

DR. MARIO VILLA MICHEL D. \*

DR. ENRIQUE PÉREZ PASTÉN L. \* \*

DR. ALFONSO MARTUSCELLI Q. \*

# SÍNDROME ABDOMINAL AGUDO EN EL NIÑO. ASPECTOS MÉDICOS

**E**L SÍNDROME ABDOMINAL agudo está constituido por manifestaciones de evolución rápida, debidas aparentemente a irritación peritoneal, que suele producir dolor abdominal como síntoma sobresaliente y en ocasiones trastornos del tránsito intestinal, cuya duración e intensidad obligan a tomar medidas inmediatas para su diagnóstico y tratamiento. El cuadro clínico puede ser producido por enfermedad intra-abdominal o de un órgano lejano, cuya patología se expresa en el abdomen por vía refleja.

El uso reiterado del término síndrome abdominal agudo, ha conferido a éste a pesar de no ser adecuado, una aceptación universal fincada más en la tradición que en su significado, por constituir un concepto con el cual todo médico está familiarizado. Decir síndrome abdominal agudo es aceptar el desconocimiento de la causa que lo origina, pero a su vez, es hacer resaltar de manera clara la premura que requiere establecer el diagnóstico e implícitamente recalcar la necesidad imperiosa de iniciar su tratamiento correcto.

\* Depto. de Medicina.

\*\* Depto. de Endocrinología y Nutrición, Hospital de Pediatría, C.M.N., I.M.S.S.

Las expresiones clínicas del cuadro son variadas e inclusive su manifestación cardinal, el dolor, puede ser mínimo o poco evidente, para dejar su lugar a trastornos del tránsito digestivo. Por otra parte, las dificultades inherentes al diagnóstico etiológico del síndrome, adquieren mayores proporciones en la primera infancia, ya que la anamnesis a esta edad está basada en la información de los padres. Asimismo, el diagnóstico diferencial carece de la orientación que pueden proporcionar los datos subjetivos respecto al dolor, como son su ubicación, su carácter, su duración y su irradiación, datos que pueden ser recogidos en edades mayores. Cabe agregar que es necesaria la consideración de entidades habitualmente poco frecuentes en la lactancia como causa del cuadro clínico, algunos que son de tipo metabólico, como la diabetes y otros de origen infeccioso, como la hepatitis viral.

Con lo anterior, resalta la importancia que tiene establecer un diagnóstico correcto, ya que el tratamiento depende de la causa específica que lo origina y es obvio el peligro que origina una confusión diagnóstica. Tenemos el propósito de hacer una exposición de las causas más frecuentes del síndrome en nuestro medio, de cuyo conocimiento, se podrá deri-

var un manejo correcto del enfermo. Ello, junto con el hecho que el tema ha sido tratado someramente en la literatura en su aspecto pediátrico, ha motivado esta revisión.

#### ENFERMEDADES DE ORIGEN INFECCIOSO DE ETIOLOGÍA BACTERIANA

**NEUMONÍA LOBAR AGUDA.**—Todo pediatra está familiarizado con la relativa frecuencia con que la neumonía lobar basal, así como un derrame pleural, son capaces de producir dolor reflejo referido a abdomen. Cuando esto ocurre del lado derecho como es común, el cuadro simula una apendicitis y entonces es importante buscar signos respiratorios asociados. Afortunadamente, el proceso neumónico aunque enmascarado, o poco aparente a la clínica, puede ser descubierto mediante estudios radiológicos.

El diagnóstico se basa en los síntomas respiratorios asociados, pero en caso de no existir, se debe recurrir al diagnóstico radiológico.

**ILEO PARALÍTICO.**—Generalmente es secundario a una enteritis severa o a un proceso bronconeumónico y es una causa frecuente de confusión diagnóstica. Probablemente la etiología esté determinada tanto con trastornos circulatorios de la pared intestinal, como por la anoxia resultante, así como por la baja de potasio tisular. Al instalarse la signología, el acúmulo de gases determina aumento de la presión en la luz intestinal y por ende, mayor compresión y mayor sufrimiento circulatorio, con la consiguiente anoxia creciente. Puede ser necesaria la intervención quirúrgica para practicar algún tipo de maniobra descompresiva.

En el recién nacido, está referida la aparición de ileo paralítico en asociación a membrana hialina, a isoimmunización por factor Rh, a asfixia intrauterina y a maniobras de exsanguíneo transfusión.<sup>1</sup>

El diagnóstico se basa en la ausencia de ruidos peristálticos, en la interrupción del tránsito intestinal, así como en la distensión de asas intestinales que se aprecian en la radiografía simple de abdomen.

**NEUMATOSIS INTESTINAL.**—En ocasiones esta entidad puede simular un abdomen agudo por la rápida aparición de trastornos que pueden sugerir una perforación de intestino. El diagnóstico se finca en la imagen radiológica de doble contorno en las asas intestinales.

**PERITONITIS PRIMARIA DEL RECIÉN NACIDO.**—Constituye una entidad rara, producto de una septicemia intrauterina que clásicamente requiere la intervención del cirujano, pero que en casos de extrema gravedad, debe ser sometida a terapéutica antibiótica enérgica, como única medida.

La comprobación se hace durante el acto quirúrgico, pero el diagnóstico debe sospecharse cuando hay edema de la pared abdominal, dolor a la palpación, resistencia muscular, peristaltismo intestinal disminuido y distensión abdominal. La placa simple de abdomen suele mostrar líquido libre, engrosamiento de fondos de saco, niveles hidroaéreos y ausencia de aire en las porciones bajas de abdomen.<sup>2</sup>

**COLECISTITIS.**—La inflamación de la vesícula biliar, es más frecuente de lo que suele pensarse y aparece como secuela de la fiebre tifoidea o como resultado de infección por otros agentes bacterianos. En el niño, la migración intestinal de parásitos tales como *Ascaris* a las vías biliares, comúnmente no se acompaña de fenómenos inflamatorios como lo hace en el adulto. Sin embargo cuando acontece, requiere tratamiento quirúrgico.

La Colecistitis se caracteriza por dolor severo en hipocondrio derecho, por la aparición de ictericia, con acolia y coluria, vómito, náusea, distensión abdominal, leucocitosis y fiebre. Cuando el dolor irradia a fosa iliaca del mismo lado, puede sugerir una apendicitis aguda.<sup>3</sup> El diagnóstico se hace por exclusión, después de descartar apendicitis y pancreatitis.

