⁵

Al revisar las primeras publicaciones científicas en la RMH (1930), se encuentran artículos como: *Pneumonía lobar: “Como se dijo antes, el tratamiento de la mayor parte de los casos no se dirigió a emplear ningún método específico”. El mercurio intravenoso tuvo algún empleo, y en la mayor parte de los casos se empleó hasta que se notó que todo tratamiento fallaba*”.

Tratamiento de la queratitis: *“Tratamiento de las infecciones oculares por inyecciones lácteas”; en ella expone la historia del mecanismo, los resultados, las indicaciones y la técnica de dicho tratamiento. Basta conseguir unos 15 cc de leche de vaca, de cabra o burra y hasta de mujer; hervirla en la caja de la jeringa de 5 cc; hacer que la espuma suba por tres veces; dejarla enfriar; separar la nata con la punta de la aguja y luego tomar 1, 2, 3 y hasta 5 cc, según sea la reacción que provoque. Algunas veces es fuerte, consistente en fiebre, mialgias, artralgias, estado saburral, etc., y otros por simple reacción dolorosa en el sitio de la inyección, pero todo es pasajero*.

El carbón de madera en el tratamiento de la disentería bacilar: *“varias veces durante los meses en que estos casos estaban en tratamiento, se nos agotó la provisión de carbón. Así tuvimos oportunidad de observar cómo marchaban nuestros enfermos, tanto con el tratamiento de carbón como sin él”*. Estos son ejemplos de tratamientos empíricos donde se refleja el paternalismo médico y la experimentación no regulada.

Hoy en día, la autonomía del paciente no solo es respetada, sino que es el eje central de la toma de decisiones, exigiendo el consentimiento informado y la validez científica; la dignidad del ser humano prevalece sobre cualquier impulso experimental o empírico.

A continuación se presentan dos ejemplos más: *“Una revista médica en nuestro medio tan raquítico es algo difícil. Fuera de su carácter científico, indispensable, debe ser casi un periódico de combate que se mantenga en lucha perpetua en defensa de los intereses del gremio médico y de la sociedad en general; el charlatanismo en todas sus manifestaciones vive y reina tranquilamente en nuestro país”*.³

“Escasa ha sido la labor; la insipiente de nuestro medio científico, la escasez de nuestra población y la carencia absoluta de medios de investigación hacen imposible toda obra creadora. Dependemos hasta lo absurdo de la ciencia extranjera y, ni aun en lo que más nos interesa, hemos podido crear o iniciar por lo menos la ciencia nacional. Sabemos perfectamente bien que no estamos trabajando para el presente, sino para el mañana. No podemos aspirar a recoger los frutos con solo haber sembrado la semilla”.⁶ En donde la “insipiente científica” nacional era la justificación de una época para la experimentación empírica y

la dependencia del pasado; el salto del pasado al presente no se basa únicamente en la adquisición de tecnología, sino en la adopción de un marco ético universal, pasando el paciente de un receptor pasivo a un participante activo (Principio de Autonomía), asegurando que este avance para el mañana no se construya, como antaño, sobre la base de la vulnerabilidad y la falta de evidencia.

Después del año 1947, se debió solicitar el CI a los sujetos de investigación; como vemos, en ninguno de los artículos previos se reportó, ni en los años subsiguientes, y es hasta en el Volumen 35 año 1967 aprobado el 12 de mayo de 1966 que se registra el primer reglamento de publicación en la RMH. A partir del año 2019 el CI y el Dictamen por un Comité de Ética es requisito indispensable para publicar.

Hoy en día, la RMH cuenta con su sitio web (<https://revistamedicahondurena.hn/autores/>), que incluye instrucciones claras para los autores, ejemplos de consentimiento informado, reflejando su compromiso con los parámetros éticos para salvaguardar a los sujetos de investigación.

2. El Principio de Beneficencia: Más allá del daño, hacia el bienestar

“Beneficencia”: Respetar las decisiones de los participantes y protegerlos de daños, procurar su bienestar, evitar daño requiere aprender lo que es perjudicial; y para la obtención de esta información, algunas personas pueden estar expuestas al riesgo de sufrirlo.

En las décadas de 1930-1940, sin el propósito de causar un daño o malestar, los investigadores publicaban sus casos clínicos con el nombre completo y la procedencia de los participantes, ocupación e incluso fotografía de rostros, lo cual actualmente no es aceptado, ya que se puede estigmatizar una comunidad, una población o un individuo.

Como ejemplo “Nombre del paciente, vecino nombre de la aldea”; de 33 años de edad, casado, ladino, de oficio labrador. Ha tenido 7 hijos, de los cuales han muerto 3, uno de fiebre cerebral, otro de una infección en la boca y gastroenteritis y otro de una afección hepática”.

A M. de V., de 38 años de edad, de oficios domésticos, casada y de esta capital, ingresó al Hospital General, al Servicio de Cirugía de mi cargo, el 17 de junio de 1930, quejándose de un tumor del brazo izquierdo. La imagen mostraba la cara de la paciente donde se podía reconocer su identidad (**Figura 1A**).

Nombre y apellido de 6 años, nacido en la comunidad y procedente del mismo lugar, ingresó el 15 de mayo de 1945 a curarse de un tumor en el cuello (**Figura 1B**).⁷

Más recientemente, en el año 1966, se puede observar que no se cubría el rostro al publicar los casos clínicos, lo que se pudo prever. Caso clínico: Tumor masculinizante de ovario con calcificaciones. *“Se trataba de una paciente de 25 años de edad, de sexo femenino, procedente de Gualaco, departamento de Olancho, soltera, de oficios domésticos. El síntoma principal era amenorrea de 5 años de evolución, asociada a dolor en región abdominal baja, palpitaciones y sensación de llamaradas de calor”*.⁸ (**Figura 1C**).

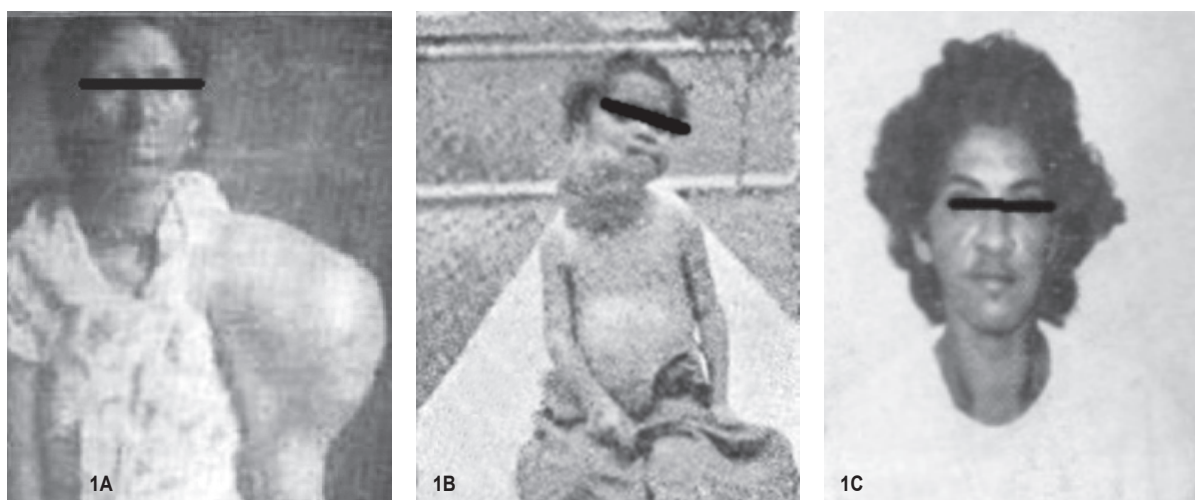


Figura 1. 1A. Se presenta un caso de desarticulación interescapulo-torácica; 1B. Enorme linfocarcoma de cuello; 1C. Tumor masculinizante de ovario con calcificaciones (para fines de esta publicación se cubrió los ojos de los participantes).



Figura 2. Caso de monstruo anencéfalo 1943; Tegucigalpa, Honduras.

Nombre completo, de diez años de edad, soltera, originaria de comunidad, llega al Servicio de niños a cargo del Dr. nombre del médico tratante el día 21 de abril. Quejándose de calenturas e inflamación del bazo.

En este caso, se incluyó el nombre completo de la paciente, procedencia, inclusive el nombre del médico tratante.

Otro ejemplo “*También son inmoralidades que algunas veces hemos visto el citar exámenes de laboratorio o historias clínicas en polémicas periodísticas. El hacerse cargo de enfermos en manos todavía de otros colegas, el hacer crítica fuera de lugar, crítica que algunas veces llega hasta la calumnia. El expresarse en público despectivamente de otros médicos, el no aceptar consultas, etc. Todo lo anterior lo cito con el objeto de mejorar el estado moral de nuestros médicos. Dichosamente, en el seno de la Asociación Médica Hondureña, si acaso se presentan casos de inmoralidad, son estos en todo respecto menos graves que aquellos cuyos rumores nos vienen de...*”.

En este caso se evidencia la violación de la confidencialidad de la información, perdiendo la credibilidad del médico tratante, el hablar “despectivamente de otros médicos”; citar estos ejemplos es para mejorar el estado moral del gremio, lo cual subraya una preocupación por la reputación interna y externa del cuerpo médico.

Otro caso interesante es el siguiente: “*Ahora a un caso de anencefalia no tanto por la rareza como por tratarse del segundo en un mismo conjunto de hombre y mujer. La señora S. L. ingresó a La Policlínica la noche del 7 de junio actual por dolores de parto. Es una múltipara cuyo primer embarazo realizado a los 17 años terminó por un parto normal; vive sano el niño. El segundo embarazo, a los 7 años del primero; tenía entonces 25 años. Termina a los 9 meses por un parto con niño muerto, ¿era un monstruo semejante al que ahora describimos? El tercer embarazo, el que acaba de terminar a los 9 meses también, se desarrolló normalmente; solo notó un vientre más*

*pequeño que los anteriores.*⁹ (Figura 2). El lenguaje utilizado en la descripción de este caso de anencefalia como un 'monstruo' o 'monstruo semejante' ilustra cómo en el pasado se recurría a adjetivos cargados de juicio y emocionalidad para describir las malformaciones congénitas; la ciencia moderna adhiere a la dignidad inalienable del paciente.

El anonimato es fundamental hoy en día para la RMH; se debe garantizar la no identificación de los participantes. La confidencialidad de la información es el derecho de las personas a que aquellos que hayan entrado en conocimiento de datos íntimos suyos no puedan revelarlos ni utilizarlos sin su autorización expresa y la protección de la salud e integridad física.¹⁰ Como requisitos de publicación, la RMH solicita el dictamen de aprobación por parte de un comité de ética en investigación en artículos originales y en ambos casos se debe contar con el CI.

Estos cambios se evidencian en los diferentes artículos publicados, como una publicación sobre viruela del mono en humanos: diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas en niños, en todo momento tratando de ocultar la identidad de los participantes, además de contar con un dictamen ético.¹¹ (Figura 3).

3. El Principio de Justicia: La equidad en la selección de sujetos

Tercer principio: Selección de Sujetos. Así como el principio del respeto a las personas encuentra su expresión en la exigencia de consentimiento, el principio de beneficencia en la evaluación de riesgos/beneficios, el principio de justicia, sostiene las exigencias morales de que existan procedimientos y resultados justos en la selección de participantes, no basado en factores extraños a los objetivos, riesgos, beneficios y posibilidad de llevar a cabo la investigación. Como sucede en muchas

ocasiones en países en vías de desarrollo, donde la selección se hace en base al nivel socioeconómico.

CONCLUSIONES

A lo largo de sus 95 años de historia, la Revista Médica Hondureña ha afianzado su principal papel como medio de divulgación de la producción científica de los médicos hondureños y autores extranjeros, comprometiéndose con la evolución de la ética que establecen el Código de Nüremberg, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Declaración de Helsinki, Buenas Prácticas Clínicas, Informe Belmont y otros, garantizando la dignidad de los sujetos de investigación a través de los tres principios fundamentales de la ética: Autonomía, Beneficencia y Justicia.

En las últimas décadas, la revista se ha solidificado como un referente nacional, adaptando sus estándares con los principios éticos modernos, convirtiéndose en la primera revista científica del país en el área de la salud. Actualmente, el equipo editorial de la RMH no solo exige a los autores el cumplimiento de las normativas éticas, sino que también promueve activamente la educación en ética y calidad de la investigación y publicación.

Deseamos que la RMH siga desarrollándose, siguiendo los principios que la han visto crecer, apegándose a los principios éticos y estándares de calidad en investigación, y que las nuevas generaciones de médicos puedan fortalecer todo el esfuerzo realizado por jóvenes médicos visionarios que labraron el camino ya hace 95 años.

DETALLES DE LOS AUTORES

Eleonora Espinoza Turcios, Médica General, Máster en Salud Pública; eleo22@hotmail.com



Figura 3. Viruela del mono en humanos: diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas en niños; fue aprobado por el Comité de Bioética del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), mediante oficio No.016-GNDI-HE/IHSS-2024.

REFERENCIAS

1. Tribunal Internacional de Nuremberg, 1946. El código de Nuremberg [Internet]. Navarra: Universidad de Navarra, Unidad de humanidades y ética médica. 2007 [citado 26 agosto 2025]. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-codigo-de-nuremberg#gsc.tab=0>
2. Penchaszadeh V. Bioética, salud y complejo médico-industrial- financiero. una visión desde América Latina. Rev Lat Sociol Polít Cult [Internet]. 2022 [citado 20 agosto 2025]; 4: 21-37. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/7ensayos/article/view/7664>
3. Vidal A. Introducción. Rev Méd Hondur [Internet]. 1930 [citado 26 julio 2025]; 1(1):1-2. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/A0-1-1930.pdf>
4. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. El informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación [Internet]. Washington DC: Departamento de Salud, Educación y Bienestar; 1979 [citado 20 julio 2025]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/informe-belmont-spanish.pdf>
5. Organización Panamericana de la Salud, Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos [Internet]. 4ª ed. Ginebra: CIOMS; 2017 [citado 26 agosto 2025]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
6. Vidal A, Azpuru España J, Miguel A. Sánchez MA. Páginas de la dirección. Rev Med Hondur [Internet]. 1932 [citado 20 julio 2025]; A2(10):1-2. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/434>
7. Vidal A. Historias clínicas del servicio de niños del Hospital San Felipe. Rev Med Hondur [Internet]. 1945 [citado 18 junio 2025]; A15(3):155. Disponible en: <https://www.bvs.hn/RMH/pdf/1945/pdf/A15-3-1945-3.pdf>
8. Kinney ME, Barrientos O, Durón RA. Tumor Masculinizante de Ovario con Calcificaciones. Rev Méd Hondur [Internet]. 1966 [citado 18 junio 2025]; 34(2):64-70. Disponible en: <https://www.revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol34-2-1966-3.pdf>
9. Paredes PS. Monstruo Anencéfalo. Rev Med Hondur [Internet]. 1943 [citado 18 junio 2025]; A13(3):170-171. Disponible en <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/326>
10. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Guía de confidencialidad [Internet]. Madrid: CGCOM; 2007. [citado 26 Agosto 2025]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/mis/guia_confidencialidad.pdf
11. Lizardo-Castro GA, Amaya-Chinchilla GA. Viruela del mono en humanos: diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas en niños. Rev Méd Hondur [Internet]. 2022 [citado 26 agosto 2025]; 90(2):159. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol90-2-2022.pdf>

ARTÍCULO DE HISTORIA

95 años de la Revista Médica Hondureña: Trayectoria de directoras (es) y la publicación científica

95 years of the Revista Médica Hondureña: Trajectory of directors and scientific publication

Rosa María Duarte¹  <https://orcid.org/0000-0003-2373-6574>, Ana Ligia Chinchilla^{2,3}  <https://orcid.org/0000-0001-9963-6575>.

¹Secretaría de Salud, Dirección General de Normalización, Unidad de Gestión de Documentos Normativos; Tegucigalpa, Honduras.

²Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Ciencias Morfológicas; Tegucigalpa, Honduras.

³Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento de Ginecología y Obstetricia; Tegucigalpa, Honduras.

INTRODUCCIÓN

La Revista Médica Hondureña (RMH), fundada el 2 de noviembre de 1929, con su primera edición en mayo de 1930, es la publicación médica continua más longeva de Honduras.¹ Es la descripción de un esfuerzo casi ininterrumpido de educación médica permanente en Honduras, iniciado en una época de relativo atraso en el campo de la salud de nuestro país por un grupo de médicos visionarios, devotos de su profesión, que actualmente casi son ignorados por las nuevas generaciones de médicos hondureños.² La RMH, a lo largo de sus 95 años de historia, ha sido testigo y protagonista de los avances de la medicina en el país, gracias a la visión de sus directores y el respaldo del gremio médico. En este artículo se desea conmemorar los 95 años de la RMH mediante una revisión histórica centrada en los directores que han guiado su desarrollo desde su fundación hasta la actualidad; se realizó una revisión documental y cronológica de fuentes primarias (números históricos de la revista) y secundarias (archivos institucionales, sitios oficiales y bases de datos bibliográficas). Se identificaron más de 30 directores entre 1930 y 2025, agrupados en tres grandes épocas: La fundacional a cargo de la Asociación Médica de Honduras desde 1930 hasta 1964; la institucional, a partir de 1965, que la RMH pasa a ser Órgano Oficial del Colegio Médico de Honduras y en sus portadas aparece entre paréntesis “segunda época”; la época moderna, a partir del año 2000 hasta la actualidad. Cada periodo refleja distintos hitos editoriales, desde la indexación internacional hasta el rediseño estético, indexación en nuevas bases de datos, avances en el cumplimiento de estándares de publicación de ética, calidad y digitalización.

