

Regina Pacis

Salus et Vita



Barcelon 23

Portal Regina Pacis


Revista Salus et Vita

Consejo Editorial


Directora general


Dra Suyapa Bejarano 
Dirección de Investigación Científica e Innovación, Universidad Católica de Honduras,
San Pedro Sula, Honduras
direccion.dici@unicah.edu


Editora en jefe


Dra Dalila Ventura 
Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula,
Honduras
iventura@unicah.edu


Editores asociados


Dra Laura Villalobos 
Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras,
San Pedro Sula, Honduras
lraudales_spsp@unicah.edu

Dra Clarissa Aguilar 
Departamento de gestión académica, Hospital Escuela Universitario,
Tegucigalpa MDC, Honduras
claguilar01@gmail.com

Dr Rolando Aguilera Lagos 
Departamento de pediatría, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa MDC,
Honduras
raguileral@unicah.edu

Dr Armando Cáceres 
Profesor titular jubilado de la Escuela de Química Biológica,
Universidad de San Carlos, Guatemala.
acaceres46@hotmail.com


Dr Hector Ramos 
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
hmramos@uc.cl

Dr Julio Zuniga 
Infectious Disease Clinical Research Unit, Washington University, Washington, EE. UU
julioz@wustl.edu

Dra Karla Lopez 
Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula,
Honduras
karla300471@gmail.com

Dr. Cesar Alas 
Dartmouth College, Geisel School of Medicine, EE. UU
cesar.u.alas.pinerda.gr@dartmouth.edu

Br. María Celeste Iglesias 
Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras,
San Pedro Sula, Honduras
mcelesteglesias97@gmail.com

Br. María Pilar Gaverrete 
Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula,
Honduras

Dra. Anahita Kodalis 
Dartmouth College
Geisel School of Medicine, EE.UU.

Revisión y redacción de texto

Licda. Daysi Yamileth Velásquez Perdomo
Facultad de Estudios Generales,
Universidad Católica de Honduras, Tegucigalpa MDC.
Correo: dyvelasquez@unicah.edu

Plataforma Virtual

Ing Gerardo Tibaná
Scimago

Diseño digital

MEd. Flavio Flores 
Diagramador
Correo: flavioflores@gmail.com

Imagen de Portada

Baruc Barahona
barahonaheber8@gmail.com
@artgallery_baruc
Artista y propietario

La Revista Salus et Vita, ISSN Digital en trámite. Organismo de difusión técnico-científico de la Universidad Católica de Honduras. Es de acceso abierto, no cobra por publicidad, y su contenido está a disposición de manera gratuita, bajo los términos de una licencia "Creative Commons" Atribución-No Comercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0), que permite al autor mantener los derechos patrimoniales sin restricciones. Publicación semestral (Abril y Noviembre). Recibe artículos todo el año. Los artículos recibidos son sometidos a revisión abierta por pares externos.

Revista Salus et Vita
Revista de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Honduras, Honduras
1 (1), abril del 2025

Universidad Católica de Honduras
Fondo Editorial
Campus San José, Barrio Casa Mata, Tegucigalpa MDC, Honduras
Telefono: +(504) 2238-6794.
contactosj@unicah.edu
https://unicah.edu/
Edición, diseño y caratula: Fondo Editorial de la Universidad Católica de Honduras.

Correspondencia: Portal Regina Pacis
revistas.regina.pacis@unicah.edu
Publicación semestral
Los trabajos firmados son de responsabilidad de los autores.
Prohibida la reproducción total o parcial de esta revista, por cualquier medio, sin permiso expreso del Fondo Editorial.

ISSN en trámite.



Regina Pacis

Salus et Vita

Volumen 1, Número 1.

Artículo Original. Pg. 4

“Perfil sociodemográfico y clínico de los Pacientes con Cáncer Gástrico atendidos en el hospital Liga contra el cáncer, San Pedro Sula, Honduras (2014-2017)”

Dayan Martínez, Suyapa Bejarano, Julio César. Zúniga.

Artículo original. Pg. 14

“Cáncer colorrectal perfil de pacientes tratados de 2014-2020 en el hospital Liga contra el cáncer”

Delmis Calidonio, Suyapa Bejarano, César Alas Pineda.

Artículo original. Pg. 21

“Perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el Hospital Liga contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras (2014-2018)”

Mildred J. Raudales, Suyapa Bejarano, Julio César Zúniga.

Reporte de caso. Pg. 26

“Manejo ortopédico de paciente clase III con máscara de protracción: Reporte de caso.”

Susan Alejandra Ruiz

Reporte de caso. Pg. 30

“Wolff Parkinson White en emergencia: Reporte de caso”

Odry Diaz-Morales, Bayron Degrandes, César Salinas, Oman Gradis, Jhiamluka Solano

Imágen Médica. Pg. 33

“Ruptura de Aneurisma de la Arteria Cerebral Media”

Edgardo Caballero

Con el fin de contribuir a la investigación y divulgación científica nace esta revista “Regina Pacis Salus et vita”, de la Universidad Católica de Honduras Reina de la Paz. Es fruto del esfuerzo de muchos docentes e investigadores que han sistematizado su pensamiento y por este medio lo ofrecen a la comunidad científica internacional.

Les animo a todos a no tener miedo de “alargar hasta los confines del conocimiento” sus investigaciones, sin perder de vista la Verdad y la identidad católica que nos caracteriza. Con ello seremos un reflejo académico del Evangelio en medio de un mundo complejo, y no siempre favorable.

La extensión de los artículos en este formato de revista científica obliga a resumir y sintetizar las investigaciones.

Su lectura suscitará posteriores profundizaciones y un fructífero diálogo sinodal académico. Así mismo, esperamos puedan ayudar a confeccionar nuevas propuestas que enriquezcan el pensamiento científico actual.

Felicito a la Universidad Católica de Honduras por esta valiosa aportación al pensamiento contemporáneo.

+José Vicente Náchter Tatay, cm
Gran Canciller



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE HONDURAS "NUESTRA SEÑORA REINA DE LA PAZ"



Con gran entusiasmo, me dirijo a ustedes para compartir la riqueza de los frutos de los esfuerzos que genera la investigación científica lo cual hoy se publican en nuestro Portal de Revistas Regina Pacis, una iniciativa emblemática de nuestra Universidad Católica de Honduras Nuestra Señora Reina de la Paz. Este portal multidisciplinario es un reflejo del compromiso continuo con la promoción de la investigación, la innovación y la difusión del conocimiento académico, en coherencia con los valores cristianos que guían nuestra misión.

El Portal Regina Pacis está compuesto por tres revistas temáticas, cada una de las cuales aborda áreas estratégicas del conocimiento:

- **Regina Pacis Salus et Vita:** Dedicada a la investigación en ciencias de la salud.
- **Regina Pacis Sapientia Postgraduate:** Centrada en las investigaciones a nivel de postgrado.
- **Regina Pacis Litterae et Ingenium:** Dedicada a la investigación en el área de ingeniería.

Cada una de estas revistas tiene como propósito no solo albergar publicaciones científicas de alta calidad, sino también fomentar la colaboración interdisciplinaria y posicionar a nuestra universidad como un referente en la producción científica en Honduras y en el ámbito internacional.

En el corazón de esta iniciativa está nuestro compromiso con el acceso abierto del conocimiento, fortaleciendo así el impacto social de la labor investigativa.

Quiero expresar mi agradecimiento a los equipos de investigación, editoriales, autores, y demás colaboradores, quienes con dedicación y rigor garantizan la excelencia de las publicaciones en este portal de información científica. Su labor es fundamental para que este proyecto no solo sea una realidad, sino también un ejemplo de calidad académica y compromiso institucional.

Invito a la comunidad general y a los lectores externos a explorar las páginas de este portal, a aportar activamente con sus investigaciones y a enriquecerse con el conocimiento que en él se comparte. Estoy convencida de que el **Portal de Revistas Científicas Regina Pacis** es una herramienta clave para fortalecer nuestra visión como institución comprometida con el vínculo que existe entre la fe y la razón.

Con un cordial saludo y los mejores deseos para todos.

Marleni Carolina Santos
Rectora Magnífica
Universidad Católica de Honduras
"Nuestra Señora Reina de la Paz"

Artículo Original

Perfil sociodemográfico y clínico de los Pacientes con Cáncer Gástrico atendidos en el Hospital Liga contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras (2014–2017)

“Sociodemographic and Clinical Profile of Gastric Cancer Patients Treated at the Cancer League Hospital, San Pedro Sula (2014–2017)”

Dayan M. Martínez¹  Suyapa Bejarano²  Julio César Zúniga-Moya³ 

Resumen

Introducción: En Honduras, el cáncer gástrico es la segunda causa de muerte oncológica, con diagnóstico tardío y alta mortalidad. **Objetivo:** Determinar el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con cáncer gástrico del Hospital Liga contra el Cáncer, San Pedro Sula. **Materiales y Métodos:** Este estudio es de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo analizó 105 expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con cáncer gástrico tratados en el Hospital Liga Contra el Cáncer de San Pedro Sula, Honduras, durante 2014 a 2017. Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y relacionados con el tratamiento a través de un formato estandarizado. Los datos se organizaron en una base de datos anonimizada y fueron analizados utilizando SPSS versión 25, empleando frecuencias, porcentajes y pruebas estadísticas para evaluar las relaciones entre variables. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética, asegurando el cumplimiento de las normativas éticas y de confidencialidad. **Resultados:** Se analizaron 105 expedientes clínicos, de los cuales el 52.1% (n = 57) corresponden a hombres y el 45.7% (n = 48) a mujeres. La edad media de los pacientes fue de 63 años, con una desviación estándar de 13.4. El 69.5% provenía de la región noroccidental del país. La mayoría de los casos (34.3%, n = 36) fueron diagnosticados en estadio III. El tipo histológico más común fue el adenocarcinoma intestinal (70.5%, n = 74). El hallazgo endoscópico predominante fue el tipo Borrmann III (41.9%, n = 44). El tratamiento más indicado fue el médico-quirúrgico (34.3%, n = 36), aunque el 66% (n = 43) de los pacientes no continuaron el seguimiento más allá de seis meses. **Conclusión:** Se evidenció que el cáncer gástrico afecta principalmente a hombres mayores de 60 años con factores de riesgo prevenibles, lo que resalta la necesidad urgente de detección temprana y estrategias de prevención.

Palabras claves: Cáncer gástrico, epidemiología, factores de riesgo, adenocarcinoma gástrico. (Fuente: DeCS/MeSH).

Abstract

Introduction: In Honduras, gastric cancer is the second leading cause of cancer-related death, with late diagnosis and high mortality. **Objective:** To determine the sociodemographic and clinical profile of gastric cancer patients at the Hospital Liga Contra el Cáncer, San Pedro Sula. **Materials and Methods:** This observational, descriptive, and retrospective study analyzed 105 clinical records of gastric cancer patients treated at the Hospital Liga Contra el Cáncer in San Pedro Sula, Honduras, from 2014 to 2017. Sociodemographic, clinical, and treatment-related data were collected using a standardized format. The data were organized into an anonymized database and analyzed using SPSS version 25, employing frequencies, percentages, and statistical tests to evaluate relationships between variables. The study was approved by the Ethics Committee, ensuring compliance with ethical standards and confidentiality regulations. **Results:** A total of 105 clinical records were analyzed, of which 52.1% (n = 57) corresponded to male patients and 45.7% (n = 48) to female patients (Table 2). The mean age was 63 years, with a standard deviation of 13.4. A significant proportion (69.5%) were from the northwestern region of the country. Most cases (34.3%, n = 36) were diagnosed at stage III. The most common histological type was intestinal adenocarcinoma (70.5%, n = 74). The predominant endoscopic finding was Borrmann type III (41.9%, n = 44). The most frequently indicated treatment was medical-surgical (34.3%, n = 36); however, 66% (n = 43) of patients did not continue follow-up beyond six months. **Conclusion:** It was found that gastric cancer mainly affects men over 60 years old with preventable risk factors, highlighting the urgent need for early detection and prevention strategies.

Keywords: Gastric cancer, epidemiology, risk factors, gastric adenocarcinoma. (Source: DeCS/MeSH)

Introducción: El cáncer gástrico en 2020 fue el quinto cáncer más frecuente a nivel mundial y la segunda causa de muerte por cáncer (aproximadamente 700.000/año), cabe resaltar, que el riesgo aumenta después de los 50 años y su pico máximo en la sexta década de la vida siendo un problema de salud a nivel mundial. En nuestro país, el cáncer gástrico representa el cuarto cáncer más frecuente en la población hondureña, se registra una tasa de incidencia de un 8.3 /100.000 personas y su tasa de mortalidad es del 6.9 /100.000 personas, considerándose como la segunda causa de muerte por cáncer en hombres de acuerdo a los datos proporcionados por el GLOBOCAN en el 2020 ⁽¹⁾. Se pueden involucrar múltiples factores de riesgos que favorecen su aparición como el consumo de tabaco, alcohol, infecciones por *Helicobacter pylori* (H. Pylori), alto consumo de sal, obesidad, antecedentes familiares de cáncer gástrico entre otros^(2,3). En Honduras, la mayoría de las personas se detecta el cáncer gástrico en etapas avanzadas, lo que resulta en un índice de mortalidad más elevado. Por consiguiente, es vital que se identifique sus características clínicas y se implemente un plan de detección precoz para el cáncer gástrico.

Materiales y métodos: Diseño del estudio: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, utilizando los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer gástrico atendidos en el hospital liga contra el cáncer en San Pedro Sula, durante el periodo de 2014-2017. Población de estudio: Se incluyeron expedientes clínicos de pacientes mayores de edad, sin distinción de sexo o raza, diagnosticado con cáncer gástrico, que reciba tratamiento terapéutico en la Liga Contra el Cáncer, durante el periodo mencionado, donde se analizaron 105 expedientes clínicos mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Variables: Se emplearon las siguientes variables como edad y sexo, procedencia geográfica, factores de riesgo como tabaquismo, alcoholismo, antecedentes familiares, sintomatología clínica, tipo histológico de cáncer gástrico, estadio clínico al momento del diagnóstico (según TNM) y tratamiento médico utilizado.

Procedimientos: La unidad de docencia en investigación del Hospital Liga Contra el Cáncer solicitó la participación de investigadores para llevar a cabo este estudio. Tras la firma del acuerdo de confidencialidad y aprobación del comité ética en investigación, se otorgó acceso a los expedientes de pacientes que cumplieran con los requisitos de inclusión. Se diseñó un formato de recolección de datos basado en evidencia científica, la cual fue evaluado previamente por médicos especialistas en el tema. Posteriormente, se realizó la recopilación de información de los expedientes seleccionados, organizando las variables de interés en una base de datos anonimizada para garantizar la confidencialidad.

Análisis de datos: Los datos se analizaron utilizando software estadístico SPSS "Statistical Package for the Social Science-SPSS" versión 25. La información recopilada se ingresó a una base de datos diseñada específicamente para este estudio, una vez validada la calidad de los datos, se procedió al análisis estadístico.

Consideraciones éticas: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Honduras. Se cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki para la investigación médica, garantizando la confidencialidad de los datos recopilados mediante la anonimización de la información.

Resultados: Se incluyeron 105 expedientes clínicos que cumplían con los criterios de inclusión para el estudio, de los cuales pertenece el 30.5%(n=32) al 2014, el 2015 con un 23.8% (n=25), el 2016 el 23.8%(n=25) y en el 2017 con un 23.8% (n=25). El 52.1% (n = 57) fueron hombres y el 45.7% (n = 48), mujeres (tabla 1). La edad media fue de 63 años con una desviación estándar de 13.4 (tabla 2). El 69.5% son procedentes de la región Noroccidental del país, representando el departamento de Cortés un 44.8% (n=47), Yoro 17.1% (n=18) y Santa Bárbara 8.6% (n=8), en la región Occidental, el departamento de Copán 11.4% (n=12) y Ocotepeque 3.8% (n=4), en la región Nororiental del país, el departamento de Atlántida con 8.6% (n=9) y Colón con 2.9% (n=3), en la región sur, el departamento de Lempira 1.9% (n=2), Choluteca 1% (n=1) y en la región Centro Occidental el departamento de Comayagua 1% (n=1). El 51.4% (n=54) pertenecen a zonas rurales y el 48.6% (n= 51) a zonas urbanas.

Se observa la presencia de factores de riesgo en este estudio en un 41.9% (n=44), mostrando que el 32,4% (n=34) de la población estudiada consume alcohol predominantemente en hombres 59% (n=29) (tabla 3). El 59% (n=62) no presentan antecedentes personales patológicos, por otro lado, el 30% (n=32) si presentan antecedentes personales patológicos como se muestra en la tabla 3. En cuanto a las características clínicas el 37.3% presento epigastralgia, seguido de pérdida de peso un 26.2%, el 10.3% dispepsia, 7.1% disfagia, 5.6% astenia, 4.8% adinamia, 4% sangrados digestivos y el 2.4% vómitos postprandiales, el 55.2% (n=58) de los pacientes presento un examen físico normal, el 2.9% (n=3) presento masa palpable abdominal, el 1.9% (n=2) con ictericia generalizada, el otro 1.9% (n=2) distención abdominal y en la minoría hepatomegalia 1% (n=1), adenopatías 1% (n=1) y dolor abdominal a la palpación 1% (n=1), sin embargo, el 35.2% (n=37) no se consignaron los hallazgos del examen físico en el expediente clínico; como se muestra en el grafico 1 y 2. En el reporte histopatológico el adenocarcinoma tipo intestinal en el 70.5% (n=74), seguido del adenocarcinoma tipo difuso con un 13.3% (n=14), adenocarcinoma tipo mixto 1% (n=1) y adenocarcinoma indeterminado en un 6.7% (n=7), por otra parte, se encontraron otras variantes como el adenocarcinoma mucocelular con células en anillo de sello en el 5.7% (n=6) y adenocarcinoma tipo tubular en el 1% (n=1) (tabla 4). La ubicación con mayor frecuencia es la distal representando un 83.8% (n=88) en comparación de la proximal con un 16.25 (n=17) y en grafico 3 se observa la localización más frecuente según el sexo.

En el informe endoscópico el 41.9% (n=44) fue Borrmann III, el 17.1% (n=18) Borrmann II, seguido Borrmann IV en un 6.7% (n=7), el 1.9% pertenece al Borrmann I y el Borrmann V fue del 1% (n=1). Sin embargo, el 31.4% el informe endoscópico no se encontró consignado en el expediente clínico. En el grafico 4 se muestra la estadificación patológica según TNM. En cuanto al lugar de metástasis encontrado fue a hígado en un 81% (n=21), seguido a peritoneo en un 8% (n=2) y en la minoría páncreas 1% (n=1), ovario 1% (n=1), y óseo 1% (n=1). En cuanto al tratamiento recibido el 28.6% (n=30) recibió solamente cirugía, el 22.9% (n=24) fue tratado con cirugía y quimioterapia, el 17.1% (n=18) solamente quimioterapia, mientras que el 7.6% (n=8) recibió cirugía, quimioterapia más radioterapia, y en menor porcentaje, el 3.8% (n=4) solamente se practicó radioterapia, el otro 3.8% (n=4) cirugía más radioterapia y el 2.9% (n=3) quimioterapia más radioterapia, sin embargo, el 13.3% no recibió tratamiento y en la tabla 5 se observa el procedimiento quirúrgico realizado.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Femenino	48	45.7	45.7	45.7
Masculino	57	54.3	54.3	100.0
Total	105	100.0	100.0	

Tabla 1.

Género más frecuente en pacientes con cáncer gástrico tratados en el Hospital Liga Contra el Cáncer.

Fuente: Autoría propia, 2023.

Edad	Estadísticos
N	Válido 105.0 Perdidos .0
Media	63.1
Media	65.0
Desviación.	13.4
Mediana	65.0
Mínimo	19.0
Máximo	94.0

Tabla 2.

Edad mas frecuente de paientes con cáncer gástrico tratados en el Hospital Liga Contra el Cancer.

Fuente: Autoría propia, 2023.

Tabla 3. Consolidada:

Hábitos tóxicos, antecedentes personales y familiares en pacientes con cáncer gástrico.

Fuente: Autoría propia, 2023.

Categoría	Variable	Frecuencia	Porcentaje	
Hábitos Tóxicos	Alcoholismo	Si	34	32.4
		No	60	57.1
		No consignado	11	10.5
	Alcoholismo Sexo Femenino	Si	5	10.4
		No	37	77.1
		No consignado	6	12.5
	Alcoholismo Sexo Masculino	Si	29	50.9
		No	23	40.4
		No consignado	5	8.8

Continúa

	Categoría	Variable	Frecuencia	Porcentaje	
Hábitos Tóxicos	Tabaquismo	Si	32	30.5	
		No	63	60	
		No consignado	10	9.5	
	Tabaquismo Sexo Femenino	Si	5	10.4	
		No	38	79.2	
		No consignado	5	10.4	
	Tabaquismo Sexo Masculino	Si	27	47.4	
		No	25	43.9	
		No consignado	5	8.8	
	Antecedentes Personales	Diabetes Mielitus		7	6.7
			Diabetes Mielitus + gastritis crónicas	2	1.9
		Diabetes melitus + HTA	4	3.8	
		Diabetes melitus + HTA + gastritis cr.	1	1	
		HTA	12	11.4	
		HTA + gastritis crónica	1	1	
		Enfermedad ácido-péptica niega	2	1.9	
		No consignado	62	59	
		No consignado	11	10.5	
		Gastritis crónica	3	2.9	
	Antecedentes familiares	Si	24	22.9	
No		65	61.9		
No consignado		16	15.2		
Cáncer gástrico familiar.	Familiar 1er grado	11	10.5		
	Niega	78	74.3		
	No consignado	16	15.2		

Discusión: De los 215 casos de reportados con diagnóstico de cáncer gástrico que fueron tratados en el Hospital Liga contra el Cáncer durante el 2014 al 2017, se estudiaron 105 expedientes clínicos para el estudio, de los cuales pertenece el 30.5% al 2014, el 2015 con un 23.8%, el 2016 el 23.8% y en el 2017 con un 23.8%.