**PERICARDITIS.**—Las más de las veces, es una manifestación de enfermedad sistémica y debe ser considerada secundaria a carditis reumática, en tanto no se compruebe otra etiología. Suele manifestarse por dolor sordo y difuso en precordio, que se atribuye a distensión del saco pericárdico.<sup>4</sup> En otras ocasiones sin embargo, el dolor puede referirse y cuando lo hace a abdomen puede simular un vientre agudo.

El diagnóstico se basa en la presencia de disnea, respiración laboriosa, tos seca y ortopnea. El paciente suele experimentar alivio al reclinarse hacia adelante. Puede haber frctc pericárdico a la auscultación que a veces es inconstante. Corroboran el diagnóstico los hallazgos radiológicos y electrocardiográficos.

**PSORITIS.**—Constituye un cuadro de difícil diagnóstico en la experiencia del hospital. En algunos casos existió el antecedente de traumatismo leve de cadera y por lo general el cuadro clínico se manifies-

tó por la instalación brusca de dolor abdominal bajo en fosa iliaca, en ocasiones con signos de irritación peritoneal y dolor a la palpación abdominal. Frecuentemente coexiste fiebre elevada, con facies tóxicas y el laboratorio revela cifras progresivamente crecientes de leucocitos por neutrofilia. El cuadro no se acompaña de vómitos.<sup>5</sup>

El diagnóstico se finca en maniobras positivas del psoas que se complementan con la corroboración por punción exploradora. En ocasiones, la radiografía simple de abdomen muestra velamiento o aumento de la opacidad de la sombra del psoas. Este padecimiento constituye una grave responsabilidad para el internista, dada la gravedad que reviste para el paciente y la similitud que puede tener con un cuadro apendicular agudo.

El manejo es fundamentalmente con antimicrobianos.

**INTOXICACIONES ALIMENTARIAS.**—Constituyen una causa frecuente en nuestro medio, de episodios violentos que se caracterizan por náuseas, vómitos, diarrea, postración severa, calambres abdominales y que en ocasiones llega al estado de choque y eventualmente produce la muerte. El cuadro está determinado por la ingestión de alimentos contaminados por las toxinas de *Staphylococcus aureus* y diversas especies de *Salmonella* como son *S. typhimurium*, *S. newport*, *S. oranienburg*.

En el caso de la intoxicación alimentaria por *Staphylococcus aureus*, los síntomas se presentan en un lapso breve, generalmente de 1 a 6 horas después de la ingestión. En la intoxicación por *Salmonella* hay un lapso más prolongado de 8 a 72 horas que antecede al cuadro. El diagnóstico se finca en la historia de ingestión de alimentos contaminados con producción de síntomas similares, en la mayoría de las personas con el mismo antecedente.<sup>6, 7</sup>

#### DE ETIOLOGÍA VIRAL:

**LINFADENITIS MESENTÉRICA.**—Es un proceso supurativo de los nódulos linfáticos del mesenterio o de las fosas ilíacas. La reacción inflamatoria se limita al nódulo linfático pero la reacción secundaria del tejido adyacente puede determinar sintomatología altamente sugestiva de peritonitis o apendicitis.

La participación linfática puede ocurrir en el curso de cualquier infección bacteriana diseminada por bacteremia y suele acompañar algunas enfermedades

virales durante el curso de infecciones respiratorias altas. No se conoce la etiología pero se supone que constituye una condición secundaria que puede persistir en el abdomen después que ha desaparecido la infección primaria.<sup>8</sup>

Se ha invocado la adenitis mesentérica en cuadros de dolor abdominal recurrente pero no se ha logrado identificar su etiología. Constituye probablemente la fuente que más a menudo ocasiona errores diagnósticos y que por su similitud con apendicitis, motiva intervenciones quirúrgicas innecesarias. Debe sospecharse el diagnóstico cuando el dolor abdominal no es muy agudo, intermitente, o crónico, se acompaña de buen estado general y las cifras leucocitarias son exageradamente elevadas.

**HEPATITIS INFECCIOSA.**—Es un padecimiento relativamente frecuente que al presentarse en sus fases tempranas, antes del desarrollo de la ictericia, o cuando ésta es aún poco aparente, puede dar lugar a un diagnóstico erróneo de colecistitis.

Esto sucede cuando se acompaña de vómitos y de dolor en hipocondrio derecho como suele hacerlo en niños mayores, edad a la cual, suele aparecer la colecistitis. El diagnóstico en la fase pre-ictérica, se hace observando los cambios de color que sufre la orina y la presencia de anorexia, náusea y malestar previas a la instalación de dolor abdominal. Cuando se trata de hepatitis anictérica, que ocurre en una proporción de 1:1, el diagnóstico se fincará en los niveles anormales de la transaminasa fenil pirúvica y oxaloacética, así como de la deshidrogenasa láctica, que constituyen parámetros fidedignos en etapas tempranas de la enfermedad.<sup>9</sup>

**HERPES ZOSTER.**—Actualmente existe suficiente evidencia para considerar que este padecimiento es producido por el mismo virus que causa la varicela. Clínicamente se caracteriza por lesiones cutáneas y de las mucosas o de los ojos, y participación de fibras nerviosas, para producir el dolor tan característico de su sintomatología. Este depende de la porción del sistema nervioso afectado, suele ser sordo, punzante, pero puede ser agudo o con sensación de ardor. Generalmente precede a las lesiones cutáneas en varios días. Puede por otra parte, ser muy intenso y si afecta los ganglios lumbares, puede simular apendicitis y colecistitis, de los cuales resulta difícil de diferenciar. El diagnóstico se hace con la aparición de las lesiones típicas, a lo largo del trayecto de las fibras nerviosas, así como por la ausen-

cia de cambios importantes en el recuento leucocitario.<sup>10</sup>

#### DE ETIOLOGÍA PARASITARIA

Ocasionalmente algunos parásitos intestinales pueden provocar cuadros clínicos que en determinado momento de la evolución semejan un vientre agudo. Nos referiremos a las parasitosis que más frecuentemente pueden causar tal confusión diagnóstica en nuestro país.<sup>15</sup>

**AMIBIASIS:** La infección por *Entamoeba histolytica* es frecuente en México y las cifras fluctúan desde el 1.9% en los lactantes hasta el 14.5% en los escolares.<sup>11</sup>

Las complicaciones tanto hepáticas como la perforación intestinal con peritonitis secundaria son las más comunes y aunque en estas dos entidades la mayor parte de las veces el tratamiento es quirúrgico, en algunos casos en especial, el manejo es exclusivamente médico.