El Dr. Antonio Vidal Mayorga fue el primer director; durante este periodo se incluían los estatutos de la misma, artículos

médicos nacionales y reproducción de artículos de revistas extranjeras. A partir del segundo número, junio de 1930, estuvo a cargo del Dr. Salvador Paredes, quien con pocas interrupciones sería por muchos años su director (junio 1930-1943) y responsable de la edición de 50 números; en los tiempos que no fungía como director, se mantenía como parte de redactores de la revista. Se plantea un fragmento del contenido de entonces: “*Se discutían problemas de la Medicina Nacional, asuntos relacionados con el Hospital y la Escuela de Medicina, estadísticas de la Dirección General de Sanidad, listado de medicinas para despacho en los puestos de venta, virtudes de médicos nacionales y algunos temas de historia de la medicina*”.^{3,4}

Primera Época: La fundación de la Revista Médica Hondureña.


La Revista Médica Hondureña nació como una iniciativa de la Asociación Médica de Honduras en noviembre del 1929, publicándose el primer ejemplar en mayo del 1930. Desde la fecha de su fundación hasta 1964 está a cargo de esta organización. Esta es una época marcada por el entusiasmo y esfuerzo de un grupo de notables galenos como ser los doctores Antonio Vidal, Salvador Paredes, Ricardo Alduvín, quien se vio obligado a interrumpir la edición de la revista de enero a junio de 1933 debido a problemas de costos, al igual que el Dr. Salvador Paredes que se vio en la necesidad de hacer la publicación bimestral a partir de 1935; posteriormente, en 1953, bajo la dirección del Dr. Hernán Corrales Padilla, la RMH pasa a una modalidad trimestral. El esfuerzo y entusiasmo de los directores de esa época hicieron que este proyecto de comunicación científica no pereciera y avanzara, manteniéndose a la fecha su legado (**Figura 1**).^{2,3,5,6}

Recibido: 07-10-2025 Aceptado: 07-11-2025 Primera vez publicado en línea: 08-11-2025
Dirigir correspondencia a: Rosa María Duarte
Correo electrónico: rduarte@colegiomedico.hn

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Duarte RM, Chinchilla AL. 95 años de la Revista Médica Hondureña: Trayectoria y directoras (es) al frente de la publicación científica. Rev Méd Hondur. 2025; 93(Supl. 3). S53-S60. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21392>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

Segunda Época: Institucionalización de la Revista Médica Hondureña.

En 1964, después de 35 años de vigencia, la revista deja de ser coordinada por la Asociación Médica Hondureña y se convierte en el órgano oficial de publicaciones del Colegio Médico de Honduras, que recientemente había sido fundado. Para designar este cambio, a partir del Vol. 33, No. 1 de 1965, se habla de la “Segunda Época”. El editorial inaugural de este período fue escrito por Hernán Corrales Padilla³ en Vol. 33, No. 2; en las portadas de la RMH aparece entre paréntesis “segunda época”, hasta el Vol. 46, No. 1 de 1978.^{3,5,6}

Época Moderna, Siglo XXI:

Denominada así, ya se inicia con un nuevo milenio; la revista tiene un rediseño estético, se procede a su digitalización, está indexada en otras bases de datos y se sigue avanzando en los nuevos estándares de publicación ética y científica.

Época de fundación y sus Décadas intermedias: crecimiento y consolidación

Década de 1940: Participación de nuevos médicos que representaban una nueva generación como José Gómez Márquez, Ramón Alcerro Castro, Carlos M. Gálvez, Humberto Díaz, Marcial Cáceres Vigil, Juan A. Montoya y otros colaboradores consolidando una nueva generación de médicos redactores de la revista.³ A partir de esa época casi todos los artículos son escritos por médicos hondureños, destaca el Dr. Vidal por sus publicaciones de zancudos del género *Anopheles* en Honduras y otras contribuciones sobre la malaria, realiza una intensa publicación de artículos, 75 en total de desde 1930 -1947.^{4,5} Durante el periodo los Doctores Juan A. Mejía, Humberto Díaz, Antonio Vidal y José Manuel Dávila son comisionados para elaborar el reglamento de la RMH.^{2,3,5,6}

En los años 1950, la revista se volvió trimestral con el Dr. Hernán Corrales Padilla (volumen 23).^{3,6} Se aprecia nuevamente una nueva generación de médicos, sobresaliendo entre otros el Dr. Hernán Corrales Padilla, César Zúñiga. En esta década, el Dr. Virgilio Banegas escribe en defensa de la Universidad Nacional debido al curso que esta había tomado en relación con la elección de los decanos. El Dr. Edgardo Alonzo Medina introduce una reorganización del calendario editorial.^{3,6}

Segunda Época de la Revista Médica de Honduras

En el año de 1964, oficialmente en No. 1 Vol. 33 tras 35 años, la revista pasó a ser órgano oficial del recién fundado Colegio Médico de Honduras, marcando el inicio de su “Segunda Época”.^{5,6} Se comienza a escribir artículos mostrando solidaridad con otros gremios, la cual se mantiene en la actualidad.

En 1967-1968, en el periodo del Dr. Antonio Bermúdez Milla, en el primer volumen a su cargo, se incluye por primera vez a la revista en el *Índex Medicus* con las siglas Rev. Med. Hondur. El Doctor Bermúdez resaltaba la importancia de sujetarse a las reglas internacionales de publicaciones; inicia la sección gremial en cada número, sugirió la creación de una oficina propia para la RMH y la formación de un cuerpo de redacción

permanente.^{2,3,5,6} Se publica por primera vez el Reglamento de la Revista Médica Hondureña

Década de 1970: La Dirección del Dr. Silvio R. Zúñiga, seguido por Alfredo León Gómez, Ricardo Villela Vidal, María Elena Silva de Rivas, siendo ésta la primera mujer médica directora de la RMH y Gaspar Vallecillo Molina quien volvió a la normalidad la revista después de un atraso, en el Vol. 44, No 1 y los originales del No. 1 de Vol. 45, ocasionado por incendio en imprenta.^{3,5,6}

En 1978, bajo la dirección del Dr. Carlos Medina, se renovó el diseño de portadas, efectuando un cambio radical en las mismas; los números aparecían profusamente ilustrados. El texto cambió de tres a dos columnas, teniendo una apariencia más atractiva y de fácil lectura.^{3,6}

Modernización durante los 80 y 90

En el volumen 50 (1982): el Dr. Rubén López Canales adoptó un diseño más sobrio por consideraciones de costo.^{3,6} A mediados de los 80, en el Vol. 35, No. 4 en la Sección Gremial (J) se incluyó la publicación de la Ley del Estatuto del Médico Empleado, se contaba con 2 000 miembros del Colegio Médico para esa época.⁶

En los años 90: La dirección a cargo del Dr. Nicolás Nazar Herrera, luego Dr. Tito Alvarado y Dr. Guillermo Pérez Munguía; en 1994, Dr. Efraín Bu Figueroa modernizó portadas con pintura artística y reforzó calidad científica y la variedad de artículos científicos, incluyó la imagen de práctica clínica, comunicación corta y artículos de historia, integró el ISSN de la revista, modernizó portada de las revistas con arte hondureño.^{3,5,6}

Siglo XXI, década de los 2000

En el año 2000, la Dra. Odessa Henríquez Rivas, segunda mujer en asumir la dirección de la RMH, inicia el nuevo siglo con el volumen 68 y con una edición especial de conmemoración de los 70 años.^{3,5,6,11} Se indexa a LILACS en el año 2000.

La Dra. Cecilia Varela Martínez asumió desde el volumen 70 en 2002 hasta el 74, en 2006; se publican interesantes estudios sobre el laboratorio. Bajo su dirección se inicia la publicación del primer suplemento del Congreso Médico Nacional.^{5,6,7,11} En 2007, el Dr. Nicolás Sabillón fue nombrado director hasta marzo del 2009, a partir de abril de ese año la dirección recae en la Dra. Reyna Durón hasta diciembre del 2010, seguida de la Dra. Nelly Sandoval hasta diciembre del 2013.^{8,11}

El año 2014 asume la dirección de la RMH el Dr. Heriberto Rodríguez, hasta diciembre del 2018, quien trabaja arduamente para poner al día la revista, ya que esta había tenido un atraso; por tal razón, aunque de manera no oficial, se inicia la modalidad semestral a fin de no perder la continuidad de la revista.

Asume después la Dra. Jackeline Alger, 2019-2023, después de muchos años de formar parte del consejo editorial acepta el reto de darle un giro de modernización y difusión a la revista con la publicación en inglés; bajo su dirección se oficializa la publicación semestral de la RMH, impulsa indexaciones en nuevas bases de datos, se actualizan instrucciones para autores.⁹ La Dra. Alger continúa como miembro del consejo edi-

torial colaboradora incansable y siempre pendiente apoyando la revista.¹⁰ A partir de enero del 2024 la Dra. Edna Maradiaga toma la dirección de la RMH a la fecha noviembre 2025 que se elabora este suplemento especial conmemorativo.¹⁰ Actualmente la revista es semestral, de acceso abierto, con versión electrónica e impresa, bajo licencia CC BY 4.0.^{3,5,6} y está indexada en múltiples bases: LILACSBIREME, DOAJ, LATINDEX, REDIB, CAMJOL, DIMENSIONS, entre otras.^{3,6,9}

A manera de conclusión, este artículo conmemorativo rinde homenaje a los más de treinta directores que han contribuido a lo largo de nueve décadas a sostener la voz científica de la medicina hondureña. Su legado continúa vivo en cada nueva edición de la Revista Médica Hondureña. Sus diferentes directores han realizado grandes contribuciones en las publicaciones científicas, como el cumplimiento de estándares de ética y calidad, inclusión de diferentes tipos de artículos a publicar,

reglamentar la RMH, lograr que se cuente con un cuerpo y consejo editorial permanente, una plataforma virtual donde se pueden visualizar, entre otras, todas las revistas desde su fundación, su indexación en las diferentes plataformas, bases de datos, publicaciones en el idioma inglés y tener una licencia de acceso abierto. El trabajo a lo largo de todos estos años ha permitido que la RMH sea la publicación científica más longeva de Honduras; el trabajo y los retos continúan para seguir siendo una revista de referencia nacional (**Cuadro 1**).

DETALLES DE LOS AUTORES

Rosa María Duarte, Médica Salubrista; rduarte@colegiomedico.hn

Ana Ligia Chinchilla, Médica Gineco-Obstetra; ligiachinchilla@yahoo.com.mx

Figura 1. Galería de directores (as) de la Revista Médica Hondureña, por época y año, 1930-2025

ÉPOCA FUNDACIONAL



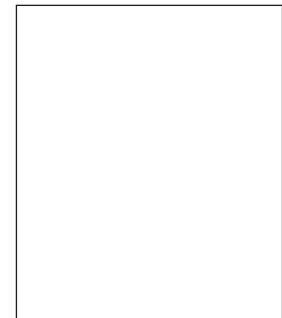
Dr. Antonio Vidal Mayorga
1930



Dr. Salvador Paredes
1931



Dr. Ricardo Alduvin L.
1932



Dr. Humberto Díaz B.
1932



Dr. Manuel Larios Córdova
1937



Dr. Carlos Gálvez Robelo
1941



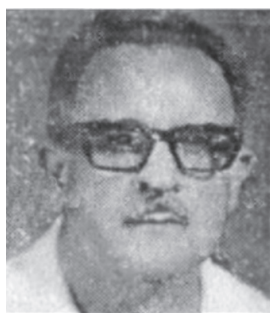
Dr. Ramón Alcerro Castro
1945



Dr. Marcial Cáceres Vigil
1946



Dr. Juan Montoya Álvares
1947



Dr. José Gómez- Márquez Gironés
1948



Dr. Virgilio Benegas Montes
1950



Dr. Hernán Corrales Padilla
1952



Dr. César Zúñiga
1954



Dr. Edgardo Alonzo Medina
1957

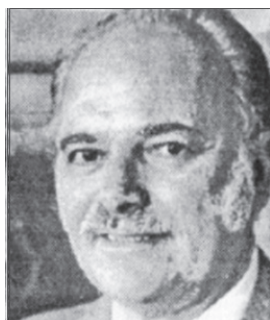


Dr. Raúl Durón Martínez
1958



Dr. Shibli Canahuati M.
1960

**ÉPOCA INSTITUCIONAL: INICIA CON DR. GÓMEZ
MÁRQUEZ 1965 Vol.33**



Dr. Antonio Bermúdez Milla
1967



Dr. Silvio Zúñiga Durón
1970



Dr. Alfredo León Gómez
1972



Dr. Ricardo Villela Vidal
1973



Dra. Maria Elena Silva
1974



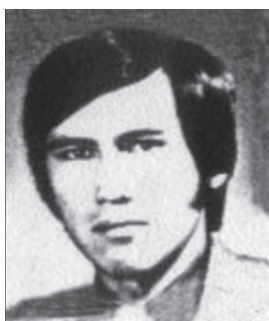
Dr. Gaspar Vallecillo M.
1976



Dr. Carlos Médina R.
1978



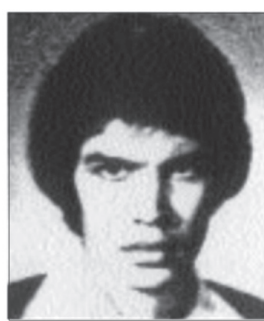
Dr. Rubén López Canales
1982



Dr. Nicolás Nazar Herrera
1982



Dr. Óscar Flores Fúnez
1986



Dr. Hugo Antonio Rodríguez
1988



Dr. Tito Alvarado M.
1990



Dr. Guillermo Pérez Munguía
1992

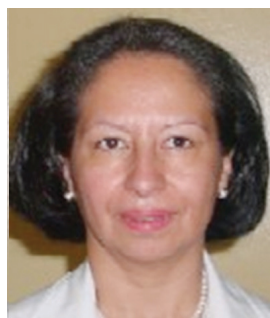


Dr. Efraín Bu Figueroa
1994

ÉPOCA MODERNA, SIGLO XXI



Dra. Odessa Henríquez
2000-2002



Dra. Cecilia Varela
2002-2006



Dr. Nicolás Sabillón
2007-2009



Dra. Reyna Durón
2009-2011



Dra. Nelly Sandoval
2011-2013



Dr. Heriberto Rodríguez
2013-2018



Dra. Jackeline Alger
2019-2023



Dra. Edna Maradiaga
2024-2026

Cuadro 1. Directores de la Revista Médica Hondureña por época: Principales logros.

Primera Época de la RMH, Fundacional	Director (a)	Observaciones
1930-1940	Dr. Antonio Vidal	Inicio de la Revista Médica, mensual. Un verdadero pionero de la medicina moderna hondureña.
	Dr. Salvador Paredes	Inicia en 1935 modalidad bimestral, escribe la sección "páginas de la Dirección".
	Dr. Ricardo Alduvin	Primera Jornada Médica en 1934, esto dio origen al Congreso Médico Nacional. ⁷
	Dr. Miquel A. Sánchez	
	Dr. Humberto Díaz	Pionero en la elaboración del Reglamento de la RMH.
	Dr. Manuel A. Larios	
1941-1950	Dr. Antonio Vidal	Publicó en esa época sus estudios sobre la clasificación de zancudos del género Anopheles en Honduras y otras contribuciones sobre malaria. La producción de Vidal en la Revista fue intensa, totalizando cerca de 75 artículos y comentarios entre 1930 y 1947. ³
	Dr. Carlos M. Gálvez	
	Dr. Salvador Paredes	Director por (1931-1943) junio 1930-oct.1943 y responsable de la edición de 50 números, en los tiempos que no estaba de director se mantenía como parte de redactores de la revista.
	Dr. Humberto Díaz	
	Dr. Antonio Vidal	Destacado por sus muchos escritos relacionados al zancudo Anopheles y malaria y otras.
	Dr. Ramón Alcerro Castro	Inicia el termino de editorial, señala la necesidad de incorporar la investigación científica como elemento formativo de la facultad de medicina.
	Dr. Marcial Cáceres Vigil	Coloca por primera vez el título a lo editoriales, lo cual orienta a su contenido.
	Dr. José Gómez Márquez	Hace llamado a la comunidad médica para continuar los Congresos Médicos que se habían descontinuado (1949).
	Dr. Juan Montoya	Destaca trabajos científicos realizados por colegas reconociendo la realidad en salud, impulsa la publicación de casos clínicos y de estudios de investigación nacional.
	Dr. Carlos M. Gálvez	Se estimula y enaltece la modernidad médica.
	Dr. Virgilio Benegas	Apoya con sus escritos la facultad de Ciencias Médicas.
	Dr. Humberto Díaz	Mantiene la RMH en modalidad bimestral.
	Dr. Hernán Corrales Padilla	Modalidad trimestral
1951-1960	Dr. César Zúniga	Se realiza segunda Jornada Médica (1955). ⁷
	Dr. Edgardo Alonzo Medina	Rediseñó el calendario editorial.
	Dr. Raúl A. Durón	Reglamentó la RMH, introdujo el uso formal de la bibliografía, inició los índices de contenido de cada volumen. ⁵
	Dr. Shibli Canahuati	
	Dr. José Gómez Márquez	Termina primera época de la RMH.
Segunda Época de la RMH, Institucional		
1965-1975	Dr. José Gómez Márquez	Bajo su dirección se publicaron muchos artículos en apoyo a la enseñanza médica. ³
	Dr. Héctor Laínez	Promovió la apertura editorial; otros colegas, diferentes al comité editorial, pueden escribir estos.
	Dr. José Antonio Bermúdez	Su primer volumen reviste importancia histórica por que fue por primera vez que la revista se incluyó en el Index Medicus con las siglas Rev.Med. Hondur.
	Dr. Raúl M. Durón	Bajo su dirección aparecen por primera vez fotografías a color en la RMH (Vol.2-1965).
	Dr. Silvio Zúniga	Se esmeró en mejorar la revista, destaca su cualidad artística al ilustrar sus escritos con sus dibujos personales, aparecen secciones literarias. ⁶
	Dr. Alfredo León Gómez	

