

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "PEDRO BORRAS ASTORGA"

Diarreas crónicas en el niño.

Diagnóstico causal, II

Por los Dres.:

ALICIA HORTA HIGUERA,* SERGIO ORTEGA NEGRIN,* FABIOLA SANCHEZ VEIGA,*
MANUEL ALVAREZ ALONSO* y GEORGINA FERNANDEZ CASTELLANOS**

Horta Higuera, A. y otros. *Diarreas crónicas en el niño. Diagnóstico causal, II.* Rev Cub Ped 50: 4, 1978.

Se informa sobre los resultados obtenidos en el estudio de 80 pacientes pediátricos, portadores de diarreas crónicas, con los que se planificó un trabajo basado en el estudio clínico, exámenes complementarios, respuesta al tratamiento y seguimiento evolutivo por meses o años, con el objetivo principal de indagar sobre las causas de este síndrome en nuestro medio. La mayoría de los pacientes presentaron causa parasitaria y en primer lugar la giardiasis, seguida de la tricocefalosis masiva; también hubo pacientes con poliparasitismo intestinal. A los otros pacientes se les diagnosticó enfermedad celiaca, alergia gastrointestinal, hepatitis crónica, colon irritable, moniliasis y desnutrición. En la tercera parte del total de los pacientes no pudo definirse una causa precisa. Se ofrecen datos referentes a la epidemiología, cuadro clínico y resultados de exámenes complementarios de cada grupo causal.

INTRODUCCION

En esta segunda parte de este trabajo, sobre el diagnóstico causal de las diarreas crónicas, expondremos los resultados obtenidos en el estudio de 80 pacientes pediátricos portadores de este síndrome.

Casística: Al finalizar el tiempo programado para la realización del trabajo, procedimos a revisar todas las historias clínicas y analizamos todos sus datos. De un total de 150 pacientes estudiados en todo el periodo, fueron eliminados

70 porque sus historias clínicas mostraban que no se habían cumplido todos los requisitos planificados. El resto de los pacientes, 80, fueron seleccionados para las conclusiones del trabajo.

Resultados: Para obtener mayor certeza en el diagnóstico, los pacientes fueron seguidos por un periodo que varió de 2 a 60 meses, con un promedio de 12 meses; hubo un paciente con enfermedad celiaca, de más años de evolución, que no se incluyó para el cálculo del tiempo de seguimiento.

En el cuadro I representamos los diagnósticos causales de los 80 pacientes incluidos en este estudio:

Como observamos en el cuadro I sólo encontramos en nuestros 80 pacientes,

* Pediatra del hospital "Pedro Borrás Astorqa", Calle G entre 27 y 29, Vedado, La Habana.

** Pediatra del hospital Pediátrico Centro Habana, Infanta y Benjumeda, La Habana.

CUADRO I

CLASIFICACION CAUSAL

Diagnóstico	No. de pacientes	%
1. Parasitismo intestinal	32	40,00
2. Intolerancia alimentaria	20	25,00
3. Enfermedad celiaca	10	12,50
4. Origen no precisado	7	8,75
5. Alergia	6	7,50
6. Hepatitis crónica	2	2,50
7. Colon irritable	1	1,25
8. Moniliasis	1	1,25
9. Desnutrición	1	1,25
Total	80	100,00

nueve diagnósticos causales de sus diarreas crónicas, no se encontraron las otras causas descritas por los diferentes autores.¹⁻²⁰

1. *Parasitismo intestinal*: en el 40% de nuestros pacientes la causa fue el parasitismo intestinal. Estos pacientes están desglosados en los cuadros II y III.

De los 32 pacientes agrupados bajo la causa parasitaria, 25 padecían una forma simple de parasitismo, la *Giardia lamblia* estaba en primer lugar y el tricocéfalo en segundo. En las formas mixtas todos los pacientes padecían de giardiasis, además de tricocefalosis, necatoriasis o strongyloidiasis.