En esta investigación se evidencia que la población predominante fue de sexo masculino en un 52.1% datos que se encuentran en relación con en una investigación realizada en Ecuador que muestran que el 72.6% represento el sexo masculino, mientras que en otra publicación se presenta ligeramente más alto con un 73%(6,7) Se encontró que el grupo de edad de mayor afectación fue en un rango de 65-74 años representando un 30.5%, seguido de un 21.9% entre edades de 55-64 años en ambos sexos y se estima una edad media de 63 años, datos que coinciden con la estadística mundial (8,9), por otro lado, en un estudio retrospectivo el 80% se encontró un grupo de edad de 35-64 años de los cuales más de la mitad son mujeres (52.3%)⁽¹⁰⁾.

La mayor parte de la población son procedentes de la región Noroccidental en 69.5%, siendo el departamento de Cortés con mayor frecuencia con un 44.8%, seguido de Yoro con un 17.1% y Santa Bárbara un 8.6%, en la región Occidental 15.2%, en la región Nororiental 11.5%, región Sur 2.9% y el 1% pertenece a la región centro de nuestro país; el 51.4% provienen de zonas rurales y el 48.6% de zonas urbanas.

En el cáncer gástrico existen diversos factores de riesgos asociados a su patogenia, en esta investigación se refleja que el 41.9% están presentes, observándose que el 32,4% de la población estudiada consume alcohol, además, es notable que este consumo sea más predominante en hombres (51%), esto podría indicar una diferencia de género en el consumo de alcohol, por otro lado, se encontró que el 30.5% de la población consume tabaco, y al igual que con el alcohol, este consumo es predominantemente masculino (47%), datos que se relacionan con publicaciones donde demuestran la relación con el cáncer gástrico en un 43.5% y 30.6%, respectivamente⁽¹¹⁾, sin embargo en este estudio no se logró determinar los años de consumo ya que no se consignó en el expediente clínico.

Así mismo, el 30% mostraron que presentan antecedentes personales patológicos, siendo predominantemente la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, sin embargo, el 21% refiere gastritis crónica acompañado de alguna patología de base antes mencionada y el 6% enfermedad ácido péptica por lo que es relevante considerar la relación entre estos dos factores para el desarrollo de atrofia gástrica y cáncer gástrico, como bien lo demuestran diversas bibliografías, la exposición prolongada a procesos lesivos conlleva a desencadenar cambios histopatológicos importantes por el reemplazo del epitelio de la mucosa gástrica⁽¹²⁾. Es importante mencionar que no se logró determinar el antecedentes de infecciones por *H. pylori* en el sujeto como el núcleo familiar, ya que no se consignó en ningún expediente clínico, dado que a nivel mundial su infección se ha asociado con el desarrollo de gastritis crónica que posteriormente ocasiona riesgo de úlceras pépticas y adenocarcinoma gástrico⁽¹³⁾. En un estudio transversal que examinó muestras de biopsias gástricas endoscópicas (n=544), se descubrió que más del 90% de los pacientes que tenían una infección por *H. pylori* y mostraron diferentes grados de lesión gástrica⁽¹⁴⁾, por lo que sugiere que esta bacteria está fuertemente vinculada en este proceso patológico.

En cuanto a las manifestaciones clínicas mostró que los síntomas frecuentes son la epigastralgia (37.3%), seguido de pérdida de peso (26.2%), dispepsia (10.3%), astenia (5.6%), adinamia (4.8%), sangrados digestivos (4%) y vómitos postprandiales (2.4%), datos similares con una investigación que reporta dolor de estómago con 48,61% y la sensación de llenura con 46,03%, mientras que en otra literatura revela que la epigastralgia se presenta en un 62-90%, náuseas, vómitos, dispepsia en un 6-40%, pérdida de peso en un 22-61%, anorexia en 5-40%, hemorragia digestiva en el 10-15% y síndrome anémico en 1-12% de los casos^(15,16).

En el examen físico, el 55.2% de los pacientes presentó un examen físico normal, el 2.9% tenía una masa palpable abdominal, el 1.9% con ictericia generalizada y dolor abdominal a la palpación el 1%, sin embargo, el 35.2% no se consignaron los hallazgos del examen físico en el expediente clínico; en diversas literaturas describen que el cáncer gástrico en etapas avanzadas generalmente muestra la presencia de metástasis en alrededor del 33% de los pacientes, pudiendo identificar como la ictericia generalizada en el caso de metástasis hepática o ascitis en metástasis peritoneal⁽¹⁶⁾.

El reporte histológico más frecuente es el adenocarcinoma tipo intestinal en el 70.5%, seguido del adenocarcinoma tipo difuso con un 13.3%, adenocarcinoma tipo mixto 1%, adenocarcinoma indeterminado en un 6.7%, por otra parte, se encontraron otras variantes como el adenocarcinoma mucocelular con células en anillo de sello en el 5.7% y adenocarcinoma tipo tubular en el 1%; de manera similar, se ha observado en un estudio retrospectivo en la región Occidental de Honduras, en donde el tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma intestinal en el 42.1%, el tipo difuso en un 42.76% y el 1.97% de tipo mixto mientras que 13.16% fueron indeterminados⁽⁶⁾. La mayoría de estas lesiones se encontraron en la porción distal 83.8% en comparación de la proximal con un 16.25%, cabe destacar que estos resultados están en consonancia con Montalván EE et al; que reporta que según localización de la lesión el 28.95% fueron proximales y el 56.58% fueron distales⁽⁶⁾. Así mismo se correlacionó el tipo histológico con la edad, evidenciado que el adenocarcinoma tipo intestinal es el de mayor predominancia independientemente del rango de edad en comparación del tipo difuso e indeterminado.

Por otra parte tenemos la endoscopia digestiva alta que desempeña un papel esencial en el diagnóstico y manejo del cáncer gástrico, siendo una herramienta diagnóstica y terapéutica valiosa en la lucha contra esta enfermedad⁽¹⁷⁾; en los hallazgos endoscópicos de este estudio mostraron que el 41.9% fue Borrmann III, el 17.1% Borrmann II, seguido Borrmann IV en un 6.7%, Borrmann I fue el 1.9% y el Borrmann V es el 1%, sin embargo, el 31.4% el informe endoscópico no se encontró consignado en el expediente clínico; esto se puede correlacionar con un estudio publicado que revela que el 62.9 % es Borrmann III, seguido del 19.4 % de Borrmann II, el 11,3 % Borrmann IV y el 6.5 % era Borrmann I⁽¹¹⁾. Otro aspecto de resaltar, es en esta población se encontró de acuerdo a su localización distal el Borrmann I se evidencia en un 2%, II en el 15%, III un 37%, IV un 5% y V el 1%, siendo el Borrmann III con mayor prevalencia en la porción distal y que, además, en la porción proximal predominio en un 5% el Borrmann III, esto se contrasta con Andrade y colaboradores que reportaron la localización es distal el Borrmann tipo III es del 61 %⁽¹⁸⁾.

De acuerdo con el estadio clínico muestran que la mayoría de los casos diagnosticados en el Hospital Liga contra el Cáncer, se encuentran en etapa III, seguido del 31.4% en etapa II y el 24.8% en etapa IV, siendo el 25.7% en estadio IIB, el 17.1% en estadio IIIB y el 11.4% en estadio IIIA; Estos resultados son coherentes con investigaciones previas que revelan que el 60% de los casos son diagnosticados tardíamente, en estadios avanzados incluso incurables produciendo una alta tasa de mortalidad ^(9,11).

El sitio de metástasis encontrado en los casos reportados de este estudio, mostró afectación a hígado en un 81%, seguido a peritoneo en un 8% y en la minoría páncreas 1%, ovario 1%, y óseo 1%; En comparación a otro estudio, se observó que el 49% en peritoneo, el 42% en hígado, el 22% en retroperitoneo y el 13% en ovario ⁽⁸⁾. Por lo que sugiere que el sitio de metástasis más frecuente es hígado y peritoneo.

En cuanto el tratamiento aplicado se observó que el 34.3% fue tratamiento médico y quirúrgico, el 28.6% solamente quirúrgico, el 23.8% recibió solamente tratamiento médico y el 13.3% no recibió tratamiento, por otro lado, se estimó que el 61.9% se le practicó algún tipo de tratamiento quirúrgico, siendo la gastrectomía subtotal distal más frecuente en un 37.1%, en el 14.3% solamente se le practicó cirugía paliativa y el 1% se realizó solamente laparotomía exploratoria sin resección quirúrgica ya que el tumor resultó ser irresecable, por lo tanto, podemos deducir que la cirugía se considera el principal de tratamiento con fines curativos, no obstante, en algunos casos resultan ser irresecables o presentan un alto riesgo quirúrgico. Como lo describe en algunas literaturas el 80% de los casos que se someten a cirugía, la mitad se le realizará una resección curativa, mientras que la otra mitad un tratamiento paliativo ⁽⁹⁾.

Se realizó una correlación de variables mostrando el tipo de tratamiento utilizado por estadios, evidenciándose que en el estadio I, el tratamiento quirúrgico fue el de mayor frecuencia con 50% y el 25% solamente tratamiento médico; como lo describen las guías NCCN en este estadio el método de elección es la resección quirúrgica, en algunos casos se puede considerar el tratamiento médico como la quimioterapia adyuvante ⁽²⁰⁾; En el estadio II, el tratamiento quirúrgico representa el 39%, el médico-quirúrgico en un 33% y solamente médico representó un 18%; En el estadio III, el tratamiento con mayor frecuencia es el médico quirúrgico con 53%, seguido tratamiento quirúrgico en un 28% y solamente médico el 17%; En el estadio IV el tratamiento con mayor frecuencia es médico con 38%, seguido del médico quirúrgico con un 19% y quirúrgico un 15%, sin embargo, el 27% no recibe tratamiento, se desconoce la causa pero se piensa que el paciente no acude a las citas médicas en la institución por motivos desconocidos.

Así mismo, se observó la relación del estadio clínico con la clasificación de Borrmann, encontrando que el estadio I, en el 50% de los casos se reportó Borrmann III, el otro 50% se dividió entre el Borrmann I y II; en el estadio II, en el 48% se presentó Borrmann III y el 21% fue Borrmann II; En el estadio III, el 38% se reportó Borrmann III y el 17% Borrmann II, mientras que en el estadio IV, en la mayoría de los informes endoscópicos fue Borrmann III con 46%, en el 19% representó el Borrmann IV, pudiendo resaltar que en estadios más avanzados predomina un Borrmann de peor pronóstico, correlacionando con estudios publicados previamente ⁽¹¹⁾, sin embargo, el 31.4% de los expedientes clínicos no se le consignó los resultados endoscópicos.

En la población estudiada se observó que el 84.8% presenta pérdida del seguimiento en la institución, el 76% se reportó su fallecimiento, mientras que el 3.8% continúa en seguimiento, el 1.9% se encuentra en remisión y el otro 1.9% es referido a una institución de mayor nivel; Además, se realizó un análisis del seguimiento en meses de los casos de los pacientes con cáncer gástrico evidenciando que el 65% solo cumple el seguimiento menos de 6 meses, el 11% de 6-12 meses, el otro 9% de 13 a 24 meses, el 5% de 25-36 meses y el 10% entre 49-60 meses. En resumen, estos datos presentan un desafío significativo en el manejo de estos casos, la pérdida del seguimiento puede llevar a un control deficiente de la enfermedad y dificultades en la evaluación de la eficacia de los tratamientos.

Contribuciones de los autores: DMM, SB y JCZM concibieron la idea del estudio, realizaron la recopilación de datos, y redactaron el artículo. Posteriormente, revisaron y editaron la versión final. Todos los autores participaron en la revisión crítica del manuscrito y aprobaron su versión final, asumiendo la responsabilidad del contenido y el índice de similitud del mismo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de financiamiento: No se recibió fuentes externas de financiación. Se usó fondos propios de los autores.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Detalles de autor:

1 Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

2 Liga contra el cáncer Honduras, Profesional Voluntario, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.

3 Department of Medicine-Infectious Disease Washington University-St Louis, Washington, EE.UU.

Recibido: 13/Noviembre/2024

Aceptado: 7/ Enero/2025

Publicado: 28 /Abril/2025

Reporte histológico	Frecuencia	Porcentaje
Adenocarcino intestinal	74	70.5
Adenocarcinoma difuso	14	13.3
Adenocarcinoma mixto	1	1.0
Adenocarcinoma indeterminado	7	6.7
Adenocarcinoma molecular con células en anillo de sello	6	5.7
Linfoma no Hodgkin difuso de células B no malt.	1	1.0
Tumor de estroma gastrointestinal	1	1.0
Adenocarcinoma tubular	1	1.0
Total	105	100.0

Tabla 4.

Histología más frecuente de pacientes con cáncer gástrico tratados en Hospital Liga Contra el Cáncer.

Fuente: Autoría propia, 2023.

Tipo de procedimiento quirúrgico	Frecuencia	Porcentaje
Gastrectomía distal subtotal	39	37.1
Gastrectomía subtotal proximal	1	1.0
Gastrectomía radical total	5	4.8
No se realizó	39	37.1
Yeyunostomía	2	1.9
Gastrostomía	3	2.9
Gastroyeyunostomía	10	9.5
Gastrectomía total + Anastomosis esofagoyeyunal	1	1.0
Gastrectomía total + gastroyeyunostomía	1	1.0
Gastrectomía distal subtotal + gastroyeyunostomía	4	3.8
Total	105	100.0

Tabla 5.

Tipo de tratamiento recibido en los pacientes con cáncer gástrico tratados en el Hospital Liga Contra el Cáncer.

Fuente: Autoría propia, 2023.

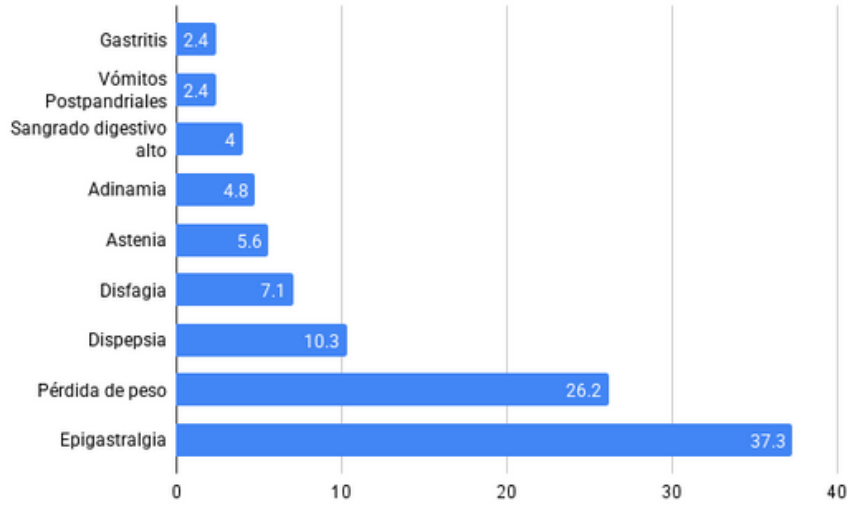


Figura 1. Síntomas frecuentes de pacientes con cáncer gástrico tratados en Hospital Liga Contra el Cáncer. (Porcentajes) Fuente: Autoría propia, 2023.

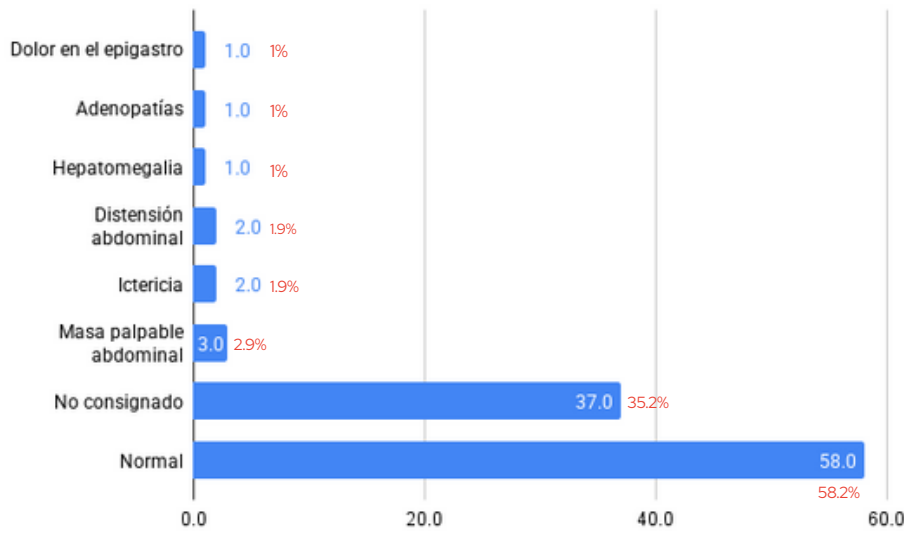


Figura 2. Hallazgos al examen físico de pacientes con cáncer gástrico tratados en Hospital Liga Contra el Cáncer. Fuente: Autoría propia, 2023.

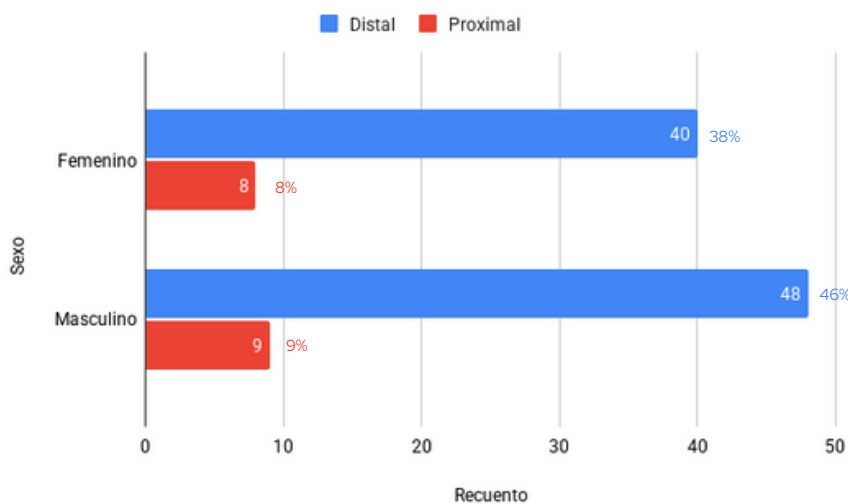


Figura 3. Localización más frecuente de cáncer gástrico en pacientes atendidos en Hospital Liga contra el Cáncer. Fuente: Autoría propia, 2023.

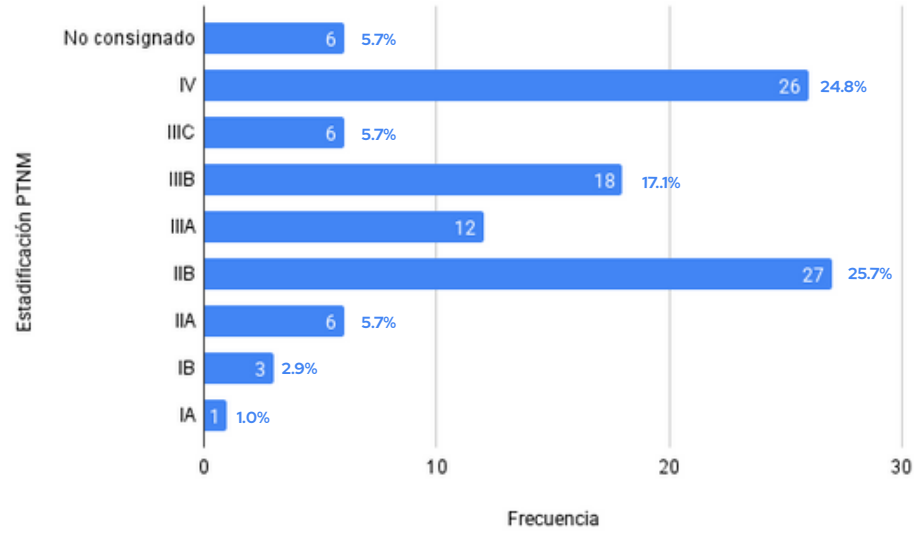


Figura 4. Estadio patológico TNM en pacientes con cáncer gástrico tratados en el Hospital Liga Contra el Cáncer. Fuente: Autoría propia, 2023.