Segunda Época de la RMH, Institucional	Director (a)	Observaciones
1976-1985	Dr. Ricardo Villela Vida	Incorpora la poesía en las páginas editoriales.
	Dra. María Elena Silva de Rivas	Primera mujer directora de la RMH (oct. 1974).
	Dra. María Elena Silva de Rivas	Continúa como directora de RMH.
	Dr. Gaspar Vallecillo	
	Dr. Carlos Medina	Rediseña la revista: Introduce cambios radicales en la presentación y formato de la publicación la vuelve dinámica y atractiva, se muestran portadas con imágenes de la realidad nacional y salud (Dr. Rubén Villeda Bermúdez). ^{5,6}
1986-1995	Dr. Rubén López Canales	Portada sobria por motivos económicos.
	Dr. Nicolas Nazar	Inicia en oct. Vol.45 (1).
	Dr. Oscar Alfredo Fúnez	Número especial de la RMH, bodas de plata del Colegio Médico de Honduras, primer suplemento.
	Dr. Hugo Antonio Rodríguez	Suplemento No. 2 de la RMH.
	Dr. Nicolas Nazar	Dirigió edición especial sobre el Estatuto del Médico Empleado.
1996-1999	Dr. Tito Alvarado	Inicia oct. de 1990 Vol. 58 (4).
	Dr. Guillermo Pérez Munguía	Inicia abril 1992 Vol.60 (2).
	Dr. Efraín Bu	Mejoró calidad científica, introduce los temas de imagen de la práctica clínica, comunicación corta e historia.
	Dr. Efraín Bu	Moderniza la RMH y hace más atractiva la revista.
	Dr. Efraín Bu	
Época Moderna		
2000-2010	Dr. Odessa Henríquez	Edición especial conmemorativa de 70 años de la RMH (año 2000)).
	Dra. Cecilia Varela	Inicia la publicación del Suplemento del Congreso Médico Nacional (2003) y dio continuidad al diseño y estándares científicos de las publicaciones científicas.
	Dr. Nicolas Sabillón	Inicia en feb. 2007, Vol 75 (1).
	Dra. Reyna Durón	Inicia en abril 2009, Vol.77 (1).
	Dra. Nelly Sandoval	Inicia abril 2011, Vol.79 (2).
2011-2025	Dr. Heriberto Rodríguez	Se inicia modalidad Semestral.
	Dra. Jackeline Alger	Oficializa modalidad semestral (2019). Da un giro a la modernización y difusión de la RMH.
	Dra. Edna Maradiaga	Continúa dando dinamismo a la RMH mejorando, avanzado en los estándares de ética y calidad científica.
2024-2026	Dra. Edna Maradiaga	

REFERENCIAS

1. Revista Médica Hondureña, Historia institucional [Internet]. Tegucigalpa: CMH; [citado 2025 sep 7]. Disponible en: <https://www.colegiomedico.hn/sobre-nosotros/historia>
2. Zepeda Carlos Javier, Reseña Histórica de la Revista Médica Hondureña 1930-1995. Revista Médica. Hondureña, VOL. 63 - No. 4 – 1995 (pag 153-160)
3. Biblioteca Virtual en Salud Honduras. Reseña histórica de la Revista Médica Hondureña [Internet]. Tegucigalpa: BVS-Honduras; [citado 2025 sep 7]. Disponible en: <https://www.bvs.hn/revmedhon/html/resena.htm>
4. Vidal Mayorga A. Introducción, Revista Médica Hondureña. 1930;1(1):1–17. Disponible en <http://www.bvs.hn/RMH/html5>
5. Bu Efraín, La página Editorial, Expresión del Pensamiento Médico, Algunos Rasgos Históricos. RMH, edición especial conmemorativa, [pag. 5-12] octubre 2000. Disponible en: <https://www.bvs.hn/RMH/pdf/2000/html/Vol68-5-2000.htm>
6. Zepeda Javier, Reseña Histórica de la Revista Médica Hondureña, 1930-2005, edición, Especial Conmemorativa, 2005. RMH 2005; [Suplemento No2] pag.4-16. Disponible en <http://revistamedicahondurena.hn>, <https://www.revistamedicahondurena.hn/dmsdocument/16-vol73-s2-2005-3-historia-rmh-pdf>
7. Alger Jackeline et-al: Reseña Histórica del Congreso Médico Nacional y presentación del XLVI Congreso, Tegucigalpa 2003, RMH 2003;71:48-54
8. Revista Médica Hondureña, Vol 75;(3), Vol 77 (2), Vol 79 (2) Disponible en: <http://revistamedicahondurena.hn>
9. Camjol.info. Revista Médica Hondureña – Instrucciones para autores [Internet]. Tegucigalpa: Universidad Nacional Autónoma de Honduras; [citado 2025 sep 7]. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/RMH/about/submissions>
10. Revista Médica Hondureña, Vol.82, No. 1, Vol. 87, No.1, Vol. 92, No.1. Disponible en: <http://revistamedicahondurena.hn>

ARTÍCULO ESPECIAL

Evolución histórica de las portadas de la Revista Médica Hondureña

Historical evolution of the covers of the Revista Médica Hondureña

Nora Rodríguez Corea^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0003-1749-4556>, Erika Velásquez Villars²  <https://orcid.org/0000-0002-7270-9188>.

¹Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado en Salud Pública; Tegucigalpa, Honduras.

²Colegio Médico de Honduras, Revista Médica Hondureña, Consejo Editorial; Tegucigalpa, Honduras.

RESUMEN. La Revista Médica Hondureña órgano de expresión científica del Colegio Médico de Honduras cumple 95 años, fundada en 1930 por un grupo de médicos visionarios pertenecientes a la Asociación Médica Hondureña que había sido organizada en 1927. El primer número de la Revista fue publicado en mayo de 1930 y su primer director fue el Dr. Antonio Vidal Mayorga. El objetivo de esta publicación es conocer como evolucionaron las portadas de la revista a través de los años, identificando cambios en sus elementos gráficos, tipográficos y simbólicos en sus diferentes etapas históricas. Se realizó un estudio de tipo histórico descriptivo, orientado al análisis documental de las portadas.

Palabras claves: Análisis documental; Honduras, Publicación conmemorativa.

INTRODUCCIÓN

Las revistas científicas constituyen un pilar fundamental para la difusión del conocimiento científico y la consolidación de comunidades académicas en distintos contextos nacionales e internacionales. La Revista Médica Hondureña (RMH), órgano oficial del Colegio Médico de Honduras (CMH), ha servido durante décadas como vehículo de comunicación científica, al tiempo que refleja la identidad y la evolución del quehacer médico en el país.

La historia de la Revista Médica Hondureña es la descripción de un esfuerzo casi interrumpido de educación médica permanente en Honduras, iniciado en una época de relativo atraso en el campo de la salud de nuestro país.¹

Uno de los aspectos menos explorados en la historia de las publicaciones médicas es la evolución de las portadas. Estas no solo cumplen una función estética, sino que también transmiten mensajes simbólicos sobre la época, los avances científicos, y la visión institucional de la medicina.^{2,3} La transición en los diseños, tipografías, colores y elementos gráficos suele estar vinculada con cambios editoriales, tecnológicos y sociales. Las imágenes que pueblan las portadas de las revistas interpelan al lector de forma directa o indirecta, presentando un alto grado de seducción ante lo que consume. Con ella, se pretende transmitir frescura, impacto y personalidad, la primera página constituye «la tarjeta de presentación, el escaparate o la vitrina desde la que se intenta llamar la atención de la audiencia».⁴

En el caso de la RMH, estudiar la transformación de sus portadas permite comprender la trayectoria de la revista como patrimonio científico y cultural. Este análisis resulta valioso para rescatar la memoria editorial y reforzar la importancia de la revista como referente histórico de la medicina hondureña. El objetivo de esta publicación fue analizar la evolución de las

Recibido: 10-10-2025 Aceptado: 29-10-2025 Primera vez publicado en línea: 04-11-2025


Dirigir correspondencia a: Nora Rodríguez Corea

Correo electrónico: norarmendoz@gmail.com

RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Rodríguez-Corea N, Velásquez-Villars E. Evolución histórica de las portadas de la Revista Médica Hondureña. Rev Méd Hondur. 2025; 93(Supl. 3). S60-S66. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v93iSupl.3.21367>

© 2025 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

portadas de la Revista Médica Hondureña desde su fundación hasta la actualidad, identificando cambios en sus elementos gráficos, tipográficos y simbólicos en sus diferentes etapas históricas.

DESARROLLO DEL TEMA

Se realizó un estudio de tipo histórico-descriptivo, orientado al análisis documental de las portadas de la RMH desde su primera edición, publicada en mayo de 1930, hasta la más reciente disponible en 2025. Las fuentes de información fueron colecciones digitales de la RMH, disponibles en su sitio web <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/>.⁵ Se incluyeron todas las portadas oficiales publicadas entre 1930 y 2025. En total se revisaron 436 portadas, analizando los principales elementos del diseño editorial: estructura de la portada, ubicación de títulos, uso del color, inclusión del número internacional normalizado de publicaciones seriadas ISSN, plataformas indexadas, uso de imágenes y la incorporación de la leyenda institucional.

En la página web de la RMH se logró la recolección y catalogación de todas las portadas disponibles en orden cronológico. Se clasificaron en periodos históricos definidos por cambios significativos en el diseño. Se definió un período inicial (1930 - 1970); un período de modernización (1971–1999) y un período contemporáneo (2000 - 2025). Se realizó el análisis descriptivo y comparativo de los elementos gráficos en cada período.

Período inicial (1930-1970)

Década 1930- 1939

El primer número de la Revista Médica Hondureña apareció publicado en mayo de 1930 como órgano de la Asociación Médica Hondureña. Apareciendo en su portada el nombre del director y redactores. Mas no presentaba elementos gráficos distintivos. Esta portada se mantuvo hasta el año 1933 (**Figura 1A**).⁶ En 1934 surgió un nuevo diseño que incorporó color y

mayor diagramación, agregando un sumario de los temas publicados. Los siguientes números de 1934 (2 al 7) usaron esta diagramación solo variando el color de la portada. En esta época las publicaciones de los números eran mensuales (**Figura 1B**).⁷ Durante el año 1935 la revista retomó la portada del número inicial (1930) una portada sencilla con la información necesaria, el nombre como título Revista Médica Hondureña y sin el sumario de los temas. Durante 1936 se usa de forma alterna la portada de 1930 y el diseño de 1934. En septiembre 1937 apareció otra portada la cual se usó hasta 1939 (**Figura 1C**)⁸ la cual mostraba una imagen en forma de papiro (con variación de colores según números de la revista) donde se visualiza el título de la revista, el nombre del director, redactores, secretario de redacción y administrador; así como el sumario.

Década 1940- 1949

Durante la década de 1940, las portadas conservaron un estilo sencillo, retomando el modelo del primer número (1930).⁹ Cabe destacar que en el número 96 de septiembre-octubre de 1941 aparece por primera vez una foto en la portada, la del Dr. Trinidad Mendoza, quien cumplía su 50 aniversario de ejercicio profesional (**Figura 1D**). A partir del número 6 del año 1944, se presenta una portada más sencilla que las anteriores en la cual solo aparece el título de la revista, el nombre del director y la fecha, lo que refleja una etapa de búsqueda editorial.¹⁰ En el año 1946 a 1949 se utilizaron varios diseños de portadas sin presentar un formato único; el número 6 de 1947 presenta por primera vez el caduceo en la portada, debajo el título de la revista, el nombre del director y el sumario de temas, en un fondo azul claro. Esta portada se usó más allá de 1950.

Década 1950-1959

Para 1951 se cambió de nuevo al formato de 1930, mismo que se mantuvo durante 1952 usando las portadas anteriores indistintamente. En el año 1953 se introdujo una nueva portada la cual tiene de fondo la figura de Hipócrates, padre de la Medicina, que permanecería durante dos años.¹¹ Hacia 1955 surgió un nuevo diseño de portada donde resalta el nombre de

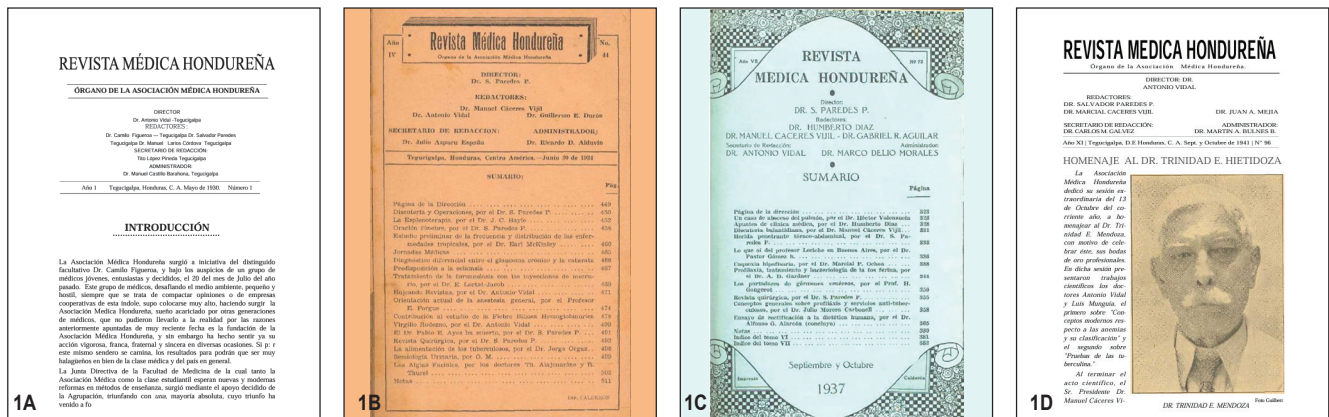


Figura 1. Portadas de la Revista Médica Hondureña: **1A**, año 1930; **1B**, año 1934; **1C**, año 1937; **1D**, 1941.

la Asociación Médica Hondureña en logo en forma de escudo y el caduceo en el centro, consolidando la identidad institucional durante los próximos cuatro años.¹² Sin embargo, en 1959 la revista regresó a la portada de publicación inicial de la revista (1930).

Década 1960-1969

En la década de 1960 se continuó la alternancia de diseños. A partir de 1963 se adoptó una nueva diagramación, más sobria, sin color ni figuras,¹³ hasta que en 1964 emergió una nueva propuesta de diseño utilizada intermitentemente hasta 1969.¹⁴ Este diseño se caracterizó por la introducción del color verde oscuro, característico de la Revista, como una banda horizontal y el diseño del contenido por temáticas.

Período de modernización 1970-1999

Década 1970 a 1979

La década de 1970 inauguró una etapa de modernización. Entre 1970 y 1977 las portadas incorporaron el logo del Colegio Médico de Honduras (CMH) (caduceo y mapa de Honduras) junto con el nombre de la revista en color azul y conteniendo el sumario de artículos (**Figura 2A**).¹⁵ Durante los años 1978 y 1979, la portada de la RMH experimentó un cambio significativo al incorporar por primera vez fotografías con valor documental y simbólico. En 1978 se publicó la imagen del Hospital Materno Infantil, acompañada por otra fotografía que mostraba a un grupo de 18 niños frente a dicho centro asistencial (**Figura 2B**). Esta composición se mantuvo en los números uno y dos de ese año. En el número tres, la portada presentó a 13 médicos reunidos en una sala, imagen que se vinculó con el editorial dedicado a la escasez de profesionales de la salud en las zonas rurales del país y al incremento de estudiantes de la carrera de medicina en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, fenómeno que, según el autor, generaba una presión considerable sobre el sistema educativo de la época.¹⁶ Finalmente, el número cuatro incluyó una fotografía que reflejaba la problemática nacional del acceso al agua potable.¹⁷

Década 1980-1989

De 1980 a 1981, la RMH experimentó una importante renovación gráfica. Los colores variaron del amarillo a rosado, se mantuvo la presencia de imágenes en el centro de la hoja, de igual manera, el color del nombre de la revista publicado en combinación del color rosado y rojo, y se consolidó la leyenda institucional: *Órgano del Colegio Médico de Honduras, fundada en 1930*, Período de publicación, y número. Y en la parte inferior derecha el sumario.¹⁸ Entre 1982 y 1984 la revista adoptó un formato más definido, como el logo del CMH ubicado en la parte inferior derecha, la leyenda institucional, el nombre de la revista centrado y alineado a la izquierda, y una línea vertical negra que atravesaba el centro de la página. Cada año tuvo una variación de color, manteniendo el mismo diseño. (**Figura 2C**).¹⁹

En 1985 se publicó una versión más sencilla, en color blanco con el nombre de la revista centrado en la parte superior, detalles del Consejo Editorial de la época, apartado postal, ciudad, país y teléfono.²⁰ Sin embargo, entre 1986 y 1989 se retomó el diseño de 1984, destacando ediciones conmemorativas, como la de 1987, dedicada a las Bodas de Plata del Colegio Médico de Honduras,²¹ y la de 1988, primer suplemento-libro de la revista, en homenaje al Dr. Corrales Padilla.²² El diseño de ambas portadas conmemorativas no varió solo se agregó en la parte superior central el texto: Bodas de Plata del Colegio Médico de Honduras y I Suplemento-Libro.