1.1.1 *Giardia lamblia*: del estudio de los 17 pacientes que padecían sólo de giardiasis, concluimos que comenzaron sus manifestaciones clínicas entre 1 mes y 4 años de edad, con 11 meses de edad como promedio; eran pacientes de la raza blanca y procedencia urbana, con deposiciones del tipo inespecífico o fermentativo y con distensión abdominal ligera o moderada; la tercera parte de los pacientes presentaron retraso ponderal y en algunos también de la talla

CUADRO II

1.1 Formas simples de parasitismo intestinal	No. de Pacientes
1.1.1 <i>Giardia lamblia</i>	17
1.1.2 Tricocéfalo	7
1.1.3 Ameba hystolítica	1
Total	25

CUADRO III

1.2 Formas mixtas de parasitismo intestinal	No. de Pacientes
1.2.1 <i>Giardia lamblia</i> y tricocéfalo	5
1.2.2 <i>Giardia lamblia</i> y necator	1
1.2.3 <i>Giardia lamblia</i> y strongyloides	1
Total	7

Exámenes complementarios: la eosinofilia fue ligera o nula y el diagnóstico positivo se realizó por el examen parasitológico de heces fecales en 14 pacientes y en los 3 restantes fue realizado por el hallazgo del parásito en el examen del contenido duodenal, ya que los exámenes seriados de heces fecales resultaron negativos en esos pacientes.²²⁻²⁴ En total se les realizaron 71 pruebas para determinar malabsorción, que incluyeron las pruebas de absorción de lipiodol,²⁵ Van de Kammer,²⁶ D-Xilosa,²⁷ tolerancia a la lactosa,²⁸ tránsito intestinal con bario coloidal y con bario coloidal más lactosa;²⁹⁻³¹ fueron positivas 29 de las 71 pruebas realizadas para un 40.84% de positividad. A 15 pacientes de los 17 se les realizó biopsia de mucosa yeyunal,³²⁻³⁴ que se informó como normal en 8 pacientes y con atrofia subtotal en 7 pacientes.

1.1.2. *Tricocefalos*: del análisis de los datos de 7 pacientes con diarreas crónicas, por tricocefalosis, concluimos que la edad de comienzo de las manifestaciones clínicas fue mayor que en los casos de giardiasis, con un mínimo de 2 años y un máximo de 7 años con un promedio de 4 años; predominó la procedencia rural; las deposiciones fueron disenteriformes y se asociaban a tenesmo, prolapso rectal, distensión abdominal y palidez cutáneo mucosa, pérdida de peso y baja talla.

Exámenes complementarios: la cifra promedio de hemoglobina fue inferior que en los pacientes con giardiasis (8.5 gm%), así como la eosinofilia relativa, cuyo promedio fue también de 8%.

2. *Intolerancia alimentaria*: en segundo lugar, por su número (25%), presentamos estos pacientes que agrupamos bajo la entidad "intolerancia alimentaria", porque no pudo demostrarse en ellos ninguna otra causa y porque curaron con una dieta de eliminación; presentaban recaída cuando se reintroducía el alimento considerado como desencadenante de las manifestaciones clínicas, y esta situación de intolerancia se mantuvo durante todo el tiempo de valoración de los pacientes. Se consideraba

como curación no sólo la desaparición de las deposiciones diarreicas sino también la recuperación del peso normal en aquellos casos que presentaban retraso ponderal.

Del estudio de los datos aportados por estos 20 pacientes concluimos lo siguiente: la edad de comienzo de las manifestaciones clínicas fue de 1 a 18 meses, con un promedio de 5 meses; la mayoría pertenecían a un medio rural; todos presentaban intolerancia a la leche de vaca, sobre todo fresca y algunos refirieron intolerancia a otros alimentos además de la leche, como huevo, naranja, leguminosas y cereales; las deposiciones generalmente fueron del tipo fermentativo o inespecífico y las manifestaciones asociadas más frecuentes fueron la distensión abdominal ligera a moderada, eritema perianal, vómitos y fiebre; este grupo mantenía bastante bien el estado nutricional ya que era normal en 11 de los 20 pacientes (método de Waterlow) y 4 pacientes presentaron un estado agudo de desnutrición con conservación de la talla normal para su edad. De un total de 26 pruebas de absorción realizadas (lipiodol, Van de Kammer y tolerancia a la lactosa) fueron positivas 5 para un 19.22% de positividad. Se realizaron biopsias de mucosa yeyunal en 6 pacientes de los cuales 4 presentaron atrofia subtotal.