Referencias

1. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M. Observatorio Mundial del Cáncer: El cáncer hoy. Lyon: Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer; 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2020 [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
3. Cáncer gástrico: algunas consideraciones sobre factores de riesgo y Helicobacter pylori [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200018&lng=es
4. Precusores del cáncer gástrico. Factores de riesgo, condiciones y lesiones premalignas de la mucosa gástrica [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-70000021>
5. Cala TP, Camargo M, Martínez A. Factores genéticos y epigenéticos del cáncer gástrico. Ley Biol [Internet]. 21 de septiembre de 2017 [citado 3 de octubre de 2023];39(106):5-20. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/actbio/article/view/328926>
6. Montalván EE, Montalván DM, Urrutia SA, Rodríguez AA, Sandoval H, Saucedo PO, et al. Supervivencia de cáncer gástrico en el occidente de Honduras: estudio piloto 2002-2012. Rev Med Hondur [Internet]. 2017 [citado 3 de octubre de 2023];85(1):6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9364809/>
7. Pérez Rodríguez S, Rodríguez Rubinos R, González Hernández A, Maylén Álvarez Delgado L. Caracterización del cáncer gástrico en pacientes del municipio Caimito. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2012 [citado 3 de octubre de 2023];41(2):143-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000200004
8. Smyth EC, Nilsson M, Grabsch HI, van Grieken NC, Lordick F. Cáncer gástrico. Lanceta [Internet]. 29 de agosto de 2020 [citado 3 de octubre de 2023];396(10251):635-48. Disponible en: <https://www.thelancet.com/article/S0140673620312885/fulltext>
9. Portillo-Miño JD, Araújo-Prado LM, Melo JM, Carlosama-Rosero YH. Características sociodemográficas e histopatológicas en pacientes con cáncer gástrico en una población con alto riesgo en Colombia. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 8 de marzo de 2021 [citado 3 de octubre de 2023];36(1):18-23. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/544>
10. Caracterización clínica y epidemiológica de la población tamizada en el centro de detección temprana de cáncer gástrico, Costa Rica: período 1996-2015 [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292018000200068
11. Muñoz-Cedeño RG, Martínez P, Paullán-Sani V, Rodríguez-Chica G. Caracterización clínica, histológica y endoscópica del cáncer gástrico en el Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, Ecuador. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 29 de junio de 2021 [citado 3 de octubre de 2023];36(2):163-71. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/558>
12. Fisiopatología molecular en la infección por Helicobacter pylori [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000300013
13. Organización Panamericana de la Salud. Erradicar la infección por Helicobacter pylori es todo un reto local y mundial [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-3-2021-erradicar-infeccion-por-helicobacter-pylori-es-todo-reto-local-mundial>
14. Vohlonen I, Pukkala E, Malila N, Härkönen M, Hakama M, Koistinen V, et al. Riesgo de cáncer gástrico en la infección por Helicobacter pylori en un seguimiento de 15 años. Scand J Gastroenterol [Internet]. 10 de octubre de 2016 [citado 3 de octubre de 2023];51(10):1159. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4960513/>
15. DeVita VT Jr, Rosenberg SA, Lawrence TS. DeVita, Hellman y Rosenberg. Cáncer: principios y práctica de oncología. 12a ed. La Villa y Corte de Madrid: Ovid Technologies; 2023.
16. Cunningham SC, Schulick RD. Manejo paliativo del cáncer gástrico. Surg Oncol [Internet]. Dic. 2007 [citado el 3 de octubre de 2023];16(4):267-75. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17881220/>
17. Wadhwa R, Song S, Lee JS, Yao Y, Wei Q, Ajani JA. Cáncer gástrico-dimensiones moleculares y clínicas. Nat Rev Clin Oncol [Internet]. 2013 noviembre [citado 2023 Oct 3];10(11):643-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24061039/>
18. Andrade Díaz CA, Rodríguez Prieto EE, Novillo Andrade LE. Análisis epidemiológico del cáncer gástrico en el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín en el período enero-diciembre del año 2016. Cambios Rev Méd [Internet]. 2018 [citado 3 de octubre de 2023];10-4. Disponible en: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/jt6xy>
19. McMillian N, Pluchino MA, Ajani JA, Bentrem DJ, Lurie RH, et al. Guías de NCCN Cáncer Gástrico. 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2022.0008>
20. Tratamiento del cáncer de estómago (PDQ®) - NCI [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/estomago/pro/tratamiento-estomago-pdq>

Artículo Original

Cáncer colorrectal perfil de pacientes tratados de 2014-2020 en el hospital Liga contra el cáncer

“Colorectal cancer profile of patients treated from 2014-2020 at the Liga Contra el Cancer Hospital”

Delmis Calidonio^{1,2}  Suyapa Bejarano¹  César Alas Pineda³ 

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal en 2020 se presentaron un total de casos de 19,292,789 a nivel mundial y en Honduras, representó el quinto lugar un aproximado de 609 casos (5.7%) de un total de 10,628 casos con una mortalidad de 3.5% para cáncer de colon y 1.6% para cáncer de recto. **Metodología:** Se investigó a pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal en tratamiento en el Hospital Liga Contra el Cáncer durante el periodo de 2014 a 2020, realizando un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo por medio de expedientes clínicos. **Resultados:** La edad media fue de 59 años, en un rango de edad de 61-70 años, afectó más a los hombres, el estadio con más frecuencia, el estadio III, tipo histológico fue el adenocarcinoma, el tratamiento más indicado es médico quirúrgico y más utilizada la hemicolectomía derecha y la quimiorradiación. **Conclusión:** El perfil de los pacientes con cáncer colorrectal, en cuanto a relación de literatura y los resultados encontrados, se encontraron similitudes, el género más frecuente es el género masculino, entre edades de 60 a 70 años, que concordaron con este estudio, además de ser la región noroccidental en un 86% de la población de estudio, en factores heredofamiliares el 15% de nuestra población de estudio presentó antecedentes de cáncer colorrectal en familia de primer grado y además en hábitos tóxicos no hubo relación entre literatura y este estudio.

Palabras claves: Cáncer colorrectal, epidemiología, factores de riesgos, síntomas (Fuente: DeCS/MeSH).

Abstract

Introduction: Colorectal cancer in 2020 presented a total of 19,292,789 cases worldwide and in Honduras, represented the fifth place an approximate of 609 cases (5.7%) of a total of 10,628 cases with a mortality of 3.5% for colon cancer and 1.6% for rectal cancer. **Methodology:** We investigated patients diagnosed with colorectal cancer under treatment at the Hospital Liga Contra el Cáncer during the period from 2014 to 2020, performing an observational, descriptive and retrospective study by means of clinical records. **Results:** The mean age was 59 years, in an age range of 61-70 years, it affected more men, the stage with more frequency, stage III, histological type was adenocarcinoma, the most indicated treatment is medical surgical and most used right hemicolectomy and chemo-radiation. **Conclusion:** The profile of patients with colorectal cancer, in terms of the relationship between the literature and the results found, similarities were found, the most frequent gender in the male gender, between the ages of 60 to 70 years, which agreed with this study, besides being the northwestern region in 86% of the study population, in family inheritance factors 15% of our study population had a history of colorectal cancer in first degree family and also in toxic habits there was no relationship between the literature and this study.

Keywords: Colorectal cancer, epidemiology, risk factors, symptoms (Source: DeCS/MeSH).

Introducción: El Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN) en 2020, el cáncer colorrectal en ambos sexos obtiene el cuarto lugar, con un total de 1,931,590, casos en el año 2020 y también representa 13% de los tumores malignos a nivel gastrointestinal. En Honduras, el cáncer colorrectal en 2020 representó el quinto lugar un aproximado de 609 casos (5.7%) de un total de 10,628 casos con una mortalidad de 3.5% para cáncer de colon y 1.6% para cáncer de recto ⁽¹⁻³⁾. Siendo la etiología del cáncer colorrectal de factores genéticos y ambientales, así mismo, las pruebas de cribado, su diagnóstico y tratamiento, siendo este último, el cual dependerá de su evolución de la enfermedad, el costo, además de influir en la calidad de vida del paciente es de importancia conocer las características de los pacientes, ya que contribuirá a estadísticas para la salud pública, preventiva y terapéutica ⁽⁴⁻⁶⁾. Sin embargo, no hay mucho estudio acerca de las características clínicas y sociodemográficas del paciente con cáncer colorrectal. El objetivo de este estudio fue conocer el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con cáncer colorrectal del Hospital Liga contra el Cáncer, San Pedro Sula.

Materiales y métodos

Diseño del estudio: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Población de estudio: Expediente clínico de paciente mayor de edad, sin distinción de sexo o raza, diagnosticado con cáncer colorrectal, que reciba tratamiento terapéutico en la Liga Contra el Cáncer, durante el periodo de estudio, comprendido de 2014-2020, en el cual la muestra comprendió un total de 161 casos.

Variables: Se emplearon las siguientes variables como edad y sexo, procedencia geográfica, factores de riesgo como tabaquismo, alcoholismo, antecedentes familiares, sintomatología clínica, tipo histológico de cáncer gástrico, estadio clínico al momento del diagnóstico (según TNM) y tratamiento médico utilizado.

Procedimientos: La unidad de docencia en investigación del Hospital Liga Contra el Cáncer solicitó investigadores para la realización de estos estudios, luego de firmar el acuerdo de confidencialidad y comité ética de investigación, se dio acceso a expedientes de pacientes que cumplan con los requisitos. Se elaboró un documento de recolección de datos basado en evidencia científica siendo evaluada por médicos especialista en el tema, posterior a ello, se efectuó la realización de recolección de datos, con los expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Análisis de datos: Los datos se analizaron utilizando software estadístico SPSS "Statistical Package for the Social Science-SPSS" versión 25. La información recopilada se ingresó a una base de datos diseñada específicamente para este estudio, una vez validada la calidad de los datos, se procedió al análisis estadístico.

Consideraciones éticas: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Honduras. Se cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki para la investigación médica, garantizando la confidencialidad de los datos recopilados mediante la anonimización de la información.

Resultados: De los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal, en Hospital Liga Contra el Cáncer, 86% de la región Noroccidental, el departamento con mayor frecuencia es Cortés con un 49.07%, seguido de Yoro 16.15% y Santa Bárbara 12.42%, en la región Occidental, representó el departamento de Copán 3.73% y Ocotepeque 1.86%, en la región Nororiental, el departamento de Atlántida con 8.7% y Colón con 3.7%, en la región Centro Occidental con los departamentos de Comayagua 1.86% e Intibucá que solo se presentó 1 caso y la región Centro Oriental con el departamento de Francisco Morazán que se presentaron 2 casos.

Entre el rango de edad el 31.25 % de 61-70 años, seguido del 26.25 % de 51-60 años, y el 15 % de 71-80 años, en un mínimo rango de edad representó el 3.13 % de 20-30 años y un máximo de edad de 5.63 % de 81-90 años. Teniendo una media de 59 años, con un mínimo de 20 años y máximo de 88 años. La mayor proporción de pacientes fueron del género masculino 52.7%.

Como hábitos tóxicos se reporta que solo el 3.7% consume alcohol y el 4.3% con antecedente de tabaquismo. Dentro de los antecedentes personales patológicos el 16% hipertensión arterial, 9.3% diabetes mellitus. Los antecedentes hereditarios, el 15% con antecedente de cáncer de colon y enfermedades metabólicas el 1.8%. La raza se representó que el 65% de raza mestizo y un 3% de raza blanca. El estado nutricional de los pacientes con cáncer colorrectal se consignó que el 46.27% se encontraba con un Índice de masa corporal (IMC) normal, sin embargo, el 32.84% el IMC estaba en sobrepeso y el 11.9% en obesidad y una minoría en un bajo peso que representó el 8.96%.

Como estudios de imagen, la colonoscopia representó el 81.25% de los casos estudiados, seguido del estudio de rectoscopia con 18.13% y solamente hubo un caso en el cual se realizó sigmoidoscopia. La localización del cáncer fue de la siguiente manera: el recto 45.16%, el colon ascendente de 12.90%, colon sigmoide 9.03%, colon transverso con 5.81%, colon descendente 4.5% y ciego con 5%, en frecuencia en el cual el cáncer colorrectal se generó en 2 partes de las divisiones del colon, se encontró que el colon ascendente y ciego con 7.74% y colon sigmoide y recto con 6.45%.

En los reportes histológicos el adenocarcinoma moderadamente diferenciado con 60.63%, el adenocarcinoma bien diferenciado representó el 23.75%, además el adenocarcinoma poco diferenciado fue de 6.25%.

El estadio con mayor frecuencia en pacientes con cáncer colorrectal fue el estadio III con 35.40%, el estadio II con 26.09%, el estadio IV representó el 22.36% y el estadio I con 14.29%. Entre órganos a distancia de metástasis el 12.3% hacia hígado y 6% en pulmón y el 14.3% hacia ganglios inguinales.

El tratamiento más utilizado en los pacientes con cáncer colorrectal es el médico + quirúrgico que representó el 34.78%, sin embargo, los tratamientos por separado, el tratamiento médico 21.74% y meramente quirúrgico 21.12% respectivamente, pero hubo un 21.74% no recibió tratamiento.

Tratamiento Quirúrgico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Valido	Hemicolectomía Izquierda	18	11.2	20.7	20.7
	Hemicolectomía Derecha	30	18.6	34.5	55.2
	Resección Anterior Baja	29	18.0	33.3	88.5
	No Consignado	2	1.2	2.3	90.8
	Resección Abdominoperineal	5	3.1	5.7	96.6
	Sigmoidectomía	3	1.9	3.4	100.0
	Total	87	54.0	100.0	
Perdidos	Sistema	74	46.0		
Total		161	100.0		

Tabla 1.

Tratamiento quirúrgico realizado en pacientes con cáncer colorrectal.

Tratamiento Medico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Valido	Radioterapia	1	.6	1.1	
	Quimoterapia	34	21.1	37.4	1.1
	Quimiorradicación	56	34.8	61.5	38.5
	Total	91	56.5	100.0	100.0
Perdidos	Sistema	70	43.5		
Total		161	100.0		

Tabla 2.

Tratamiento médico más utilizado en pacientes con cáncer colorrectal.

		Grupo de años			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válido	2014	26	16.1	16.1	16.1
	2015	47	29.2	29.2	45.3
	2016	16	9.9	9.9	55.3
	2017	19	11.8	11.8	67.1
	2018	24	14.9	14.9	82.0
	2019	22	13.7	13.7	95.7
	2020	7	4.3	4.3	100.0
	Total	161	100.0	100.0	

Tabla 2.

Total, de casos estudiados en 6 años en pacientes con cáncer colorrectal.

Discusión: El cáncer de colon y recto se presenta en edades de los 60 a 70 años, siendo más frecuente en género masculino en un 25.0% ⁽⁷⁻⁸⁾. En el presente estudio se encuentra que las edades más frecuentes oscilaron entre los 61-70 años (31.2%) en ambos sexos y una edad media de 59 años, pero las edades más frecuentes según el sexo de los pacientes se encontraron que en los hombres el cáncer de colon y recto fue más frecuente entre los 51-60 años y en las mujeres de 61-70 años, además que el cáncer colorrectal fue más presente en los hombres con 52% que las mujeres 47.8%.

Los factores de riesgo del cáncer del cáncer colorrectal pueden ser modificables y no modificables, en el cual se encuentra la edad, que es descrita anteriormente, también la predisposición genética, por lo que el 25% de los pacientes puede presentar antecedente de familiares con cáncer de colon y en jóvenes de 17.0-35.0% ⁽⁹⁾. En el estudio demuestra que el 15% (N:24) de los pacientes con cáncer colorrectal antecedente familiar de cáncer de colon, sin embargo, ninguno presentó antecedente de cáncer de recto y el 76.8% no presentó ningún antecedente familiar, pero en pacientes que comprenden edades de 20-35 años representó el 10%, de 36-59 años de 22.5% y > de 60 años de 10.2% que presentaron antecedente de cáncer de colon.

Los factores de riesgo modificables, tales como, consumo de tabaco se asocia con riesgo de cáncer colorrectal y más aquellos pacientes que consumieron cigarrillos de más de 20 paquetes al año ⁽¹⁰⁾ por lo que, de los 161 casos estudiados de cáncer colorrectal, el 4.3% (N:7) presentó el consumo de tabaco, con un rango de consumo entre 20-40 años, además que en ambos

sexos presentaron consumo de este, en los hombres con 4.7% y mujeres de 3.9%. GLOBOCAN reporta que el cáncer colorrectal en 2020, el 21.1% de la población mundial tiene como antecedente el consumo de alcohol, además que en los hombres existe la frecuencia de 23.6% y en mujeres un 13% ⁽¹¹⁾ en este estudio solamente 138 casos, tuvieron consignado este hábito tóxico y el 3.7% ⁽⁹⁾ si consumieron alcohol y solamente en el género masculino.

Otro factor de riesgo se encuentra la obesidad, ya que es una alteración en el peso corporal, que es secundario a una posible inactividad física u otra causa y según GLOBOCAN a nivel mundial el 17.7% (85,000 casos) de personas obesas presentan cáncer de colon ^(3,4,12). Por lo que, de los 161 casos, solamente 67 casos presentaron IMC, partiendo de esto, en ambos sexos, se encontró que el 11.9% eran obesos y el 32.8% en sobrepeso, pero el 46.2% tuvo un IMC normal y se demuestra que en las mujeres la frecuencia de obesidad de 17% es mayor que en los hombres de 6%. De los antecedentes personales patológicos, la diabetes mellitus tipo 2 tiene una relación como factor de riesgo a la aparición de cáncer colorrectal, en el que se encontró que el 9.3% de los pacientes presentan dicha enfermedad y un 5.5% presentaron hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. La raza con mayor frecuencia fue la mestiza con 65.2% de los casos, sin embargo, el 32.3% no se consignó en expediente y solamente el 2.4% eran de raza blanca.

Según la localización de afectación de cáncer de colon, De Vita y colaboradores, en la actualidad existe una mayor frecuencia en colon derecho que el izquierdo, además diversos estudios argumentan misma teoría en el que más del 50.0% tiene afectación en lado derecho y localización más específica de colon según orden de frecuencia el colon ascendente es más frecuente, seguido de ciego, colon transversal, colon descendente ⁽¹³⁻¹⁴⁾. Se encontró que de los casos estudiados presentan similitud con la literatura por lo que, el colon derecho tuvo mayor frecuencia con 32.6% que el colon izquierdo con un 20.2% y por localización más específica el colon ascendente presenta el 12.9%, colon transversal (5.8%), colon descendente (4.5%), colon sigmoide (9.0%) y ciego de 5.0% y la afectación de recto de 47.0%, en ambos sexos, pero se observó que en los hombres en afectación de colon derecho o izquierdo este tuvo la misma frecuencia con un 28.2% con un total de 22, en cambio en las mujeres el colon derecho tuvo mayor afectación de 37.3% y colon izquierdo con 12%.

Como método endoscópico, la colonoscopia sigue siendo el más utilizado como medio de imagen de diagnóstico además de método de cribado ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Se observó, que como procedimiento endoscópico utilizado en los pacientes en la Liga Contra el Cáncer fue la colonoscopia con un 81.2% y rectoscopia en un 18.0%.

El tipo histológico más frecuente en cáncer colorrectal es el adenocarcinoma en un 95.0% y un 5.0% la presencia de linfoma, carcinoides, carcinoma escamoso y carcinoma adenoescamoso ⁽²¹⁷⁾ y de acuerdo con el grado de diferenciación, estos se clasifican en bien diferenciado, moderadamente diferenciado y poco diferenciado ⁽²¹⁸⁾.

En la investigación, el tipo histológico más frecuente es el adenocarcinoma con un 90.5% de los casos, sin embargo, según el grado de diferenciación, el adenocarcinoma moderadamente diferenciado tuvo mayor frecuencia con 60.6%, seguido de adenocarcinoma bien diferenciado 23.7% y adenocarcinoma poco diferenciado (6.2%) así mismo el 5.0% representó tipos histológicos como carcinoma escamoso y carcinoides.

La estadificación del cáncer colorrectal se utiliza el TNM, en el cual este se divide en 4 grupos, además de tener subdivisiones desde el estadio II, por lo que se tomó como referencia la AJCC (2018) como guía ⁽¹⁹⁾. Un estudio realizado por Marl B. Ulanka et al. Comenta que de 163.980 pacientes estos presentaron que el 24.1% de los pacientes estaban en estadio I, 27.3% estadio II, 28.2% estadio III y 20.4% estadio IV (20), observando que el estadio III tiene mayor incidencia, seguido del estadio II, posterior el estadio I y estadio IV.

De los 161 casos, hubo 3 casos que no consignaron en que estadio se encontraban los pacientes, por lo tanto, en orden de frecuencia el estadio III representó el 35.4%, estadio II 26.0%, estadio IV 22.3% y estadio I con 14.2%, en el cual, se observa, similitud en cuanto a la frecuencia en la que se diagnosticaron los pacientes, con los estudios anteriores. En la subdivisión según la AJCC, el estadio IIA 15.9%, estadio IIB 6.8%, estadio IIC 6.0%, estadio IIIA 31.8%, estadio IIIB 11.3%, estadio IIIC solamente se presentó 1 caso, estadio IVA 24.2%, estadio IVB y IVC con menos de 1%. Según el grupo de edad se encuentra que en el adulto joven (entre 20-35 años) los pacientes presentan estadios más tempranos en un 70.0% de los casos entre los estadios I y II, sin embargo, las edades mayores de 36 años pueden estar presentes cualquier estadio, siempre siendo el estadio III con mayor prevalencia en un 32.2% en edades de 36-59 años y adulto mayor (>60 años) con 38.6%.

La metástasis del cáncer colorrectal con mayor frecuencia se propaga la enfermedad hacia órganos como hígado siendo este el principal, seguido de pulmón, cerebro, peritoneo y ganglios linfáticos distantes ⁽²¹⁾. En este estudio se consigna que el órgano más afectado secundario a la metástasis de cáncer colorrectal fue ganglios linfáticos inguinales con 14.3%, hígado con 12.3%, pulmón 6.0%, la combinación de pulmón e hígado de un 2.0%, la metástasis hacia otros órganos como próstata, vejiga, vagina, bazo con un 3.9%, retro peritoneo solamente se consignó 2 casos y el 57.4% de los casos no aplica debido a que los pacientes se encontraban en estadios tempranos o no estaba consignado en expediente clínico.

El tipo de tratamiento independiente de cualquier enfermedad es de suma importancia, ya que este apoya a la condición del paciente, tratándose de cáncer colorrectal, en este se brinda tratamiento médico, quirúrgico o combinación de ambos, esto depende del estadio en el que se encuentre el paciente. Por lo que, independiente del estadio se encontró que el tratamiento más indicado es el médico y quirúrgico en un 34.7%, el tratamiento médico solo y quirúrgico en ambos casos representó el 21.0%, sin embargo, el 21.7% de los pacientes no recibieron tratamiento, debido a que estos solo tuvieron 1 una consulta médica. En el tratamiento quirúrgico más utilizado fue la hemicolectomía derecha y resección anterior baja con un 34.4% y 33.3% respectivamente, la hemicolectomía izquierda fue indicada en un 20.6% de los pacientes, el tratamiento médico, la quimio radiación fue de 61.5%, quimioterapia 37.3% y radioterapia sola fue solamente de 1 caso.