Década 1990-1999

De 1990 hasta 1993 se continúa utilizando el diseño de la década pasada. En 1994, bajo la dirección del Dr. Efraín Bú Figueroa, se renovó el diseño de la portada, incorporando por primera vez obras de pintores hondureños.¹ Es a partir de 1994, que la revista adopta un nuevo formato, sentando las bases de la estructura de portada que actualmente caracteriza a la RMH. Esta etapa se distingue por la variación de colores en las portadas y la inclusión de pinturas como elementos visuales.²³ La portada de esta década mostró un cambio en su estructura, más moderna, en la tipografía mixta, más formal y mayor jerarquía para el nombre de la revista. El logo del CMH y la leyenda



Figura 2. Portadas de la Revista Médica Hondureña: 2A, año 1971; 2B, año 1978; 2C, año 1992.

institucional se incorporó en la parte superior izquierda al par del nombre y en la parte inferior del nombre la información editorial (volumen, número, período, y año). Acompañando la portada una imagen que abarcaba la mitad de la página (**Figura 3A**).

Período contemporáneo año 2000 a 2025

Década 2000-2009

Entre el 2000 y 2008, se mantuvo la estructura de la década anterior, variando anualmente los colores, como verde, azul turquesa, rojo o anaranjado, y utilizando ilustraciones artísticas. Además, se realizó un cambio en la leyenda institucional: *Publicación científica del Colegio Médico de Honduras*. (**Figura 3B**). Es a partir del 2000 que se incluyó en la portada el ISSN impreso 0375-1112 (**Figura 3C**).²⁴

A partir del Volumen 70 (2002), la portada de la Revista Médica Hondureña comenzó a incluir pinturas de médicos hondureños, entre las obras destacan animales en peligro de extinción del Dr. Leonel Pérez, El bodegón de hortalizas es del Dr. Silvio Zúñiga (QDDG), Margaritas de la Dra. Ana María Pon y varias aves del Dr. Alejo Lara (QDDG). Otras contribuciones incluyen *Creación* de la Dra. Sagrario Murillo Méndez, *Facetas de Bronce* del Dr. Kenneth Vitetoe, *Sueños Rotos* del Dr. Ricardo López Urquía, y en 2004, la serie *Casas Viejas de San Pedro*

Sula del Dr. Andrés Urteaga, que recrea la arquitectura de la ciudad a principios del siglo XX.¹

En 2003 se publicó el primer suplemento conmemorativo del Congreso Médico Nacional (COMENAC) para este año la portada era de color anaranjado tenue, y se publicó la imagen promocional del evento que incluía el nombre del XLVI congreso, la ciudad en dónde se realizó, fecha, el nombre del médico homenajeado, además de incluir la temática central del congreso (**Figura 3D**).²⁵ De entonces, cada suplemento de COMENAC ha reflejado gráficamente la sede y temática del congreso.

Para 2005 se publicó por primera vez un Suplemento conmemorativo al 75 aniversario de la RMH; la portada de ese año se publicó en color rojo, con una cinta en la esquina superior derecha de color dorado y con la leyenda: *75 años*. La imagen en portada mostró una invitación a la celebración de actos conmemorativos, ocho portadas de diferentes diseños que tuvo la revista, el logo del CMH, nombre de la RMH y la fecha de la primera publicación de la revista hasta ese momento: 1930-2005. (**Figura 3E**).²⁶ En 2006, se vuelve incluir el sumario de los artículos en la portada, alineado a la derecha y en la parte inferior debajo de la imagen.

A partir de 2009, la revista adoptó el color verde que hoy la identifica. Por primera vez se incorporó el enlace del sitio web oficial de la revista, y las plataformas de indexación: BVS-HN,



Figura 3. Portadas de la Revista Médica Hondureña: **3A**, año 1994; **3B**, año 2005; **3C**, año 2009; **3D**, año 2003; **3E**, año 2005; **3F**, año 2009.

LILACS-BIREME, LATINDEX, *Biological Abstracts*, *SciMed e Index Medicus Latinoamericano*. Este hecho marcó la trascendencia y el crecimiento alcanzado por la revista, al haber logrado visibilidad a nivel internacional y avances en el ámbito tecnológico (**Figura 3F**). La leyenda institucional se actualizó: Órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras, manteniéndose hasta la actualidad.²⁷

Década 2010-2019

En la década del 2010 se mantuvo el fondo verde y la inclusión de obras de arte en portada. En 2012, se publicó un suplemento especial conmemorando los 50 años del CMH, para esta edición se publica en portada la imagen de los directivos de la institución y el logo de los 50 años en color dorado, y con la leyenda: *Bodas de oro del Colegio Médico de Honduras*.²⁸

Entre 2014, 2016 y 2017 se publicaron suplementos especiales que conmemoraron: XXII Congreso y XXVI Curso de port-grado de la Academia Iberoamericana de Neurología Pediátrica (AINP); XXVII del Congreso de la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación; y el XIII Congreso centroamericano y del caribe de parasitología y medicina tropical. Variando en sus portadas la imagen central que fueron los afiches promocionales de cada evento, pero manteniendo la estructura visual de la revista que para el momento era: fondo verde, nombre de la revista centrada en la parte superior, datos de volumen, suplemento, año y cantidad de páginas, ISSN, logo y plataformas digitales.²⁹

En 2016, se incorporó el ISSN digital 1995-7068 (**Figura 4A**). Entre 2017 y 2018, se experimentó con la intensidad del verde y la variedad de imágenes, que incluyeron el Colegio Médico de Honduras en Tegucigalpa, paisajes y pinturas.³⁰

Para el 2019, se actualizaron las plataformas indizadas a la RMH: LILACS-BIREME, CAMJOL, Amelica, LATINDEX y se incluyó por primera vez en portada el código Digital Object Identifier (DOI) en las portadas de los suplementos (**Figura 4B**).³¹

Período 2020-2025

En el período del 2020-2025, la revista continuó fortaleciendo su visibilidad internacional sumando nuevas platafor-

mas: REDIB, DOAJ, Research4Life, REDALYC y Dimensions (**Figura 4C**).³²

Para el 2020, la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 interrumpió la continuidad del suplemento del COMENAC, cuya publicación no se realizó ese año. Las medidas de confinamiento y la suspensión de eventos académicos presenciales imposibilitaron la realización del congreso, y con ello, la preparación del suplemento que habitualmente recoge sus memorias y aportes científicos, pero **sí un suplemento conmemorativo a los 90 años de la revista**, mostrando en su portada una serie de 18 portadas históricas dispuestas en forma circular, mostrando en el centro de la imagen el logo de los 90 años en color dorado.³³

En 2021, tras la pandemia por COVID-19, la RMH publicó un suplemento especial multidisciplinario, que rendía homenaje al gremio médico, en especial a los que perdieron la vida enfrentando la pandemia, en portada se utilizó una imagen que representaba a los profesionales de la salud como “ángeles protectores”. De igual manera, se utilizó una sección de esta imagen para la portada del suplemento COMENAC agregándole el logo del COMENAC en la parte superior a un costado del nombre de la RMH.³⁴

En 2023 se incrementó la producción científica, publicando tres suplementos y dos números, manteniéndose las portadas de los números con la publicación de hospitales de referencia nacional y el suplemento del COMENAC con su imagen promocional. La diferencia de imágenes en portada del suplemento número uno, es que este estuvo dedicado al Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal (IAV), cuya portada incluía una pintura que retrata al Dr. Vidal y el logo conmemorativo de su 30 aniversario.³⁵ La imagen de la portada del suplemento 2 multidisciplinario se presentó en formato diamante conteniendo en total siete portadas anteriores de la RMH.

En 2024 se publicó un suplemento multidisciplinario que combinó tres pinturas que fueron utilizadas como sellos postales conmemorativos de la Revista Médica Hondureña en 2005.³⁶ En el presente año 2025, se han publicado dos suplementos uno de COMENAC y al IX Congreso de la Asociación Centroamericana



Figura 4. Portadas de la Revista Médica Hondureña: **4A**, año 2016; **4B**, año 2019; **4C**, año 2025.

y del Caribe de Infectología, el cual se realizó a solicitud de la Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; el tercer suplemento conmemorativo que contendrá esta revisión documental presentará en su portada una imagen representativa de los 95 años de la RMH 1930-2025, manteniendo su estructura y su color de fondo verde. La decisión de mantener el diseño de la revista no solo ha asegurado la coherencia visual, sino que también ha fortalecido la identidad de la revista como referente de la medicina nacional, transmitiendo profesionalismo, estabilidad y compromiso con la realidad sanitaria del país.

CONCLUSIÓN

Finalmente, en 2025, la revista celebra sus 95 años de historia con una portada conmemorativa que demuestra el legado editorial. La evolución de las portadas de la Revista Médica Hondureña no ha sido solo un cambio de imagen; sino

una manera de contar su propia historia, mostrando cómo la revista se ha modernizado, y se ha convertido en un referente de identidad institucional. Cada cambio de color, imagen y formato refleja las decisiones editoriales pensadas en la innovación, la formación de identidad y el acercamiento con los lectores.

CONTRIBUCIONES

NRC y EVV participaron en la concepción de idea, diseño metodológico, redacción, recolección de datos, y elaboración del artículo final.

DETALLES DE LOS AUTORES

Nora Rodríguez Corea, Médica Pediatra, Máster en Epidemiología, norarmendoz@gmail.com

Erika Velásquez Villars, Licenciada en periodismo; erika.villars06@gmail.com

REFERENCIAS

- Javier Zepeda CA. Reseña histórica de la Revista Médica Hondureña 1930-2005. Rev Méd Hondur [Internet]. 2005 [citado 18 septiembre 2025];73(Supl 2):S4-16. Disponible en: <https://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-S2-2005-3.pdf>
- Pérez K. La imagen en función de la palabra: estudio de la gráfica de las portadas para Cien años de soledad de Gabriel García-Márquez. ESCENA. Rev Artes [Internet]. 2016 [citado 18 septiembre 2025];76(1):103-118. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5611/561161704006/html/>
- Puebla Martínez B, Carrillo Pascual E, Íñigo Jurado Al. La imagen de los protagonistas de las portadas en las revistas españolas [Internet]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos de Madrid; 2011 [citado 18 septiembre 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4161581>
- Tabuenca Bengoa M, González-Díez L, Puebla-Martínez B. Diseño y contenido en la portada de las revistas: propuesta metodológica. C&M. 2022;4(1):59-72. DOI: <https://doi.org/10.35951/v4i1.150>.
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña 1930-2025. [Internet]. Tegucigalpa: CMH; 2025. [citado 18 septiembre 2025]. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 1930 [citado 18 de septiembre 2025]; A0(1). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/446>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 1934 [citado 18 septiembre 2025]; A4(7). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/419>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 1937 [citado 19 septiembre 2025]; A7(5). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/396>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 1942 [citado 19 septiembre 2025]; A12(4). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/333>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 1947 [citado 21 septiembre 2025]; A17(5). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/305>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 1953 [citado 21 septiembre 2025]; A21(4). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/273>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 1955 [citado 25 septiembre 2025];23(2). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/264>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 1970 [citado 26 septiembre 2025]; 38(2). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/213>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 1968 [Citado 26 septiembre 2025];36(4). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/221>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 1970 [citado 26 septiembre 2025]; 38(2). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/213>
- Medina CA. Editorial. Rev Med Hondur [Internet]. 1978 [citado 17 octubre 2025];46(3):66-7. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol46-3-1978-2.pdf>
- Medina CA. Agua. Rev Med Hondur [Internet]. 1978 [citado 17 octubre 2025];46(4):99-100. Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol46-4-1978-2.pdf>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 1981 [citado 29 septiembre 2025]; 49(3). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/172>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 1982 [citado 29 septiembre 2025]; 50(2). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/167>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 1985 [citado 29 septiembre 2025];53(2). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/155>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 1987 [citado 29 septiembre 2025];55(4). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/143>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 1988 [Citado 8 octubre 2025]; 56(1- supl.2). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/140>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 1994 [citado 29 septiembre 2025];62(3). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/115>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 2000 [citado 30 septiembre 2025];68(3). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/88>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 2003 [citado 30 septiembre 2025];71(Supl 1). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/481>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña. [Internet]. 2005 [citado 30 septiembre 2025];73(Supl 1). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/67>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 2009 [citado 30 septiembre 2025];77(1). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/43>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 2012 [citado 30 septiembre 2025];80(2). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/35>
- Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet].

- 2014 [citado 30 septiembre 2025];82(2). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/18>
30. Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 2017 [citado 30 septiembre 2025];85(3-4). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/3>
 31. Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 2019 [citado 1 octubre 2025]; 87(Supl 1). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/9>
 32. Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 2025. [citado 1 octubre 2025];93(1). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/493>
 33. Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 2020 [citado 1 octubre 2025];88(supl 1). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/471>
 34. Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 2021 [citado 1 octubre 2025];89(supl 2). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/477>
 35. Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 2023 [Citado 1 octubre 2025];91(supl 1). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/485>
 36. Colegio Médico de Honduras. Revista Médica Hondureña [Internet]. 2024 [citado 1 octubre 2025]; 91(supl 1). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/numeros/show/492>

ABSTRACT. The Revista Médica Hondureña, the scientific voice of the Colegio Médico of Honduras, celebrates its 95th anniversary, having been founded in 1930 by a group of visionary physicians belonging to the Honduran Medical Association, which had been established in 1927. The first issue of the journal was published in May 1930, and its first editor was Dr. Antonio Vidal Mayorga. The objective of this publication is to understand how the magazine covers have evolved over the years, identifying changes in their graphic, typographic, and symbolic elements across different historical periods. A descriptive historical study was conducted, focusing on the documentary analysis of the covers.

Keywords: Commemorative publication; Documental analysis; Honduras.

Noviembre 2025

1. INFORMACIÓN GENERAL

La Revista Médica Hondureña (Rev Méd Hondur) es el órgano oficial de difusión y comunicación científica del Colegio Médico de Honduras (<https://www.colegiomedico.hn/>). La revista es de acceso abierto (open access, OA), lo que significa que el acceso a los artículos es gratuito y no se cobran tarifas por el procesamiento de los manuscritos. Fue creada el 2 de noviembre de 1929 y con su primera publicación en mayo de 1930 se constituye en la publicación continua en el campo de la salud más antigua de Honduras. Es una publicación semestral que difunde y comunica conocimientos científicos inéditos fundamentados en principios éticos y de calidad. Su finalidad es fomentar y apoyar la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional. Cuenta con versión impresa ISSN 0375-1112 y versión electrónica ISSN 1995-7068. La versión electrónica desde 1930 está disponible en <https://revistamedicahondurena.hn/> y en <https://honduras.bvsalud.org>. Se encuentra indizada en LILACS-BIREME, CAMJOL, AmelICA, LATINDEX, Dimensions, REDIB, DOAJ, RESEARCH4LIFE (<https://onx.la/72baa>). Se encuentran disponibles una serie de recursos para autores (<https://onx.la/7c318>) y para revisores (<https://onx.la/d25cf>). Los artículos y materiales publicados están autorizados para su uso y distribución de acuerdo con la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>).

1.1 MISIÓN, ALCANCE, VISIÓN

MISIÓN

Difundir y comunicar información científica inédita fundamentados en principios éticos y de calidad aplicables a la práctica clínica, la salud pública e investigación para la salud, para fomentar y apoyar la investigación científica y la educación médica continua, especialmente del gremio médico nacional.

OBJETIVO Y ALCANCE

A través de la difusión y comunicación científica ética y de calidad, fomentar y apoyar la investigación científica y la educación médica continua. Además, difunde artículos de investigaciones inéditas sobre la práctica clínica, la salud pública e investigación para la salud, incluyendo artículos en las categorías original con diseño metodológico cuantitativo o cualitativo, comunicación corta, informe de caso clínico o serie de casos clínicos, imagen en la práctica clínica, revisión bibliográfica, artículo especial, artículo de ética, historia de la medicina, artículo de opinión, editorial, carta al editor y *ad libitum*. No se realiza ningún cobro por procesamiento de los artículos.

VISIÓN

Ser una revista que difunda conocimiento científico inédito con alta calidad, prestigio e integridad científica, accesible a nivel nacional e internacional y con amplia representatividad en el campo de la práctica clínica, la salud pública e investigación para la salud.

1.2 CONTENIDO

La Revista Médica Hondureña es una publicación semestral, publicando dos números al año: Número 1 (enero - junio) y Número 2 (julio - diciembre). Desde el Volumen 87 (año 2019) se publica en la modalidad continua completando el Número 1 el 30 de junio y el Número 2 el 31 de diciembre de cada año. Además de los dos números anuales, se publican suplementos, incluyendo el suplemento anual que contiene el programa científico y resúmenes del Congreso Médico Nacional, y otros suplementos que se programen de manera concertada a través de la Secretaría de Asuntos Educativos y Culturales del Colegio Médico de Honduras y el Consejo Editorial.