3. *Enfermedad celiaca*: del estudio de los 10 pacientes catalogados con enfermedad celiaca, concluimos lo siguiente: la edad promedio de comienzo de las manifestaciones clínicas fue de 10 meses, con un mínimo de 3 meses y un máximo de 4 años; todos los pacientes presentaban intolerancia al trigo, pero además a otros alimentos, como leche, leguminosas, naranja y huevo; las deposiciones en todos los casos fueron esteatorreicas y se asociaban a distensión abdominal manifiesta y palidez cutáneo mucosa; este grupo fue el que presentó mayor toma del estado nutricional, con 8 pacientes con retraso pondoestatural y 2 en estado de homeorresis (ninguno fue normal en este sentido). De un total de 37 pruebas de absorción realizadas (lipiodol, Van de Kammer, D-Xilosa, to-

tolerancia a la lactosa, tránsito intestinal con bario coloidal y con lactosa) fueron positivas 32, para un 86,4% de positividad; de 8 pacientes en que se realizó biopsia de mucosa yeyunal, 6 presentaron atrofia total y 2 atrofia subtotal.

Algunos pacientes, que en un principio fueron catalogados como pertenecientes al grupo de la enfermedad celiaca, después de ser seguidos mediante consulta externa, fueron remitidos al grupo de causa alérgica.

4. *Causa indeterminada*: los pacientes incluidos en el grupo de "causa no precisada", fueron aquéllos en que no se pudo demostrar ninguna causa y no respondieron a tratamiento alguno, dietético o medicamentoso, y curaron espontáneamente, ganaron en peso y permanecieron normales en su evolución posterior.

Del estudio de estos 7 pacientes concluimos lo siguiente: el comienzo de las manifestaciones clínicas en este grupo fue a los 18 meses de edad como promedio, con un mínimo de un mes y un máximo de 36 meses (3 años); eran en su mayoría de procedencia rural; en el cuadro clínico predominaban las deposiciones inespecíficas con distensión abdominal ligera a moderada y con cierto grado de desnutrición, dado por retraso ponderal y a veces también de la talla. Se realizaron en total 15 pruebas de absorción (lipiodol, Van de Kammer, D-Xilosa y tolerancia a la lactosa) de las cuales fueron positivas sólo 4, para un 26,66% de positividad; se realizaron biopsias de mucosa yeyunal en 4 de los 7 pacientes, y 3 presentaron atrofia subtotal y 1 normal.

5. *Alergia*: los pacientes en que se consideró la alergia como causa de sus diarreas crónicas (7,50%), fueron aquéllos en que no se pudo demostrar otra causa, presentaban otras manifestaciones alérgicas, generalmente respiratorias o de piel, o la desarrollaron posteriormente en su evolución, mejoraban con dieta de eliminación, además de ser evaluados por el servicio de alergia del hospital. Como referimos anteriormente, algunos pacientes de este grupo fue-

ron catalogados al principio como enfermedad celiaca.

Del estudio de estos pacientes concluimos lo siguiente: la edad de comienzo fue de 3 meses como promedio, con un mínimo de un mes y un máximo de 6 meses; casi todos pertenecían a la raza blanca y eran de procedencia urbana; todos presentaban intolerancia a la leche de vaca y además a otros alimentos, como leguminosas, naranja, huevo y cereales; las deposiciones eran de características inespecíficas y el estado nutricional, en general, estaba bien conservado; se realizaron 16 pruebas en relación con malabsorción (lipiodol) Van de Kammer, D-Xilosa, tolerancia a la lactosa) siendo positivas 7, para un 43,76% de positividad; a 3 pacientes se les realizó biopsia de mucosa yeyunal, 2 de ellos presentaron atrofia grado I, de los cuales uno tenía infiltrado eosinofílico marcado; la determinación de electrolitos en el sudor fueron normales en todos los pacientes.