Según la ASCO y ESMO recomiendan que según el estadio se debe brindar tratamiento, en el estadio I se recomienda el procedimiento quirúrgico como tratamiento de elección, en estadio II, cirugía sola y quimioterapia adyuvante en pacientes con características de riesgo alto, estadio III, cirugía con quimioterapia adyuvante, estadio IV se recomienda la terapia adyuvante con quimioterapia, radioterapia ⁽⁹²²⁾.

El tipo de tratamiento utilizado con más frecuencia según el estadio indicado en la Liga Contra el Cáncer se encontró: Estadio I, la cirugía sola fue el más utilizado con un 21.7%, y el tratamiento médico y quirúrgico fue de 17.3%, pero el 43.4% no tuvo tratamiento. Estadio II, la combinación de tratamiento médico con cirugía fue de 45.2% de los casos, seguido de cirugía sola de 21.4%, tratamiento médico de 19.0% y sin tratamiento se encontró al 14.2%. El estadio III, el 40.3% es el tratamiento médico en combinación de cirugía, quirúrgico (24.5%), médico (19.3%) y sin tratamiento de 15.7%. Estadio IV al tratarse en muchas ocasiones de una terapia paliativa, el tratamiento médico tuvo mayor frecuencia en un 30.5% de los casos, seguido de la combinación de cirugía y terapia adyuvante en 27.7%, la cirugía (16.6%) y sin tratamiento con 22.2% de los casos.

De los pacientes que fueron sometidos a procedimiento quirúrgico el 81.7% no presentó ninguna complicación postquirúrgica, ya sea temprana o tardía, pero, el 13.4% presentó infección de sitio quirúrgico y solamente 1 caso presentó dehiscencia de herida y 1 caso con formación de fístula, pero no se consignó de que tipo.

Contribuciones de los autores:

DC, SB y CA concibieron la idea del estudio, realizaron la recopilación de datos, y redactaron el artículo. Posteriormente, revisaron y editaron la versión final. Todos los autores participaron en la revisión crítica del manuscrito y aprobaron su versión final, asumiendo la responsabilidad del contenido y el índice de similitud del mismo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de financiamiento:

Autofinanciado

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún tipo conflictos de interés

Detalles de autor:

1. Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.
2. Liga contra el cáncer Honduras, Profesional Voluntario, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.
3. Quantitative Biomedical Sciences - Dartmouth College, Hanover, NH, EE.UU.

Recibido: 13/Noviembre/2024

Aceptado: 7/ Enero/2025

Publicado: 28/Abril/2025

Referencias

1. Mayer R. Harrison principios de medicina interna. 19a ed. México: McGraw Hill; 2019. Cánceres de tubo digestivo bajo; pag. 537-44.
2. Cuevas R. Caracterización del cáncer de colon. Rev Cir Parag [Internet]. 2017 [citado 30 de junio de 2023];41(1):8-13. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v41n1/2307-0420-sopaci-41-01-00008.pdf>
3. Número estimado de casos nuevos de cáncer el 2020 [Internet]. gco.iarc.fr. 2020 [citado 30 de junio de 2023]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
4. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2020 [citado 30 de junio de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259939/ccsbrief-hndspa.pdf;jsessionid=63DE1E6E84C3CDC7287E1DE6232081F7?sequence=1>
5. Granados Romero JJ. Cáncer colorrectal: una revisión. Int J Res Med Ciencias. 2017;5(11):4667-76.
6. Cáncer colorrectal. Fuente: Globocan 2020. Número de casos nuevos en 2020, ambos sexos, todas las edades. (sf) [Internet]. 2020 [citado el 23 de abril de 2021]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>
7. Zuñiga E, Giraldo R, Fernandez K, Geng A, García D. Localización y clínica asociada al cáncer de colon. Hosp Nac Arzobispo Loayza: 2009-2013. Horiz Med [Internet]. 2015 [citado 30 de junio de 2023];15(2):49-55. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v15n2/a08v15n2.pdf>
8. Argilés J, Tabernero J, Labianca R, Hochhauser D, Salazar R, Lourent-Puig P. Cáncer de colon localizado: guía de práctica clínica de la ESMO para diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Ann Oncol [Internet]. 2020 [citado 30 de junio de 2023];31(10):1291-305. Disponible en: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(20\)39932-4/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(20)39932-4/fulltext)
9. Staffel EM, Murphy CC. Epidemiología y mecanismos de la incidencia creciente de cánceres de colon y recto en adultos jóvenes. Gastroenterología [Internet]. 2020 [citado 30 de junio de 2023];158(2):341-53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6957715/>
10. Steven L, Saltz L, Willett C, Levine R. Cáncer de colon. En: DeVita V, Lawrence T, Rosenberg. Cáncer: principios y práctica de la oncología. Washington: Wolters Kluwer; 2019. pp. 1651-1740.
11. Globocán [Internet]. [citado el 31 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/causes/obesity/tools-pie>
12. Vanegas D, Ramírez L, Limas L, Pedraza A. Factores asociados a cáncer colorrectal. Rev Med Risaralda [Internet]. 2020 [citado 30 de junio de 2023];26(1):10-5. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672020000100068
13. Bullard Dunn KM, Rothenberger D. Principios de cirugía. 10a ed. México: McGraw Hill; 2015. Colón, recto y ano; pag. 1-103.
14. Staffel EM, Murphy CC. Epidemiología y mecanismos de la incidencia creciente de cánceres de colon y recto en adultos jóvenes. Gastroenterología [Internet]. 2020 [citado 30 de junio de 2023];158(2):341-53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6957715/>
15. Argilés J, Tabernero J, Labianca R, Hochhauser D, Salazar R, Lourent-Puig P. Cáncer de colon localizado: guía de práctica clínica de la ESMO para diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Ann Oncol [Internet]. 2020 [citado 30 de junio de 2023];31(10):1291-305. Disponible en: [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(20\)39932-4/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(20)39932-4/fulltext)
16. Triantafillidis JK, Vaiano C, Margarines G. Colonoscopia en el cribado del cáncer colorrectal: aspectos actuales. Indian J Surg Oncol. 2015;6(3):237-50.
17. Areses M, Reya L, Cubiellab J. El largo camino desde la biología molecular hasta la práctica clínica en cáncer colorrectal. Hepatopatía gastroenterol [Internet]. 2016 [citado 30 de junio de 2023];39(7):429-32. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-gastroenterologia-hepatologia-english-edition--382-articulo-the-longroad-frommolecularS2444382416300505>
18. Hamilton SR, Bosman FT, Boffetta P, et al. Criterios para la clasificación histológica de los adenocarcinomas colorrectales. Clasificación de Tumores del Aparato Digestivo de la Organización Mundial de la Salud. 4.ª ed., 2010; pág. 138.
19. Sociedad Estadounidense del Cáncer [Internet]. Etapas del cancer colorrectal. [Consultado el 20 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>
20. Rishi M, Beutler B, Sharma M, Patterson D, Gullapalli N, Ambika S. Lateralidad, presentación y supervivencia del cáncer de colon en diferentes etapas. Hindawi J. Oncol [Internet]. 2019 [citado 30 de junio de 2023];20:1-22. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/JO/2019/4315032/>
21. Metástasis de cáncer colorrectal [Internet]. [Consultado el 1 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/por-etapas-colon>
22. Costas-Chavarri A, et al. Tratamiento de pacientes con cáncer colorrectal en etapa temprana: Guía estratificada por recursos de la ASCO. J Glob Oncol [Internet]. 2019 [citado 30 de junio de 2023];5:1-19. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JGO.18.00214>

Artículo Original

Perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con cáncer de próstata atendidos en el Hospital Liga contra el Cáncer, San Pedro Sula, Honduras (2014-2018)

“Sociodemographic and clinical profile of patients with prostate cancer treated at the Liga Contra el Cancer Hospital, San Pedro Sula, Honduras (2014-2018)”

Mildred J. Raudales¹  Suyapa Bejarano²  Julio César Zúniga-Moya³ 

Resumen

Introducción: El cáncer de próstata es el 2do cáncer más diagnosticado, con alrededor de 1,4 millones de casos nuevos y se estima que para el año 2040 estas cifras aumentarán en un 71.6% y 97.1% en incidencia y mortalidad, respectivamente, con mayor incremento en América latina y África. En Honduras, representa la primera causa de mortalidad por cáncer en hombres. La probabilidad de desarrollar cáncer de próstata se incrementa a medida que una persona envejece. No se ha logrado atribuir la etiología del cáncer de próstata a un agente causal en específico, actualmente se considera una enfermedad multifactorial, sin embargo, la edad avanzada, la raza y la herencia genética son variables contribuyentes bien establecidos. **Metodología:** Se investigó a pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata en tratamiento en el Hospital Liga Contra el Cáncer durante el periodo de 2014 a 2018, realizando un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo por medio de expedientes clínicos. **Resultados:** La edad media fue de 70 años, en un rango de edad de 61-70 años, el 68.9% de casos provenían de zonas urbanas, el estadio clínico 4 fue el más frecuente, el tipo histológico fue el adenocarcinoma, el tratamiento más utilizado fue la radioterapia y hormonoterapia. La mayoría de los pacientes en estadio clínico 4 con metástasis ósea. **Conclusión:** El cáncer de próstata es una enfermedad multifactorial, con sintomatología inespecífica y comportamiento diferente entre razas y regiones del mundo. En este estudio se recopilieron datos de los expedientes clínicos de 116 pacientes diagnosticados con cáncer de próstata. La mayoría procedía de la región noroccidental del país, pertenecía a zonas rurales, era de etnia mestiza y se encontraba en estado civil de casado, destacándose que el 42,2% se presentó en el estadio clínico 4. Un 33.75% tenía un puntaje Gleason menor a 6 y un 75.96% tenía un PSA mayor de 20 ng/ml. Esta información subraya la importancia de mejorar las estrategias de diagnóstico temprano, como las brigadas de salud dirigidas a adultos mayores, provenientes de áreas geográficas vulnerables, especialmente en zonas vulnerables, para lograr una detección más oportuna.

Palabras claves: Cáncer de próstata, características clínicas, características demográficas (Fuente: DeCS/MeSH).

Abstract

Introduction: Prostate cancer is the 2nd most diagnosed cancer, with around 1.4 million new cases and it is estimated that by 2040 these numbers will increase by 71.6% and 97.1% in incidence and mortality, respectively, with greater increase in Latin America and Africa. In Honduras, it represents the leading cause of mortality from cancer in men. The chance of developing prostate cancer increases as a person ages. It has not been possible to attribute the etiology of prostate cancer to a specific causal agent, it is currently considered a multifactorial disease, however, advanced age, race, and genetic inheritance are well-established contributing variables. **Methodology:** Patients with a diagnosis of prostate cancer undergoing treatment at the Liga Contra el Cancer Hospital were investigated during the period from 2014 to 2018, carrying out an observational, descriptive and retrospective study using clinical records. **Results:** The mean age was 70 years, in an age range of 61-70 years, 68.9% of cases came from urban areas, clinical stage 4 was the most frequent, the histological type was adenocarcinoma, the most common treatment used was radiotherapy plus hormone therapy. Most patients in clinical stage 4 with bone metastasis. **Discussion:** Prostate cancer is a multifactorial disease, with nonspecific symptoms and different behavior between races and regions of the world. In the present study, information was collected from clinical records of 116 patients with a diagnosis of prostate cancer, the majority from the north-western region of the country, rural areas, mixed-race, married, 42.2% with clinical stage 4. 33.75% had a Gleason score less than 6 and 75.96% had a PSA greater than 20 ng/ml. This information highlights the importance of improving early diagnosis strategies, such as health brigades aimed at older adults, from vulnerable geographic areas, to achieve more timely detection.

Keywords: Prostate cancer, clinical characteristics, demographic characteristics (Source: DeCS/MeSH).

Introducción: El cáncer de próstata es el 2do cáncer más diagnosticado, con alrededor de 1,4 millones de casos nuevos y se estima que para el año 2040 estas cifras aumentarán en un 71.6% y 97.1% en incidencia y mortalidad, respectivamente, con mayor incremento en América latina y África ^(1,2). En Honduras representa el cáncer más incidente y con mayor mortalidad en hombres y se posiciona entre las primeras 11 causas de muerte en general ^(3,5).

Se calcula que a probabilidad de desarrollar cáncer de próstata incrementa a medida que una persona envejece puesto que es poco frecuente la manifestación clínica de la enfermedad en personas menores de 40 años, mientras que en mayores de 65 años la incidencia va en aumento afectando a 1 de cada 2 pacientes en ese rango de edad ^(1,2,8). Se ha observado que la raza negra se asocia con mayor incidencia de cáncer de próstata y a una mayor probabilidad de manifestar la enfermedad a una edad más temprana y más agresiva en comparación con otras razas, debido a una mayor probabilidad de mutaciones genéticas a nivel del cromosoma 8q24 y la presencia de genotipos específicos en sujetos de ascendencia africana entre ellos el esteroide 5 alfa-reductasa y el citocromo P450 3A4, sumándole el hecho de que estas personas se relacionan con un menor acceso a servicios de salud, pobreza, diagnóstico de la enfermedad en etapa avanzada y por ende mayores índices de mortalidad ^(9,10,11).

La ausencia de síntomas se ha asociado con etapas iniciales de la enfermedad, por otro lado el cáncer de próstata localmente avanzada podría causar compresión con el cuello de la vejiga o uretra, provocando síntomas urinarios obstructivos o irritativos similar a los que se presentan en la hiperplasia prostática benigna, mientras que la enfermedad metastásica podría manifestarse como lumbalgias, dolor pélvico o síntomas de compresión medular, entre otros, sin embargo no se describen síntomas específicos de la enfermedad en la literatura ^(12,13).

La supervivencia de pacientes con cáncer de próstata a 5 años puede ser del 100% en la enfermedad local y regional y del 34.1% en la enfermedad distante ⁽¹⁴⁾. A nivel latinoamericano solo se dispone de estadística en general que indica una sobrevida entre el 66-83% ⁽¹⁵⁾.

Aún se desconocen las características clínicas y sociodemográficas del paciente con cáncer de próstata en nuestra región. El conocimiento de estas características podría permitir la identificación de grupos en riesgo y la personalización del tratamiento. El objetivo de este estudio fue conocer el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con cáncer de próstata del Hospital Liga contra el Cáncer, San Pedro Sula.

Materiales y métodos:

Diseño del estudio:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo entre los años 2014 al 2018 en un centro asistencial de oncología en San Pedro Sula, Honduras.

Población de estudio:

Se incluyeron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata, excluyéndose aquellos expedientes que no proporcionaban información válida o incompleta para el estudio, obteniéndose un total de 116 expedientes que cumplían con criterios de inclusión. El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia.

Variables: Se utilizó el expediente clínico como unidad de análisis y se recolectaron las siguientes variables: edad, estado civil, procedencia, motivo de consulta, clasificación histológica, niveles de PSA al ingreso, puntuación gleason, estadio clínico, tipo de tratamiento utilizado.

Procedimiento: La unidad de docencia en investigación del Hospital Liga Contra el Cáncer solicitó la participación de investigadores para llevar a cabo este estudio. Tras la firma del acuerdo de confidencialidad y aprobación del comité ética en investigación, se otorgó acceso a los expedientes de pacientes que cumplieran con los requisitos de inclusión. Se diseñó un formato de recolección de datos basado en evidencia científica, la cual fue evaluado previamente por médicos especialistas en el tema. Posteriormente, se realizó la recopilación de información de los expedientes seleccionados, organizando las variables de interés en una base de datos anonimizada para garantizar la confidencialidad.

Análisis de datos: Los datos se analizaron utilizando el software estadístico SPSS "Statistical Package for the Social Science-SPSS" versión 25. La información recopilada se ingresó a una base de datos diseñada específicamente para este estudio, una vez validada la calidad de los datos, se procedió al análisis estadístico.

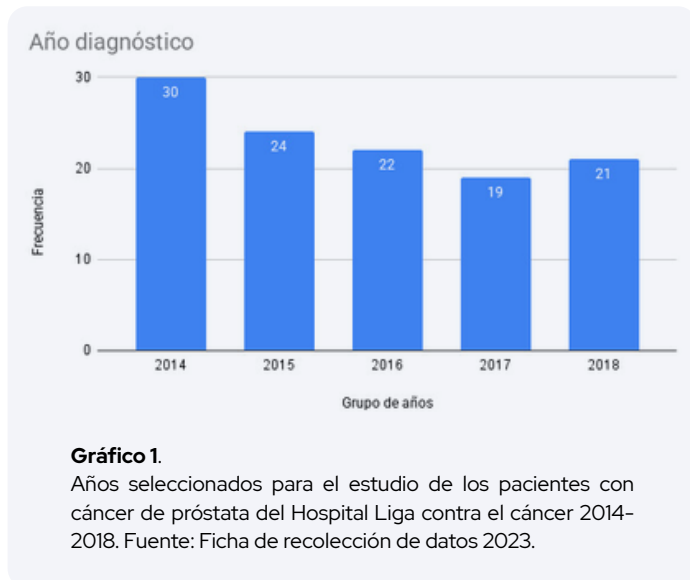
Consideraciones éticas: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Honduras. Se cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki para la investigación médica, garantizando la confidencialidad de los datos recopilados mediante la anonimización de la información. Este estudio forma parte de la tesis presentada por Mildred Raudales. La Dra. Suyapa Bejarano fue asesora técnica junto con el Dr. Jaime Nuñez asesores metodológicos.

Resultados:

De los 204 expedientes revisados entre 2014 y 2018, 116 cumplían con los criterios de inclusión. La mayoría de los pacientes (40.5%, n=47) tenía entre 61 y 70 años, mientras que el 38.7% (n=45) eran de 71-80 años y 11.2% (n=13) tenía edades comprendidas entre 81 y 90 años, el resto tenían entre 50-60 años. La edad promedio de los pacientes fue de 70 años, con una edad mínima de 53 años y una máxima de 90 años. En cuanto al estado civil, el 66.38% (n=77) estaba casado, el 13.79% (n=16) en unión libre y el 10.34% (n=12) viudo.

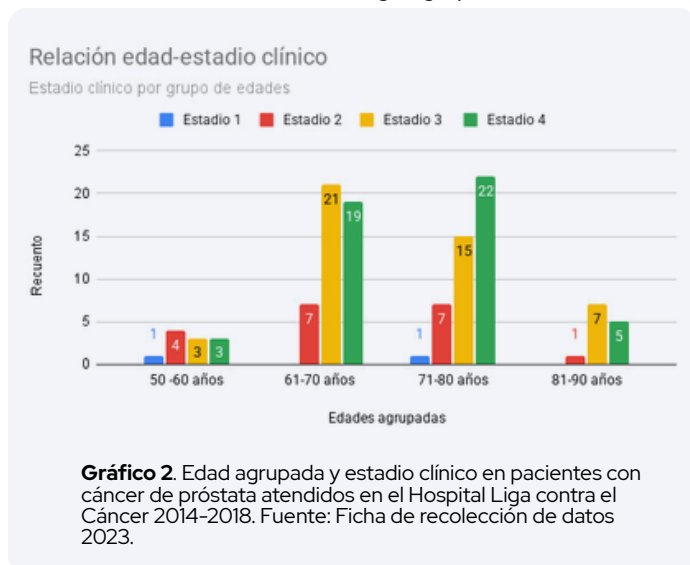
El 68.97% (n=80) de los pacientes provenían de zonas rurales, principalmente de la región Nor-Occidental (72.41%), con mayor representación de Cortés (38.79%, n=45) y Yoro (21.55%, n=25). Un 11.2% procedía de la región Nor-Oriental y un 9.49% provenían de la zona centro-sur del país.

Respecto a los años de diagnóstico, el mayor número de casos se registró en 2014 (25.8%, n=30), seguido por 2015 (20.6%, n=24) y 2016 (18.9%, n=22). El síntoma más común fue la disuria, reportada por el 27.5% (n=32) de los pacientes. Consúltense el gráfico 1 para más información.



En cuanto al patrón Gleason, el 33.7% (n=27) presentó un puntaje <6, seguido de un 23.7% (n=19) con un puntaje 3+4, un 22.5% (n=18) con puntaje Gleason 4+3 y un 20% (n=16) con puntaje Gleason > 8 (n=16). El 75.5% (n=79) de los pacientes con PSA registrado en las primeras consultas tenía niveles superiores a 20 ng/ml.

El estadio clínico más frecuente fue el estadio 4 (42.24%, n=49), con el 73.6% de estos pacientes presentando metástasis ósea. Un 39.66% se encontraban en estadio clínico 3, 16.38% en estadio clínico 2 y 1.72% en estadio clínico 1. En el gráfico 2 se puede visualizar la estadificación clínica según grupos de edades.



En términos de tratamiento, el 43.1% (n=50) recibió radioterapia junto con terapia de privación androgénica (ADT), siendo la bicalutamida el medicamento más utilizado. Un 26.7% (n=31) solo recibió ADT, mientras que un 7.76% (n=9) optó únicamente por radioterapia. Otros tratamientos incluyeron combinaciones de ADT, quimioterapia y prostatectomía en menor porcentaje, y un 4.31% (n=5) no recibió tratamiento alguno.

Discusión:

El cáncer de próstata es una enfermedad multifactorial con síntomas inespecíficos y un comportamiento variable según la raza y la región, especialmente en países con bajo índice de desarrollo humano, donde su incidencia y mortalidad están en aumento ⁽²⁾. Esto hace difícil identificar a los pacientes en riesgo, especialmente en países con altos índices de pobreza, donde el acceso a atención médica adecuada es limitado. Por lo tanto, es crucial identificar a la población en riesgo a través de un perfil sociodemográfico y clínico.