Cuando ocurre una perforación en los casos de amibiasis intestinal el tratamiento quirúrgico va encaminado a cerrarla, pero los resultados han sido desalentadores por lo que existe una corriente de conducta que piensa que se debe de manejar médicamente, lográndose algunas remisiones del proceso.

El cuadro clínico que se observa está constituido por evacuaciones diarréicas con moco y sangre, vómitos, fiebre, pujo, y hepatomegalia. Una vez que se ha producido la perforación se presentan los signos y síntomas propios de esta complicación.

Cuando existe amibiasis hepática, el diagnóstico es relativamente fácil de hacer, pero hay casos que se prestan a confusiones diagnósticas.<sup>12,13</sup> Los síntomas y signos que se observan generalmente, son hepatomegalia, fiebre, dolor en área hepática, distensión abdominal, edema y red venosa local, disnea e ictericia. En una serie, el 40% de los casos mostraron defensa muscular además de vómito.<sup>13</sup>

El aislamiento de trofózoitos o quistes del mencionado protozooario hace el diagnóstico. En los casos de absceso hepático el estudio de gabinete que mayor fidelidad ha dado para la localización y comprobación del absceso, es el gamma-grama hepático

**ASCARIASIS:** La infección por *Ascaris lumbricoides*, cuando es leve, difícilmente puede dar lugar al cuadro que nos ocupa. Sin embargo, los pacientes parasitados en forma masiva y que eliminan más de 50,000 huevecillos por gramo de heces,

cuantificados por el método de Ferreira 1:10<sup>14</sup> que clínicamente traducen un gran número de parásitos adultos en la luz intestinal, pueden simular un cuadro de vientre agudo.

Desde el punto de vista quirúrgico las complicaciones que se presentan son: oclusión intestinal, volvulus, perforación, apendicitis, absceso hepático y obstrucción laríngea.<sup>14</sup>

También se presenta suboclusión intestinal en el 52.3%, y los datos clínicos observados son dolor abdominal en el 100.0%, vómitos en el 95.6%, ausencia de evacuaciones en el 71.7%, meteorismo en el 45.6%, tumoración en el 69.5%, fiebre en el 39.1%; no se observa defensa muscular ni evacuaciones con sangre como sí acontece en la oclusión o en el volvulus. Un dato importante y que ayuda en el diagnóstico es la expulsión de helmintos (97.8%).

El manejo de los casos de suboclusión intestinal se debe hacer de la manera siguiente: A.—Preparación preoperatoria, B.—Administración de piperazina (100 mgr., por kilo de peso, dosis única) y C.—Observación de la evolución y que si no es favorable debe ser sometida a cirugía.<sup>14</sup>

**FASCIOSIS:** La infección por *Fasciola hepática* es relativamente rara en México, pero los pocos casos que se han encontrado, han constituido un problema diagnóstico y algunos han sido sometidos a laparotomía.<sup>16</sup> El cuadro clínico por lo general es de evolución prolongada, pero más bien es debido por la tardanza en efectuarse el diagnóstico, que por enfermedad en sí.

Cuando *Fasciola hepática* se encuentra en el período inicial de su ciclo biológico, es cuando más fácilmente el cuadro clínico presenta la signología y sintomatología de vientre agudo. Este período se caracteriza por presentar fiebre en agujas, mal estado general, dolor en área hepática, hepatomegalia, leucocitosis, eosinofilia, red venosa superficial, ascitis y en ocasiones ictericia.<sup>16</sup>

Los datos clínicos cardinales para establecer el diagnóstico diferencial será la persistencia de las evacuaciones, eosinofilia elevada y el antecedente epidemiológico de haber ingerido berros (*Nasturtium officinalis*). Cuando la infección pasa al período de estado, algunos pacientes pueden presentar cuadros semejantes a colestitis o a colelitiasis.

**TRIQUINOSIS:** Cuando la *Trichinella spiralis*, se encuentra en el período intestinal puede dar lugar

a un cuadro de vientre agudo ya que en esa fase se observa dolor abdominal intenso, hipertermia, náusea, vómito y diarrea que dura aproximadamente 5 días. Se observa posteriormente edema facial y eosinofilia.<sup>17</sup>

Otros parásitos intestinales capaces de producir dolor abdominal severo y simular un vientre agudo son: *Uncinaria, sp.*, *Trichiuris trichiura*, *Strongyloides stercoralis*, *Hymenolepis nana*, *Enterobius vermicularis*, *Taenia, Sp.*, y *Trichomonas Hominis*.<sup>15</sup>

#### ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONJUNTIVO

Las enfermedades de la colágena son aparentemente poco frecuentes en nuestra población, pero la mayoría de ellas son capaces de producir dolor abdominal agudo. Este síntoma en ocasiones puede constituir la primera manifestación de una colagenosis, en tanto que en otras, puede aparecer como complicación.

**FIEBRE REUMÁTICA.**—Frecuentemente en niños pequeños, el dolor abdominal puede ser la molestia inicial de este padecimiento. Puede aparecer antes de que se manifieste la carditis y también suele ocurrir en las recaídas de la fiebre reumática. En ocasiones, la severidad del dolor puede simular una apendicitis a tal grado que resulta prácticamente imposible descartar esta última. El diagnóstico se finca en la presencia de las manifestaciones mayores del padecimiento, tales como carditis, artritis, corea, presencia de nódulos subcutáneos, así como eritema marginado.<sup>18</sup>

**LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.**—Es una enfermedad con manifestaciones proteanas que afecta diversos órganos y tejidos del organismo, entre los cuales la serositis participa a menudo con ataque a peritoneo para determinar síntomas abdominales y ascitis. La arteritis que puede afectar cualquier vaso ha sido implicada también como causa posible de las manifestaciones abdominales, las cuales pueden tener una diversidad de formas pero suelen sugerir apendicitis generalmente por congestión y vasculitis de la submucosa y subserosa del intestino y sus anexos. Puede asimismo sugerir otros cuadros intrabdominales agudos; por otra parte la gran variedad de órganos que pueden estar implicados, hace imposible la descripción de un cuadro clínico estereotipado en asociación a este padecimiento.