Se consideran para publicación trabajos inéditos incluyendo los tipos de artículos original con diseño metodológico cuantitativo y cualitativo, comunicación corta, informe de caso clínico o serie de casos clínicos, imagen en la práctica clínica, revisión bibliográfica, artículo especial, artículo de ética, historia de la medicina, artículo de opinión. Además, se publican editoriales, cartas al editor y *ad libitum*. La extensión, número de cuadros y figuras y número de referencias permitidas para cada tipo de artículo se presenta en el **Anexo I**.

1.2.1 Idioma

Se publican artículos en los idiomas español e inglés. Se recomienda que los autores preparen los artículos en su lengua materna para garantizar una redacción apropiada. Una vez aprobados los artículos, no se aceptan cambios en su contenido. Para completar el proceso editorial del manuscrito de los artículos en idioma inglés, los autores deben contar con una certificación del idioma y presentar el certificado de calidad emitido por una entidad reconocida en su campo en un plazo no mayor a dos semanas a partir del envío de la versión final aprobada. Para la preparación de artículos en inglés, los autores deben revisar las Instrucciones para Autor en el idioma inglés.

1.2.2 Editorial

El editorial responde a la línea editorial de la Revista Médica Hondureña y es responsabilidad del Consejo Editorial. Su contenido está relacionado a los temas de los artículos incluidos en el número y/o a eventos nacionales o internacionales de interés.

1.2.3 Artículo original

Presenta por primera vez hallazgos científicos obtenidos a través de investigaciones con diseño metodológico cuantitativo o cualitativo, o ambos. Puede incluir observaciones de laboratorio, investigaciones poblacionales, investigaciones clínicas, investigación de la implementación, revisiones sistemáticas y metaanálisis, entre otros. Secciones: Introducción, Métodos, Resultados y Discusión (IMRYD). La Revista Médica Hondu-

refina considerará para publicación los trabajos en los cuales la recopilación de los datos independientemente de la duración del estudio, haya finalizado 5 años antes del envío del manuscrito a la revista. El Consejo Editorial tendrá potestad de considerar excepciones en este último caso, cuando el aporte científico del trabajo sea de interés general y su contenido no esté obsoleto por el tiempo transcurrido. Debe seguir los estándares científicos de ética y calidad. Incluye un resumen estructurado de un máximo de 250 palabras.

1.2.4 Comunicación corta

Presenta los resultados preliminares de investigaciones sobre temas innovadores y experiencias relevantes. Secciones: Introducción, Métodos, Resultados y Discusión (IMRYD). Las secciones de la experiencia: Introducción, Descripción de la experiencia y Lecciones aprendidas. Debe seguir los estándares científicos de ética y calidad. Incluye un resumen no estructurado de un máximo de 150 palabras.

1.2.5 Caso clínico o serie de casos clínicos

Describe casos clínicos que dejan enseñanzas particulares porque son presentaciones clínicas atípicas de enfermedades comunes, presentaciones clínicas típicas de enfermedades raras, representan retos diagnósticos o terapéuticos, o dejan lecciones de salud pública. Secciones: Introducción, Descripción del caso o casos clínicos y Conclusión. Debe presentar evidencia suficiente del diagnóstico respectivo a través de la descripción de manifestaciones clínicas evidentes, hallazgos de laboratorio o quirúrgicos, imágenes radiológicas, microorganismos aislados, microfotografía de biopsia, entre otros. Ser cautelosos al aseverar que se trata de un primer caso. Debe seguir los estándares científicos de ética y calidad. Incluye un resumen estructurado de un máximo de 250 palabras.

1.2.6 Imagen en la práctica clínica

Consiste en una imagen de interés especial por su relevancia clínica o epidemiológica. A través de la imagen se transmiten enseñanzas sobre diagnóstico, terapéutica, pronóstico o prevención de un problema sanitario. La calidad y resolución de la imagen deben ser apropiadas. Deben utilizarse señalizaciones que resalten los aspectos de interés. Deberá incluir la información necesaria para interpretar la imagen, incluyendo datos clínicos. Se deberá indicar si la imagen fue editada electrónicamente. Debe seguir los estándares científicos de ética y calidad.

1.2.7 Revisión bibliográfica

Solamente a solicitud del Consejo Editorial. Es una revisión narrativa y presenta el estado del arte sobre un tema actual y relevante cuya información se ha actualizado a través de investigación documental. Este tipo de artículo puede ser solicitado por el Consejo Editorial o por iniciativa de los autores. Debe constar de secciones de Introducción, seguido del desarrollo del tema, cuyas secciones y subsecciones se denominarán de acuerdo con el tema revisado, y Conclusión. La Introducción debe describir el propósito de la revisión y las fuentes consultadas; dónde y cómo se realizó la búsqueda de la información, las palabras clave empleadas y los años de cobertura de la búsqueda. La Conclusión presenta la opinión

del autor sobre la revisión realizada y el aporte al conocimiento local. Incluye un resumen no estructurado de un máximo de 150 palabras.

1.2.8 Artículo especial

Solamente a solicitud del Consejo Editorial. Es una revisión de temas de interés general presentados como una mezcla de artículo de revisión bibliográfica y artículo de opinión. Debe constar de secciones de Introducción, seguido del desarrollo del tema, cuyas secciones y subsecciones se denominarán de acuerdo con el tema del artículo, y Conclusión. La Introducción debe describir el propósito del artículo y las fuentes consultadas. La Conclusión presenta el aporte al conocimiento local. Además, puede incluir artículos tales como normas generadas por instituciones gubernamentales u organizaciones profesionales, que por su contenido requieran la máxima difusión posible; también la transcripción autorizada de artículos publicados en otras revistas. Incluye un resumen no estructurado de un máximo de 150 palabras.

1.2.9 Artículo de ética

Desarrolla temas de ética, bioética, ética de la investigación y práctica médica. Debe constar de secciones de Introducción, seguido del desarrollo del tema, cuyas secciones y subsecciones se denominarán de acuerdo con el tema del artículo, y Conclusión. La Introducción debe describir el propósito del artículo. La Conclusión presenta el aporte al conocimiento local.

1.2.10 Historia de la medicina

Desarrolla aspectos históricos de la medicina, de sus especializaciones o sub-especializaciones, así como datos históricos de instituciones o datos biográficos de la persona sobre quien se refiere el artículo. Debe constar de secciones de Introducción, seguido del desarrollo del tema cuyas secciones y subsecciones se denominarán de acuerdo con el tema del artículo, y Conclusión. La Introducción debe describir el propósito del artículo. La Conclusión presenta el aporte al conocimiento local.

1.2.11 Artículo de opinión

Presenta análisis y recomendaciones sobre un tema particular con aportaciones originales del o los autores. No hay secciones en el artículo, pero en su desarrollo debe constar de una introducción que describa el propósito del artículo, el desarrollo del tema concluyendo con las apreciaciones que el autor considere más relevantes acerca de la temática sobre la que se está opinando.

1.2.12 Cartas al Editor

Plantea un tema de interés científico de actualidad o bien una aclaración, aportación o discusión sobre alguno de los artículos publicados. El Consejo Editorial se reserva el derecho de editar su contenido. Se procurará que las partes involucradas sean informadas y puedan hacer consideraciones y responder a través de otra carta.

1.2.13 Ad Libitum

Es una sección abierta de expresión, narraciones anecdóticas y otras notas misceláneas. El Consejo Editorial se reserva el derecho de seleccionar las comunicaciones que se considere apropiadas a la misión y visión de la Revista.

1.2.14 Información Complementaria

La información complementaria incluye material directamente relevante para el contenido de un artículo científico pero que no se puede incluir en el artículo mismo por razones de espacio o formato (por ejemplo, cuadros y figuras que superan el número permitido, videoclips o archivos de sonido). Los autores deben presentar la información complementaria de manera clara y concisa.

1.2.15 Anuncios

Anuncio de productos o servicios comerciales. Esta sección es regulada por el Colegio Médico de Honduras, por un reglamento separado.

1.2.16 Suplementos

Son números sobre temas específicos que aparecen como números separados dentro de un volumen, con enumeración secuencial. Su extensión debe ser mayor a 40 páginas. Diseminan contenidos conmemorativos, actualización en temas específicos, consenso de grupos de trabajo o guías de práctica clínica o eventos científicos como el Congreso Médico Nacional. Podrían tener un financiador independiente lo cual deben hacer constar antes de presentar la solicitud a la autoridades correspondientes.

1.3 ESTÁNDARES DE PUBLICACIÓN

La Revista Médica Hondureña se apeg a diferentes estándares de publicación que contribuyen a garantizar la publicación ética y de calidad. No se aceptarán artículos que no cumplan los estándares recomendados. Cualquier aspecto no contemplado en estas instrucciones será decidido por el Consejo Editorial.

1.3.1 Recomendaciones para la Conducta, Informe, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas

La Revista Médica Hondureña se apeg a las *Recomendaciones para la Conducta, Informe, Edición y Publicación de Trabajos Académicos en Revistas Médicas* del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE). Los autores deben consultar estas recomendaciones en el siguiente sitio web: <http://www.icmje.org/> (actualizada a abril 2025).

1.3.2 Red EQUATOR

Los artículos presentados deberán apegarse a lo recomendado en los estándares de publicación CONSORT (ensayos clínicos), STROBE (estudios observacionales), CARE (casos clínicos), PRISMA (revisiones sistemáticas), STARD (pruebas de laboratorio), SRQR (estudios cualitativos), entre otros, de acuerdo con el tipo de estudio. Los estándares pueden ser consultados en los siguientes enlaces a sitios web de la Red EQUATOR: <https://www.equator-network.org/>, <https://onx.la/b1160>

1.3.3 Registro de Ensayos Clínicos

La Revista Médica Hondureña como una condición para la publicación, requiere que los ensayos clínicos con participantes humanos sean registrados en un registro público de ensayos clínicos antes del inicio de enrolamiento de participantes. Se define ensayo clínico como estudio prospectivo que asigna participantes a una intervención, con o sin grupo de comparación concurrente o grupo control, para estudiar la relación entre una intervención y un desenlace de salud. La Plataforma de Registros Internacionales

de Ensayos Clínicos (International Clinical Trials Registry Platform, ICTRP) de la OMS está disponible en <https://onx.la/2c8c9>

1.3.4 Registro de Protocolos de Revisiones Sistemáticas

La Revista Médica Hondureña como una condición para la publicación, requiere que los protocolos de las revisiones sistemáticas sean registrados en la base de datos internacional denominada PROSPERO la cual registra prospectivamente revisiones sistemáticas que estudian un desenlace relacionado con la salud. El registro es producido por el Centro para Revisiones y Diseminación, Universidad de York, Reino Unido y es financiado por el Instituto Nacional para la Investigación en Salud (NIHR); disponible en <https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>

1.3.5 Pautas SAGER

Las pautas SAGER (Sex and Gender Equity in Research) proporcionan pautas integrales para que los autores informen sobre sexo y género en el diseño del estudio, el análisis de datos, los resultados y la interpretación de los hallazgos. Además, los editores las utilizan para integrar la evaluación de sexo y género en todos los manuscritos como parte del proceso editorial. Disponibles en <https://onx.la/fbf00>

1.3.6 Principios Éticos

Ética de Publicación: Los manuscritos deberán ser originales y no haber sido sometidos a consideración de publicación en ningún otro medio de comunicación impreso o electrónico. Si alguna parte del material ha sido publicado en algún otro medio, el autor debe informarlo al Consejo Editorial. Los autores deberán revisar las convenciones sobre ética de las publicaciones especialmente relacionadas a publicación redundante, duplicada, criterios de autoría, relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés potenciales. Los autores deberán incluir las autorizaciones por escrito de autores o editores para la reproducción de material anteriormente publicado o que puedan identificar personas. En el caso de que surjan dudas sobre mala conducta científica, incluyendo fabricación, falsificación, plagio, autoría, entre otros, el Consejo Editorial aplicará los procedimientos recomendados por el Committee on Publication Ethics (COPE, <https://publicationethics.org/>).

Ética de la Investigación: El Consejo Editorial se reserva el derecho de proceder de acuerdo con el Reglamento de Ética del Colegio Médico de Honduras y las normas internacionales cuando existan dudas sobre conducta inadecuada o deshonestidad en el proceso de investigación y publicación. Los estudios en seres humanos deben seguir los principios de la Declaración de Helsinki <https://onx.la/d4d96> y sus modificaciones posteriores y el manuscrito debe expresar en el apartado de métodos que el protocolo de investigación y el consentimiento/asentimiento informados fueron aprobados por el correspondiente comité de ética en investigación o en su defecto, en estudios sin participantes humanos, por una instancia jerárquica superior de la institución donde se realizó el estudio. También deberá dejarse constancia del cumplimiento de normas nacionales e internacionales sobre protección de los animales utilizados para fines científicos.

Autoría: Todas las personas que figuren como autores deben cumplir con los requisitos para recibir tal denominación, basados en su contribución esencial en lo que se requiere a: 1)

Haber contribuido substancialmente a la concepción o el diseño del estudio; o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el estudio; y 2) Haber redactado el trabajo o haber realizado la revisión crítica de su contenido intelectual importante; y 3) Aprobación final de la versión a ser publicada; y 4) Estar de acuerdo en ser considerado responsable de todos los aspectos del trabajo, asegurando que las preguntas relacionadas a la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo sean adecuadamente investigadas y resueltas. Los cuatro requisitos anteriores deben cumplirse simultáneamente. La participación exclusivamente en la obtención de fondos, la recolección de datos o la supervisión general del grupo de investigación no justifica la autoría. Cada uno de los autores del manuscrito es responsable públicamente de su contenido y debe hacer constar el patrocinio financiero para realizar la investigación y la participación de organizaciones o instituciones con intereses en el tema manuscrito. En el momento de la presentación, los autores deben revelar si han utilizado tecnologías asistidas por inteligencia artificial (IA) (como Large Language Models [LLM], chatbots o creadores de imágenes) en la producción del trabajo presentado. Los autores que utilicen este tipo de tecnología deberán describir, tanto en la carta de presentación como en el trabajo presentado, cómo la han empleado. Los chatbots (como ChatGPT) no deben figurar como autores porque no pueden ser responsables de la exactitud, integridad y originalidad del trabajo, y estas responsabilidades son necesarias para la autoría.

1.3.7 Registro ORCID

La Revista Médica Hondureña recomienda a los autores, editores y revisores obtener su registro ORCID. El registro ORCID proporciona un identificador digital persistente que distingue de manera individual a los investigadores. El registro contribuye al reconocimiento de la obra de los investigadores integrando el flujo de trabajo de las investigaciones, incluyendo presentación de manuscritos y subvenciones. Disponible en <https://orcid.org/register>.

1.3.8 Relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés

Los autores al momento de enviar su manuscrito deberán declarar todas las relaciones personales, institucionales y financieras que pudieran sesgar su trabajo, expresando claramente si existen o no posibles relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés en la página del título. El Consejo Editorial velará dentro de sus posibilidades porque todos los que participen en la evaluación por pares y en el proceso de edición y publicación declaren todas las relaciones que podrían considerarse como potencial relación y actividad financiera y no financiera y conflicto de interés, con el fin de resguardar la confianza pública y científica de la Revista. Se entiende que existen relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés cuando un autor, evaluador, editor o la institución a la que pertenece, tienen relaciones, compromisos duales, competencia de interés o conflicto de lealtad, ya sea personal, institucional o financiero que pueden sesgar sus acciones.

1.3.9 Derechos de autor y licencia para uso de artículos y materiales relacionados

La Revista Médica Hondureña es una revista de acceso abierto (open access, OA), de acuerdo con la definición de acceso abierto del Directorio de Revistas de Acceso Abierto (The Directory of Open Access Journals, DOAJ, <https://doaj.org/>). Los autores retienen los derechos de autor sin restricciones. Los artículos y materiales publicados están regulados por la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>): el usuario es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) y Adaptar (remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente), bajo los siguientes términos: 1) Atribución: usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o el uso que usted está procurando, tienen el apoyo del licenciante. 2) No hay restricciones adicionales: no puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier uso permitido por la licencia. El manuscrito debe ser acompañado por la Carta de Solicitud y Consentimiento de Publicación de Artículo firmada por cada autor (**Anexo II**). No se aceptarán trabajos publicados previamente en otra revista a menos que se cuente con el permiso de reproducción respectivo y se considere de importancia reproducir un artículo ya publicado.

1.3.10 Revisión por Pares

Los manuscritos que cumplan con los requisitos generales para su presentación en la Revista Médica Hondureña, serán revisados por el Consejo Editorial. Los artículos con validez científica y relevancia para los lectores de la Revista se enviarán a revisores pares. Fundamentados en las recomendaciones de los revisores pares, el Consejo Editorial determinará si el artículo se acepta sin cambios, se acepta con condiciones o se rechaza. El proceso de revisión por pares se efectúa con anonimato de los revisores, tanto los revisores del Consejo Editorial como los revisores pares. O abierta si el revisor prefiere. O abierta si el revisor prefiere.

2. INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE MANUSCRITOS

Los manuscritos se presentan en documento preparado por un programa procesador de texto (MS Word o similares), con letra Arial punto 12, a espacio interlineal de 1.5, en papel tamaño carta y sin exceder la extensión indicada para cada tipo de manuscrito (ver **Anexo I**). Cada sección del artículo inicia en una página. Las páginas deben estar enumeradas en el ángulo inferior derecho. Los escritos deben incluir un resumen (ver instrucciones sobre resúmenes) y de 3-5 palabras clave (ver instrucciones sobre palabras clave). El título y resumen deben traducirse al inglés de la mejor calidad académica posible. La redacción del texto debe ser clara, sencilla y comprensible. Se sugiere hacer uso de

cuadros y figuras siempre que sea necesario y para facilitar la comprensión de la información presentada. Se debe dividir el texto en secciones como se indica para cada tipo de artículo.

2.1 TÍTULO

El título de un artículo es visible en las bases de revistas tanto nacionales como internacionales. Debe presentarse en español e inglés. Utilice palabras que describan adecuadamente (significado y sintaxis) el contenido del artículo. No utilice abreviaturas ni palabras redundantes. El número máximo de palabras es 15. Debe presentar una sugerencia de título abreviado (titulillo) de un máximo de 5 palabras. El titulillo aparece en el margen superior derecho del artículo impreso.

2.2 RESUMEN

Este apartado de un artículo es visible en las bases de revistas tanto nacionales como internacionales. Debe realizarse en español y en inglés. Puede ser estructurado o no estructurado. Estructurado para los artículos originales y casos clínicos con una extensión máxima de 250 palabras. El resumen de los artículos originales se divide en: Introducción, Objetivo, Métodos, Resultados y Discusión. El resumen de los artículos de caso clínico se divide en Introducción, Descripción del caso(s) clínico(s) y Conclusiones. Los artículos de Comunicación Corta, Revisión Bibliográfica y Artículo Especial incluyen resúmenes no estructurados con una extensión máxima de 150 palabras. El resumen no estructurado (sin secciones) presenta un orden incluyendo introducción, propósito, métodos, aspectos relevantes, conclusión, dependiendo de lo que aplica al tipo de artículo. En inglés: ABSTRACT. Artículo original: Introduction, Objective, Methods, Results, Discussion. Artículo caso clínico: Introduction, Clinical case(s) description, Conclusions.

2.3 PALABRAS CLAVE

A continuación del resumen debe incluirse 3-5 palabras clave en español e inglés. Las palabras clave, o descriptores de ciencias de la salud, corresponden a un vocabulario estructurado creado para servir como un lenguaje único en la indización de artículos de revistas científicas, así como para ser usado en la búsqueda y recuperación de la literatura científica en las fuentes de información. Las palabras clave tanto en español como inglés se buscan en el enlace web <https://decs.bvsalud.org/>. Se presentan en orden alfabético, separadas por coma o punto y coma, dependiendo si el descriptor consta de una o más palabras.

2.4 SECCIONES DE UN ARTÍCULO

El artículo científico original consta de las secciones Introducción, Materiales o Participantes y Métodos, Resultados y Discusión (IMRYD). Se debe revisar el estándar de publicación que corresponde al diseño del estudio. Además, todos los artículos independientemente del tipo de artículo, cuentan con las secciones Contribuciones, Agradecimientos, Referencias, Cuadros y Figuras.

2.4.1 Introducción

Se debe redactar en un máximo de 3-4 párrafos; en el primero se expone el problema investigado, en el segundo y

tercero se argumenta bibliográficamente el problema y en el cuarto se justifica la investigación y se expone de forma clara el objetivo de esta. Se debe incluir las referencias bibliográficas pertinentes teniendo el cuidado de dejar la mayoría de las referencias para ser citadas posteriormente durante la discusión de los resultados. Preferiblemente, no debe contener cuadros ni figuras.

2.4.2 Materiales (Participantes) y Métodos

Se debe redactar en tiempo pasado y describir el tipo de estudio realizado, el tiempo de duración del estudio, el lugar donde se realizó; debe 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 el diseño y los resultados. Debe describir los métodos estadísticos utilizados y los aspectos éticos de la investigación incluyendo la aprobación de un comité de ética, la obtención de consentimiento/ asentimiento informados, así como las salvaguardas de los principios éticos para proteger a los participantes humanos o animales en una investigación. Cuando los métodos y procedimientos lo requieran, la información deberá ser respaldada con las referencias bibliográficas pertinentes. Cuando el manuscrito haga referencia a seres humanos, el apartado se titulará Participantes y Métodos.

2.4.3 Resultados

Debe redactarse en tiempo pasado. Los resultados deben presentarse de una manera que se correspondan con la metodología planteada, incluyendo el desarrollo del análisis estadístico. Describir los hallazgos más importantes de la investigación realizada. De preferencia utilizar la forma expositiva; sólo cuando sea estrictamente necesario utilizar cuadros y/o figuras. No debe repetirse en el texto lo que se afirma en los cuadros o figuras. No exprese interpretaciones, valoraciones, juicios o afirmaciones. No utilizar expresiones verbales como estimaciones cuantitativas (raro, la mayoría, ocasionalmente, a menudo) en sustitución de los valores numéricos.

2.4.4 Discusión

Debe redactarse en tiempo pasado. Interpretar los resultados obtenidos estableciendo comparación o contraste con otros estudios. Debe destacarse el significado y la aplicación práctica de los resultados, las limitaciones y las recomendaciones para futuras investigaciones. Hacer hincapié en aquellos aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de ellos. Podrán incluirse recomendaciones cuando sea oportuno. Se considera de 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. Debe evitarse que la discusión se convierta solamente en una revisión del tema y que se repitan los conceptos que aparecieron en otras secciones.

2.4.5 Contribuciones

Se debe describir la contribución de cada uno de los autores al desarrollo del estudio y del artículo de acuerdo con los cuatro criterios de autoría (ver sección 1.3.6). Esta sección aparece después de la Discusión y antes de Agradecimientos. Todos los artículos con más de un autor, deben incluir esta sección.

2.4.6 Relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés

Cuando los autores someten un artículo de cualquier tipo son responsables de declarar todas las relaciones personales, institucionales o financieras que podrían sesgar o podrían ser vistas como sesgo en su trabajo. Si existen implicaciones comerciales o relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés de otro tipo, deben explicarse en un apartado antes de los agradecimientos. Todos los artículos deben incluir esta sección.

2.4.7 Agradecimientos

Se recomienda reconocer las contribuciones de individuos o instituciones, tales como ayuda técnica, apoyo financiero y contribuciones intelectuales, que no ameritan autoría. Debe presentar constancia escrita en la cual las personas o instituciones a quienes se da agradecimiento aceptan ser mencionadas en este apartado.

2.4.8 Detalles del autor(es)

Presentar la información de cada autor en el orden de la autoría: Nombre, Formación académica y Correo electrónico.

2.4.9 Referencias bibliográficas

Debe usarse la bibliografía estrictamente necesaria y consultada personalmente por los autores. Los autores deben evitar citar artículos de revistas depredadoras o pseudo revistas. Ver **Anexo I** y **Anexo III**. Las referencias bibliográficas citadas en el texto se identificarán mediante números en superíndice y por orden de aparición en el texto. El superíndice se cita después de la puntuación. Los números se separan por comas. Si son más de dos referencias en orden consecutivo, se pueden separar por un guion colocando la primera y la última. En la sección de Referencias al final del manuscrito, se deben listar todos los autores cuando son seis o menos. Cuando hay siete o más, se listarán los primeros seis seguidos de "et al." Se deben abreviar los títulos de las revistas de conformidad con el estilo utilizado en la lista de revistas indizadas en el Index Medicus que deben ser consultadas en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>. El 75% de las referencias deben ser de los últimos 5 años y el resto de preferencia de la última década, excepto aquellas que por motivos históricos o que contengan casuística nacional o por no encontrar referencias actualizadas, deban ser utilizadas como una alternativa. Se recomienda citar trabajos relacionados publicados en español e inglés, incluyendo artículos relacionados publicados en la Revista Médica Hondureña. El **Anexo I** presenta el límite de referencias según tipo de artículo; es más importante la calidad de la cita bibliográfica (fuente) y su pertinencia para cada apartado del artículo, que la cantidad. Ver ejemplos de referencias bibliográficas en el **Anexo III**. Para ver otros ejemplos de citación, visitar: <https://acortar.link/7x2yIm/>.

2.4.10 Abreviaturas y símbolos

Se deben utilizar lo menos posible, haciendo uso de aquellos internacionalmente aceptados. Cuando aparecen por primera vez en el texto, deben ser definidas escribiendo el término completo a que se refiere seguido de la sigla o abreviatura entre paréntesis. Debe evitar las abreviaturas en el título y en el resumen.

2.4.11 Unidades de medida

Se deben utilizar las normas del Sistema Internacional de

Unidades. Los autores deben cotejarlas en la siguiente página web <https://onx.la/f7939>, que es esencialmente una versión amplia del sistema métrico.

2.4.12 Cuadros

Se deben presentar en formato de texto, no como figura insertada en el documento y evitando líneas verticales. Los cuadros científicos tienen tres líneas: superior e inferior en la primera fila, e inferior en la última fila. Serán enumerados siguiendo el orden de su aparición en el manuscrito donde deberán ser citados en el texto; son presentados en páginas separadas al final del manuscrito. Incluirán al pie del cuadro una breve nota explicativa de cualquier abreviación, así como los llamados, identificadas correlativamente con una letra en superíndice (p. ej., a, b, c). Los cuadros deben explicarse por sí mismos y complementar sin duplicar la información en el texto. Tendrá un título breve y claro, describiendo la información que se presenta, lugar, fecha y número de participantes. El encabezamiento de cada columna debe incluir la unidad de medida (porcentajes, tasas, etc.). Si el autor propone un cuadro obtenido o modificado de otra publicación, la fuente debe estar claramente descrita, y debe obtener y presentar el correspondiente permiso en la correspondencia enviada al Consejo Editorial.

2.4.13 Figuras

Las figuras (gráficos, diagramas, ilustraciones, fotografías, etc.), deberán ser enviadas en formato digital, de manera individual, enumeradas según aparición en el manuscrito, además de una versión insertada en el documento. Se enviarán en formato TIFF o JPEG, con una resolución no inferior a 300 dpi. Las leyendas que describen cada figura se presentarán en páginas individuales al final del manuscrito. Deberá incluirse flechas o rotulaciones que faciliten la comprensión del lector. Las figuras no incluirán información que revelen imágenes o datos personales que identifiquen los participantes en un estudio, el o los pacientes. Los autores deberán indicar si las imágenes fueron manipuladas electrónicamente.

2.4.14 Información complementaria

La información complementaria, para todo artículo que la requiera, debe ser sometida con el artículo como un archivo complementario separado. El documento debe contener la información general del artículo (título, titulillo, autores). En un solo archivo complementario se debe incluir toda la información complementaria: cuadro(s), figura(s), otros, enumerados según aparición en el manuscrito.

3. ENVÍO DEL MANUSCRITO

El manuscrito en su versión final deberá presentarse en el siguiente orden: en la **primera página** se incluye Tipo de artículo, Título en español e inglés, Titulillo, Nombre(s) del autor(es), ORCID y nombre completo del centro de trabajo en orden descendente (primero el nombre de la institución, luego el nombre del departamento o división y por último, la unidad), seguido por la ciudad y el país. Debe presentar información contacto del autor correspondiente (correo electrónico y teléfono móvil). Se incluye la Declaración de relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés. También debe incluir el

número de palabras en el resumen, número de palabras del artículo (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave, bibliografía, cuadros y figuras), número total de cuadros y figuras, número de referencias bibliográficas.

En la **segunda página** se incluye el resumen y palabras clave en español, seguidos en otra página del resumen y palabras clave en inglés. Posteriormente se incluirán el cuerpo del artículo, las Contribuciones, Detalles del autor(es), Agradecimientos, Referencias, Cuadros y Figuras. Los detalles de los autores incluyen: nombre, correo electrónico y cualquier otra información relevante; por ejemplo, si la realización del estudio que se está publicando corresponde a una tesis como requisito para optar a un grado académico. Se aconseja revisar la lista de cotejo antes de enviar el manuscrito (**Anexo IV**). El autor corresponsal debe enviar el manuscrito por correo electrónico a la dirección Revista Médica Hondureña revmh@colegiomedico.hn. 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 con un código para iniciar el proceso editorial.

4. PROCESO EDITORIAL

1) Primera revisión editorial. El Cuerpo Editorial revisa para determinar la calidad científica del artículo y si su temática se ajusta al ámbito de la revista. Se inicia la revisión por parte de los asistentes editoriales y cuerpo editorial para determinar si se acepta con o sin modificaciones o se rechaza. Se decide si el manuscrito se somete a revisión por parte de revisores pares de la base de datos de la Revista, editores asociados y/o editores internacionales. Este es un proceso editorial interno. **2) Revisión por pares (peer review).** El manuscrito es enviado a dos revisores pares de la base de datos de la Revista, editores asociados y/o editores internacionales considerados como expertos en el tema correspondiente. Los revisores contarán con un plazo de dos semanas prorrogable para remitir la revisión del artículo. Este es un proceso editorial externo. **3) Aceptación o rechazo del manuscrito.** Según los informes de los revisores, el Cuerpo Editorial decidirá si se publica el trabajo pudiendo solicitar a los autores modificaciones menores o mayores. En este caso, el autor contará con un plazo máximo de 2 semanas para remitir una nueva versión con los cambios propuestos. Pasado dicho término, si no se ha recibido una nueva versión, se considerará retirado el artículo por falta de respuesta del(os) autor(es). Si los autores requieren de más tiempo, deberán solicitarlo al Consejo Editorial. El Consejo Editorial también podría proponer la aceptación del artículo en una categoría distinta a la propuesta por los autores. **4) Segunda revisión editorial.** Se considerará la aceptación o rechazo del manuscrito revisado. Los editores se reservan el derecho de indicar a los autores ediciones convenientes al texto y al espacio disponible en la Revista. El artículo es revisado por la Biblioteca Nacional para garantizar uso y citación apropiados de las referencias bibliográficas. **5) Revisión de estilo** después de la aceptación. Una vez aceptado el manuscrito, el Cuerpo Editorial puede someter a una corrección de gramática y estilo. **6) Pruebas de imprenta.** El autor corresponsal podrá revisar

el artículo en un máximo de dos días calendario. En esta etapa solamente se corregirán aspectos menores. **7) Informe de publicación.** Previo a la publicación impresa, la Revista será publicada electrónicamente y será enviada para su inclusión en las bases de datos electrónicas en las cuales está indizada. El autor corresponsal recibirá por correo electrónico el enlace de internet de su artículo.

La Revista Médica Hondureña publica anticipadamente (modalidad continua) antes de cerrar un número. Los autores pueden compartir y depositar la versión de publicación anticipada y la versión publicada en repositorios institucionales o temáticos. Asimismo, los autores pueden publicar la versión sometida (prepublicación o preprint) lo cual debe ser notificado en la carta de solicitud. Al escoger un repositorio de preprints, los autores deben considerar las siguientes características: Identifican claramente los preprints como manuscrito sin revisión par, cuentan con proceso claro y accesible para que los lectores expresen inquietudes y comentarios, disponen de un mecanismo para que los autores indiquen cuándo el artículo preprint se ha publicado en una revista bajo revisión par.

5. ANEXOS

Anexo I. Extensión, número de figuras/cuadros y número máximo de referencias bibliográficas según tipo de artículo.

Tipo de artículo	Extensión máxima en palabras*	Número máximo Cuadros y/o Figuras	Referencias bibliográficas
Original	4,000	5	20-40
Caso Clínico	3,000	4	15-30
Revisión Bibliográfica	5,000	4	25-40
Especial	4,000	4	30-40
Imagen	200	1	1-3
Comunicación Corta	2,000	2	5-15
Opinión	2,000	2	3-10
Ética	3,000	3	5-15
Historia de la Medicina	3,000	3	5-15
<i>Ad Libitum</i>	1,000	2	3-5
Carta al Editor	300	2	3-5
Editorial	600	No aplica	3-5

*Extensión excluyendo título, autores, afiliación, resumen, bibliografía, cuadros y figuras.

Anexo II. Carta de Solicitud y Consentimiento de Publicación del Artículo.

Consejo Editorial Revista Médica Hondureña

Estamos solicitando sea publicado el artículo tipo (tipo del artículo), titulado (título del artículo), en la Revista Médica Hondureña. El artículo fue preparado por (nombre de los autores en el orden correspondiente). Declaramos que hemos seguido las normas de publicación de la Revista. Hemos participado suficientemente en la investigación, análisis de datos, escritura del manuscrito y lectura de la versión final para

aceptar la responsabilidad de su contenido. El artículo no ha sido publicado ni está siendo considerado para publicación en otro medio de comunicación. Hemos dejado constancia de las relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés. Comprendemos que los artículos y materiales publicados están autorizados para su uso y distribución de acuerdo con la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>). Toda la información enviada en la solicitud de publicación y en el manuscrito es verdadera.

Nota. Se sugiere presentar un cuadro con la siguiente información: nombre de cada uno de los autores, su número de colegiación (si aplica), firma y sello (si aplica).

Anexo III. Ejemplos de referencias bibliográficas.

El libro Citing Medicine provee ejemplos de cómo presentar las referencias bibliográficas dependiendo de su tipo. Este documento está disponible en <https://acortar.link/guKJJT>

Artículo de Revista:

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

Si hay más de seis autores, presentar los primeros seis seguido de et al.

