

11710
16
Eoj



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Dirección General de Servicios Médicos del D.D.F.
Dirección de Enseñanza e Investigación
Curso Universitario de Especialización en Cirugía Pediátrica



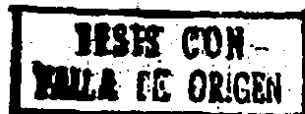
COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LA ASCARIDIASIS

**TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA
P R E S E N T A**

DR. JORGE TELLEZ LOPEZ
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA PEDIATRICA

**DIRECTOR DE TESIS
DR. ELEAZAR VALLE MENA**

1986





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

| | |
|---|----|
| INTRODUCCION | 1 |
| JUSTIFICACION O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| OBJETIVOS | 3 |
| METODOLOGIA | 4 |
| RESULTADOS | 5 |
| CONCLUSIONES | 14 |
| RESUMEN | 18 |
| BIBLIOGRAFIA | 20 |

INTRODUCCION

La ascaridiasis es una parasitosis difundida por todos los sitios del mundo con climas cálidos (1), más frecuente en el medio rural en donde las malas condiciones higiénicas favorecen la infestación en el 60% al 100% de niños (2), en México es una de las parasitosis más frecuentes, calculándose que el 33% aproximadamente de la población se encuentra infestada (3,4). Predomina en niños de 2 a 5 años de edad, que ya juegan en la tierra, e ingieren con mayor facilidad los huevecillos del *Ascaris Lumbricoides* que vive en la luz del intestino delgado, la hembra pone -- aproximadamente 200,000 huevos por día, que miden de 45 a 75 micras de longitud. Cuando el huevo queda depositado en el suelo o en el piso de la casa, empieza a desarrollarse un proceso embrionario que en una semana y media aproximadamente contendrá una larva móvil en su interior y al mes aproximadamente, será infectante el huevo y podrá permanecer así por meses o años. No saldrá del huevo mientras esté en el suelo, sino hasta que sea deglutido, -- llevado a la boca por los dedos del niño; cuando llegan al duodeno se abren y las larvas penetran en la pared intestinal invadiendo los linfáticos y vénulas del mesenterio, pasando al hígado, de ahí a los pulmones, en donde se producen pequeñas hemorragias e infiltración celular aguda alrededor de las larvas, que si es severa provocan el llamado síndrome de Loeffler; después de crecer en los pulmones, la larva alcanza a la epiglotis y siendo deglutida se aloja en el intestino delgado, en donde crecerá hasta su --

JUSTIFICACION O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Durante la práctica diaria de la medicina en un servicio de urgencias pediátricas, se enfrenta el médico con parasitosis diversas y con alguna frecuencia con complicaciones quirúrgicas de éstas, siendo en nuestro medio la ascaridiasis, la causa más frecuente de complicaciones quirúrgicas y la mayoría de estos pacientes son desnutridos, por lo que cursan con dificultad para hacer aparente una patología grave, incrementándose por lo tanto la posibilidad de desarrollar complicaciones al no establecerse les a tiempo un diagnóstico oportuno, teniendo por tanto un pronóstico más grave que el de un paciente eutrófico. Por lo anterior, se realiza el estudio de las diversas formas de presentación en nuestro medio de las complicaciones de la ascaridiasis, para tenerlas presentes por su frecuencia, al realizar alguna valorización en pacientes con abdomen agudo, sobre todo desnutridos y así realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos.

OBJETIVOS.

Analizar los diversos procedimientos quirúrgicos realizados y resultados obtenidos en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Infantil Moctezuma por alguna complicación de ascaridiasis, para poder disponer de diversos procedimientos quirúrgicos de acuerdo a los hallazgos transoperatorios y en forma individualizada con cada caso en particular, de acuerdo a nues

tra experiencia en este tipo de padecimiento, así como determinar su morbimortalidad en nuestros pacientes.

METODOLOGIA.