Los síntomas que se asocian generalmente sugieren abdomen agudo, incluyendo náusea, vómitos, diarrea o constipación, distensión abdominal, con rigidez muscular, dolor a la palpación y signo de rebote.<sup>19</sup>

**ARTRITIS REUMATOIDE.**—Sólo en raras ocasiones se asocia a dolor abdominal y de hacerlo así parece ser debido a la presencia de linfadenitis mesentérica que ocasiona los síntomas intrabdominales.<sup>19</sup>

Hay otros padecimientos capaces de afectar el tejido conjuntivo y de causar dolor abdominal. La poliarteritis nodosa, produce infartos múltiples del intestino con la consiguiente irritación peritoneal. El escleroderma es una esclerosis sistémica y progresiva que afecta piel y tejido conjuntivo de diversos órganos y del aparato digestivo, determina una acumulación diseminada de tejido colágeno de la submucosa y serosa con la consiguiente degeneración de las fibras musculares lisas y atrofia de la mucosa, puede haber participación vascular con formación de infartos.

Otras entidades que caben dentro de este grupo son la espondilitis anquilosante, la artritis hipertrófica de columna vertebral y los procesos degenerativos del disco intervertebral que pueden producir irritación de las raíces nerviosas y la consiguiente sintomatología dolorosa que puede estar referida a la cavidad abdominal y deben ser considerados en el diagnóstico diferencial en niños mayores.<sup>19</sup>

**PÚRPURA ANAFILACTOIDE.**—Esta entidad se conoce también bajo otras denominaciones entre las que destacan púrpura de Schoenlein y púrpura de Henoch. El cuadro clínico es el de una púrpura no trombocitopénica, cuyas manifestaciones cutáneas son más prominentes en las porciones bajas del tronco, caderas y piernas y frecuentemente se asocian a crisis dolorosas abdominales con melena y ocasionalmente con artralgias y cambios en la orina que sugieren nefritis aguda.<sup>19</sup>

La etiología es desconocida y en ocasiones el inicio del padecimiento, así como sus exacerbaciones pueden ser vinculadas a sustancias específicas, por lo que connota un origen alérgico. Una proporción considerable de casos se inician en asociación a procesos infecciosos de vías respiratorias altas, las más de las veces, por *Streptococcus beta hemoliticus*.<sup>20</sup>

Los síntomas y signos que surgen en el abdomen son de intensidad variable y suelen estar constituidos

dos por episodios de cólicos abdominales, con náusea, vómito y en una gran proporción de enfermos con sangre macroscópica u oculta en heces. En otros suele haber hematemesis. Este cortejo de síntomas puede ser la manifestación inicial y preceder las lesiones desde unas horas hasta varios días.<sup>21</sup>

El punto o puntos de sangrado intestinal puede originar una invaginación que ha sido observada en un porcentaje de enfermos purpúricos y que puede ocurrir en el niño mayor para constituir a más de los cólicos un motivo agregado de confusión diagnóstica respecto a un abdomen agudo.

Se ha invocado el edema local de pared intestinal, así como la invaginación intermitente como causas de las manifestaciones dolorosas del cuadro. Por otra parte, hay evidencia de que se trata de una vasculitis con producción de sangrado. El diagnóstico se basa en la aparición de las lesiones típicas y en antecedentes del padecimiento, pero es problema diagnóstico serio antes de que se hagan manifiestas las lesiones purpúricas, que en ocasiones pueden faltar y en cuyo caso el diagnóstico se orienta por las manifestaciones viscerales y articulares.

#### ENFERMEDADES DE ORIGEN METABÓLICO

**DIABETES MELLITUS JUVENIL.**—Dentro del cuadro clínico de esta entidad, cobra particular importancia la cetoacidosis que constituye una complicación o manifestación aguda del proceso de fondo. Esta traduce una disminución de la acción insulínica por la pérdida más o menos brusca de la relación entre el consumo y el aporte de insulina.

En una proporción importante de pacientes con diabetes mellitus juvenil, el diagnóstico se establece a partir de un episodio de cetoacidosis, por lo que resulta fundamental considerar esta posibilidad en el diagnóstico diferencial, no sólo en problemas relacionados con el equilibrio hidroelectrolítico, sino también en cuadros abdominales. Lo anterior se basa en que muchas veces el proceso se inicia con náusea, vómito y dolor abdominal, que pueden sugerir las características de un proceso abdominal agudo, que ha merecido el nombre de pseudo peritonitis y que suele acompañarse de leucocitosis con neutrofilia. Las manifestaciones abdominales se han relacionado a deshidratación y pérdida salina, así como con el aumento rápido de las cetonas circulantes.<sup>21,22,23</sup>

El diagnóstico se finca en los antecedentes personales y familiares, en el cuadro clínico descrito y

mediante la comprobación en el laboratorio de hiperglicemia, glucosuria, cetonuria, acidosis y deshidratación generalmente hiponatémica, que son de incalculable valor en una situación de emergencia. Otras manifestaciones clínicas del cuadro que deben sugerir su etiología, son las de tipo neurológico tales como cefalea, somnolencia, postración, y estupor, que incluso puede llegar al coma.

**INSUFICIENCIA SUPRARRENAL AGUDA.**—La deficiencia absoluta o relativa de las hormonas de la corteza suprarrenal durante agresiones de diversa índole (infección, traumatismo, cirugía) da lugar a un cuadro grave que se ha denominado crisis adrenal. Clínicamente se caracteriza por insuficiencia circulatoria, desequilibrio hidroelectrolítico, trastornos neurológicos, alteraciones cutáneas y manifestaciones gastrointestinales; estas últimas a manera de anorexia, náuseas, vómitos y dolor abdominal que puede adquirir una intensidad tal que sugiere un abdomen agudo y que requiere un diagnóstico diferencial preciso. Estas alteraciones están condicionadas por el trastorno hidroelectrolítico.<sup>21,22</sup>

En la edad pediátrica existen situaciones que pueden favorecer la instalación del cuadro agudo descrito y se refieren principalmente a trastornos congénitos y hereditarios en la esteroidogénesis así como a hipofunción adrenal consecutiva al uso prolongado de esteroides.<sup>24</sup>

Además de los antecedentes y de los datos clínicos que en ocasiones son la primera manifestación de un trastorno suprarrenal, el laboratorio presta fundamental ayuda para el diagnóstico de la crisis aguda. El sodio y cloro están bajos, el potasio elevado, hay acidosis metabólica de grado variable, aumento del hematocrito, retención azoada, hipoglicemia y aumento en la cuenta de eosinófilos en la sangre periférica.