En el presente estudio se recopiló dato de los expedientes clínicos de 116 pacientes diagnosticados con cáncer de próstata entre los años 2014-2018 en el Hospital Liga contra el Cáncer, una institución sin fines de lucro que proporciona servicios de atención a pacientes con capacidades económicas limitadas.

La mayoría de los pacientes de esta investigación eran procedentes de la región Nor-occidental del país, con mayor recuento en el departamento de Cortés (38.79%) y Yoro (21.55%). El 68.97% de los pacientes habitaban en zonas rurales, mientras que el resto en zona urbana, hallazgo contrario al de un estudio realizado en Norteamérica donde observaron que la mayoría de los pacientes con cáncer de próstata procedían de zonas urbanas ⁽¹⁶⁾.

La probabilidad de desarrollar cáncer de próstata aumenta significativamente a partir de los 50 años y se incrementa aún más con el envejecimiento ⁽²⁾. En este estudio se observó que a medida aumentaba la edad había un mayor número de casos, siendo la mayor frecuencia (40.5%) entre el rango de edades de 61-70 años, sin embargo, entre el grupo de edad de los 81-90 años hubo una disminución, probablemente debido a las recomendaciones de las guías sobre el cribado en el cáncer de próstata en este grupo de edad ⁽¹⁷⁾.

La raza negra ha sido identificada como un factor de riesgo significativo, ya que se observa un aumento en el número de casos en este grupo ⁽²⁾. A pesar de que la institución se encuentra cerca de la zona costera, donde hay un mayor número de población de raza negra, no se pudo comprobar este dato debido a que no se presentaron casos de pacientes de esta población en el periodo de estudio. Al igual que la literatura ⁽¹⁸⁾, la mayoría de los casos evaluados (85.3%) eran adenocarcinomas, mientras que en el resto no se proporcionó dicha información en el expediente. El cáncer de próstata es asintomático, pero pueden aparecer síntomas urinarios en la enfermedad localizada o síntomas a nivel sistémico relacionado con el área de metástasis ⁽¹²⁾. En el presente estudio la mayor parte de pacientes presentó disuria (27.59%), obstrucción urinaria (20.59%) y dolor lumbar (16.38%) al momento de la primera consulta. Si bien los síntomas no son específicos para el cáncer de próstata, forman parte de las características clínicas del individuo que está debutando con la enfermedad.

De los expedientes que tenían consignado el puntaje Gleason y PSA, un 33.75% y 23.75% tenían puntaje Gleason menor a 6 y 3+4, respectivamente y un 75.96% tenía un PSA mayor de 20 ng/ml, por lo que de acuerdo a la clasificación de riesgo de la NCCN ⁽¹²⁾, la mayoría presentaron una enfermedad con riesgo intermedio-alto.

Datos estadísticos proporcionados por el Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales del Instituto Nacional del Cáncer indican que la mayoría de los diagnósticos por cáncer de próstata son de personas con enfermedad localizada ⁽¹⁹⁾. Al contrario de lo anterior, se observó una mayor frecuencia de pacientes con enfermedad avanzada, con 42.24% de pacientes con estadio clínico 4 y 39.66% en estadio 3, lo anterior probablemente a que la mayoría de estos pacientes viven en áreas rurales donde se vuelve difícil el acceso a servicios de salud, por ende, acuden a consulta cuando la enfermedad se encuentra más avanzada. Estrategias de atención de salud tipo brigada como la implementada en un estudio en Yoro entre los años 2013-2017 podrían ser de gran beneficio para la detección oportuna del cáncer en este grupo de personas ⁽²⁰⁾.

El tratamiento del cáncer de próstata dependerá de las decisiones del paciente, la esperanza de vida, comorbilidades de base, edad, extensión de la enfermedad y en las primeras etapas se ofrece un tratamiento quirúrgico o radio terapéutico solo o combinado con ADT posterior, mientras que en etapas avanzadas la radioterapia, la ADT y la quimioterapia forman parte de la terapéutica empleada (21). La mayoría de los pacientes tratados (43.10%) recibieron radioterapia y luego ADT, mientras que el 26.72% recibió únicamente ADT.

En conclusión el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes muestra que la mayoría de los pacientes diagnosticados provenían de zonas rurales y de la región Nor-occidental del país con una alta proporción de adenocarcinomas y un predominio de enfermedad con alto riesgo, según los puntajes Gleason y niveles de PSA. Esto subraya la importancia de mejorar las estrategias de diagnóstico temprano, como las brigadas de salud dirigidas a adultos mayores, provenientes de áreas geográficas vulnerables, especialmente en zonas vulnerables, para lograr una detección más oportuna.

Contribuciones de los autores:

MJR, SB y JCZM concibieron la idea del estudio, realizaron la recopilación de datos, y redactaron el artículo. Posteriormente, revisaron y editaron la versión final. Todos los autores participaron en la revisión crítica del manuscrito y aprobaron su versión final, asumiendo la responsabilidad del contenido y el índice de similitud del mismo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de financiamiento:

Los gastos relacionados al artículo han sido financiados por los autores.

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos:

A la unidad de investigación del Hospital Liga contra el Cáncer por abrir sus puertas, facilitar la información requerida y permitir llevar a cabo la presente investigación.

Detalles de autor:

- 1 Proyecto PESCA San Pedro Sula, Cortés, Honduras.
- 2 Liga contra el cáncer Honduras, Profesional Voluntario, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.
- 3 Department of Medicine-Infectious Disease Washington University-St Louis, Washington, EE.UU.

Recibido: 13/Noviembre/2024

Aceptado: 7/ Enero/2025

Publicado: 28/Abril/2025

Referencias

1. Bergengren O, Pekala KR, Matsoukas K, Fainberg J, Mungovan SF, Bratt O, et al. Actualización de 2022 sobre la epidemiología y los factores de riesgo del cáncer de próstata: una revisión sistemática. *Eur Urol* [Internet]. 1 de agosto de 2023 [citado el 26 de septiembre de 2023];84(2):191-206. Disponible en: <http://www.europeanurology.com/article/S0302283823027860/fulltext>
2. GLOBOCAN. Incidencia y mortalidad del cáncer en hombres 2020 [Internet]. 2020 [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi>
3. GLOBOCAN. Incidencia cáncer de próstata 2003-2010 [Internet]. 2020 [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr>
4. GLOBOCAN. Incidencia y mortalidad por cáncer de próstata 2020-2040 [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr>
5. GLOBOCAN. Cáncer en Honduras [Internet]. 2020 [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr>
6. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de próstata en Honduras [Internet]. 2020 [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/honduras-prostate-cancer>
7. Rawla P. Epidemiología del cáncer de próstata. *World J Oncol* [Internet]. 2019 [citado el 26 de septiembre de 2023];10(2):63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6497009/>
8. Reichert Z, Bittencourt L, Udagar A, Palapatta G, Spratt D. Capítulo 45. Cáncer de próstata. En: *Cáncer: Prácticas y principios de la oncología*. 12a ed. Wolters Kluwer; 2023.
9. Vince RA, Jiang R, Bank M, Quarles J, Patel M, Sun Y, et al. Evaluación de los determinantes sociales de la salud y los resultados del cáncer de próstata en pacientes de raza negra y blanca: Una revisión sistemática y un metaanálisis. *JAMA Netw Open* [Internet]. 11 de enero de 2023 [citado el 26 de septiembre de 2023];6(1):E2250416. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9857531/>
10. Brown CR, Hambleton IR, Hércules SM, Unwin N, Murphy MM, Nigel Harris E, et al. Determinantes sociales del cáncer de próstata en el Caribe: una revisión sistemática y un metanálisis. *BMC Public Health* [Internet]. 20 de julio de 2018 [citado el 26 de septiembre de 2023];18(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6053791/>
11. Berenguer CV, Pereira F, Câmara JS, Pereira JAM. Características subyacentes del cáncer de próstata: estadísticas, factores de riesgo y métodos emergentes para su diagnóstico. *Curr Oncol* [Internet]. 2023 1 de febrero [citado 2023 26 de septiembre];30(2):2300. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9955741/>
12. Cooperberg M, Washington S, Carroll P. Cáncer de la glándula prostática. En: *Urología general de Smith y Tanagho*. 19a ed. McGraw Hill; 2019. pág. 351-72.
13. Savón L. Cáncer de próstata: actualización [Internet]. 2019 [citado 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-99332019000100117&script=sci_arttext
14. Cáncer de próstata: datos estadísticos sobre el cáncer [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>
15. GCO - SURVCAN [Internet]. [citado 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/survival/survcan/dataviz/table>
16. Zahnd WE, James AS, Jenkins WD, Izadi SR, Fogleman AJ, Steward DE, et al. Diferencias rurales-urbanas en la incidencia y tendencias del cáncer en Estados Unidos. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2017;27(11):1265-74. Disponible en: <https://doi.org/10.1158/1055-9965.epi-17-0430>
17. Moses KA, Bahler C, Carlsson SV, Catalona WJ, Sloan Kettering Cancer Center, et al. Guías de la NCCN, versión 2.2023, Detección temprana del cáncer de próstata [Internet]. 2023 [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.nccn.org/home/member>
18. San Francisco Reyes I, Troncoso Carrasco AZ, Zúñiga Avendaño P, Merino Lara T. Cáncer de próstata [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://manualdeurologia.cl/capitulo-26-cancer-de-prostata/>
19. Milonas D, Venclovas Z, Jievaltas M. Edad y agresividad del cáncer de próstata: análisis de las características clínicas y patológicas después de la prostatectomía radical en hombres con cáncer de próstata localizado. *Cent Eur J Urol*. 2019;72(3):240-6. doi: 10.5173/cej.2019.1974. PMID: 31720024; PMCID: PMC6830479.
20. Lyons KD, Kennedy LS, Larochelle EPM, Tsongalis GJ, Reyes HS, Zúñiga-Moya JC, et al. Viabilidad de la detección del cáncer multifásico estilo brigada en zonas rurales de Honduras. *Oncol Global JCO*. 2020;6:453-61. doi: 10.1200/JGO.19.00396.
21. Cáncer de próstata avanzado: Guía AUA/SUO - Asociación Urológica Americana [Internet]. [Consultado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/advanced-prostate-cancer>

Reporte de caso

Manejo Ortopédico de paciente con maloclusión clase III, mediante máscara de protracción: Reporte de caso

Orthopedic Management of a Patient with Class III Malocclusion Using a Protraction Mask: Case Report

Susan Alejandra Ruiz ¹ 

Resumen

En la actualidad, existen diversas alternativas para el tratamiento de las maloclusiones clase III. Es fundamental que los pacientes sean interceptados en edades tempranas, ya que se ha evidenciado que los resultados mejoran significativamente cuando el abordaje se realizó a temprana edad. En el estudio realizado se presenta un reporte de caso clínico a un paciente masculino de 11 años, el cual acudió al Hospital Odontológico Monseñor Agustín Hombach, en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial de la Universidad Católica de Honduras, tras haber recibido un tratamiento ortodóntico previo sin éxito en una clínica externa a la Universidad. Se realizaron los estudios clínicos y radiográficos correspondientes, diseñando un plan de tratamiento adecuado a la edad y al problema específico del paciente, el cual fue determinado por el uso de una máscara facial y un aparato McNamara. Siete meses después de la intervención, se realizaron radiografías de control, observándose cambios significativos tanto en maxilar, así como en mandíbula.

Palabras clave: Clase III esquelética, McNamara, máscara facial, Ortodoncia Interceptiva.
(Fuente: DeCS/MeSH)

Abstract

Currently, there are several treatment alternatives for Class III malocclusions. It is essential to intercept patients at an early age, as studies have shown that outcomes improve significantly when the approach is initiated early. This study presents the clinical case of an 11-year-old male patient who visited the Monsignor Agustín Hombach Dental Hospital, specifically the Orthodontics and Maxillofacial Orthopedics Department of the Catholic University of Honduras, after undergoing an unsuccessful orthodontic treatment at a clinic outside the university. Clinical and radiographic evaluations were conducted, and a treatment plan tailored to the patient's age and specific condition was developed. The plan involved the use of a face mask and a McNamara appliance. Seven months after the intervention, follow-up radiographs revealed significant changes in both the maxilla and mandible.

Key words: Skeletal Class III, McNamara, face mask, Interceptive Orthodontics.
(Source: DeCS/MeSH)

Introducción

La maloclusión de clase III representa uno de los desafíos más complejos en ortodoncia. Su prevalencia oscila entre el 0 % y el 26,6 %, con una prevalencia relativamente mayor observada en diferentes poblaciones ⁽¹⁾. La etiología de la maloclusión de clase III es multifactorial. Se han reportado como factores de riesgo tanto variables hereditarias como ambientales (p. ej., hábitos bucales deletéreos, hipertrofia amigdalina y respiración bucal crónica ⁽²⁾). En el campo del tratamiento interceptivo de clase III, el uso de la máscara facial de protracción (PFM) es un método común para la corrección de un maxilar deficiente. ^{3 4} En 2005, Liou ^{5 6} fue el primero en proponer el protocolo de expansión y constricción maxilar rápida alternada (Alt-RAMEC), que puede estimular la desarticulación de las suturas circunmaxilares, lo que resulta en efectos ortopédicos más pronunciados ⁽³⁾.

Los pacientes en crecimiento presentan diferentes tipos de maloclusiones, entre ellas la mordida cruzada anterior, mordida cruzada posterior, mordida abierta. Las podemos observar con frecuencia en pacientes con dentición decidua y dentición mixta, siendo provocado por alteraciones; esqueléticas, funcionales y problemas en las vías aéreas. En el diagnóstico de mordida cruzada anterior esquelética, es importante analizar los ángulos cefalométricos, SNA que se observan disminuidos, SNB aumentados, por ende, ANB es negativo ⁽¹⁾.

Las maloclusiones de clase III esqueléticas, tienen la característica de retrognatismo del maxilar superior y un prognatismo mandibular. El manejo clínico por medio de una máscara facial de Pettit brinda fuerzas ortopédicas que oscilan entre 350 a 600 gramos, las cuales proporcionan la protracción en la maxila, brindando resultados efectivos en periodos cortos ⁽²⁾.

En pacientes pediátricos, el tratamiento recomendado es el interceptivo, mismo por el cual se logra corregir la maloclusión a edad temprana, utilizando aparatos ortopédicos fijos, los cuales han demostrado ser eficientes debido al crecimiento. Para ello tanto el padre como el paciente deben estar conscientes que se realizara en la mayoría de los casos en dos etapas; la interceptiva y la ortodóntica⁽³⁾. El manejo de la maloclusión clase III esquelética, es un enorme reto para el ortodoncista, ya que puede resultar un pronóstico no favorable y resultados negativos⁽⁴⁾. La finalidad de este reporte de caso es dar a conocer los beneficios obtenidos a través de un tratamiento interceptivo en edades tempranas. La Asociación americana de ortodoncia, explica que la ortodoncia interceptiva es el tratamiento preventivo ante la severidad de la maloclusión⁽¹⁾. Estas maloclusiones se clasifican en: Maloclusión en clase I, con adecuada relación molar y dientes que presentan apiñamiento, diastemas, sobremordida, mordida abierta, mordida cruzada posterior o una mordida cruzada anterior. Maloclusión en clase II, con incisivos superiores vestibularizados o dientes inferiores mal posicionados y/o la mandíbula colocada en posición posterior con respecto a la maxila. Maloclusión clase III, con protrusión de dientes frontales inferiores o la mandíbula posicionada por delante con respecto a los dientes superiores. Generalmente el tratamiento interceptivo se realiza en los pacientes más jóvenes que presentan dentición mixta⁽¹⁾.

Caso Clínico

Paciente masculino de 11 años, se presenta a la consulta del Hospital Odontológico Monseñor Agustín Hombach a la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia maxilofacial de la Universidad Católica de Honduras, el cual al momento de la evaluación presentaba un tratamiento previo de ortodoncia en maxilar inferior desde hace un año, (Figura No.1). Como queja principal, la madre refiere no observar un avance, motivo por el cual solicita una segunda opinión.



Figura 1.

Fotografías iniciales que muestran la condición del paciente al momento de su evaluación en el Hospital Odontológico Monseñor Agustín Hombach a la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia maxilofacial de la Universidad Católica de Honduras, el cual al examen clínico se puede observar una relación molar y canina Clase III, un resalte (overjet) negativo, mordida cruzada anterior, desviación de la línea media, diastemas.

En las fotografías extraorales se puede observar clínicamente un perfil cóncavo, retrusión labial, una prominencia del mentón, disarmonía entre los tercios faciales. (Figura 2).



Figura 2

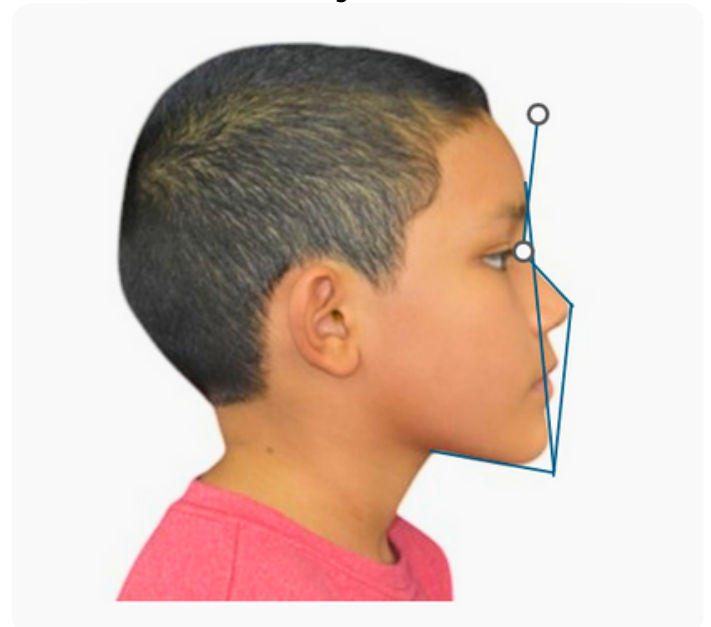


Figura 3

Se realizó el triángulo estético de Powell previo a la intervención ortopédica, el cual es un análisis por el cual se evalúa la estética de la cara y cuello mediante ángulos relaciones entre sí⁽¹³⁾. En el paciente tratado se realizan las mediciones correspondientes dando como resultado; ángulo nasofrontal 131° (levemente por encima del rango normal), ángulo nasofacial 37° (dentro del rango normal), ángulo nasomentón 131 (dentro del rango normal), ángulo mentocervical 86° (dentro de la norma).

Dentro de los estudios indicados, figuraron: radiografía lateral de cráneo, ortopantografía, modelos de estudio, fotografías intraorales y extraorales, para poder diagnosticar, planificar y estructurar un plan de tratamiento.

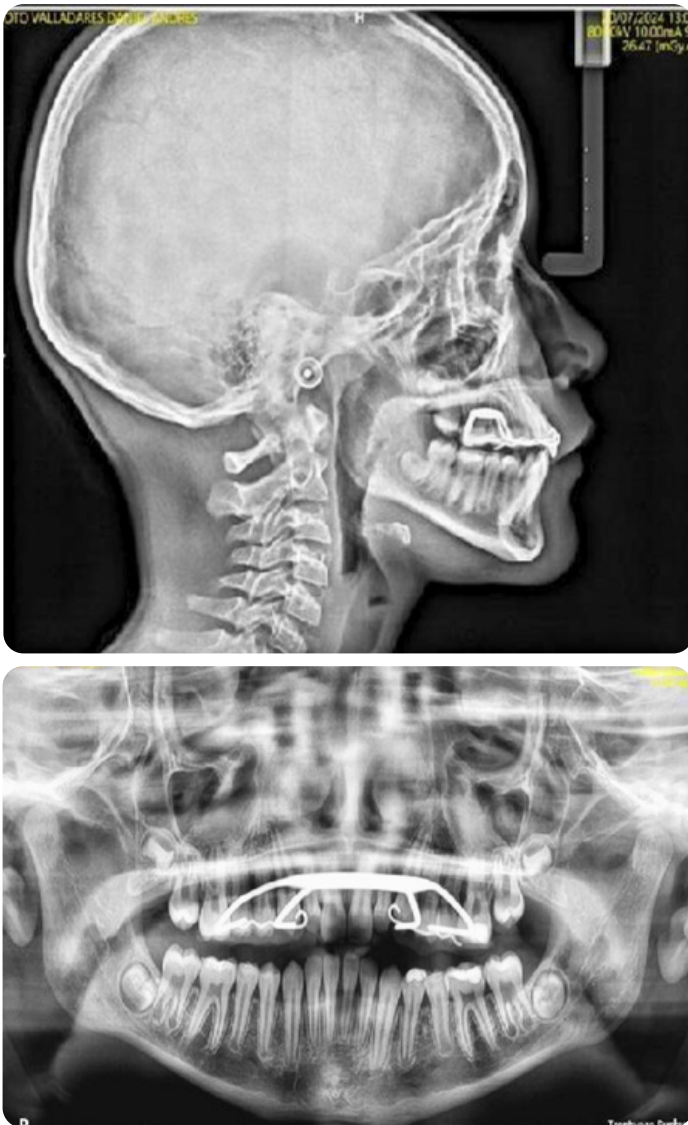


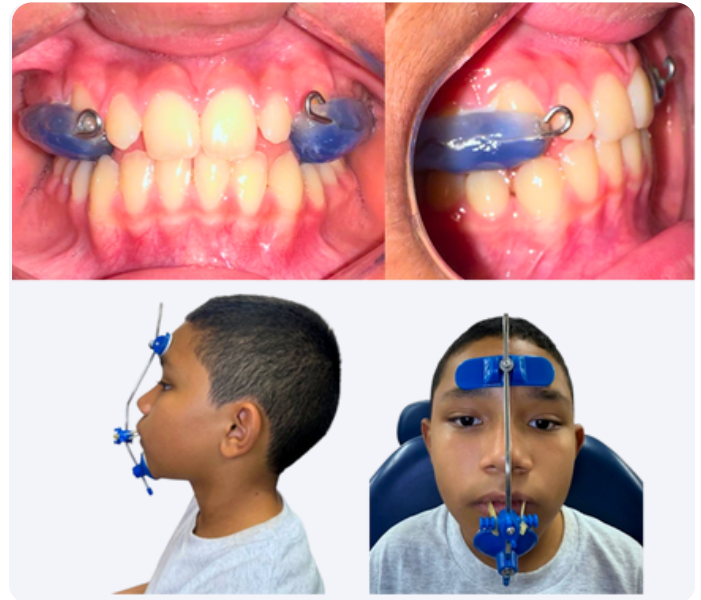
Figura 4

Radiografía Lateral de cráneo: Relación maxilar-mandibular ANB; se encuentra disminuido, indicándonos una posición adelantada de la mandíbula y una retrusión del maxilar; SNA; presenta una hipoplasia maxilar; SNB; indica prognatismo mandibular. Radiografía panorámica: dientes permanentes en erupción; caninos, premolares, segundos molares y gérmenes de los terceros molares.