Se trata de una encuesta descriptiva, en la cual se revisará nuestra experiencia en pacientes intervenidos de complicaciones quirúrgicas por ascaridiasis en pacientes que hayan ingresado a nuestro servicio de cirugía pediátrica en el Hospital Infantil Moctezuma, dependiente de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

El universo del presente estudio abarcará a pacientes en edad pediátrica, principalmente preescolares y escolares que son las edades con mayor frecuencia de ascaridiasis.

La muestra estará integrada por todos aquellos pacientes que en un período de 12 meses hayan requerido de intervención quirúrgica por alguna complicación de la ascaridiasis.

No se contará con un grupo control por el tipo de estudio de que se trata.

La fuente de información para el presente estudio, serán los expedientes de pacientes intervenidos de complicaciones por áscaris, en el lapso de un año.

Las técnicas estadísticas a utilizar serán:

- 1- Medidas de tendencia central (promedio, variación).
- 2- Prueba t de student.

RESULTADOS.

Se revisaron y estudiaron 19 expedientes de pacientes - intervenidos de alguna complicación quirúrgica por áscaris, que - fueron atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Infan-- til Moctezuma, de los Servicios Médicos del Departamento del Dis-- trito Federal en el lapso de un año, en el período comprendido de Julio 15 de 1984 a Julio 14 de 1985, obteniéndose los siguientes- resultados:

Mes de presentación: Estas complicaciones se presenta-- ron en número de 1 a 2 por mes, a excepción de 0 en los meses de Enero, Agosto y Noviembre, llamando la atención un pico hasta de- 6 casos en Febrero, tal vez ocasional y sin mayor importancia, - ver gráfica 1.

Sexo y edad de los pacientes: Discreta predominancia -- del sexo femenino de 53% contra 47% del sexo masculino, Cuadro 1.

Predomina en menores de 6 años hasta en 84% y falta de- casos en recién nacidos, lactantes menores y adolescentes, Gráfi- ca 2.

Estado nutricional: Se aprecia un discreto predominio - on pacientes desnutridos de diversos grados en un 53% contra 47% - de pacientes eutróficos.

Antecedente de expulsión de áscaris: Presente en el --- 89.5% variando de 1 a 12 meses previos al ingreso y la mayoría en

tre los últimos 6 meses previos al ingreso, hasta en el 88%. Ver cuadro y gráfica 3.

Antecedente de medicación previa: El 58% de pacientes - recibió algún medicamento que por orden de frecuencia fueron analgésicos, antiparasitarios, antibióticos y otros. Ver cuadros 4 y 5.

Tiempo de evolución del padecimiento previo al ingreso: No hubo diferencia importante entre ambos sexos en cuanto a tiempo de evolución del padecimiento previo al ingreso, siendo de 1 - hasta 6 días, con un promedio de 3.1 para niños y de 2.8 días para niñas. Ver cuadro 6.

Relación de certeza entre diagnósticos de ingreso y --- egreso: los diagnósticos de certeza fueron en el 79%. Ver cuadro 7.

Complicaciones por áscaris detectadas en nuestros 19 pa- cientes: Fueron en orden de frecuencia, Vólvulos en 58%, oclusión en 37% y apendicitis en el 5% (1 caso). Ver cuadro 8.

Tratamiento realizado: El tratamiento quirúrgico lleva- do a cabo consistió en 9 resecciones y anastomosis, 5 enterosto- mías, 3 avance de áscaris, 1 resección e ileostomía y 1 apendicec- tomía. Ver cuadro 9.

Causas de las 10 resecciones: 9 vólvulos y una por oclu- sión, todas con necrosis del asa intestinal por izquemia, a excep- ción de un caso en el que la indicación fué la presencia de una -

banda mesodiverticular y divertículo de Meckel además del vólculo, pero sin compromiso vascular.