6. *Hepatitis crónica*: de los 2 pacientes con el diagnóstico de hepatitis crónica, ambos tenían 7 años de edad y eran de procedencia urbana, pero el modo de presentación fue diferente. En uno se diagnosticó colitis ulcerativa idiopática como consecuencia de un cuadro de deposiciones sanguinolentas que venía presentando desde varios meses atrás; se comprobó este diagnóstico por examen radiográfico de colon por enema, rectosigmoidoscopia y biopsia rectal; en la anamnesis se recogió el dato de que estas manifestaciones habían sido precedidas de un episodio que se catalogó como hepatitis viral aguda, por lo que se investigó en este sentido, se realizó el diagnóstico de hepatitis crónica persistente por laparoscopia y biopsia hepática; presentaba además deposiciones esteatorreicas. Todos los síntomas desaparecían y las úlceras rectales cicatrizaban con la administración de prednisona, para reaparecer de nuevo cuando se suspendía el tratamiento.

En el segundo paciente, se refirió un cuadro de manifestaciones generales, dado por astenia, anorexia y pérdida de

peso; además de fiebre ocasionalmente y deposiciones esteatorreicas con una anemia ferripriva ligera, que no respondía bien a la ferrotterapia. Al año aproximado de estas manifestaciones se comprobó una hepatitis persistente por laparoscopia y biopsia hepática. En este paciente la prueba de polivinil pirrolidona fue compatible con enteropatía exudativa. Todas estas manifestaciones desaparecieron con la administración de prednisona y su hepatitis crónica continúa en evolución.

7. *Colon irritable*: se consideró que presentaba colon irritable, un paciente, en que las diarreas crónicas no afectaban su estado general, en el cual no pudo probarse ninguna otra causa y que no mejoró con dieta de eliminación, éste curó cuando se le administró Diyodo-hidroxy-quinoleína.¹⁶

8. *Moniliasis*: en este caso se trataba de un lactante de 5 meses de edad, con un cuadro de deposiciones esteatorreicas de 1 mes de evolución; presentaba además moniliasis cutánea y la mamá de la paciente vaginitis moniliásica. Después de completados los exámenes complementarios no pudo establecerse otro diagnóstico causal y la paciente no mejoró con cambios en la dieta, se suprimió las manifestaciones con la administración de nistatina por vía oral, manteniéndose normal durante todo el tiempo de evolución.

9. *Desnutrición*: paciente de 10 meses de edad, de procedencia rural; refirió la mamá que la paciente había comenzado con diarreas a los 3 meses de edad y que ella, presa de gran ansiedad, le restringió los alimentos a partir de ese momento. Cuando ingresa en nuestro servicio refiere deposiciones esteatorreicas y presenta una gran distensión abdominal, retraso del peso y la talla (Waterlow), así como retraso psicomotor. El examen estereoscópico de una muestra de mucosa yeyunal, obtenida por biopsia peroral, mostró un aspecto cerebriforme y el examen microscópico atrofía de la mucosa.¹⁷ Se pensó en un primer momento en la enfermedad celiaca, pero la paciente toleró el trigo y

una dieta normal balanceada sin ninguna restricción dietética, desaparecieron las manifestaciones clínicas y ganó en peso durante el periodo de seguimiento evolutivo.

CONCLUSIONES

1. En este grupo de pacientes con diarreas crónicas, la mayoría de ellos (40%) fueron catalogados como casos de parasitismo intestinal, y fue la *Giardia lamblia* el agente causal más frecuente; la tricocefalíasis masiva ocupó el segundo lugar.
2. Los pacientes con diarreas crónicas por *Giardia lamblia* procedían en su mayoría de un medio urbano, comenzaron sus manifestaciones clínicas por debajo de los 4 años de edad y a los 11 meses como promedio, con deposiciones fermentativas o de carácter inespecífico, con ligera distensión abdominal y cierta afectación del estado nutricional. El diagnóstico positivo se realizó en la mayoría de los casos por examen parasitario seriado de heces fecales, pero en algunos pacientes, éstos fueron negativos y el diagnóstico fue posible por el hallazgo del parásito en el examen del contenido duodenal. En este grupo se puso en evidencia la posibilidad de malabsorción intestinal, así como de lesiones atróficas de la mucosa yeyunal.
3. Los pacientes con tricocefalíasis masiva procedían del medio rural, comenzaron sus manifestaciones clínicas a una edad superior a los 2 años y como promedio a los 4 años. El cuadro clínico fue disenteriforme con prolapso rectal y mayor afectación del estado nutricional.
4. El 12,5% de los pacientes se clasificaron con enfermedad celiaca. En este grupo las manifestaciones clínicas comenzaron entre los 3 y 48 meses (4 años) de edad y en la mayoría antes del año de edad. Este grupo de pacientes fue el que presentó mayores evidencias de malabsorción, con mayor toma del estado nutricional, mayor distensión abdo-