Con base en los estudios previos, se toma la decisión de la colocación de máscara facial de Petit, en conjunto con aparato McNamara, para la corrección de discrepancia esquelética. Dicho tratamiento tiene como objetivo principal estimular el avance del maxilar superior para mejorar la relación entre el maxilar y mandíbula, así mismo obtener una modificación ya que el paciente se encuentra en crecimiento óseo.

e procedió a la toma de impresión para fabricación de modelos de estudio y así la elaboración de McNamara, cementado a nivel de molares y premolares con ganchos para colocación de máscara de protracción extraoral. Iniciando con una fuerza de 300 gramos de cada lado y finalizando con 500 gramos de fuerza en cada lado, siendo utilizada por 14 horas diarias, en un periodo de 7 meses, concluyendo con un resultado favorable.

Se realizaban citas control cada 15 días, notando avances positivos, en el segundo mes se pudo observar la poca o casi nula existencia de mordida cruzada con que se inició el caso (Figura 4).



El tratamiento se continuó durante un período de siete meses. Al finalizar este tiempo y observándose, se realizaron una radiografía lateral de cráneo y una ortopantomografía de control (Figura 5), en las cuales se evidenciaron los cambios esqueléticos esperados, observándose una mejora significativa en los valores de SNA, SNB y ANB.

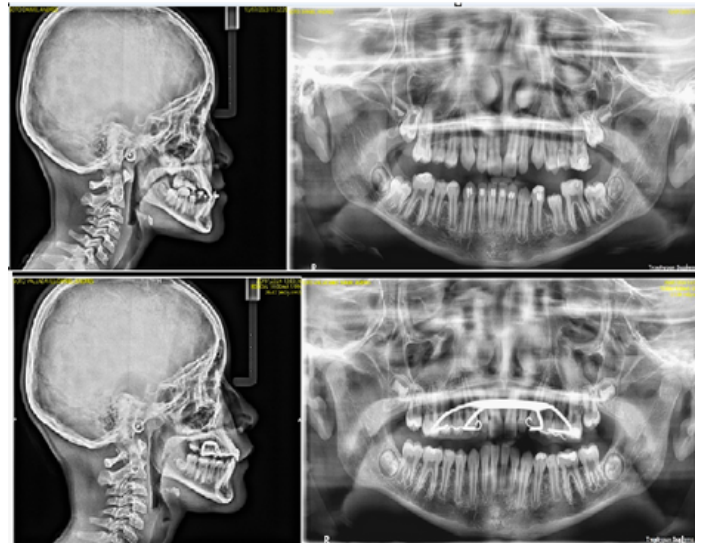
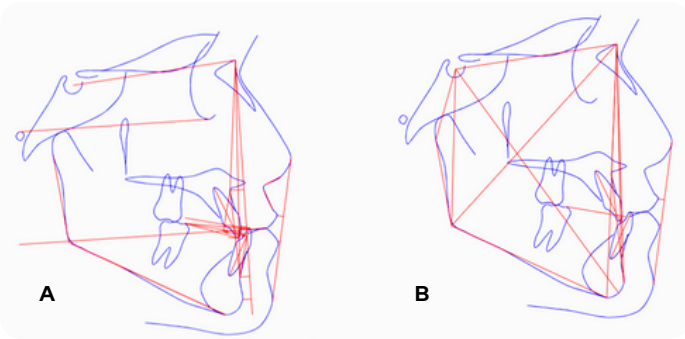


Figura 6



Mediciones cefalométricas previas al tratamiento interceptivo, eje facial menton crece hacia adelante, convexidad del punto A patron esquelético clase III, ángulo del plano palatino, maxilar rota en sentido horario, posición molar ubicada distalmente, ángulo articular dolicofacial, longitud de la base craneal anterior normal, altura de la rama pequeña, ANB clase III esquelética, SNA maxilar retruido, SNB mandíbula prognática.

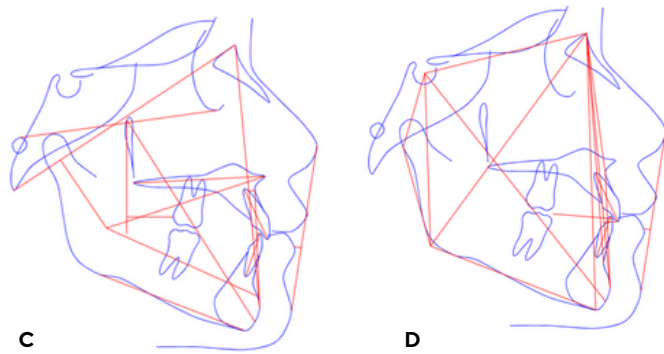


Figura 6 - Continuación

Mediciones cefalométricas post tratamiento interceptivo: eje facial con dirección de crecimiento normal, convexidad del punto A patron esquelético clase I, ángulo del plano palatino normal, ángulo interincisal normal, ángulo gonial normal, longitud de la base craneal anterior normal, altura de la rama normal, ANB clase I esquelética, SNA maxilar protuido, SNB mandíbula prognática.

Comparativo de fotografías extraorales e intraorales, inicio y retiro de ortodoncia interceptiva (Figura 6), (Figura 7).

Se observa como hubo una reposición en el maxilar superior, así como una mejora el perfil facial, notando un cambio significativo en la prominencia del mentón y logrando un equilibrio en las proporciones faciales.



Figura 8

Existe un notable cambio entre la relación de los dientes superiores e inferiores, en donde se corrigió la maloclusión y se mejoró la función masticatoria.

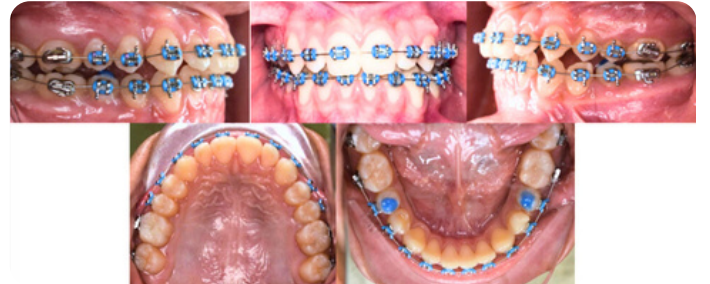


Figura 9

Transcurridos los meses bajo el tratamiento de ortodoncia interceptiva, se evidenciaron cambios positivos tanto a nivel intraoral, observándose un avance del maxilar superior, con una mejora significativa en la relación sagital entre los arcos dentarios, estableciéndose una oclusión más favorable en relación con la fase inicial de tratamiento. Se logro la corrección de mordida cruzada anterior, así como un alineamiento más armónico de los sectores anteriores. Actualmente el paciente se encuentra como las imágenes de la figura 9.



Figura 10

Extraoralmente, se mostró un cambio notable en el perfil facial, con mayor proyección del tercio medio de la cara, lo que contribuyó a un equilibrio facial más armónico. Se redujo la concavidad del perfil y se observó una mejor relación entre los tejidos blandos del labio superior y el mentón. Estos resultados reflejan una respuesta positiva al tratamiento ortopédico en una etapa de crecimiento activo, lo que favorece el pronóstico a largo plazo.



Figura 7

Se realizó el triángulo estético de Powell posterior al retiro de la aparatología, el cual nos indica; ángulo nasofrontal 140° (raíz nasal deprimida o poco proyectada), ángulo nasofacial 39°, ángulo nasomentón 126° (buena relación entre la proyección nasal y el mentón), ángulo mentocervical 90° (buena proyección del mentón).

Resultados

Posterior al uso del tratamiento ortopédico con máscara de protracción, se notaron cambios significativos tanto esqueléticos como dentoalveolares. Los estudios nos han demostrado que el uso de máscara facial es un abordaje eficaz con resultados positivos, siempre y cuando sean tratados a temprana edad para obtener los resultados deseados.

En el paciente se evidenció un cambio en la relación maxilar-mandíbula, en donde hubo un avance del maxilar y un control el crecimiento de la mandíbula, logrando la correcta discrepancia anteroposterior.

Radiográficamente, se mostró un aumento en el ángulo SNA y una disminución del ANB. Clínicamente se puede observar un mejor perfil facial del paciente.

En todo el proceso de tratamiento ortopédico se mantuvo un buen manejo de la higiene oral, una colaboración exitosa del paciente, lo cual favoreció para obtener los resultados terapéuticos positivos, en el tiempo estipulado.

Discusión

El tratamiento interceptivo ortopédico mediante el uso de máscara de protracción, combinado con el aparato McNamara permitió corregir la discrepancia esquelética Clase III en el paciente en crecimiento, logrando un resultado positivo tanto, funcional, como estéticamente.

Este resultado coincide con lo aportado con diferentes autores, los cuales indican que estas maloclusiones, pueden ser tratados en la mayoría de los casos mediante dos formas, entre ellas ortodoncia interceptiva y ortodoncia correctiva, acompañado de una cirugía ortognática en caso de ser necesario. Siendo la primera la opción que se escogió y con la cual se logró la corrección esquelética 6. En la mayoría de los casos la ortodoncia interceptiva nos favorece, evitando que los pacientes sean intervenidos quirúrgicamente, ya que el abordaje ortopédico se realiza en edades tempranas, produciendo cambios craneofaciales 7. Varios autores reportan en la literatura el tratamiento temprano para la corrección de la maloclusión clase III ⁽¹⁰⁾. Es importante en pacientes maloclusión clase III, realizar diferentes estudios para el diagnóstico preciso como ser; análisis facial, estudios cefalométricos y dentales. No obstante, es vital realizar la historia clínica del paciente para poder conocer el factor hereditario 8. Cabe destacar que la colaboración es fundamental para el éxito del tratamiento, se necesita compromiso tanto de sus padres, como del paciente. Finalizando el tratamiento ortopédico se obtuvo un perfil cóncavo, un adecuado Overbite y overjet, en comparación a los estudios realizados en la fase inicial, así mismo se mejoró la posición del labio superior, el cual se encontraba retruido 1. Una vez finalizado el tratamiento de ortopedia, se decidió la colocación de ortodoncia, para lograr cambios dentoalveolares, por ende, una oclusión ideal. Este caso refuerza la importancia del diagnóstico temprano en pacientes en crecimiento Clase III.

Conclusión

El manejo ortopédico a edad temprana de la maloclusión Clase III haciendo uso de máscara facial de protracción y aparato McNamara demostró ser un tratamiento interceptivo efectivo en la corrección de discrepancias esqueléticas en un paciente en etapa de crecimiento

El abordaje resultó con positivamente tanto a nivel intraoral, con la corrección de la mordida cruzada anterior, clase molar y canina III y diastemas, como a nivel extraoral, con un cambio significativo en el perfil facial del paciente en crecimiento. Esto nos comprueba la importancia de un buen diagnóstico a temprana edad, así como la intervención ortopédica para la efectividad en el desarrollo maxilar y mandibular, evitando la necesidad de tratamientos más invasivos en el futuro y mejorar la calidad de vida del paciente. Es fundamental el apoyo de los padres, quienes son los primeros en detectar cuando existen problemas, así como su colaboración para el abordaje de cada tratamiento, como es este caso que se obtuvo la mejor colaboración por parte de madre e hijo.

Contribuciones de los autores:

SAR concibieron la idea del estudio, realizaron la recopilación de datos, y redactaron el artículo. Posteriormente, revisaron y editaron la versión final. Todos los autores participaron en la revisión crítica del manuscrito y aprobaron su versión final, asumiendo la responsabilidad del contenido y el índice de similitud del mismo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de financiamiento:

Los gastos relacionados al artículo han sido financiados por los autores.

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Autor

¹Posgrado de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial, Universidad Católica de Honduras, Honduras.

Edita Hortencia Valladares Trochez, coordinadora de Posgrado de ortodoncia <https://orcid.org/0009-0005-4559-7992>

Mirna Jeanette Matamoros Erazo, instructora de Posgrado de ortodoncia <https://orcid.org/0009-0001-5064-2680>

Correspondencia: Susan Alejandra Ruiz, Facultad de Odontología, Universidad Católica de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.
Email: sruiz.199221@gmail.com,
<https://orcid.org/0009-0003-6963-6226>
teléfono: 9720-2635

Recibido: 13/Noviembre/2024

Aceptado: 21/Enero/2025

Publicado: 28/Abril/2025

Referencias

1. Ruiz López CdC. Corrección de mordida cruzada anterior con ortopedia. *Rev Mex Ortod*. 2015 oct-dic;3(4):239-244.
2. Rodríguez Riquelme PE, Estrada Vitorino MA, Meneses López A. Tratamiento de la maloclusión Clase III con protracción maxilar: reporte de caso. *Rev Estomatol Herediana* [Internet]. 2017 oct 25 [citado 12 de noviembre de 2024];27(3):180. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/3202>
3. Sandoval P, Bizcar B. Beneficios de la implementación de ortodoncia interceptiva en la clínica infantil. *Int J Odontostomat* [Internet]. 2013 ago [citado 12 de noviembre de 2024];7(2):253-65. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000200016&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2013000200016>
4. Arman A, Ufuk Toygar T, Abuhijleh E. Evaluation of maxillary protraction and fixed appliance therapy in Class III patients. *Eur J Orthod*. 2006 Aug;28(4):383-92.
5. Bedoya Rodríguez A, Osorio Patiño JC, Tamayo Cardona JA. Edad cronológica y maduración ósea cervical en niños y adolescentes. *Rev Cubana Estomatol* [Internet]. 2016 mar [citado 12 de noviembre de 2024];53(1):43-53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000100006&lng=es
6. Horta Sánchez CM, Parés Vidrio F. Manejo ortodóncico de la clase III. *Rev ADM*. 2020;77(1):41-5.
7. Tochetto Primo B, Vanderlei Eidt S, Antonio Gregianin J, Antonio Primo N, Medeiros Faraco Junior I. Terapia da tração reversa maxilar com máscara facial de Petit – relato de caso. *Rev Fac Odontol UPF* [Internet]. 2010 nov 29 [citado 12 de noviembre de 2024];15(2). Disponible en: <https://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/1353>
8. Martínez Smit R, DMJFaD. Maloclusión Clase III: diagnóstico y tratamiento ortopédico. *Rev Cient Soc Ortod*. 2016;3(2):7-17.
9. Rivera Vásquez K, Vargas Rivera V, Palacios Vivar D, Siacar Bacarreza C. Uso del protocolo Alt-RAMEC combinado con mascarilla facial como tratamiento de la maloclusión de clase III en pacientes en crecimiento: revisión de la literatura. *Rev Latinoam Ortod Odontopediatr* [Internet]. 2022 [citado 12 de noviembre de 2024]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2022/art-49/>
10. Jäger A, Braumann B, Kim C, Wahner S. Skeletal and dental effects of maxillary protraction in patients with angle Class III malocclusion: a meta-analysis. *J Orofac Orthop*. 2001;62(4):275-84.
11. Sarmiento-Cárdenas A. Cemento biocerámico como barrera apical en diente permanente no vital con ápice inmaduro. *Odontol Act* [Internet]. 2020 dic 30 [citado 12 de noviembre de 2024];6(1):51-8. Disponible en: <https://oactiva.ucacue.edu.ec/index.php/oactiva/article/view/471>

Reporte de caso

Wolff Parkinson White en emergencia: reporte de caso

Wolff-Parkinson-White in Emergency: Case Report

Odry Corina Díaz-Morales¹  Bayron Josué Degrandes-Rodríguez²  Cesar Yldifonso Salinas Ulloa³ 
Olman Daniel Gradis-Santos¹  Jhiamluka Solano⁴ 

Resumen

El síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) es un trastorno pre-excitatorio caracterizado por una vía accesoria entre aurículas y ventrículos, que puede generar arritmias graves, incluso muerte súbita. A menudo es asintomático y se detecta incidentalmente mediante un electrocardiograma (ECG). Este caso describe a un paciente masculino de 39 años con antecedentes de arritmias, manejado inicialmente con bisoprolol. Tras presentar episodios recurrentes de palpitaciones y disnea, se confirmó el diagnóstico de WPW con ECG y Holter, identificando una vía accesoria lateral derecha. El manejo incluyó tratamiento expectante y seguimiento en espera de ablación. La ablación con catéter es el tratamiento de primera línea en pacientes sintomáticos o con alto riesgo, con pronóstico favorable si se realiza a tiempo.

Palabras claves: Síndrome de Wolff-Parkinson- White; Informes de Casos; Arritmias Cardíacas.
(Fuente: DeCS/MeSH)

Abstract

Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome is a pre-excitatory disorder characterized by an accessory pathway between the atria and ventricles, which can lead to severe arrhythmias, including sudden cardiac death. It is often asymptomatic and incidentally detected through an electrocardiogram (ECG). This case involves a 39-year-old male with a history of arrhythmias, initially treated with bisoprolol. After experiencing recurrent episodes of palpitations and dyspnea, WPW was confirmed via ECG and Holter monitoring, revealing a right lateral accessory pathway. Management included expectant care with outpatient follow-up for potential catheter ablation. Catheter ablation is the first-line treatment for symptomatic or high-risk patients, with a favorable prognosis when performed promptly.

Keywords: Wolff-Parkinson-White Syndrome; Case Reports; Arrhythmias, Cardiac
(Source: DeCS/MeSH)

Las cardiopatías no estructurales pueden permanecer desapercibidas en pacientes asintomáticos que solo presentan un patrón anormal en un electrocardiograma (ECG), o llegan a desencadenar arritmias graves en pacientes sintomáticos, causando el fallecimiento de manera rápida e inesperada⁽¹⁾. Entre estas enfermedades se encuentra el síndrome de Wolff Parkinson White, el cual presenta un trastorno del sistema de conducción cardíaca de tipo pre excitatorio debido a la presencia de una vía accesoria anormal entre aurículas y ventrículos^(2,3). La presencia del patrón de WPW en un electrocardiograma (ECG) de ritmo sinusal es de aproximadamente 0,15% y 0,3% en la población general⁽²⁾.

Este síndrome alcanza entre 0,8 y 1,9 por 1.000 personas al año de incidencia con respecto a la muerte cardíaca súbita, el cual suele ser el primer síntoma, más que todo en pacientes con síndrome de preexcitación no diagnosticado y/o asintomático.

Normalmente, los pacientes que presentan síntomas y preexcitación son los más fáciles de diagnosticar, convirtiendo a WPW muy difícil de detectar ya que la mayoría de los portadores, por definición, carecen de síntomas como palpitaciones, síncope u otros⁽⁴⁾. Su presentación clínica más común es de tipo asintomática siendo su diagnóstico de tipo incidental en pruebas rutinarias de ECG⁽⁵⁾.

Como manejo terapéutico se puede utilizar la maniobra vagal y el uso de fármacos antiarrítmicos⁽⁶⁾. El procedimiento de la ablación con catéter está indicado como tratamiento de primera línea en los pacientes sintomáticos y dependiendo de la evaluación y riesgos de arritmias, se indica, incluso en pacientes asintomáticos^(4,7). El pronóstico es favorable cuando existe un diagnóstico y tratamiento oportuno⁽³⁾.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 39 años de edad con evidencia de patrón WPW y una vía accesoria lateral derecha resaltando el desarrollo del proceso de evaluación, diagnóstico y manejo instaurado.

Autor de correspondencia:

Olman Gradis

olman.gradis@gmail.com +504 3328-6618

La información sobre los autores está disponible al final del artículo.

Caso Clínico

Paciente masculino de 39 años de edad, desde el 2016 con antecedentes de arritmias, siendo manejado con bisoprolol 5mg cada día por 4 años y luego abandono tratamiento, sin citas desde entonces.

Refiere que hace 4 meses ha presentado episodios de palpitaciones persistentes de 2 a 4 ocasiones diarias, acompañado de leve dolor torácico, hace 2 semanas episodios han aumentado hasta 6 ocasiones diariamente y disnea de grandes esfuerzos.

Es enviado a la emergencia Instituto Nacional Cardiopulmonar realizando abordaje: examen físico signos vitales normales, corazón R1 y R2 de ritmo regular, no soplos, estudios séricos y hemograma normal, función hepática, renal, electrolitos, función tiroidea normal. Se realiza radiografía de tórax sin alteraciones, electrocardiograma con evidencia de patrón PR corto y onda delta característica del síndrome WPW, sin arritmias o isquemia aguda, ecocardiograma función sistólica preservada, remodelamiento concéntrico del ventrículo izquierdo, sin valvulopatías. Evaluado por cardiología indicando Holter cardiaco de 24hrs con evidencia de patrón WPW, con vía accesoria lateral derecha, ritmo sinusal de base, ni episodios de fibrilación, actividad ectópica supraventricular esporádica menos del 1%. Evaluado por cardiología manejado de forma expectante y enviado a consulta externa para su seguimiento en espera de ablación.