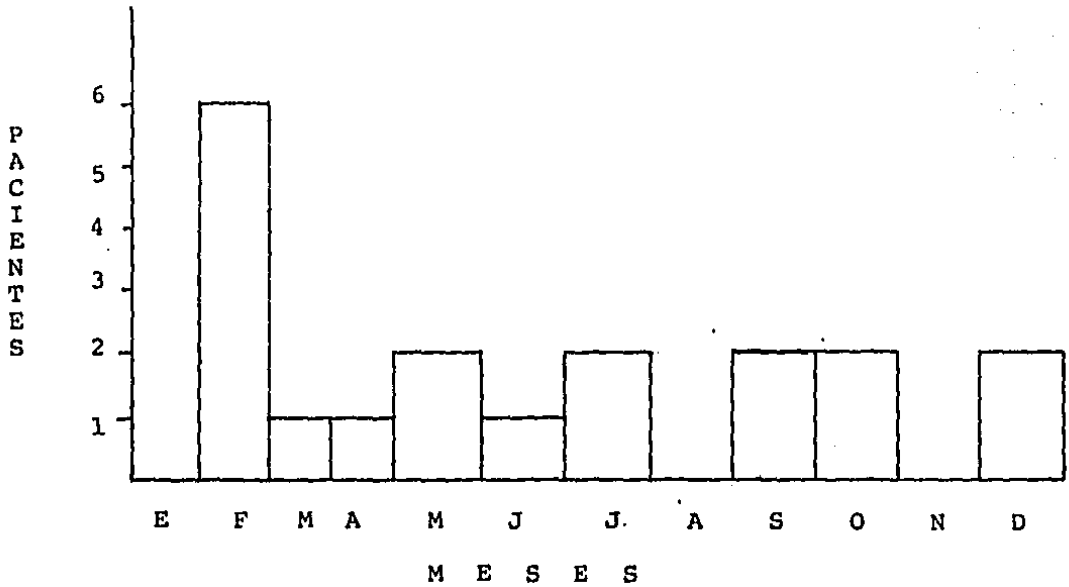
Evolución intrahospitalaria: Buena en el 84%. Ver cuadro 10.

Complicaciones Postoperatorias: Las complicaciones que fueron la causa del 16% de casos con evolución tórpida fueron fístula enterocutánea, dehiscencia de anastomosis y evisceración, -- además de infección de la herida quirúrgica en los 3 casos, mismos que habían presentado peritonitis generalizada al momento de su primera intervención por perforación del segmento intestinal necrosado por vólvulos. Ver cuadro 11.

Motivo del alta: Por mejoría en el 89.5%, voluntaria en el 10.5% y por defunción en el 0%. Ver cuadro 12.

Días estancia: En niños varió de 5 a 13 días, con un caso hasta 30 días, con promedio 10.7 días de estancia, y en niñas varió de 4 hasta 10 días, con un caso hasta 21 días, con promedio de 8.9 días de estancia, correspondiendo los días más prolongados a los casos con evolución tórpida. La t de student = 0.63 con un p menor de 0.10. Ver cuadro 13.

GRAFICA No. 1. Mes de presentación.

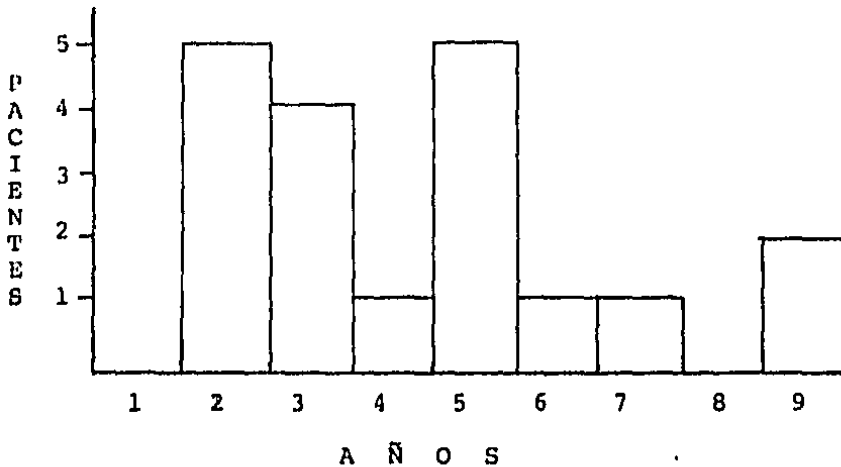


CUADRO No. 1. Sexo de los pacientes.

| <u>SEXO</u> | <u>No. PACIENTES</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|-------------|----------------------|-------------------|
| MASCULINOS | 9 | 47% |
| FEMENINOS | 10 | 53% |
| T O T A L | 19 | 100% |

GRAFICA No. 2

EDAD DE LOS PACIENTES



CUADRO No. 2

Estado nutricional de los pacientes.