**HIPERPARATIROIDISMO.**—Constituye otra entidad metabólica cuyo cuadro clínico puede tener manifestaciones de tipo gastrointestinal y que se han relacionado al efecto depresor de la hipercalcemia sobre la irritabilidad neuromuscular, y con el aumento de secreción gástrica que pueden propiciar la formación de úlcera péptica.<sup>25,26,27</sup>

El padecimiento es crónico, con exacerbaciones y remisiones. Las manifestaciones gastrointestinales más comunes son anorexia, dolor abdominal, constipación, náusea y vómitos. De hecho, el 24% de los pacientes con hiperparatiroidismo cursan con úlcera

duodenal y el 1.3% de los ulcerosos padecen hiperparatiroidismo.<sup>28</sup> El diagnóstico puede sospecharse cuando existen trastornos renales, óseos, neurológicos, y los datos químicos de hipercalcemia, hipofosfatemia, hipercalciuria y aumento de la fosfatasa alcalina en suero.

Este trastorno es relativamente poco frecuente antes de la pubertad, desconociéndose su incidencia exacta, pero tal parece que el número de casos diagnosticados es cada vez mayor probablemente por el mejor conocimiento de la entidad. El hiperparatiroidismo primario se ha asociado principalmente a adenomas y menos frecuentemente a hiperplasia de las paratiroides.<sup>27</sup>

Un gran número de investigadores la admiten como causa de pancreatitis que explican por el hecho de que la hormona paratiroidea a dosis elevadas puede causar necrosis pancreática en el animal de experimentación, así como por la posible precipitación del calcio en los conductos pancreáticos con formación de cálculos y obstrucción.

**HIPERLIPOPROTEINEMIAS FAMILIARES.**—Constituyen una causa rara del síndrome que nos ocupa y también se conocen con el nombre de hiperlipemias familiares esenciales. Se han descrito diferentes variedades, entre las cuales la caracterizada por hiperquilomicronemia debida a un defecto en la eliminación plasmática de los quilomicrones y de otras lipoproteínas ricas en triglicéridos, constituye la más común de dolor abdominal, que generalmente se localiza en cuadrante superior izquierdo con irradiaciones a epigastrio. Parece estar condicionada por disminución en la actividad lipásica por una probable anomalía hereditaria.<sup>29,30</sup>

**FIEBRE PERIÓDICA.**—Una serie de trastornos denominados genéricamente como fiebre periódica son capaces de producir episodios recurrentes de fiebre acompañada de manifestaciones diversas. Una de las entidades que mejor ejemplifican esta denominación es la fiebre mediterránea familiar, también conocida como peritonitis paraxística benigna y poliserositis periódica. Es un trastorno hereditario que afecta comúnmente pero no de manera exclusiva a personas de descendencia judía. Las manifestaciones clínicas dependen de la participación de las serosas donde predominan la peritoneal, que da lugar a dolor, hiperestesia, rebote doloroso, resistencia muscular con vientre en madera, además fiebre y vómitos. El trastorno se presenta frecuentemente a

la edad de adolescente y el diagnóstico se efectúa por exclusión, ya que no hay alteraciones específicas desde el punto de vista de laboratorio<sup>21,30</sup>.

#### TRASTORNOS DE ORIGEN GINECOLÓGICO

**DISMENORREA.**—La presencia de dolor abdominal precediendo o acompañando a la menstruación es un problema relativamente frecuente en las adolescentes, sobre todo poco tiempo después de iniciada la menarquia. El dolor característicamente se ha descrito de tipo cólico, bilateral, bajo, que se acompaña en ocasiones de trastornos gastrointestinales como diarrea, náusea y vómitos. La dismenorrea se ha clasificado como primaria o secundaria dependiendo de la existencia o ausencia de enfermedad pélvica que lo pueda explicar. La etiología en la dismenorrea primaria no ha sido plenamente establecida sin embargo se ha relacionado con diversos factores tales como psicógenos, obstructivos, endócrinos, así como malformaciones uterinas<sup>32,33</sup>.

**ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA.**—La infección de útero y trompas con o sin extensión a ovarios y peritoneo pélvico se designa con el nombre de enfermedad inflamatoria pélvica. Este proceso generalmente es secundario a infección del canal genital bajo. Desde el punto de vista etiológico está condicionado con mayor frecuencia por *NEISSERIA GONORRHEAE*, *STREPTOCOCCUS VIRIDANS*, *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* Y *ALBUS*, *E. COLI*, *PROTEUS VULGARIS* Y *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS*, este último determina infección crónica<sup>32,33</sup>.

El inicio en forma de un episodio agudo, y dependiendo del tratamiento, tendrá una remisión completa o pasará a la cronicidad con recurrencias agudas o sub agudas. En la mayoría de los casos, los síntomas agudos aparecen durante o inmediatamente después del período menstrual y se caracterizan en los casos severos, por dolor abdominal bajo, bilateral, acompañado de rigidez muscular, hiperestesia, distensión, náuseas, vómitos, fiebre, taquicardia, leucocitosis y postración.

Suele haber absceso tubárico o tubo-ovárico asociado, que es posible palpar a pesar de la rigidez y sensibilidad abdominal. El examen pélvico es generalmente difícil pero aporta información útil para el diagnóstico y un aspecto importante para el mismo, lo constituye en ocasiones el estudio de frotis vaginal. El tratamiento es generalmente de tipo mé-

dico pero en ocasiones la dificultad diagnóstica obliga a intervenir quirúrgicamente.

**RUPTURA DEL FOLÍCULO DE GRAAF.**—En algunos casos la ovulación se acompaña de fenómenos dolorosos pélvicos generalmente unilaterales, de instalación brusca, como un episodio aislado o como repetición de otros ocurridos previamente. Comúnmente no se acompañan de sintomatología gastro-intestinal ni de irritación peritoneal. El diagnóstico se basa en episodios previos, así como en la coincidencia del cuadro con la mitad del ciclo menstrual en una paciente en quien ya se ha iniciado este fenómeno<sup>32,33</sup>.