Discusión

El síndrome de Wolff Parkinson White (WPW) es una enfermedad cardiovascular congénita preexcitatoria, caracterizada por una vía de conducción accesoria la cual conecta la aurícula y el ventrículo, creando alteración de la conducción normal; generando arritmias malignas como la fibrilación supraventricular de forma anterógrada o taquicardias ortodrómicas de forma retrógrada⁽¹⁾. Con relación a la prevalencia, la presencia del patrón de WPW en un electrocardiograma (ECG) de ritmo sinusal es de aproximadamente 0,15% y 0,3% en la población general. Se conoce que la existencia de familiares de primer grado con WPW aumenta la prevalencia en un 0,55%⁽²⁾. Se ha demostrado que la vía accesoria característica de WPW, es el resultado de la mutación en el gen PRKAG2⁽¹²⁾.

El síndrome de WPW presenta dos tipos de arritmias principales: taquicardia por reentrada auriculoventricular ortodrómica (oAVRT) siendo la más común y representando del 90 al 95% de las taquicardias por reentrada en pacientes con vía accesoria, y la fibrilación auricular⁽⁴⁾. La taquicardia antidrómica se da cuando la activación ocurre en el sentido contrario por la vía accesoria y retrógrado por el nódulo AV, creándose un complejo QRS ancho; en comparación esta es menos frecuente⁽⁸⁾.

En la presentación clínica de WPW, existe una diferencia entre el patrón de WPW y el síndrome de WPW donde el primero es asintomático y el segundo se acompaña de síntomas⁽³⁾. Normalmente es asintomática y el hallazgo del patrón de WPW es incidental en un ECG rutinario. En pacientes sintomáticos que refieren palpitaciones y manifiestan pre-síncope, la arritmia más común es la taquicardia por reentrada auriculoventricular (AVRT) seguida por la fibrilación auricular (FA) abarcando un tercio de los casos. La fibrilación ventricular es poco común, no obstante, es la causa dominante de muerte súbita y puede ser la primera manifestación del síndrome⁽⁹⁾.

Con respecto al diagnóstico, el recurso existente para diagnosticar el síndrome de WPW es el ECG, donde muestra una reducción del intervalo PR (< 0,12 segundos), ensanchamiento del complejo QRS (> 0,12 segundos) y de la onda delta (representada gráficamente como una curva de elevación inicial lenta del complejo QRS) (10). Dado a que los pacientes pueden presentar diferentes tipos de arritmias se recomiendan diferentes estudios como el ecocardiograma, el Holter, la ergometría y el estudio electrofisiológico⁽³⁾. Utilizando la superficie de ECG se puede predecir la localización de la vía accesoria, la cual puede evaluar los riesgos de miocardiopatía inducida por conducción anormal y considerar el procedimiento de ablación con catéter⁽⁴⁾.

En cuanto al manejo terapéutico no farmacológico, se conoce la maniobra vagal como uno de los tratamientos agudos para aquellos pacientes con oAVRT⁽⁶⁾. Con respecto al tratamiento farmacológico, según las directrices actuales, para la FA en pacientes estables se evitan agentes bloqueantes del nódulo auriculoventricular (particularmente adenosina), se prefieren medicamentos intravenosos como ibutilida o procainamida⁽⁵⁾. En cuanto al manejo quirúrgico, la ablación mediante catéter por radiofrecuencia de la vía accesoria se considera como tratamiento de primera línea en pacientes sintomáticos⁽¹²⁾. Recientemente la Asociación Europea del Ritmo Cardíaco (EHRA) ha recomendado este abordaje en pacientes asintomáticos cuya vía accesoria tiene características de alto riesgo, incluidos pacientes jóvenes, múltiples vías accesorias, taquicardia por reentrada auriculoventricular inducible y período refractario efectivo de la vía de <240 msegundos⁽¹¹⁾.

El riesgo de recurrencia después de la ablación de la vía accesoria (AP) en pacientes con síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) es del 5% y 12%, y suele darse al primer año después del procedimiento (12).

El pronóstico puede ser favorable cuando existe un diagnóstico y tratamiento oportuno, no obstante, alrededor del 0,1% de los casos pueden presentar muerte súbita⁽³⁾.

Conclusión

El abordaje y diagnóstico oportuno de las enfermedades cardiopulmonares permiten un tratamiento basado en evidencia científica. Pacientes sin patología estructural cardíaca y de bajo riesgo con WPW el tratamiento de primera línea es la ablación de la vía accesoria.

Contribuciones de los autores:

OCDM, BJDR, CYSU, JS y ODGS concibieron la idea del estudio, realizaron la recopilación de datos, y redactaron el artículo. Posteriormente, revisaron y editaron la versión final. Todos los autores participaron en la revisión crítica del manuscrito y aprobaron su versión final, asumiendo la responsabilidad del contenido y el índice de similitud del mismo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de financiamiento:

Los gastos relacionados al artículo han sido financiados por los autores.

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Detalles de autor:

1. Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras (UNICAH), Tegucigalpa, Honduras.
2. Servicio de Medicina Interna, Instituto Nacional Cardiopulmonar, Tegucigalpa, Honduras.
3. Departamento de Cardiología Clínica. Instituto Nacional de Cardiología, Ciudad de México, México.
4. Departamento de Cardiología, Hospital General de Scunthorpe, North Lincolnshire, Inglaterra.

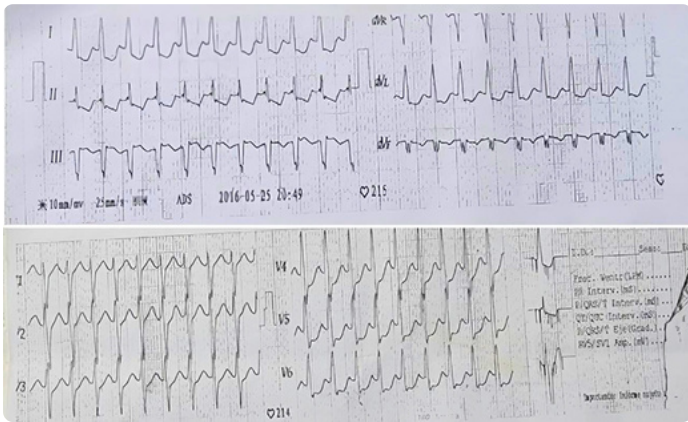


Figura 1. Electrocardiograma anterior. En el cual se puede apreciar una taquicardia sinusal

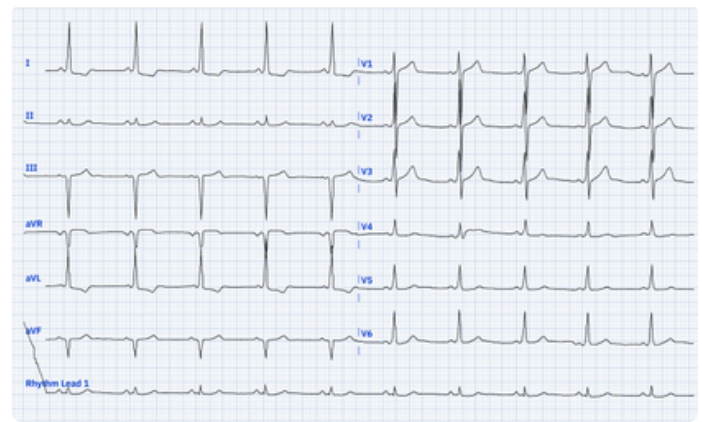


Figura 2. En el electrocardiograma hay presencia de la onda delta, con preexcitación ventricular tipo B típico de WWP

Recibido: 13/Noviembre/2024

Aceptado: 21/ Enero/2025

Publicado: 28 /Abril/2025

Referencias

- Medrano Plana Y, Castillo Marcillo ÁR, Chávez González E. CorSalud: Revista de enfermedades cardiovasculares. CorSalud [Internet]. 2009 [citado 26 de octubre de 2024];12(1):99–103. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702020000100099&Ing=es&nrm=iso&tng=es
- Mestre-Sequeda ER, et al. Taquicardia supraventricular por reentrada AV ortodrómica en el síndrome de Wolff-Parkinson-White. Rev Soc Peruana Med Interna [Internet]. 2023 [citado 26 de octubre de 2024];36(2):85–8. Disponible en: <https://doi.org/10.36393/spmi.v36i2.762>
- Degradandes Rodríguez BJ, Gradis Santos OD, Martínez Brocato EJ, Alvarado Cortés JD, et al. Wolff-Parkinson-White y neurofibroma mediastinal: reporte de caso. Rev Científica Cienc Méd [Internet]. 2021 [citado 26 de octubre de 2024];24(2):173–7. Disponible en: http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332021000200173&Ing=es&nrm=iso&tng=es
- Vătăşescu RG, Paja CS, Şuş EE, et al. Wolf-Parkinson-White Syndrome: Diagnosis, Risk Assessment, and Therapy—An Update. Diagnostics [Internet]. 2024 [citado 26 de octubre de 2024];14(3):296. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2075-4418/14/3/296>
- Schiavone M, Filtz A, Gasperetti A, Zhang X, Forleo GB, Santangeli P, et al. Pre-excited atrial fibrillation in Wolff-Parkinson-White (WPW) syndrome: a case report and a review of the literature. Rev Cardiovasc Med [Internet]. 2024 [citado 26 de octubre de 2024];25(4):125–31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39076547/>
- Bendaram S, Elkattawy S, Noori AM, Fichadiya H, Ayad S, Kaur P, et al. Management of Wolff-Parkinson-White syndrome in a patient with peripartum cardiomyopathy. J Community Hosp Intern Med Perspect [Internet]. 2021 [citado 26 de octubre de 2024];11(6):839–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34804402/>
- Sherdia IA, Abdelaal SA, Hasan MT, Elsayed E, Mare'y M, Nawar AA, et al. The success rate of radiofrequency catheter ablation in Wolff-Parkinson-White syndrome patients: a systematic review and meta-analysis. Indian Heart J [Internet]. 2023 [citado 26 de octubre de 2024];75(2):98–107. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36758831/>
- Gaztañaga L, Marchlinski FE, Betensky BP. Mecanismos de las arritmias cardíacas. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2012 [citado 26 de octubre de 2024];65(2):174–85. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.09.018>
- Vijay Y, Sanjeev T, Ratna Mani G, Chandra Mani P, Bhawani M, Manju S, et al. A Wolff-Parkinson-White (WPW) electrocardiographic pattern in asymptomatic patient – state-of-the-art review. J Cardiol Cardiovasc Med [Internet]. 2022 [citado 26 de octubre de 2024];7(2):45–52. Disponible en: <https://www.cardiologymedjournal.com/articles/jccm-aid1132.php>
- Inês PAC, Margarido EA, Oliveira ACV. Síndrome de Wolff-Parkinson-White: una revisión narrativa. REAS [Internet]. 2020 [citado 26 de octubre de 2024];47:e3142. Disponible en: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3142>
- Taffarel P, Vallone K, Maldonado S. Infarto agudo de miocardio posterior a ablación por radiofrecuencia en paciente con Wolff-Parkinson-White: a propósito de un caso clínico. Rev Arg Ter Int [Internet]. 2024 [citado 26 de octubre de 2024];41. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/891/1077>
- Burke BJ, et al. Underestimated recurrence rates after ablation for Wolff-Parkinson-White syndrome and impact on follow-up practices. Heart Rhythm [Internet]. 2024 [citado 26 de octubre de 2024];20(10):2053–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38663786/>

Imagen médica

Ruptura de Aneurisma de la Arteria Cerebral Media

Rupture of Aneurism of Medial Cerebral Artery

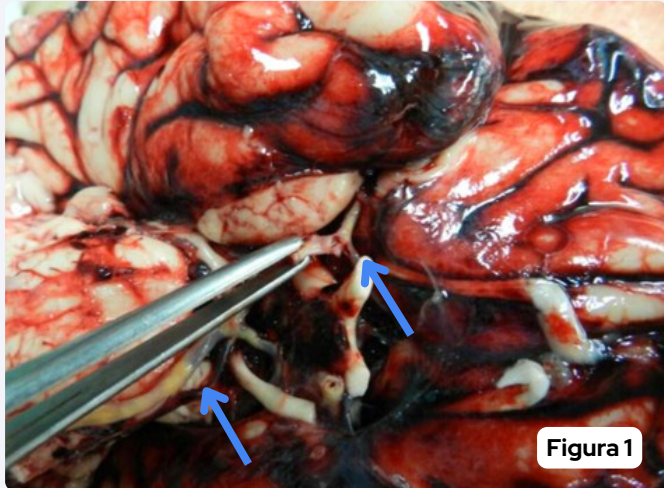
Edgardo Caballero^{1,2} Tania María Cruz¹ 

Figura 1



Figura 2

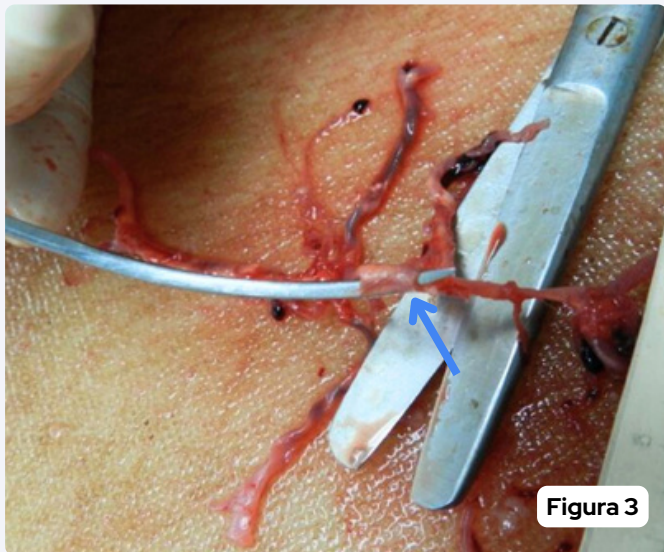


Figura 3

Masculino de 58 años con cefalea crónica tratada con medicamentos antimigrañosos y que fallece súbitamente, al realizarle la autopsia se encuentra una hemorragia cerebral secundaria a aneurisma de la arteria cerebral media izquierda roto, también múltiples placas de ateromas en el tronco basilar.

Contribuciones de los autores:

EC concibieron la idea del estudio, realizaron la recopilación de datos, y redactaron el artículo. Posteriormente, revisaron y editaron la versión final. Todos los autores participaron en la revisión crítica del manuscrito y aprobaron su versión final, asumiendo la responsabilidad del contenido y el índice de similitud del mismo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de financiamiento:

Los gastos relacionados al artículo han sido financiados por los autores.

Declaración de conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Detalles de autor:

1 Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula, Cortés, Honduras.
2 Médico Forense.

Recibido: 13/Noviembre/2024

Aceptado: 7/ Enero/2025

Publicado: 28/Abril/2025

Autor de correspondencia:

Tania María Cruz

tmcruz@unicah.edu +504 9500-0017

La información sobre los autores está disponible al final del artículo.

Instrucciones para autores

Revista Regina Pacis – Salus et Vita

Versión 1.0 – Año 2025

Regina Pacis – Salus et Vita es la publicación científica oficial de la Universidad Católica de Honduras, cuyo objetivo es difundir el conocimiento en el ámbito de las ciencias de la salud a la comunidad científica nacional e internacional. Publica artículos en idiomas de español e inglés, con una periodicidad semestral en marzo y septiembre, es editada por la Universidad Católica de Honduras y opera bajo un modelo de acceso abierto sin cargos por procesamiento de artículos (APC), asegurando que el conocimiento esté disponible de manera gratuita para la comunidad científica y el público en general.

La revista se adhiere a los más altos estándares de ética en la publicación científica y cumple con las normativas internacionales sobre integridad académica, detección de plagio y buenas prácticas editoriales. Además, sigue las directrices éticas para investigaciones médicas en seres humanos y animales. Los artículos se publican en formato digital (PDF), garantizando amplia accesibilidad y visibilidad en bases de datos y repositorios académicos.

La Regina Pacis Salus et Vita sólo recibe contribuciones originales (relacionadas con todas las especialidades médicas, clínicas, quirúrgicas, así como aquellas que aborden temas de salud pública, ciencias básicas y educación médica). Estas contribuciones pueden incluirse dentro de las siguientes categorías:

- Editorial
- Artículos Originales
- Artículos de revisión
- Informes de casos
- Imágenes médicas
- Historia de la medicina
- Cartas al editor

Las instrucciones para los autores siguen las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE), de la Asociación Mundial de Editores Médicos (WAME), del Comité de Ética de Publicaciones (COPE), así como los requisitos establecidos por SciELO y MEDLINE.

En cuanto al área editorial, se encuentran las normas de la Organización Internacional de Normalización – ISO (www.iso.org) y del Sistema Internacional de Medidas o Unidades (<https://www.bipm.org/en/home>).

Todo manuscrito recibido por el comité editorial de Regina Pacis Salus et Vita seguirá el proceso de revisión descrito abajo y debe de acompañarse de la carta al editor y la carta de declaración de autoría.

NORMAS ÉTICAS PARA LA PUBLICACIÓN

Regina Pacis Salus et Vita sigue estándares éticos para la investigación y publicación científica, por lo que cuando se ha realizado una investigación en humanos, es necesario mencionar que el estudio ha sido aprobado por un Comité de Ética Institucional. El autor debe presentar la carta de aprobación por su comité ética.

Los manuscritos originales requieren la aprobación de un Comité de Ética Institucional: El Comité Editorial sugiere seguir las recomendaciones normativas e instancias nacionales e internacionales.

Ética de la publicación

Regina Pacis Salus et Vita se adhiere a las recomendaciones emitidas por el Comité de Ética de Publicaciones (COPE; <https://publicationethics.org>) y el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE).

PROCESO EDITORIAL DE MANUSCRITOS

Evaluación inicial

Los artículos enviados al OJS-Regina Pacis Salus et Vita serán presentados y puestos a consideración del Comité Editorial, el cual está conformado por profesionales de la salud, integrantes de instituciones líderes en investigación. El Comité Editorial decidirá si el artículo es aceptado para ingresar al proceso editorial cuando **1)** corresponda a su línea editorial y **2)** se encuentre dentro de alguna de las secciones que publica; posteriormente y **3)** tenga las características de ser novedoso, tenga metodología acorde con el problema investigado y esté escrito adecuadamente; y lo trasladará al proceso de revisión por pares. En caso contrario, el envío no será aceptado y será devuelto al autor.

Todo manuscrito que incluya como autor a un miembro del Comité Editorial no está exento de cumplir con los requisitos especificados en las instrucciones y su proceso editorial será igual al de cualquier otro envío; sin embargo, este último se realizará sin la participación del miembro involucrado; es decir, no podrá participar en ninguna sesión que trate sobre el manuscrito (decisión, revisión) y ni siquiera conocerá el nombre de los revisores asignados. Además, los miembros del Comité Editorial deberán declarar los potenciales conflictos de interés respecto de dicho artículo, inhibiéndose de tomar decisiones.

Revisión por pares

La revisión por pares tiene como finalidad asegurar la calidad de los artículos a publicar. Esta revisión es doble ciego. La selección de los revisores se basa en su experticia en el tema (demostrada a través de sus publicaciones y título académico), o por su experticia en cuestiones metodológicas (por ejemplo, especialistas en Bioestadística, Epidemiología, etc.). La revisión es ad honorem. Todo revisor tiene la obligación de declarar posibles conflictos de interés respecto del artículo solicitado e inhibido de revisión; además, debe guardar la privacidad de los datos contenidos en el artículo.

La calificación puede concluirse en: **a)** aceptado sin modificaciones; **b)** publicable con observaciones menores; **c)** publicable con comentarios mayores; **d)** no publicable. Además, el revisor puede recomendar la publicación de un artículo, pero en otra sección de la revista (por ejemplo, antes del artículo original como original corto).

Con base en los comentarios de los revisores, el Comité Editorial decide finalmente si el artículo puede ser publicado, su no aprobación o el envío de comentarios al autor.

Respuesta a los comentarios

El autor deberá enviar el levantamiento de observaciones incluyendo: 1) el artículo corregido con control de cambio y 2) una carta detallando cada una de las observaciones realizadas, la respuesta a estas y las acciones realizadas por el autor. La respuesta inadecuada de las observaciones podría ser criterio para solicitar aclaraciones adicionales e incluso la no aprobación del artículo. Regina Pacis Salus et Vita podrá volver a enviar el artículo corregido a un revisor antes de considerar su publicación. El periodo promedio del proceso editorial (desde la recepción hasta la decisión final del Comité Editorial) puede variar de 2 a 3 semanas, dependiendo del proceso de revisión y la respuesta de los autores.

Pruebas de impresión

El artículo diagramado será enviado a los autores para que realicen revisiones del texto, tablas y figuras, y finalmente expresen su visto bueno para su publicación. Cuando los autores no respondan en el plazo establecido por la Regina Pacis Salus et Vita para este paso, se aceptará la versión final.

POLÍTICA DE ACCESO ABIERTO

Esta revista ofrece acceso abierto inmediato a su contenido, partiendo del principio de que ofrecer al público acceso gratuito a la investigación contribuye a un mayor intercambio global de conocimiento. La revista utiliza la licencia Creative Commons bajo licencia CC BY-NC-ND 4.0.

PAGOS POR RECEPCIÓN O PUBLICACIÓN

Regina Pacis, Salus et Vita, no aplica cargos por procesamiento de artículos Cargo por procesamiento de artículos (APC), en cualquiera de los formatos aceptados, que incluye recepción, revisión preliminar por el Comité Editorial, revisión por pares doble ciego, corrección de estilo, diagramación, publicación, asignación de DOI y marcaje del artículo.

SECCIONES

Regina Pacis Salus et Vita se adhiere a la iniciativa Equator-Network (<https://www.equator-network.org>), y recomienda a todos los autores seguir las pautas que se ajusten al diseño de su estudio. Idealmente presentar el check list según el tipo de artículo.