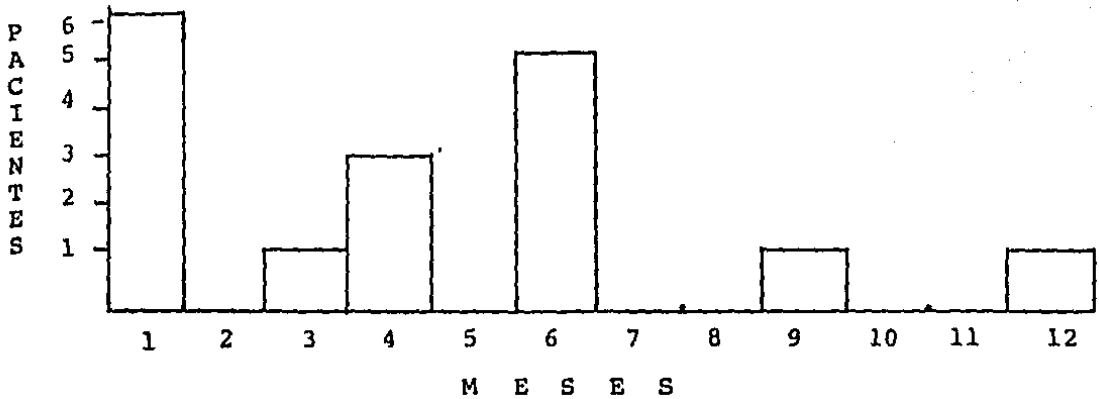
| <u>GRADO DE NUTRICION</u> | <u>PACIENTES</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|---------------------------|------------------|-------------------|
| EUTROFICOS | 9 | 47% |
| DESNUTRICION I GRADO | 7 | 37% |
| DESNUTRICION II GRADO | 3 | 16% |
| DESNUTRICION III GRADO | 0 | 0% |
| T O T A L | 19 | 100% |

CUADRO No. 3

Antecedentes de expulsión de áscaris.

| | <u>PACIENTES</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|-----------------|------------------|-------------------|
| CON ANTECEDENTE | 17 | 89.5% |
| SIN ANTECEDENTE | 2 | 10.5% |
| T O T A L | 19 | 100 % |

GRAFICA No. 3 Tiempo expulsando áscaris.



CUADRO No. 4 Antecedente de medicación previa.

| | <u>PACIENTES</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|--------------|------------------|-------------------|
| MEDICADOS | 11 | 58% |
| NO MEDICADOS | 8 | 42% |
| T O T A L | 19 | 100% |

CUADRO No. 5 Medicamentos empleados previamente, por frecuencia

- ANALGESICOS
- MEBENDAZOL
- PIPERAZINA
- METRONIDAZOL
- AMPICILINA
- FUROXONA
- ANTICOLINERGICOS
- MEDICACION NO ESPECIFICADA

CUADRO No. 6. Evolución del padecimiento previo al ingreso.

| | P A C I E N T E S | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>6</u> | <u>7</u> | <u>8</u> | <u>9</u> | <u>10</u> |
| MASCULINOS | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | DIAS |
| FEMENINOS | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 DIAS |

CUADRO No. 7 Relación de certeza entre diagnósticos de ingreso y egreso.

| | <u>PACIENTES</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|--------------|------------------|-------------------|
| ACERTADOS | 15 | 79% |
| NO ACERTADOS | 4 | 21% |
| T O T A L | 19 | 100% |

CUADRO No. 8 HALLAZGOS QUIRURGICOS

| | <u>PACIENTES</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|-------------|------------------|-------------------|
| VOLVULOS | 11 | 58% |
| OCLUSION | 7 | 37% |
| APENDICITIS | 1 | 5% |
| T O T A L | 19 | 100% |