#### CAUSAS DE ORIGEN GASTROENTEROLÓGICO

**ÚLCERA PÉPTICA.**—Las úlceras gástricas y duodenales aparecen en todas las edades desde la lactancia hasta la adolescencia e inclusive en el período neonatal. Su incidencia es desconocida, pero se consideran poco frecuentes en edades pediátricas. Por lo general la lesión aparece en la pared posterior del duodeno y es menos frecuente en el estómago. Además de la úlcera denominada primaria, existe el tipo secundario de úlceras concomitantes a lesiones del sistema nervioso central así como las producidas por "stress" y el uso de esteroides<sup>34</sup>.

La manifestación dolorosa de la úlcera péptica tiene variaciones a través de las diferentes edades pediátricas. Si bien a edades más tempranas ésta resulta difícil de precisar si se asocia a cólicos, a edades más avanzadas hay molestias digestivas poco precisas con dolor difuso ocasionalmente referido a región periumbilical. Este síntoma no suele tener una relación directa con los alimentos, en algunos casos suele haber dolor que mejora con la ingesta de alimentos, pero en otros puede aumentar después de comer. Los vómitos son poco frecuentes, pero a menudo se observan trastornos emocionales y de la conducta en niños ulcerosos<sup>3</sup>.

En términos generales la sintomatología de la úlcera varía ampliamente ya que puede ser manifestada únicamente por sangrado en edades tempranas, seguir un curso más o menos agudo con remisión total, o seguir un curso crónico rebelde al tratamiento y capaz de producir hemorragia u obstrucción. Las úlceras secundarias no suelen ocasionar dolor.

Cuando la manifestación dolorosa es aguda, cuando hay sangrado abundante, así como cuando los vómitos son las características más sobresalientes y en ocasiones cuando la lesión ulcerosa produce irritación peritoneal, el cuadro puede semejar un vientre agudo. El diagnóstico se finca en los antecedentes de cuadros previos y en su asociación con trastornos emocionales y sobre todo en el estudio radiológico.

**PANCREATITIS AGUDA.**—Es una enfermedad del adulto pero los casos en niños son cada vez más frecuentes. La etiología ha sido difícil de establecer y se ha relacionado con problemas obstructivos de ampulla de Vater y conductos pancreáticos, infección, hiperparatiroidismo, quistes del colédoco y traumatismo<sup>35, 36</sup>. El cuadro clínico es similar al descrito en adultos, en donde el síntoma predominante es el dolor abdominal de aparición súbita que puede llevar al estado de choque. Este tiene su localización más común en epigastrio con irradiación a dorso, tórax y resto del abdomen. Se acompaña de náuseas, vómitos, distensión abdominal y estreñimiento. Ocasionalmente existe ictericia en los días que siguen a la instalación del cuadro, seguida de manifestaciones de irritación peritoneal que pueden presentarse en grado variable al igual que fiebre y ascitis.

Dentro de las diferentes variedades de pancreatitis aguda, la traumática es de especial interés cuando existe este antecedente inmediato, aún cuando en algunos casos éste ocurre semanas antes del cuadro agudo. La sintomatología y signología dependen de la extensión de la lesión pancreática (necrosis, hemorragia, distensión de la cápsula), así como de las lesiones asociadas en órganos vecinos, situaciones de las que también dependerá el tratamiento.

En la mayoría de los casos de pancreatitis, los datos clínicos no permiten establecer el diagnóstico de certeza, por lo que éste deberá apoyarse en la elevación de las enzimas pancreáticas en sangre, para lo cual es aconsejable determinaciones seriadas. Frecuentemente existe hiperglicemia y glucosuria moderadas explicables por el daño a los islotes pancreáticos y el "stress". En general hay leucocitosis con neutrofilia y ocasionalmente hiperlipemia pasajera, debiendo señalarse que la pancreatitis puede ser una complicación de la hiperlipemia idiopática<sup>27</sup>.

La radiografía simple de abdomen sólo muestra íleo paralítico particularmente en las asas yeyunales vecinas al páncreas.

## CAUSAS DE ORIGEN HEMATOLÓGICO

**ANEMIA DREPANOCÍTICA.**—Constituye una anemia hemolítica persistente con episodios intermitentes de crisis dolorosas abdominales, durante las cuales el fenómeno hemolítico se acentúa. La enfermedad está asociada a un defecto congénito en la síntesis de la hemoglobina y ocurre preferentemente en la raza negra<sup>3</sup>.

En todos los enfermos, los eritrocitos son capaces de modificar su morfología en respuesta a los cambios de la presión parcial del oxígeno en su interior, que al descender les hace adoptar una forma filamentosa y alargada como media luna. Por lo general, los enfermos sólo cursan con anemia leve, con tinte icterico de las escleróticas y esplenomegalia en edades tempranas. Suele haber episodios recidivantes de astenia, fatiga, anorexia, con exacerbaciones de la ictericia, de la palidez y la aparición esporádica de crisis dolorosas abdominales que pueden suscitar la duda diagnóstica. El dolor abdominal suele ser la manifestación inicial y puede asociarse a ileo paralítico y a un vientre en madera que a menudo resulta difícil de diferenciar de las entidades que nos ocupan<sup>3</sup>.

El acúmulo de eritrocitos en las arterias pequeñas es responsable de las crisis dolorosas al producirse infartos minúsculos que pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo<sup>29</sup>.

El diagnóstico se basa en crisis previas, en la presencia de ictericia hemolítica y ocasionalmente por la imagen radiográfica típica de cráneo, además de las peculiaridades de los eritrocitos<sup>29</sup>.

**LINFOMA.**—Puede ser motivo de dolor abdominal por irritación peritoneal o por crecimiento linfático, y más remotamente, cuando determina crecimiento esplénico rápido, con estiramiento de su cápsula.

**LEUCEMIA.**—Puede reproducir la sintomatología abdominal aguda, por infiltración de las vísceras abdominales o de los nódulos linfáticos. El diagnóstico se basa en la evolución de las manifestaciones sistémicas, y en los hallazgos hematológicos.

## INTOXICACIONES

**ENVENENAMIENTO POR METALES PESADOS.**—Puede ocurrir con la ingestión de plomo, mercurio y arsénico

y produce dolor abdominal de tipo cólico. Cuando se asocian síntomas de encefalopatía, neuritis periférica, o la tinción característica de los dientes, debe sospecharse saturnismo. El mercurio ocasiona dolor abdominal, estomatitis y colapso vascular, en tanto que el arsénico suele producir hiperpigmentación de la piel, hiperqueratosis de palmas y plantas asociadas a neuropatía periférica<sup>7</sup>.