minal y mayor porcentaje de positividad en las pruebas de absorción (86,4%). Todas las biopsias de mucosa yeyunal realizadas mostraron cambios atróficos.

5. En los pacientes con alergia gastrointestinal, las manifestaciones clínicas comenzaron más precozmente que en otros grupos (en el primer semestre de la vida), las manifestaciones digestivas se asociaron muy frecuentemente a manifestaciones respiratorias. La leche de vaca fue el agente más frecuentemente incriminado como causante del cuadro de hipersensibilidad. El estado nutricional estaba más conservado que en los otros grupos, aunque las pruebas de absorción mostraron cierto grado de positividad (43,75%) y las biopsias de mucosa yeyunal, ligeras alteraciones y una de ellas con infiltrado eosinofílico marcado.
6. Las causas más raras fueron la hepatitis crónica, el colon irritable, la moniliasis y la desnutrición. La primera de ellas fue difícil de diagnosticar en los 2 casos presentados,

porque las manifestaciones hepáticas estaban enmascaradas por el cuadro digestivo y general o no existían.

7. Por último, en la tercera parte de los pacientes nos fue imposible encontrar una causa definida. La mayoría de ellos mostraron intolerancia a algunos alimentos, sobre todo a la leche de vaca y fueron catalogados bajo el rubro de "intolerancia alimentaria" y el resto en que no se pudo demostrar ningún mecanismo causal definido se agrupó bajo el nombre de "causa indeterminada". Sus manifestaciones clínicas, de ambos grupos, fueron controladas y su evolución fue favorable.
8. Algunos casos que en un principio fueron catalogados como enfermedad celiaca, posteriormente, en su seguimiento evolutivo, fueron catalogados como de causa alérgica.
9. En el total de los 80 pacientes no predominó sexo alguno, pero sí hubo un franco predominio de la raza blanca con 68 pacientes, mientras que sólo 9 pertenecían a la raza mestiza y 3 a la raza negra.

SUMMARY

Horta Higuera, A. et al. *Chronic diarrhea in the child. Its causal diagnosis. II.* Rev Cub Ped 50: 4, 1978.

The results obtained from the study of 80 children with chronic diarrhea who underwent clinical studies, complementary tests and the assessment of treatment response and who were followed during months or even years mainly in order to investigate the causes of this syndrome in our environment are reported. Most patients were infested by parasites; in the first place giardiasis followed by massive trichuriasis. Some patients had intestinal polyparasitism. Others had a celiac disease, gastrointestinal allergy, chronic hepatitis, irritable colon, moniliasis and denutrition. An accurate cause could not be precised in a third of patients. Data on epidemiology, clinical pictures and results of the complementary tests in each causal group are enclosed.

RESUME

Horta Higuera, A. et al. *Diarrhées chroniques chez l'enfant. Diagnostic causal. II.* Rev Cub Ped 50: 4, 1978.