CUADRO No. 9 Tratamiento realizado.

| <u>PROCEDIMIENTO QUIRURGICO</u> | <u>PACIENTES</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|---------------------------------|------------------|-------------------|
| RESECCION Y ANASTOMOSIS | 9 | 48% |
| ENTEROSTOMIA | 5 | 26% |
| AVANCE DE ASCARIS | 3 | 16% |
| RESECCION E ILEOSTOMIA | 1 | 5% |
| APENDICECTOMIA | 1 | 5% |
| T O T A L | 19 | 100% |

CUADRO No. 10 Evolución intrahospitalaria.

| | <u>PACIENTES</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|-----------|------------------|-------------------|
| BUENA | 16 | 84% |
| TORPIDA | 3 | 16% |
| T O T A L | 19 | 100% |

CUADRO No. 11 Complicaciones motivo de la evolución tórpida.

- 1- DEHISCENCIA HERIDA QUIRURGICA Y FISTULA ENTEROCUTANEA
AL 8vo. DIA CIERRE DE ILEOSTOMIA.
- 2- DEHISCENCIA HERIDA QUIRURGICA Y PARCIAL DE LA ANASTOMOSIS
AL 11vo. DIA POSTOPERATORIO.
- 3- EVISCERACION AL 4to. DIA POSTOPERATORIO.

CUADRO No. 12 Motivo del alta.

| | <u>PACIENTES</u> | <u>PORCENTAJE</u> |
|------------|------------------|-------------------|
| MEJORIA | 17 | 89.5% |
| VOLUNTARIA | 2 | 10.5% |
| DEFUNCION | 0 | 0 % |

CUADRO No. 13 Días de estancia.

| | <u>PACIENTES</u> | | | | | | | | | | |
|------------|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|------|
| | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | <u>6</u> | <u>7</u> | <u>8</u> | <u>9</u> | <u>10</u> | |
| MASCULINOS | 5 | 6 | 8 | 8 | 8 | 9 | 9 | 13 | 30 | | DIAS |
| FEMENINOS | 4 | 7 | 7 | 7 | 8 | 8 | 8 | 9 | 10 | 21 | DIAS |

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se ha llegado al término del presente estudio, son las siguientes:

1- Mes de presentación: Es un padecimiento de presentación en todos los meses del año, sin predilección por alguna época, con un promedio de 1 a 2 casos por mes en nuestro servicio.

2- Sexo: 53% a favor del sexo femenino, por lo que la relación puede considerarse 1:1.

3- Edad: La falta de casos quirúrgicos en lactantes menores, se explica por el ciclo normal del parásito que lleva varios meses en alcanzar tamaño adulto y de requerir varias reinfecciones para alcanzar gran número y desencadenar alguna de las complicaciones. El hecho de que la mayoría se presentó en preescolares, es por ser la edad en que juegan los niños con tierra, favoreciéndoseles así reinfestaciones múltiples y por tener un mesenterio largo, laxo y una luz intestinal estrecha. Por otro lado, la falta de casos en adolescentes en este estudio, podría deberse a que la luz intestinal a esta edad es mayor, el mesenterio más corto y mejor fijado a la pared abdominal, evitando así la oclusión o vólvulos respectivamente.

4- Estado nutricional: Se presentó casi por igual, en eutróficos como en desnutridos. Teniendo sólo importancia el hecho de que en los pacientes desnutridos, la sintomatología fue inespecífica, retardando así el diagnóstico.

5- Antecedente de expulsión de áscaris: El 89.5% presentó este antecedente, y de éstos el 88% en los últimos 6 meses previos al ingreso expulsaron áscaris, sugiriendo una importante parasitosis pasada por alto, la cuál progresó hasta requerir de cirugía, de ahí lo importante de tratar a la ascaridiasis desde su inicio, desde que el coproparasitoscopio muestre huevecillos en algún examen de rutina o desde la primera expulsión de áscaris.