Editorial

Se presenta a petición expresa del Comité Editorial de la Regina Pacis Salus et Vita; su contenido debe referirse a un tema específico de interés sobre la práctica clínica, asuntos de salud pública, cuestiones relacionadas con la actividad médica o la ética, o la gestión o política editorial de la Salus et Vita. Los editoriales deben tener un título específico.

Documentos originales

Son productos de investigación científica original y deben estar relacionados con un tema de interés para Regina Pacis Salus et Vita. Se trata principalmente de estudios con un diseño analítico. Resumen . Este se estructura incluyendo objetivo(s), materiales y métodos, resultados y conclusiones. Debe estar escrito en español e inglés.

Palabras clave

Las palabras clave en español deberán utilizarse utilizando los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS/MeSH) (<https://decs.bvsalud.org/es/decs-actuales/>), con un mínimo de dos y un máximo de seis palabras.

Introducción

Debe ser breve, pasando de lo general a lo específico; suele ocupar menos del 20% de la extensión total del trabajo. Debe incluir lo que se sabe (antecedentes relevantes), lo que no se sabe (relacionado con la pregunta de investigación) y lo que se pretende hacer (objetivos).

Materiales y métodos .

Se describe la metodología utilizada, de manera que permita reproducir el estudio y evaluar la calidad de los datos. Se recomienda revisar los consensos internacionales para la presentación de trabajos, según el diseño del estudio:

- Fortalecimiento de la presentación de informes de estudios observacionales en epidemiología (STROBE) para la redacción de estudios observacionales (<https://www.strobe-statement.org/>).
- Normas para la presentación de informes de estudios de precisión diagnóstica (STARD) para estudios de pruebas diagnósticas (<http://www.stard-statement.org/>).
- Declaración de Normas Consolidadas de Informes de Ensayos Clínicos (CONSORT) para ensayos clínicos (<http://www.consort-statement.org/>).
- PRISMA para revisiones sistemáticas <http://www.prisma-statement.org/>
- SRQR para estudios cualitativos <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61113>
- Normas consolidadas de presentación de informes de evaluación económica de la salud (CHEERS) para evaluaciones económicas <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109913001313>
- Guías CARE: desarrollo de una guía de informes de casos clínicos basada en el consenso, para informes de casos: <http://www.care-statement.org>

Estas guías e información útil para la presentación de sus artículos las puede encontrar en EQUATOR

<http://www.espanol.equator-network.org>

Se recomienda el uso de subtítulos, incluyendo la siguiente información según corresponda:

- *Diseño del estudio* . Se presenta el diseño del estudio, sus fechas y el lugar donde se realizó, describiendo aspectos relevantes que puedan ayudar al lector a comprender las condiciones en las que se llevó a cabo el estudio y que puedan ser útiles en la sección de discusión.
- *Población de estudio* . Aquí se describe la población de estudio, junto con los criterios de selección, los cálculos del tamaño de la muestra y la potencia según corresponda, el diseño de muestreo y las características de inscripción. Se muestra un diagrama de flujo que describe cómo se inscribieron los participantes.
- *Variables* . Aquí se describen las principales variables de estudio (variables dependientes e independientes relevantes), de forma que se haya evaluado de la forma más adecuada la variable a evaluar, indicando la validez del método empleado con sus correspondientes referencias, pudiendo incluirse también los puntos de corte en caso de emplearse variables categóricas.

- *Procedimientos o intervenciones* . Se describen con precisión, de modo que sea factible cualquier réplica posterior del estudio. Se describen los procedimientos de recolección e identificación de plantas medicinales cuando se utilizan. Los productos farmacéuticos y compuestos químicos deben identificarse adecuadamente, mencionando su(s) ingrediente(s) activo(s), nombre(s) genérico(s), dosis y vía(s) de administración.
- *Análisis de datos* . Se describe cómo se tratan los datos, incluyendo el control de calidad de las bases de datos, el software estadístico, los valores p considerados significativos, las pruebas utilizadas para la evaluación de las variables, los datos sobre el cumplimiento de los supuestos y las formas en que se han desarrollado los modelos para múltiples variables en caso de uso.
- *Consideraciones éticas* . Describe la aprobación por parte de los Comités de Ética, las autorizaciones obtenidas, el consentimiento/asentimiento informado, la confidencialidad de los datos y la devolución de los resultados cuando corresponda.
- *Resultados* . Deben presentarse de forma clara, sin incluir opiniones ni interpretaciones, a menos que correspondan a cuestiones estadísticas. Las tablas y textos deben tener una mención dentro del texto, sin repetir la información. Pueden incluir subtítulos para facilitar su interpretación.
- *Discusión* . En este apartado se presentan los principales resultados, que pueden responder a los objetivos del estudio. Se comparan los resultados con los de otros estudios, se presentan las diferencias o similitudes y se exponen las razones de ello. En este apartado se pueden presentar las limitaciones (sesgos), explicando por qué dichos hallazgos no invalidan los resultados obtenidos. En este apartado se presentan en detalle las implicaciones clínicas de todos los hallazgos, exponiendo su importancia para la investigación o la salud pública, y se pueden emitir recomendaciones.
- *Conclusiones*: que resuman la discusión, basadas en los resultados obtenidos y que respondan a los objetivos del estudio.

Revisiones sistemáticas

- Cuando el artículo es una revisión sistemática, recomendamos que los autores revisen la declaración PRISMA 2020 en el proceso inicial de redacción, ya que considerar los elementos de manera prospectiva puede ayudar a garantizar que se tengan en cuenta todos los elementos.
- Para facilitar el seguimiento de los elementos notificados, el sitio web de la Declaración PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>) incluye plantillas de listas de verificación que se pueden descargar y completar (también disponibles como Tabla 1 y Tabla 2 del material adicional).
- También existe una aplicación web que permite a los usuarios completar la lista de verificación a través de una interfaz fácil de usar (disponible en <https://prisma.shinyapps.io/checklist/>).
- La lista completa se puede exportar a formato Word o PDF. Además, se pueden descargar plantillas editables de diagramas de flujo desde el sitio web de la Declaración PRISMA.

Artículos de revisión

Estos productos deben incluir una amplia revisión de la literatura, deben pertenecer a las áreas de interés de Regina Pacis Salus et Vita y deben seguir esta estructura: tener un resumen no estructurado de 300 palabras, palabras clave, introducción, metodología, discusión, conclusiones y referencias.

Informes de casos

Estos productos pueden incluir de uno a diez casos que describen una condición inusual, una presentación atípica de una condición común, eventos adversos desconocidos, asociaciones con enfermedades raras, casos descritos por primera vez en Honduras, nuevas intervenciones o nuevos usos de medicamentos. Todas estas situaciones deben tener un mensaje o lección clara para la comunidad médica. Se recomienda el uso de la guía CARE para preparar reportes de casos (www.equator-network.org). Estos productos tienen la siguiente estructura: resumen no estructurado, palabras clave, introducción (que describe generalmente los hechos conocidos), reporte de caso, discusión (donde se presentan las lecciones aprendidas o los aportes de los casos presentados) y referencias. No se debe incluir información que pueda ayudar a identificar al paciente(s). En los casos en que sea inevitable mostrar la cara del paciente debido a su condición, se debe incluir una autorización explícita de él o de su representante legal. Las figuras y fotografías deben ser de alta calidad y deben presentarse de forma independiente utilizando archivos .jpg o .tiff. Un médico siempre debe ser el autor correspondiente, y los médicos tratantes deben estar entre otros autores.

Imágenes médicas

Para esta sección se aceptan cualquier tipo de imágenes (clínicas, endoscópicas, radiografías, microbiológicas, anatomopatológicas) de enfermedades habituales, pero con características visuales específicas de especial interés para el aprendizaje. El texto puede tener, como máximo, 200 palabras. Es conveniente utilizar recursos gráficos (flechas, asteriscos, etc.) para las observaciones visuales.
Historia de la medicina

Se incluirán temas de revisión histórica que sean relevantes en el ámbito médico. También podrán incluirse notas sobre médicos hondureños relevantes. Estos trabajos no cuentan con resumen, su estructura es a criterio del autor y el trabajo completo podrá tener hasta 2000 palabras.

Cartas al editor

Cartas científicas . Son trabajos que muestran resultados obtenidos sistemáticamente. Generalmente son investigaciones descriptivas que utilizan muestras pequeñas y no probabilísticas. Estos trabajos pueden incluir series de casos o informes de casos que muestran resultados específicos de interés o que requieren una publicación urgente. Las cartas científicas pueden tener hasta 1000 palabras y se presentan sin resumen. También pueden constituir una respuesta a un artículo publicado previamente en un número anterior de Regina Pacis Salus et Vita.

Cartas de comentarios . En el caso de cartas no científicas (que describan resultados de investigación), su extensión podrá ser de hasta 5000 palabras, cinco referencias, una figura o tabla y hasta tres autores. Estas cartas podrán ser una respuesta a un artículo publicado en un número anterior de Regina Pacis Salus et Vita, ampliando así el proceso de revisión por pares, y también podrán corresponder a opiniones basadas en evidencia sobre áreas relacionadas con la educación médica, la política sanitaria, estar relacionadas con la actividad profesional médica o quejas

relacionadas con faltas éticas con respecto a algún artículo publicado en Regina Pacis Salus et Vita. Los autores implicados tienen derecho a responder en el mismo número o en el siguiente. En casos excepcionales podrá haber una réplica. se aceptaran cartas del último número publicado.

Primera página

Debe incluir lo siguiente:

- *Título* en español e inglés, preferentemente con una extensión máxima de 15 palabras. También podrá incluirse un título secundario de 10 palabras o menos.
- *Listado de autores*, incluyendo la siguiente información para cada uno de ellos:

1. Nombre, tal y como desean que aparezca en la publicación.
2. Afiliación (dos como máximo; una institucional y otra académica).
3. Grupo profesional y especialidad, así como, el máximo grado académico obtenido.
4. Correo electrónico actual.
5. Número de teléfono.
6. Número ORCID de cada autor.

Contribuciones de autoría (Taxonomía CREDIT). Las contribuciones de cada autor al manuscrito deben estar claramente expresadas. Estas deben cumplir con los cuatro puntos establecidos por el ICMJE y deben presentarse de manera detallada en la declaración de los autores.

Fuente de financiamiento.

Declaración de conflictos de interés. Se debe declarar toda relación, condición o circunstancia que pueda afectar la objetividad en la interpretación del trabajo. Puede tratarse de un conflicto potencial o real. Se debe incluir la respuesta generada al utilizar el formato COI.

En caso de que el presente trabajo hubiera sido presentado en un congreso, evento científico o como trabajo final de defensa y se encuentre en alguna base de datos online; especificar donde y cual modalidad: (Si fuera el caso adjuntar el permiso correspondiente de la organización)

Agradecimientos (cuando corresponda y explicando el motivo).

Autor corresponsal, su dirección, número de teléfono y correo electrónico.

Autoría y afiliación(es) institucional(es)

La lista completa de personas involucradas, el orden de aparición y sus afiliaciones institucionales son responsabilidad exclusiva de los autores firmantes, acorde con las reglas de COPE.

El reconocimiento de quién es el autor se basa en las recomendaciones del ICMJE Revisión diciembre 2019, por lo tanto, cada autor debe cumplir con estos cuatro criterios, sin excepciones:

- Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo.
- Que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual.
- Que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada.
- Que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas.

Los títulos académicos o los grupos profesionales no son determinantes para establecer la autoría de un manuscrito. Solo se deben tomar en cuenta las contribuciones para desarrollar el manuscrito según los criterios de autoría establecidos.

La recaudación de fondos, la recopilación de datos o la supervisión general del grupo de investigación no justifican por sí mismas la autoría. Esta información debe incluirse en la sección de agradecimientos. Cada autor debe detallar cuáles fueron sus contribuciones específicas al manuscrito y esta información se incluirá en el artículo, por razones de transparencia.

Contribución de los autores

En este segmento coloque el nombre de los autores y su código de participación

La Regina Pacis adoptó la Taxonomía CRediT para describir la contribución en el trabajo de autor. Detallada a continuación:

Ver página siguiente...

Código	Rol de contribución	Definición de rol
A	Conceptualización	Ideas: Formulación o evaluación de metas y objetivos generales de investigación.
B	Curación de datos	Actividades de gestión para realizar anotaciones (producción de metadatos), escrutinio de datos y mantenimiento de datos de investigación (incluyendo codificación de software, donde es necesario para interpretar datos propios) para uso inicial o su reutilización.
C	Análisis Formal	Aplicación de técnicas estadísticas, matemáticas, computacionales u otras técnicas formales para analizar o sintetizar datos de estudio.
D	Administración del proyecto	Responsabilidad del manejo, gestión y coordinación de la planificación y ejecución de las actividades de investigación.
E	Escritura: Preparación de redacción original	Creación y/o presentación del trabajo publicado, específicamente escribiendo el borrador inicial (incluida la traducción sustantiva).
F	Escritura: Revisión y edición.	Preparación, creación y/o presentación del trabajo publicado por aquellos del grupo de investigación original, específicamente revisión crítica, comentario o revisión, incluidas las etapas previas o posteriores a la publicación.

Respecto al orden de aparición de los autores, en general, el primer autor es el que más trabajó y quien redactó el primer borrador del manuscrito, y el último autor suele ser el investigador junior del equipo. En cada artículo debe figurar un solo autor de correspondencia.

Cada autor debe incluir su(s) afiliación(es) institucional(es), que debe corresponder a la institución donde se encuentra trabajando o estudiando actualmente y que haya contribuido de alguna manera al desarrollo de la investigación a publicar. Se podrán incluir hasta dos afiliaciones por autor. También se acepta el término "autor independiente".

El autor corresponsal deberá enviar los siguientes datos: dirección, teléfono y correo electrónico. Cualquier comunicación con respecto a la revisión y edición del manuscrito será enviada a este autor.

Los autores deben indicar la forma en que desean que su(s) nombre(s) aparezca(n) en la publicación y en las bases de datos. Idealmente, utilizar el mismo formato que ingresaron al gestionar su ORCID. A continuación, se muestran algunas formas de presentar los nombres y cómo aparecerán en las bases de datos:

Nombre enviado en la publicación	Tal como aparece en base de datos
Si el autor lo desea sus dos apellidos pueden aparecer juntos	
Alejandro Emanuel Hernandez Zelaya	Hernández Zelaya AE
Si el autor lo desea, sólo puede aparecer el apellido de su padre	
Alejandro Emanuel Hernandez Zelaya	Hernández A.

Tabla 1. Ejemplos de codificación de nombres de autores en bases de datos.

Resumen y palabras clave

Todos los artículos, excepto Editoriales y Cartas al Editor, deberán contar con un resumen en español y en inglés. Además, deberán incluirse palabras clave en español, utilizando Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS/MeSH) (<https://decs.bvsalud.org/es/actual-decs/>), con un mínimo de dos palabras y un máximo de seis palabras.

Referencias

Se recomienda que la mayor parte de las referencias sean de artículos de revistas ("journals") nacionales o internacionales, con una fecha de publicación no mayor de diez años previos a la consulta por el autor. Cuidar que al menos el 50% de estas correspondan a los últimos 5 años, salvo excepciones que el giro de la investigación juzgue pertinente.

Cuide de citar artículos que no hayan sido publicados en su totalidad (como resúmenes o "abstracts"), ni información de procedencia incierta o credibilidad considerada "Literatura gris". Se incluirán únicamente aquellas referencias citadas dentro del texto, como referencia única (1), o si se incluyen más de una referencia (5-8), siguiendo un orden correlativo y entre paréntesis. Se deberá utilizar el formato Vancouver, según el ICMJE (https://www.nlm.nih.gov/bsduniform_requirements.html). En caso de haber más de seis autores, se incluirán los seis primeros seguidos de 'et al'. Además, el título de la referencia podrá incluir un enlace dirigido al sitio web donde se puede acceder a la referencia, siempre que esté disponible la versión electrónica. Toda referencia deberá incluir su número DOI, cuando corresponda. A continuación, presentamos algunos ejemplos de referencias:

Artículos publicados con DOI

López-Leal G, Zuniga-Moya JC, Castro-Jaimes S, Graña-Miraglia L, Pérez-Oseguera A, Reyes-García HS, et al. Unexplored genetic diversity of multidrug- and extremely drug-resistant *Acinetobacter baumannii* isolates from tertiary hospitals in Honduras. *Microb Drug Resist* [Internet]. 2019 [citado 2025 Ene 24];25(5):690-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/mdr.2018.0311>

Rodríguez-Leon AI, Ordóñez C, Santamaria R. Simulating the helicase enzymatic action on ds-DNA: a first-principles molecular dynamics study. *ACS Omega* [Internet]. 2025 Jan 17 [citado 2025 Ene 24]; Disponible en: <https://doi.org/10.1021/acs.omega.4c08555>

Artículos de Internet sin DOI

Chiorean GE, Nandakumar G, Fadelu T, Temin S, Alarcon-Rozas AE, Bejarano S, et al. Treatment of patients with late-stage colorectal cancer: ASCO resource-stratified guideline. *J Glob Oncol* [Internet]. 2020 [citado 2025 Ene 24];6:414-38. Disponible en: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JGO.19.00367>

Artículos impresos sin DOI

Puerto Sanabria CR, Díaz Moreno Á, Gradis Santos Ó. Bibliometría o altimetría: desde las métricas tradicionales a las actuales. Revisión bibliográfica. *Rev Cienc Forenses Hond*. 2020 Dic 30;6(2):24-30.

Libros

Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J, editores. *Harrison. Principios de Medicina Interna*. 20ª ed. Nueva York: McGraw-Hill Education; 2019.

Capítulos de libros

Riffenburgh RH. *Statistics in medicine*. 2nd ed. Amsterdam (Netherlands): Elsevier Academic Press; c2006. Chapter 24, Regression and correlation methods; p. 447-86.

Tesis

Ramos Zaldívar HM. Nanoparticle use for the study of exosome transport to the brain through the lymphatic pathway [Tesis Doctoral]. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina; 2022.

Sitio web

World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. World Health Organization; 2021 [citado 2025 Ene 24]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Por último, se les recomienda a los autores utilizar un software de gestión bibliográfica.

Tablas

Las tablas deben presentarse después de las referencias, cada una en una página distinta. Las tablas deben estar ordenadas mediante números arábigos y deben incluir toda la información necesaria, tanto de contenido como de título, para que puedan ser interpretadas sin necesidad de volver al texto. Sólo se aceptará una sola línea horizontal que separe el título de la tabla del cuerpo de la misma. En ningún caso se aceptarán líneas verticales. Las tablas deben estar escritas en Word o Excel, no se aceptarán formatos de imagen (.jpg, .png, etc.), ya que las tablas deben presentarse en un formato editable que permita su diagramación. Todas las abreviaturas y símbolos utilizados en la tabla deben incluir su(s) explicación(es) en la parte inferior.

Cifras

Se pueden incluir como figuras, gráficas estadísticas, diagramas de flujo, diagramas, fotografías, mapas o cuadros numéricos ordenados correlativamente, y se pueden colocar después de las tablas. Los gráficos estadísticos y los diagramas de flujo se pueden presentar en Excel o en los paquetes estadísticos de uso corriente. Se pueden presentar otras imágenes en formato TIFF o JPG, con una resolución de >600 dpi o >300 pixeles, y se deben agregar en archivos diferentes, de modo que se pueda realizar la edición adecuada, con el objetivo de obtener un diseño adecuado. Las leyendas de las micrografías deben indicar la potencia y el método(s) de tinción. Los mapas deben tener una escala.

En caso de que alguna figura muestre el rostro de pacientes, se deberá colocar una zona oscura que cubra los ojos de los mismos para no identificarlos; además, los autores deberán adjuntar autorización escrita de los pacientes o sus representantes legales dando su consentimiento en caso de publicar fotografías que permitan su identificación. En caso de incluir una figura previamente publicada, se deberá indicar la fuente de origen y enviar a Regina Pacis Salus et Vita un permiso escrito del titular de los derechos de autor.

Consideraciones de estilo

Regina Pacis Salus et Vita utiliza el Sistema Internacional de Unidades. Los nombres científicos de las especies deben escribirse en cursiva. Se utilizan dos puntos (,) para decimales en español y puntos (.) en inglés. Los títulos de los trabajos no deben tener abreviaturas. En caso de utilizar abreviaturas en el texto, se debe colocar el nombre completo y luego la abreviatura entre corchetes después de su primera mención. No se recomienda el uso de abreviaturas para ítems que aparecen menos de cuatro veces en el trabajo. Para indicar porcentajes, se recomienda un solo decimal (es decir, 10,1%). Cuando se mencionan poblaciones menores de 50 individuos, no se recomienda el uso de porcentajes, solo se deben utilizar fracciones (es decir, 20/50). Cuando se utilizan medidas de asociación como los odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza (IC), se recomienda el uso de dos decimales (es decir, OR; 2, 15; IC 95%: 1,10–3, 41). Para los valores *p*, se pueden utilizar hasta tres decimales (es decir, *p* = 0,009).

Políticas específicas de sección

Tipo de manuscrito	Revisión por pares	Autores	Resumen (Palabras)	Contenido (Palabras)	Figuras y tablas	Referencias max
Editorial	Si	NL	NA	1500	1	15
Artículo original	Si	NL	300	6000	6	40
Informes de caso	Si	4	300	2000	4	25
Imágenes médicas	Si	4	NA	200	1	NA
Artículo de revisión	Si	NL	300	5000	6	70
Historia de la medicina	Si	5	300	3000	4	25
Cartas al editor (comentarios)	Si	3	NA	500	1	5
Cartas al editor (científica)	Si	NL	NA	1000	1	10

Tabla 2.

Longitud máxima admitida para publicación, según sección(es).

CONTACTO

Si tiene alguna consulta puede contactarnos al correo electrónico revistas.regina.pacis@unicah.edu para envío de manuscritos a través de la plataforma OJS

Regina Pacis

Salus et Vita

Volumen 1, Edición 1
Mayo 2025
<https://revistas.unicah.edu/>