Les auteurs rapportent les résultats obtenus dans l'étude de 80 enfants porteurs de diarrhées chroniques, chez lesquels un travail a été entrepris sur la base de l'étude clinique, des examens complémentaires, de la réponse au traitement et de la poursuite évolutive par mois ou par ans, afin de chercher les causes de ce syndrome dans notre milieu. La plupart des patients ont présenté une cause parasitaire, en premier lieu la giardiose, suivie de la trichocéphalose massive; il y a eu aussi des patients avec polyparasitisme intestinal. Le diagnostic des autres patients a été: maladie coeliaque, allergie

gastro-intestinale, hépatite chronique, colon irritable, moniliase et dénutrition. Chez un tiers du total des patients, on n'a pas pu identifier une cause précise. Des données concernant l'épidémiologie, le tableau clinique et les résultats des examens complémentaires de chaque groupe causal sont signalées.

РЕЗЮМЕ

Орта Игера, А и др. Хронический понос у детей. Диагностика причин. *Rev Cub Ped* 50: 4, 1978.

Представляется информация о результатах, полученных при исследовании 80 пациентов — детей, страдавших хроническим поносом, для которых была запланирована работа, основанная на клиническом исследовании, дополнительных обследованиях и — реакции на лечение и последовательная эволюция по месяцам — или годам, главным образом с целью исследования причин этого синдрома в нашей среде. У большинства из этих пациентов хронический понос был вызван паразитологическими причинами и — прежде всего гiardиазом и массовым трикоцефалиазом; встречались пациенты с желудочно-кишечным полипаразитизмом. Другим пациентам был поставлен диагноз кишечных заболеваний, гастрокишечная аллергия, хроническое воспаление печени, раздражение ободочной кишки, монилиаз и истощение. У третьей части из всех пациентов была определена точная причина заболевания. Представляются данные, относящиеся к эпидемиологии, клиническая картина, а также результаты дополнительных исследований по каждой группе причин.

BIBLIOGRAFIA

1. Normas de Pediatría: Diarreas crónicas. p. 411. MINSAP, La Habana, Cuba.
2. Brusilow, S. y otros. Estómago e Intestino Delgado. Diarreas crónicas. En: Cooke, R. E. Bases Biológicas en la práctica Pediátrica. 1: 1175-1184. Salvat, Barcelona, 1970.
3. Fradkin, W. Z. Diagnóstico y terapéutica de las diarreas. Editorial Científico Médica, Madrid, 1950.
4. Volwien, W. Gastrointestinal malabsortive Syndrome. *A M J Med* 23: 250, 1957.
5. Christie, A. Infecciones Micóticas. En: Tratado de Pediatría de Nelson, E. W. 1: 5ta. ed., p. 727. La Habana, 1966.
6. Pajarés García, S. Diarreas Crónicas en la Infancia, su Diagnóstico. *Acta Pediat Esp* 23: 265, 1965.
7. Karzón, D. T. Infecciones por enterovirus. En: Cooke, R. E. Bases Biológicas en la Práctica Pediátrica. 1: 929. Salvat, Barcelona, 1970.
8. Wheeler, W. E. La respuesta del aparato digestivo a la infección general. En: Cooke, R. E. Bases Biológicas en la práctica Pediátrica. 1: 1190. Salvat, Barcelona.
9. Rubin, M. I. Infección de las vías urinarias. En: Tratado de Pediatría de Nelson, E. W. II: 5ta. ed., p. 1305. Instituto del Libro, La Habana, 1966.
10. Taucá, M. S. Encuesta Clínica en Gastroenterología. 1ra. ed. 1: 301. Salvat, La Habana, 1966.
11. Béhar, M. Significado de la Alimentación y Nutrición en la Patogenia y Prevención de los Procesos Diarreicos. Serie de Información Ciencias Médicas, No. 21, 1975.
12. O'Brien, D.; Roy, C. Deficiency diseases. En: Kempe, C.H. et al. Current Pediatric, Diagnosis and Treatment. Lange Medical publications, p. 538. Los Altos, California, 1970.
13. Gerrard, J. W.; Lubos, M. C. Síndrome de Absorción defectuosa. *Clin Pediat* 72, feb., 1967.
14. Hathaway, W.; Githens, J. H. Blood and Lymphatics. En: Kempe, C.H. et al. Current Pediatric, Diagnosis and Treatment. Lange Medical Publications, p. 236. Los Altos, California, 1970.
15. Beutler, F. et al. Clínica y Terapéutica de los Trastornos del Metabolismo del hierro.