**ARACNIDISMO.**—En México fundamentalmente tiene como agente etiológico a *LATRODECTUS MACTANS* (araña capulina). Pocas veces es mortal pero las contraacturas y dolor abdominal pueden simular un cuadro de vientre agudo, la similitud se acentúa por aparición de leucocitosis. Esto se señala especialmente en niños, que en ocasiones no refieren o no recuerdan el sitio de la picadura.

El diagnóstico se hace al identificar la huella de la picadura y de ser posible por identificación del animal causante del accidente. Clínicamente habrá dolor en el sitio de la picadura y como manifestaciones generales, se encuentra dolor y rigidez abdominales, dolores musculares, vómitos, debilidad con sudoración y salivación. También se presenta cefalea, fiebre, respiración difícil e hipertensión arterial. Además de la leucocitosis ya referida, pueden aparecer cambios inespecíficos en el electrocardiograma<sup>37</sup>.

## CAUSAS DE ORIGEN PSICOSOMÁTICO

Una entidad importante, capaz de motivar cuadros de dolor abdominal recurrentes variables, lo constituyen los padecimientos con un fondo psicossomático claro, tales como la aerofagia y el síndrome de colon irritable, que suelen depender de una sobreprotección materna. Actualmente otras entidades tienden a ser englobadas en esta etiología, padecimientos de origen obscuro tales como epilepsia abdominal que no ha encontrado una corroboración en los estudios electroencefalográficos<sup>38</sup>.

La apendicitis crónica, la linfadenitis mesentérica y seguramente muchas otras pueden ser producto de una fobia inconsciente, capaces de producir sintomatología referida a abdomen. En estos casos suele haber otras manifestaciones psicológicas con rasgos peculiares de la personalidad, que pueden orientar a manipulaciones ambientales, que determinan cuadros que generalmente no se conforman a los clásicos.

## DISCUSIÓN

De nuestra agrupación etiológica de las causas del síndrome, no se deriva otra utilidad que la de un ordenamiento parcial que permite su consideración clínica global. Sin embargo, si enlistamos las causas según su frecuencia en las diferentes etapas pediátricas, tendremos una guía práctica para el diagnóstico diferencial del vientre agudo.

Así pues, en el lactante y recién nacido vemos que las infecciones bacterianas tienen una prevalencia absoluta, o sea que constituyen la causa principal del cuadro en las edades tempranas de la vida. En esta misma época, merecen también consideración las parasitosis en nuestro medio, pero éstas tienen una incidencia mucho menor que las anteriores. No sabemos hasta qué punto cabe considerar la posibilidad de procesos metabólicos congénitos, que si bien se manifiestan a edades tempranas, son capaces de eludir el diagnóstico, provocando la muerte.

En las edades extremas de la pediatría, difieren radicalmente los padecimientos capaces de determinar un cuadro abdominal agudo, en tanto que en el grupo intermedio constituido por el niño a la edad preescolar, ocurren causas que son propias de los otros dos grupos. Es así como en esta época siguen preponderando las infecciones parasitarias. De la misma manera se hacen más frecuentes las enfermedades virales tales como la hepatitis que es relativamente rara durante la lactancia. También aparece la linfadenitis mesentérica que probablemente constituye la causa más frecuente de confusión diagnóstica que motiva intervenciones quirúrgicas innecesarias. Asimismo, aunque de manera más remota, cabe pensar en la peritonitis tuberculosa como causa de un cuadro abdominal agudo en esta edad, así como el inicio de una enfermedad de la colágena, sin olvidar los padecimientos de origen metabólico hereditarios, época en la que se hacen más evidentes.

Por último, a la edad del escolar y del adolescente, el diagnóstico diferencial constituye un problema más serio, ya que además de que cabe con-

siderar la casi totalidad de los padecimientos que ocurren en el adulto, aparecen las causas psicológicas del desarrollo. Los padecimientos ginecológicos constituyen un motivo especial de preocupación. En estos últimos, en los que incluimos la gonorrea, hay amplio motivo de confusión debido a que frecuentemente el recato, el pudor, y la timidez propias de la edad y del sexo, además de la ignorancia y de un posible sentimiento de culpa, son capaces de enmascarar el diagnóstico. Este requiere tacto y habilidad en el interrogatorio intencionado, así como la insustituible suspicacia clínica para su identificación.

Puesto que nuestra meta no es hacer una relación exhaustiva de las causas capaces de producir o remedar un síndrome abdominal agudo, sino asentar aquellas que son capaces de hacerlo en nuestro medio, hemos omitido entidades tales como la pielonefritis, que sólo produce dolor a edades adultas, la hemocromatosis que no hemos encontrado referida. La ileitis regional y la colitis ulcerosa que aparecen en la literatura extranjera como causas del síndrome, no suelen hacerlo en nuestro medio ya que la primera es sumamente rara y la segunda tiene características especiales, entre las cuales no figura el dolor abdominal<sup>39</sup>. No hemos incluido el paludismo, ya que prácticamente ha desaparecido en nuestro país.

La diversidad de factores capaces de producir o remedar el síndrome abdominal agudo, dificultan el diagnóstico y éste resulta más complejo cuando se agregan factores psicosomáticos en sus manifestaciones. Es en esta situación que surge la eterna duda respecto a si los trastornos emocionales son responsables de la sintomatología abdominal, o son producto de un fondo orgánico capaz de determinar el dolor<sup>38</sup>. A cualquier edad que se presente el síndrome y cualquiera que sea su causa, requiere acuciosidad en la exploración, prontitud y precisión en el diagnóstico y una meticulosa consideración de otras causas capaces de motivar una situación de ansiedad para el paciente, de auténtica angustia para los padres y de severa responsabilidad para el médico.