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*.

2002;935(1-2):40-6.

Libro:

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaffler MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de libro:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Artículo de revista en internet:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [citado 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Disponible en: <https://ovidsp.tx.ovid.com/> Se requiere subscripción.

Para ver ejemplos del formato de otros tipos de referencias bibliográficas los autores pueden consultar el siguiente enlace de la Biblioteca Médica Nacional de Estados Unidos de América: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

No.	Los autores deben garantizar que conocen y aplicaron la siguiente información:
1.	El correo electrónico de la Revista Médica Hondureña es revmh@colegiomedico.hn .
2.	Se incluyó la dirección de correo electrónico y el identificador ORCID de todos los autores, y el número de teléfono móvil del autor corresponsal.
3.	Texto fue escrito en una sola columna, a espacio interlineal de 1.5, letra Arial 12.
4.	Las secciones del artículo inician en una página.
5.	En la página del título se incluyó título en español e inglés, titulillo; nombre de los autores y afiliación institucional.
6.	En la página del título también se incluyó el número de palabras en el resumen, número de palabras del artículo completo (excluyendo título, autores, resumen, palabras clave, bibliografía, cuadros y figuras), número total de cuadros y figuras, número de referencias bibliográficas.
7.	Se presentó la declaración de relaciones y actividades financieras y no financieras y conflictos de interés en la página del título.
8.	Se incluyó resumen y palabras clave https://decs.bvsalud.org/ en español e inglés).
9.	Las referencias bibliográficas fueron citadas en el texto por números consecutivos en superíndice.
10.	Se utilizaron las normas del Sistema Internacional de Unidades para las mediciones.
11.	Los cuadros y figuras fueron preparados en el formato recomendado, se presenta al final del artículo, con explicación de las abreviaturas usadas. La leyenda de las figuras se presenta en diferente página.
12.	Se describió la contribución de cada autor en la preparación del manuscrito.
13.	Se preparó la información complementaria, si el artículo lo requiere, en un archivo complementario siguiendo el formato recomendado.
14.	Se incluyó la información relacionada al financiamiento del estudio a través de subvenciones, becas u otros mecanismos.
15.	Se notificó en la carta de solicitud de publicación si el artículo se ha publicado o se planea publicar como preprint (compartir enlace al sitio de publicación).
16.	Para todo estudio con participantes humanos, se requiere contar con la constancia de aprobación de un comité de ética en investigación. Si es una investigación sobre fuentes secundarias, incluir la aprobación o aval institucional.
17.	Se preparó toda la documentación acompañante: Carta al Consejo Editorial, Autorización escrita de las personas o instituciones que se reconocen en la sección de Agradecimientos, Autorización escrita para la reproducción de material previamente publicado, Constancia de Aprobación de comité en investigación, Aval institucional.

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

GENERAL INFORMATION AND INSTRUCTIONS FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

November 2025

1. GENERAL INFORMATION

The Revista Médica Hondureña (Rev Méd Hondur) is the official organ of dissemination and scientific communication of the Honduras Medical College (Colegio Médico de Honduras, (<https://www.colegiomedico.hn/>)). The journal is open access (OA), which means that access to the articles is free and no fees are charged for manuscript processing. And it is an open access (OA) journal. It was created on November 2, 1929, and with its first publication in May 1930, it is the oldest continuous publication in the field of health in Honduras. It is a biannual publication that disseminates and communicates unpublished scientific knowledge based on ethical and quality principles. Its purpose is to promote and support scientific research and continuing medical education, especially for the national medical guild. It has a printed version ISSN 0375-1112 and an electronic version ISSN 1995-7068. The electronic version since 1930 is available at <http://revistamedicahondurena.hn/> and <https://honduras.bvsalud.org> It is indexed in LILACS-BIREME, CAMJOL, AmelICA, LATINDEX, Dimensions, REDIB, DOAJ, RESEARCH4LIFE (<https://onx.la/72baa>). A series of resources for authors (<https://onx.la/7c318>) and reviewers (<https://onx.la/d25cf>) are available. Published articles and materials are licensed for use and distribution under the Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>).

1.1 MISSION, SCOPE, VISION

MISSION

To disseminate and communicate unpublished scientific information based on ethical and quality principles applicable to clinical practice, public health and health research, to promote and support scientific research and continuing medical education, especially for the national medical guild.

AIM AND SCOPE

Through ethical and quality scientific dissemination and communication, encourage and support scientific research and continuing medical education. In addition, it disseminates unpublished research articles on clinical practice, public health, and health research, including articles in the categories original with quantitative or qualitative methodological design, short communication, clinical case report or series of clinical cases, image in clinical practice, bibliographic review, special article, ethics article, history of medicine, opinion article, editorial, letter to the editor and *ad libitum*. No charge is made for article processing.

VISION

To be a journal that disseminates unpublished scientific knowledge with high quality, prestige and scientific integrity,

accessible nationally and internationally and with broad representation in the field of clinical practice, public health and health research.

1.2 CONTENTS

The Revista Médica Hondureña is a biannual publication, publishing two issues per year: Issue 1 (January - June) and Issue 2 (July - December). Since Volume 87 (year 2019), it is published in continuous mode, completing Issue 1 on June 30 and Issue 2 on December 31 of each year. In addition to the two annual issues, supplements are published, including the annual supplement containing the scientific program and abstracts of the National Medical Congress, and other supplements that are programmed by agreement through the Secretariat of Educational and Cultural Affairs of the Honduras Medical College and the Editorial Board.

Unpublished works are considered for publication including original articles with quantitative and qualitative methodological design, short communication, clinical case report or series of clinical cases, image in clinical practice, bibliographic review, special article, ethics article, history of medicine, opinion article. In addition, editorials, letters to the editor and *ad libitum* are published. The length, number of tables and figures and number of references allowed for each type of article are presented in Annex I.

1.2.1 Language

Articles are published in Spanish and English. It is recommended that authors prepare articles in their native language to ensure proper writing. Once the articles have been approved, no changes in their content will be accepted. To complete the editorial process of the manuscript of articles in English, authors must have a language certification and submit the quality certificate issued by a recognized entity in their field no later than two weeks after sending the final approved version. For the preparation of articles in English, authors should review the Instructions for Authors in English.

1.2.2 Editorial

The editorial responds to the editorial line of the Revista Médica Hondureña and is the responsibility of the Editorial Board. Its content is related to the topics of the articles included in the issue and/or national or international events of interest.

1.2.3 Original article

Presents for the first-time scientific findings obtained through research with quantitative or qualitative methodological design, or both. It may include laboratory observations, population-based research, clinical research, implementation research, systematic reviews and meta-analysis, among others. Sections: Introduction, Methods, Results and Discussion (IMRaD). Revista Médica Hondureña will consider for publication papers in which data collection, regardless of the duration of the study, has been completed 5 years prior to the submission of the manuscript to

the journal. The Editorial Board will have the authority to consider exceptions in this last case, when the scientific contribution of the work is of general interest and its content is not obsolete due to the time elapsed. It must follow scientific standards of ethics and quality. It must include a structured abstract of a maximum of 250 words.

1.2.4 Short communication

Presents preliminary results of research on innovative topics and relevant experiences. Sections: Introduction, Methods, Results and Discussion (IMRYD). The sections of the experience: Introduction, Description of the experience and Lessons learned. It must follow scientific standards of ethics and quality. It includes an unstructured abstract of a maximum of 150 words.

1.2.5 Clinical case or series of clinical cases

Describes clinical cases that leave particular lessons because they are atypical clinical presentations of common diseases, typical clinical presentations of rare diseases, represent diagnostic or therapeutic challenges, or leave public health lessons. Sections: Introduction, Description of the clinical case(s), and Conclusion. It should present sufficient evidence of the respective diagnosis through the description of evident clinical manifestations, laboratory or surgical findings, radiological images, isolated microorganisms, biopsy microphotography, among others. Be cautious when stating that it is a first case. It must follow scientific standards of ethics and quality. Include a structured abstract of a maximum of 250 words.

1.2.6 Imaging in Clinical Practice

It consists of an image of special interest due to its clinical or epidemiological relevance. The image conveys lessons about diagnosis, therapy, prognosis, or prevention of a health problem. The quality and resolution of the image must be appropriate. Signaling should be used to highlight aspects of interest. It should include the necessary information to interpret the image, including clinical data. It should indicate if the image was electronically edited. It should follow scientific standards of ethics and quality.

1.2.7 Narrative review

Only at the request of the Editorial Board. It is a narrative review and presents the state of the art on a current and relevant topic whose information has been updated through documentary research. This type of article may be requested by the Editorial Board or at the initiative of the authors. It should consist of sections of Introduction, followed by the development of the topic whose sections and subsections will be named according to the topic reviewed, and Conclusion. The Introduction should describe the purpose of the review and the sources consulted; where and how the information search was carried out, the key words used and the years of coverage of the search. The Conclusion presents the opinion of the author(s) on the review and the contribution to local knowledge. It includes an unstructured summary of a maximum of 150 words.

1.2.8 Special article

Only at the request of the Editorial Board. It is a review of topics of general interest presented as a mixture of a narrative review article and an opinion article. It should consist of

Introduction sections, followed by the development of the topic, whose sections and subsections will be named according to the topic of the article, and Conclusion. The Introduction should describe the purpose of the article and the sources consulted. The Conclusion presents the contribution to local knowledge. In addition, it may include articles such as standards generated by governmental institutions or professional organizations, which due to their content require the widest possible dissemination; also, the authorized transcription of articles published in other journals. It includes an unstructured abstract of a maximum of 150 words.

1.2.9 Ethics article

Develops topics of ethics, bioethics, research ethics and medical practice. It should consist of sections of Introduction, followed by the development of the topic, whose sections and subsections will be named according to the topic of the article, and Conclusion. The Introduction should describe the purpose of the article. The Conclusion presents the contribution to local knowledge.

1.2.10 History of medicine

Develops historical aspects of medicine, its specializations, or sub-specializations, as well as historical data of institutions or biographical data of the person to whom the article refers. It should consist of sections of Introduction, followed by the development of the topic, whose sections and subsections will be named according to the topic of the article, and Conclusion. The Introduction should describe the purpose of the article. The Conclusion presents the contribution to local knowledge.

1.2.11 Opinion article

Presents analysis and recommendations on a particular topic with original contributions from the author(s). There are no sections in the article, but its development should consist of an introduction describing the purpose of the article, the development of the topic, and concluding with the author's most relevant observations on the topic on which the opinion is being expressed.

1.2.12 Letter to the Editor

It raises a topic of current scientific interest or a clarification, contribution, or discussion on any of the published articles. The Editorial Board reserves the right to edit its content. The parties involved will be informed and will be able to make considerations and reply through another letter.

1.2.13 Ad Libitum

This is an open section of expression, anecdotal narratives, and other miscellaneous notes. The Editorial Board reserves the right to select communications deemed appropriate to the mission and vision of the Journal.

1.2.14 Supplementary Information

Supplementary information includes material directly relevant to the content of a scientific article but which cannot be included in the article itself for reasons of space or format (e.g. tables and figures exceeding the permitted number, video clips or sound files). Authors should present supplementary information clearly and concisely.

1.2.15 Announcements

Advertisement of commercial products or services. This section is governed by the Honduras Medical College, by a separate regulation.

1.2.16 Supplements

These are issues on specific topics that appear as separate issues within a volume, with sequential numbering. Their length should be greater than 40 pages. They disseminate commemorative contents, updates on specific topics, consensus of working groups or clinical practice guidelines, or scientific events such as the National Medical Congress. They could have an independent financier, which must be stated before submitting the application to the corresponding authorities.

1.3 PUBLICATION STANDARDS

The Revista Médica Hondureña adheres to different publication standards that contribute to guarantee ethical and quality publication. Articles that do not meet the recommended standards will not be accepted. Any aspect not contemplated in these instructions will be decided by the Editorial Board.

1.3.1 Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals

The Revista Médica Hondureña adheres to the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Authors should consult these recommendations on the following website: <http://www.icmje.org> (updated January 2024).

1.3.2 EQUATOR Network

Articles submitted should adhere to the recommended publication standards CONSORT (clinical trials), STROBE (observational studies), CARE (clinical cases), PRISMA (systematic reviews), STARD (laboratory tests), SRQR (qualitative studies), among others, according to the type of study. The standards can be consulted in the following links to the EQUATOR Network websites: <https://onx.la/b1160>

1.3.3 Registration of Clinical Trials

The Revista Médica Hondureña, as a condition for publication, requires that clinical trials with human participants be registered in a public registry of clinical trials prior to the start of enrollment of participants. A clinical trial is defined as a prospective study that assigns participants to an intervention, with or without a concurrent comparison or control group, to study the relationship between an intervention and a health outcome. The WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) is available at <https://onx.la/2c8c9>

1.3.4 Registration of Systematic Review Protocols

The Revista Médica Hondureña, as a condition for publication, requires that systematic review protocols be registered in the international database called PROSPERO, which prospectively registers systematic reviews that study a health-related outcome. The registry is produced by the Centre for Reviews and Dissemination, University of York, York, United

Kingdom, and is funded by the National Institute for Health Research (NIHR); available at <https://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>.

1.3.5 SAGER Guidelines

The SAGER (Sex and Gender Equity in Research) guidelines provide comprehensive guidelines for authors to report sex and gender in study design, data analysis, results, and interpretation of findings. In addition, editors use them to integrate sex and gender assessment into all manuscripts as part of the editorial process. Available at <https://onx.la/fbf00>.

1.3.6 Ethical Principles

Publication Ethics: Manuscripts must be original and not have been submitted for publication consideration in any other print or electronic media. If any part of the material has been published elsewhere, the author should inform the Editorial Board. Authors should review the conventions on publication ethics especially related to redundant publication, duplicate publication, authorship criteria, and potential conflict of interest. Authors should include written authorizations from authors or editors for the reproduction of previously published material or for the use of illustrations that may identify individuals. In the event of uncertainties about scientific misconduct, including manufacturing, falsification, plagiarism, authorship, among others, the Editorial Board will apply the procedures recommended by the Committee on Publication Ethics (COPE, <https://publicationethics.org/>).

Research Ethics: The Editorial Board reserves the right to proceed according to the Ethics Regulations of the Honduras Medical College and international standards when there are doubts about inappropriate conduct or dishonesty in the research and publication process. The studies in human beings should follow the principles of the Declaration of Helsinki <https://onx.la/d4d96> and subsequent modifications and the manuscript should state in the methods section that the research protocol and the informed consent/assent were approved by the corresponding research ethics committee or, failing that, in studies without human participants, by a higher hierarchical instance of the institution where the study was carried out. Compliance with national and international standards on the protection of animals used for scientific purposes should also be recorded.

Authorship: All persons appearing as authors must comply with the requirements to receive such denomination, based on their essential contribution in what is required to: 1) Having contributed substantially to the conception or design of the study; or to the acquisition, analysis, or interpretation of the data for the study; and 2) Having written the paper or performed critical review of its important intellectual content; and 3) Final approval of the version to be published; and 4) Agreeing to be held responsible for all aspects of the paper, ensuring that questions regarding the accuracy or completeness of any part of the paper are adequately investigated and resolved. All four of the above requirements must be met simultaneously. Participation solely in fund raising, data collection, or general supervision of the research group does not justify authorship.

Each author of the manuscript is publicly responsible for its content and must acknowledge financial sponsorship of the research and the participation of organizations or institutions with an interest in the subject of the manuscript. At submission, authors must disclose whether they used artificial intelligence (AI)- assisted technologies (such as Large Language Models [LLMs], chatbots, or image creators) in the production of submitted work. Authors who use such technology should describe, in both the cover letter and the submitted work, how they used it. Chatbots (such as ChatGPT) should not be listed as authors because they cannot be responsible for the accuracy, integrity, and originality of the work, and these responsibilities are required for authorship.

1.3.7 ORCID Registration

The Revista Médica Hondureña encourages authors, editors, and reviewers to obtain ORCID registration. ORCID registration provides a persistent digital identifier that individually distinguishes researchers. The registry contributes to the recognition of researchers' work by integrating the research workflow, including manuscript submission and grants. Available at <https://orcid.org/register>.

1.3.8 Financial and non-financial relationships and activities and conflicts of interest

When submitting their manuscript, authors should declare all personal, institutional, and financial relationships that could bias their work, clearly stating whether or not there are potential financial and non-financial relationships and activities and conflicts of interest on the title page. The Editorial Board will ensure to the best of its ability that all those who participate in the peer review, editing and publication process declare all relationships that could be considered as potential financial and non-financial relationships and activities and conflict of interest, to safeguard the public and scientific confidence of the Journal. Financial and non-financial relationships and activities and conflicts of interest are understood to exist when an author, reviewer, editor, or the institution to which he/she belongs, have relationships, dual commitments, competing interests or conflicts of loyalty, whether personal, institutional or financial, that may bias their actions.

1.3.9 Copyright and license for use of articles and related materials

Revista Médica Hondureña is an open access (OA) journal, according to the definition of open access in The Directory of Open Access Journals (DOAJ, <https://doaj.org/>). Authors retain copyright without restriction. Published articles and materials are licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0, (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>): you are free to Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material for any purpose, including commercially), under the following terms: 1) Attribution: you must give proper credit, provide a link to the license, and indicate if changes have been made. You may do so in any reasonable manner, but not in such a way as to suggest that you or the use you are seeking is supported by the licensor. 2) No additional restrictions: you

may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from making any use permitted by the license. The manuscript must be accompanied by the Letter of Request and Consent to Publish Article signed by each author (**Annex II**). Papers previously published in another journal will not be accepted unless permission to reproduce has been granted and it is considered important to reproduce an already published article.