6- Medicación previa: El 58% de pacientes recibió algún medicamento y en ocasiones hasta varios al mismo tiempo, previos al ingreso, algunos sin indicación como fueron los analgésicos, antibióticos y otros, así como antiparasitarios ante un cuadro de oclusión franca, por lo cual se requiere de educar a los familiares de estos pacientes y a la población en general, sobre el padecimiento e indicación de acudir a recibir atención médica adecuada en estos casos, no tomando remedios caseros u otros medicamentos empleados con anterioridad para algún otro padecimiento similar y tratar con antiparasitarios en el momento oportuno al paciente y a toda su familia, para así evitar la reinfestación al regresar al núcleo familiar.

7- Tiempo de Evolución del padecimiento: Fué importante en cuanto más largo, mayores fueron las complicaciones, siendo éste de 1 hasta 6 días en nuestros pacientes, sin diferencia en --- cuanto a sexo.

8- Relación de certeza entre diagnósticos de ingreso y egreso: La mayoría, entre el 79% fueron de certeza y el resto co

respondiente a 4 pacientes fueron de no certeza, uno ingresado por apendicitis complicada resultó oclusión con necrosis intestinal por izquemia y otros 3 ingresados por oclusión, resultaron -- vólvulos sin compromiso vascular, sin embargo todos requerían intervención y los áscaris fueron la causa de la complicación.

9- Complicaciones quirúrgicas de la ascaridiasis: En su mayoría fueron vólvulos, seguido de oclusión y un cuadro de apendicitis por áscaris, en el cual se encontraba el parásito dentro de la luz del apéndice.

10- Procedimiento quirúrgico realizado: Además del procedimiento quirúrgico más utilizado que fué la resección y anastomosis, podrán ser utilizadas otras técnicas quirúrgicas que dependerán de los hallazgos quirúrgicos durante el transoperatorio y condiciones del paciente. Los procedimientos quirúrgicos a realizar podrán ser además del ya mencionado, los siguientes: Resección e ileostomía, enterostomía para extracción de áscaris, avance de áscaris hacia colon, etc.

11- Evolución: Buena en el 84% de casos, la cuál podrá aumentarse si el paciente acude a recibir atención médica apropiada al inicio del padecimiento y evite automedicarse. El 16% presentó evolución tórpida, correspondiente a 3 pacientes, uno con evisceración, y dos dehiscencias de herida quirúrgica, uno con -- fístula enterocutánea y el otro con dehiscencia parcial de la --- anastomosis, estas complicaciones en pacientes desnutridos por lo que hay que estar más alertas al tratarse de estos pacientes.

12- Motivo del alta: El 89.5% de egresos fué por mejora y el 10.5% por alta voluntaria y 0% por defunción, apreciándose una evolución satisfactoria en general en estos pacientes, y la mortalidad deberá de ser nula de no existir otra patología --- agregada.

13- Días estancia promedio: No existió diferencia significativa por una P menor de 0.10 con una t de student igual a - 0.63.

14- Mortalidad: En nuestros 19 pacientes, atendidos durante 1 año fué de 0.

RESUMEN

La ascariasis es una parasitosis difundida en todos los climas cálidos del mundo, siendo una de las parasitosis más frecuentes en México y por el gran tamaño que alcanzan, consistencia semirrígida, movilidad y gran número, son causantes de una diversidad de complicaciones quirúrgicas graves, con las que nos enfrentamos durante el ejercicio de la medicina en un servicio de urgencias, por lo que se realizó el presente estudio, sobre todo por ser un padecimiento frecuente en nuestro medio, que todo médico debe conocer y analizar nuestra experiencia en cuanto al tratamiento quirúrgico realizado y resultados obtenidos, para contar con diversos procedimientos quirúrgicos a realizar, de acuerdo a nuestros resultados en intervenciones previas, el cual dependerá de los hallazgos quirúrgicos y de cada caso en particular, como son la resección y anastomosis, avance de áscaris hacia colon, resección e ileostomía, apendicectomía, etc., habiéndose detectado en el estudio, que las complicaciones quirúrgicas por áscaris se presentan en cualquier época del año, sin predilección por algún sexo, más frecuente en preescolares, rara en lactantes y adolescentes, sin relación con el estado nutricional del paciente y prácticamente todos refieren el antecedente de haber expulsado áscaris previo al ingreso y la mayoría durante los últimos 6 meses, por lo general, casi todos han recibido algún medicamento antes del diagnóstico y en ocasiones hasta varios, lo cual viene a enmascarar el cuadro y retrasa el diagnóstico y manejo oportunos. El tiempo de evolución con el que llegan estos pacientes es de --