- Litutorial Científico Médica, p. 70. Madrid, Barcelona, 1965.
16. *Zittoun: Zittoun*. Anemias por carencias de Acido Fólico y Vitamina B12. En: *Patología Médica "La Sangre"*. P. Volberns y colaboradores. p. 202. Editorial Expans, 1967.
 17. *Jiménez, D. C.* Esteatorrea Idiopática. En: *Tratado de Gastroenterología*, Nassio, J. II: 99. Salvat, Barcelona, 1962.
 18. *Arias, V. E.* Hepatitis Infecciosa Crónica. *Tratado de Gastroenterología*, Nassio, J. III: 299. Salvat, Barcelona, 1962.
 19. *Santiago Barrero, P.* Tropical Sprue in Children. *J Pediatrics*, 76: 3, 470, 1970.
 20. *Dalmau-Ciria, M.* Fisiopatología del Tiroides. En: *Tratado de Patología General*, II: 1156. Edición Revolucionaria, Instituto del Libro, La Habana, 1965.
 21. *Waterlow, V. C.* Classification and definition of protein caloric malnutrition. *Brimed J* 3: 566-569, Sept. 2, 1972.
 22. *Ministerio de Salud Pública*. Carácter General de las heces fecales: examen físico de las heces fecales y químico. Manual Técnico del Instituto del Libro 147, 1969.
 23. *Douri, P. y otros*. Manual de Parasitología, p. 518. Segunda ed. Instituto del Libro, La Habana, 1973.
 24. *Saint Etienne, B. M.* Giardia lamblia. En: *Tratado de Gastroenterología II*: 525. Salvat, Barcelona, 1972.
 25. *Jones, W. C.; Di Sant'Agnese P. A.* Laboratory acids in the diagnosis of malabsorption in pediatrics. I. Lipidol absorption as a simple test for Steatorrea. *J Pediat* 62: 44, 1963.
 26. *Delaitre, R.; Penneau, M.* Regimenes en las intolerancias a los azúcares. *Prog Ped Pueric* 10: 157, 1, 1967.
 27. *Romero, E.* Proteínas Plasmáticas Hígado y Vías Biliares. En: *Tratado de Gastroenterología de Nassio, J.* 1ra. ed. 3: 80. Salvat, Barcelona, 1963.
 28. *Castañeda, C.* Malabsorción de Lactosa. Trabajo para Optar por el Título de Especialista en Instituto de Gastroenterología, p. 85. La Habana, 1972.
 29. *Lawa, J. W.; Neale, W.* Diagnóstico Radiológico de la Carencia de Disacaridasas. *Prog Ped Pueric Fac 1. X*: 133.
 30. *Kelser, M. H.* Fisiología del Intestino Delgado y Síndrome de Malabsorción Intestinal. *Gastroenterología Bockus II*: 11 y 436. 2da. ed. (Reimpresión 1967).
 31. Mesa Redonda sobre Síndrome de Malabsorción Intestinal en el niño. Efectuada en el Ministerio de Salud Pública, junio, 1971.
 32. *Anderson, Ch. M.* Malabsorción Intestinal en la Niñez. En: CNICM, Serie de Información de Ciencias Médicas 14, 1971.
 33. *Kalser, M.* Síndrome de Malabsorción Intestinal. Infección Parasitaria. En: *Bockus, Gastroenterología II: Segunda ed.* Salvat, Barcelona, 1967.
 34. *Yardley, J. H. et al.* Epithelial and other mucosal lesions of jejunum in giardiasis. *Jejunal Biopsy Studies. Bull Johns Hopkins Hosp* 115: 389, 1964.
 35. *Shachan, H.* Diagnosis and treatment. *Peroral Intestinal Biopsy. Pediatrics* 43: 460, 1969.
 36. *Roy, C. et al.* Gastrointestinal Tract: The irritable Colon Syndrome E Kempe C. H. et al. *Current pediatric diagnosis Treatment*. Lange Medical Publications, 308, Los Altos, California, 1970.

Recibido: marzo 2, 1977.

Aprobado: octubre 30, 1977.