1.3.10 Peer Review

Manuscripts that meet the general requirements for submission to Revista Médica Hondureña will be reviewed by the Editorial Board. Articles with scientific validity and relevance for the readers of the Journal will be sent to peer reviewers. Based on the recommendations of the peer reviewers, the Editorial Board will determine whether the article is accepted without changes, accepted with conditions, or rejected. The peer review process is conducted with anonymity of the reviewers, both Editorial Board reviewers and peer reviewers. Or open if the reviewer prefers.

2. INSTRUCTIONS FOR MANUSCRIPT SUBMISSION

Manuscripts should be submitted in a document prepared by a word processing program (MS Word or similar), in Arial 12-point font, 1.5 line spacing, on letter size paper and not exceeding the length indicated for each type of manuscript (see **Annex I**). Each section of the article begins on one page. Pages should be numbered in the lower right corner. Papers should include an abstract (see instructions on abstracts) and 3-5 keywords (see instructions on keywords). The title and abstract should be translated into English of the best possible academic quality. The text should be clear, simple, and understandable. Tables and figures should be used whenever necessary to facilitate understanding of the information presented. The text should be divided into sections as indicated for each type of article.

2.1 TITLE

The title of an article is visible in both national and international journal databases. It should be presented in Spanish and English. Use words that adequately describe (meaning and syntax) the content of the article. Do not use abbreviations or redundant words. The maximum number of words is 15. A suggested abbreviated title (running title) of a maximum of 5 words must be presented. The title appears in the upper right margin of the printed article.

2.2 ABSTRACT

This section of an article is visible in both national and international journal databases. It must be written in Spanish and English. It can be structured or unstructured. Structured for original articles and clinical cases with a maximum length of 250 words. The abstract for original articles is divided into: Introduction, Objective, Methods, Results and Discussion. The abstract for clinical case articles is divided into Introduction, Description of the clinical case(s) and Conclusions. Short Communication, Narrative Review and Special articles include unstructured abstracts with a maximum length of 150 words. The unstructured abstract (without sections) presents an order including Introduction, purpose, methods, relevant aspects,

conclusion, depending on what applies to the type of article. In English: Abstract. Original article: Introduction, Objective, Methods, Results, Discussion. Clinical case article: Introduction, Clinical case(s) description, Conclusions.

2.3 KEYWORDS

The abstract should be followed by 3-5 keywords in English and Spanish. Keywords, or health sciences descriptors, correspond to a structured vocabulary created to serve as a unique language in the indexing of scientific journal articles, as well as to be used in the search and retrieval of scientific literature in information sources. Keywords in both Spanish and English are searched for at the web link <https://decs.bvsalud.org/>. They are presented in alphabetical order, separated by comma or semicolon, depending on whether the descriptor consists of one or more words.

2.4 SECTIONS OF AN ARTICLE

The original scientific article consists of the sections Introduction, Materials or Participants and Methods, Results and Discussion (IMRaD). The publication standard that corresponds to the study design should be reviewed. In addition, all articles, regardless of the type of article, have the sections Contributions, Acknowledgements, References, Tables and Figures.

2.4.1 Introduction

It should be written in a maximum of 3-4 paragraphs; in the first paragraph the research problem is stated, in the second and third paragraphs the problem is argued bibliographically, and in the fourth paragraph the rationale of the study is presented, and its objective is clearly stated. The pertinent bibliographical references should be included, taking care to leave most of the references to be cited later during the discussion of the results. Preferably, it should not contain tables or figures.

2.4.2 Materials (Participants) and Methods

It should be written in the past tense and describe the type of study carried out, the duration of the study, the place where it was carried out; it should clearly describe the selection and characteristics of the sample, the techniques, procedures, equipment, drugs, and other tools used, in a way that allows other researchers to reproduce the design and the results. It should describe the statistical methods used and the ethical aspects of the research including the approval of an ethics committee, the obtaining of informed consent/assent, as well as the safeguards of ethical principles to protect human or animal research participants. When the methods and procedures require it, the information should be supported with the pertinent bibliographic references. When the manuscript refers to human subjects, the section should be entitled Participants and Methods.

2.4.3 Results

It should be written in the past tense. The results should be presented in a way that corresponds to the methodology proposed, including the development of the statistical analysis. Describe the most important findings of the research carried out. Preferably use the expository form; only when it is strictly necessary to use tables and/or figures. Do not repeat in the text what is stated in the tables or figures. Do not express

interpretations, assessments, judgments, or assertions. Do not use verbal expressions such as quantitative estimates (rarely, most, occasionally, often) as a substitute for numerical values.

2.4.4 Discussion

It should be written in the past tense. Interpret the results obtained by comparing or contrasting with other studies. The significance and practical application of the results, limitations and recommendations for future research should be highlighted. Emphasize those new and important aspects of the study and the conclusions derived from them. Recommendations may be included when appropriate. The discussion of previous studies published in the country is considered of special interest, so it is suggested to review and cite the relevant national or regional literature related to the topic. It should be avoided that the discussion becomes only a review of the topic and that concepts that have appeared in other sections are not repeated.

2.4.5 Contributions

The contribution of each of the authors to the development of the study and the article should be described according to the four authorship criteria (see section 1.3.4). This section appears after the Discussion and before the Acknowledgements. All articles with more than one author should include this section.

2.4.6 Financial and non-financial relationships and activities and conflict of interest

When authors submit an article of any kind, they are responsible for declaring all personal, institutional, or financial relationships that could bias or could be seen as bias in their work. If there are business implications or financial and non-financial relationships and activities and other conflicts of interest, they should be explained in a section before the acknowledgments. All articles should include this section.

2.4.7 Acknowledgements

It is recommended to acknowledge the contributions of individuals or institutions, such as technical assistance, financial support, and intellectual contributions, which do not merit authorship. Written proof must be presented in which the persons or institutions to whom thanks are given agree to be mentioned in this section.

2.4.8 Details of the author(s)

Present the information of each author in the order of authorship: Name, Academic background, and Email.

2.4.9 Bibliographical references

Only the bibliography strictly necessary and consulted personally by the authors should be used. See **Annex I** and **Annex III**. Bibliographical references cited in the text should be identified by superscript numbers and in order of appearance in the text. The superscript is cited after punctuation. The numbers are separated by commas. If there are more than two references in consecutive order, they can be separated by a hyphen placing the first and the last one. In the References section at the end of the manuscript, all authors should be listed when there are six or fewer. When there are seven or more, the first six should be listed followed by "et al." Journal titles should be abbreviated in accordance with the style used in the list of journals indexed in *Index Medicus* that should be consulted at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>. Seventy-five percent of the references

should be from the last 5 years and the rest preferably from the last decade, except those that for historical reasons or containing national casuistry or for not finding updated references, should be used as an alternative. It is recommended to cite related works published in Spanish and English, including related articles published in the *Revista Médica Hondureña*. **Annex I** present the limit of references according to the type of article; the quality of the bibliographic citation (source) and its relevance to each section of the article is more important than the quantity. See examples of bibliographic references in **Annex III**. For other citation examples, see: <https://acortar.link/7x2ylm/>.

2.4.10 Abbreviations and symbols

Abbreviations and symbols should be used as little as possible, making use of those internationally accepted. When they appear for the first time in the text, they should be defined by writing the complete term to which they refer followed by the acronym or abbreviation in parentheses. Abbreviations should be avoided in the title and abstract.

2.4.11 Units of measurement

The International System of Units standards should be used. The authors should collate them from the following website <https://onx.la/f7939>, which is essentially a broad version of the metric system.

2.4.12 Tables

They should be presented in text format, not as a figure inserted in the document and avoiding vertical lines. Scientific tables have three lines: top and bottom in the first row, and bottom in the last row. They should be numbered following the order of their appearance in the manuscript where they should be cited in the text; they are presented in separate pages at the end of the manuscript. They will include at the foot of the table a brief explanatory notes of any abbreviations, as well as callouts, identified correlatively with a letter in superscript (e.g., a, b, c). Tables should be self-explanatory and complement without duplicating information in the text. It will have a brief and clear title, describing the information presented, place, date, and number of participants. The heading of each column should include the unit of measurement (percentages, rates, etc.). If the author proposes a table obtained or modified from another publication, the source must be clearly described, and the corresponding permission must be obtained and presented in the correspondence sent to the Editorial Board.

2.4.13 Figures

Figures (graphs, diagrams, illustrations, photographs, etc.) should be sent in digital format, individually numbered according to their appearance in the manuscript, in addition to a version inserted in the document. They should be sent in TIFF or JPEG format, with a resolution of no less than 300 dpi. The legends describing each figure should be presented on individual pages at the end of the manuscript. Arrows or labeling should be included to facilitate the reader's understanding. Figures should not include information that reveals images or personal data that identify the participants in a study, or the patient(s). Authors should indicate if the images were electronically manipulated.

2.4.14 Supplementary information

Supplementary information, for any article that requires it,

must be submitted with the article as a separate supplementary file. The document must contain the general information of the article (title, running title, authors). In a single supplementary file all supplementary information should be included: table(s), figure(s), others, listed according to their appearance in the manuscript.

3. SUBMISSION OF THE MANUSCRIPT

The manuscript in its final version should be submitted in the following order: the **first page** should include Type of article, Title in Spanish, and English, Running title, Name(s) of author(s), ORCID and complete name of the work center in descending order (first the name of the institution, then the name of the department or division and lastly, the unit), followed by the city and country. Corresponding author's contact information (e-mail and cell phone) must be submitted. The declaration of financial and non-financial relationships and activities and conflicts of interest are included. It should also include the number of words in the abstract, number of words in the article (excluding title, authors, abstract, keywords, bibliography, tables, and figures), total number of tables and figures, number of bibliographical references.

The **second page** includes the abstract and keywords in Spanish, followed on another page by the abstract and keywords in English. Subsequently, the Body of the article, Contributions, Acknowledgements, Author(s) Details, References, Tables and Figures will be included. Author details include: name, e-mail and any other relevant information; for example, if the study being published is a thesis as a requirement for an academic degree. It is advisable to review the checklist before submitting the manuscript (**Annex IV**). The corresponding author should send the manuscript by e-mail to [Revista Médica Hondureña revmh@colegiomedico.hn](mailto:revmh@colegiomedico.hn). Articles that do not comply with the Instructions for Authors will be returned with specific observations. Any article that complies with the Instructions for Authors will be registered with a code to initiate the editorial process.

4. EDITORIAL PROCESS

1) First editorial review. The Editorial Board reviews to determine the scientific quality of the article and if its subject matter fits the scope of the journal. The review is initiated by the editorial assistants and editorial body to determine whether it is accepted with or without modifications or rejected. A decision is made as to whether the manuscript is submitted for review by peer reviewers from the journal database, associate editors and/or international editors. This is an internal editorial process.

2) Peer review. The manuscript is sent to two peer reviewers from the journal database, associate editors and/or international editors considered as experts in the corresponding topic. The reviewers will have a period of 2 weeks, extendable, to submit the review of the article. This is an external editorial process.

3) Acceptance or rejection of the manuscript. According to the reviewers' reports, the Editorial Board will decide whether to

publish the paper and may request minor or major modifications from the authors. In this case, the author will have a maximum of 2 weeks to submit a new version with the proposed changes. After this period, if a new version has not been received, the article will be considered withdrawn for lack of response from the author(s). If the authors require more time, they should request it to the Editorial Board. The Editorial Board may also propose the acceptance of the article in a category other than the one proposed by the authors. **4) Second editorial review.** The acceptance or rejection of the revised manuscript will be considered. The editors reserve the right to indicate to the authors suitable editions to the text and the space available in the Journal. **5) Style revision after acceptance.** Once the manuscript has been accepted, the Editorial Board may submit it for correction of grammar and style. **6) Proofreading.** The corresponding author may review the article in a maximum of two calendar days. Only minor aspects will be corrected at this stage. **7) Publication report.** Prior to the printed publication, the Journal will be published electronically and will be sent for inclusion in the electronic databases in which it is indexed. The corresponding author will receive by e-mail the internet link of his/her article.

The Revista Médica Hondureña publishes in advance (continuous mode) before closing an issue. Authors can share and deposit the advance publication version and the published version in institutional or thematic repositories. Likewise, authors may publish the submitted version (prepublication or preprint), which should be notified in the letter of request. When choosing a preprint repository, authors should consider the following characteristics: clearly identify preprints as non-peer reviewed manuscripts, have a clear and accessible process for readers to express concerns and comments, have a mechanism for authors to indicate when the preprint article has been published in a peer-reviewed journal.

5. ANNEXES

Annex I. Length, number of figures/tables and maximum number of bibliographical references according to type of article.

Type of article	Maximum length in words*	Maximum number of tables and/or figures	Bibliographical references
Original	4,000	5	20-40
Clinical Case	3,000	4	15-30
Narrative Review	5,000	4	25-40
Special	4,000	4	30-40
Image	200	1	1-3
Short Communication	2,000	2	5-15
Opinion	2,000	2	3-10
Ethics	3,000	3	5-15
History of Medicine	3,000	3	5-15
<i>Ad Libitum</i>	1,000	2	3-5
Letter to the Editor	300	2	3-5
Editorial	600	Not apply	3-5

*Length excluding title, authors, affiliation, abstract, bibliography, tables and figures.

Annex II. Letter of Request and Consent for Publication of the Article.

Editorial Board
Revista Médica Hondureña

We are requesting the publication of the article type ____ (type of article), entitled ____ (name of article) in the Revista Médica Hondureña. The article was prepared by ____ (name of authors in the corresponding order). We declare that we have followed the publication guidelines of the Journal. We have participated sufficiently in the research, data analysis, writing of the manuscript and reading of the final version to accept responsibility for its content. The article has not been published and is not being considered for publication in any other media. We have disclosed conflicts of interest. We understand that the published articles and materials are licensed for use and distribution under the Creative Commons Attribution 4.0 International license (CC BY 4.0, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>). All information submitted in the application for publication and in the manuscript is true.

Note. It is suggested to submit a table with the following information: name of each of the authors, their affiliation number (if applicable), signature and seal (if applicable).

Annex III. Examples of bibliographic references.

The book Citing Medicine provides examples of how to present bibliographic references depending on their type. This document is available at <https://acortar.link/guKJJT>

Journal Article:

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

If there are more than six authors, present the first six followed by et al.

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935(1-2):40-6.

Book:

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Book chapter:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Internet journal article:

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [Internet]*. 2002 Jun

[cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <https://ovidsp.tx.ovid.com/> Subscription required.

For examples of the format of other types of bibliographic

references, authors may consult the following link to the National Medical Library of the United States of America: https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Annex IV. Checklist for authors.

No.	Authors should ensure that they are aware of and have applied the following information:
1.	The e-mail address for Revista Médica Hondureña is revmh@colegiomedico.hn .
2.	The mailing address and cell phone number of the corresponding author were included.
3.	Text was written in a single column, 1.5 line spacing, Arial 12 font.
4.	Sections of the article start on one page.
5.	The title page included title in Spanish and English, abbreviated title; authors' names, and institutional affiliation.
6.	The title page also included the number of words in the abstract, number of words in the complete article (excluding title, authors, abstract, keywords, bibliography, tables, and figures), total number of tables and figures, number of bibliographic references.
7.	A financial and non-financial relationships and activities and conflict of interest statement was presented on the title page.
8.	Abstract and keywords (https://decs.bvsalud.org/) were included in Spanish and English.
9.	The bibliographic references were cited in the text by consecutive numbers in super-script.
10.	The standards of the International System of Units were used for measurements.
11.	Tables and figures were prepared in the recommended format, presented at the end of the article, with an explanation of the abbreviations used. The legend of the figures is presented on a different page.
12.	The contribution of each author in the preparation of the manuscript was described.
13.	Supplementary information was prepared, if required by the article, in a supplementary file following the recommended format.
14.	Information related to the financing of the study through grants, scholarships or other mechanisms was included.
15.	It was notified in the letter of request for publication if the article has been published or is planned to be published as a preprint (share link to the publication site).
16.	For any study with human participants, proof of approval from a research ethics committee is required. If it is an investigation on secondary sources, include institutional approval or endorsement.
17.	All accompanying documentation was prepared: Letter to the Editorial Board, Written authorization from the persons or institutions recognized in the Acknowledgments section, Written authorization for the reproduction of previously published material, Proof of Approval of the research committee, Institutional endorsement.



**CUERPO EDITORIAL DE LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA
PERÍODO 2024-2026**

**LA REVISTA MÉDICA HONDUREÑA.
UNA INSTITUCIÓN NACIONAL**

PIELOPLASTÍA PEDIÁTRICA

MICROLITIASIS TESTICULAR

ULTRASONIDO EN MASAS DE CRÁNEO

PAROTIDITIS NEONATAL

KLEBSIELLA OXYTOCA MULTIRRESISTENTE

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA PEDIÁTRICA

**VERRUGA VULGAR ÚNICA EN MANO DE
ESCOLAR**

REVISTA MÉDICA HONDUREÑA: ESTRUCTURA

CONGRESO MÉDICO NACIONAL

ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

DIRECTORES REVISTA MÉDICA HONDUREÑA

PORTADAS DE REVISTA MÉDICA HONDUREÑA