## REFERENCIAS

1. DUNN, P. M.: *Intestinal obstruction in the newborn with special reference to transient functional ileus associated with respiratory distress syndrome*. Arch. Dis. Childhood, 38:459, 1963.
2. SCHAFFER, A. J.: *Diseases of the Newborn*. 2nd. Ed. London, W. B. Saunders Co., 1965, p. 420.
3. NELSON, W. E.: *Textbook of Pediatrics 7th. Ed.* Philadelphia W. B. Saunders Co., 1959.
4. NADAS, A. S.: *Pediatric Cardiology, 1st. Ed.* Philadelphia and London, W. B. Saunders Co., 1957, p. 231.
5. CRIOLLOS TORRES, O.: Comunicación personal.
6. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: *Procedimientos para la investigación de brotes de enfermedades transmitidas por alimentos*. 2a. Ed. Washington, D. C. Organización Mundial de la Salud, 1967, p. 28.
7. NETTER, F. H.: *Lower Digestive Tract. (Part II)*. New York, CIBA, 1962, p. 152.
8. STOWENS, D.: *Pediatric Pathology*. 2nd Ed. Baltimore. The Williams & Wilkins Co., 1966, p. 547.
9. KRUGMAN, S.; WARD, R.: *Infectious Diseases of Children*. 3rd, Ed. St. Louis, C. V. Mosby Co., 1964, p. 102.
10. BLANK, H.; RAKE, G. W.: *Enfermedades por virus y rickettsias de la piel, ojos y mucosas del hombre*. Castro, E. S. (Trad.). 1a. Ed. Boston, Little Brown Co., 1955, p. 79.
11. MARTUSCELLI, Q. A.: *Frecuencia de los parásitos intestinales en niños de la República Mexicana*. Rev. Mex. Pediat. 36:111, 1967.
12. PORTILLO, L. J.; BELTRAN, B. F.: *Absceso hepático amibiano. Observaciones sobre 100 casos*. Bol. Med. Hosp. Inf. Mex. 22:719, 1965.
13. GONZALEZ, P. C.: *Absceso hepático amibiano agudo con insuficiencia grave del hígado y hepatitis amibiana*. Bol. Méd. I.M.S.S. 7:69, 1965.
14. BIAGI, F. F.; BELTRAN, B. F.: *Observaciones sobre 88 casos de complicaciones quirúrgicas de la ascariasis*.
15. MARTUSCELLI, Q. A.; BIAGI, F. F.: *Evaluación de sintomatología atribuible a algunos parásitos intestinales*. Bol. Méd. Hosp. Inf. Méx. 17:857, 1960.
16. BIAGI, F. F.; SOTO, R.; DORANTES, S.; CASTREJON, O.; PORTILLA, J.: *Dos casos de fasciolosis en su período inicial, como problema de diagnóstico*. Bol. Méd. Hosp. Inf. Méx. 14:533, 1957.
17. CRIOLLOS, O.; MARTUSCELLI, Q. A.; FLORES, S. E.: *Triquinosis en niños, Informe de dos casos*. Rev. Mex. Pediat. 34:215, 1965.
18. MARKOWITZ, M.; KUTTNER, A. G.: *Rheumatic Fever. (Vol. 11-MPCP)*. Philadelphia. W. B. Saunders Co., 1965, p. 60.
19. GLAS, W. W.; GOULD, S. E.: *The Acute abdomen*. Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1966, p. 111.
20. DODGE, W. F.; TRAVIS, B. L. y DAESCHNER, C. W.: *Anaphylactoid purpura, polyarteritis nodose and purpura fulminans*. Pediat. Clin. North Am. Nov. 1963, p. 879.
21. FRENK, S.: *Urgencias en Endocrinología. Manual de Urgencias Médicas en Pediatría*. México, 1966, E. Picazo Michel (Ed.), p. 133.
22. WILLIAMS, R. H.: *Textbook of Endocrinology*. 4th. Ed. Philadelphia, W. B. Saunders, Co., 1968, p. 613.
23. WILKINS, L.: *Enfermedades endocrinas en la infancia y adolescencia* (Trad. de la 3a. Ed. 1965). Editorial Espaxs, Barcelona, p. 557.
24. BRADLEY, R. F.: *Tratamiento de la cetoacidosis y el coma diabéticos*. Clin. Med. Nor. Am. Julio, 1965, p. 961.
25. VISSER, H. K.: *The adrenal Cortex in Childhood*. Arch. Dis. Chil., 1966, 41:113.
26. CLERKIN, E. P.; MURPHY, R.: *Hipercalcemia y tubo digestivo*. Clin. Med. Nor. Am. Marzo, 1966, p. 569.
27. HARRISON, T. R.: *Medicina Interna*. 2a. Ed. México, La Prensa Médica Mexicana, 1962.
28. COPE, O.; CULVER, P. J.; MIXTER, C. G., JR. y NARDI, G. L.: *Pancreatitis, a diagnostic clue to hyperparathyroidism*. Ann. Surg. 145:857-863. Junio, 1957.
29. STANBURY, J. B.; WYNGAARDEN, J. B.; FREDRICKSON, D. S.: *The metabolic basis of inherited disease*. 2nd, Ed. New York, McGraw Hill Book, Co., 1966, p. 429.
30. NUGENT, F. W.; HOFFMAN, D.: *Páncreas y enfermedades generales*. Clin. Med. Nor. Am. Marzo, 1966, p. 449.
31. NUGENT, F. W.; BURNS, J. R.: *Enfermedad periódica*. Clin. Med. Nor. Am. Marzo, 1966, p. 371.

32. JONES, H. W.; HELLER, R. H.: *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Baltimore, The Williams & Wilkins, Co., 1966, p. 310.
33. NOVAK, E. R.: *Textbook of Gynecology*. 6th edition. Baltimore, 1961. The Williams and Wilkins, p. 739.
34. TUDOR, R. B.: *Úlceras pépticas en la niñez*. Clin. Pediat. de Nor. Am. Febrero, 1968, p. 109.
35. LEISTYNA, J.; MACAULAY, J. C.: *Traumatic pancreatitis in childhood*. Am. Jour. Dis. Child. 107:644, 1964.
36. GIBSON, L. E.; HALLE, J. A.: *Acute pancreatitis associated with congenital cyst of the common bile duct*. Jour. Ped. 55:650, 1959.
37. TAY, J.; BIAGI, F. F.: *Accidentes por animales venenosos*. Rev. Fac. Med. (Mex), 3:811, 1961.
38. APLEY, J.: *El niño con dolor abdominal recurrente*. Clin. Ped. Nor. Am. Febrero, 1967, p. 63.
39. VILLA MICHEL, M.; PEREZ PASTEN, E.; GUILLERMO GUTIERREZ TOPETE, G.; MARTUSCELLI, Q. A.: *Colitis ulcerosa inespecífica en el lactante*. Leído ante las Primeras Jornadas Médicas del I.M.S.S. Mayo, 1968, México, D. F.