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

1 a 6 días para ambos sexos, con un diagnóstico de certeza de ingreso en la mayoría de casos por la facilidad en diagnosticarse, siendo la complicación más frecuente el vólvulos y de éstos el 81% presentan necrosis de asas, requiriéndose por lo tanto en la mayoría de casos de resección intestinal, de ahí la necesidad de un diagnóstico temprano y tratamiento quirúrgico oportuno para evitar cirugía más extensa, la evolución tórpida en 16% fué por complicaciones postquirúrgicas como evisceración, fístula enterocutánea y deshiscencia parcial de anastomosis, sobre todo en pacientes desnutridos, siendo el alta por mejoría en todos los que presentaron buena evolución y en algunos de los que cursan con evolución tórpida, destacándose la benignidad de la evolución postoperatoria y con posibilidad de incrementarse el egreso por mejoría, siempre y cuando se detecte oportunamente el padecimiento. El promedio de días estancia es de 9.7 y la mortalidad de 0 en el presente estudio.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- NELSON, VAUGHAN: TRATADO DE PEDIATRIA.- México, Salvat, 7ma. Ed. 1981, pág. 778-781.
- 2.- MIZRAHI: INFECCIONES ENTERICAS.- México, El Manual Moderno, 1ra. Ed. 1980, pág. 7-10.
- 3.- STRAFFON, O.A.: CIRUGIA PEDIATRICA.- México, Ediciones Médicas Actualizadas, 1979, pág. 390-392.
- 4.- ALVAREZ, C.R.: ENFERMEDADES PARASITARIAS.- Acta Pediátrica.- México, 1981; 2: 95-96.
- 5.- KUMATE, J., GORDILLO, G.: ENFERMEDADES DIARREICAS EN EL NIÑO. México, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 7ma. Ed. 1981, pág. 266-268.
- 6.- CALDERON, C., NASSER, Q.H.: CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.- México, SSA, pág. 9-13.
- 7.- GORDILLO, P.G., VELAZQUEZ, J.L.: URGENCIAS EN PEDIATRIA.- México, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 3a. Ed. 1982, pág. 441-442.
- 8.- BELTRAN, B.F. y BIAGI, F.F.: OBSERVACIONES SOBRE 88 CASOS DE COMPLICACIONES QUIRURGICAS DE LOS ASCARIS. Bol. Méd. Hosp. - Infant. México, 1962; 4: 447.
- 9.- COLORES, A.J.: COMPLICACIONES QUIRURGICAS POR ASCARIS LUMBRI-COIDES. XI Cong. Méx. Cir. Ped. Taxco, México. Sept. 1978.
- 10.- HEREDIA, N., NESBITT, F.C., LOPEZ, O.: UN CASO DE PERFORACION INTESTINAL POR ASCARIS SIN MANIFESTACIONES CLINICAS DE-

VIENTRE AGUDO. Bol. Méd. Hosp. Infant. México, 1964; 21 :325-329.

11- GIL, B.M., SANTIAGO, E.A.: ASCARIASIS ERRATICA. Bol. Méd. --- Hosp. Infant. México, 1982; 39: 127-130.

12- BELTRAN, B.F.: CIRUGIA PEDIATRICA.- México, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 1969, pág. 361-362.

13- ZAPATA, R.G.: ASPECTOS CLINICOS Y FUNDAMENTOS DE LA DECISION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LA OCLUSION INTESTINAL POR - - ASCARIS.- Hosp. Infantil de México, Tesis 1978.