

b) Masa blanquecina o grisácea en espacio subretiniano o subcoroideo.

#### B. MICROSCÓPICOS:

a) Endoftalmitis con absceso en el vítreo, con o sin leucocitos eosinófilos.

b) Formación de membrana ciclítica (Fig. 6).

c) Células gigantes multinucleadas, en absceso purulento (Fig. 7), aisladas o dispuestas en hilera a lo largo de una delgada membrana.

d) Membrana eosinófila anhistá, ligeramente festoneada (Fig. 7).

e) Ganchos.

El hallazgo de los ganchos es suficiente para establecer el diagnóstico, pero es muy raro observarlos sueltos, ya que por lo general se encuentran junto con las demás estructuras del escólex (Fig. 8).

El absceso en el vítreo, la membrana ciclítica, las células gigantes y la membrana eosinófila anhistá son hallazgos muy sugestivos pero insuficientes para establecer el diagnóstico en la mayoría de los casos. Sin embargo, son de gran importancia pues autorizan a preparar cortes histológicos seriados y a revisarlos cuidadosamente en busca de restos mejor conservados del parásito, tales

como estructuras del escólex y el cuello (Fig. 9), y de la pared de la vesícula, incluyendo los cuerpos calcáreos (Fig. 10) y su membrana quitinosa externa (Fig. 11).

A veces, la membrana anhistá y eosinófila que representa la pared más o menos degenerada de la vesícula del cisticerco puede confundirse con fragmentos de retina desprendida y degenerada, pero ésta nunca origina la formación de células gigantes multinucleadas.

Cuando los restos del parásito están muy alterados la tinción con hematoxilina y eosina deja muchas dudas en cuanto a su verdadera naturaleza (Fig. 12). En estos casos de difícil interpretación da resultados muy valiosos el uso de algunas tinciones especiales.

En nuestra experiencia el tricrómico de Masson destaca en forma importante los restos de la pared vesicular, que se tiñen intensamente de rojo (Figs. 13 y 14), el tricrómico de Galleo los tiñe de verde (Fig. 15) y la modificación de Wilder para retículo, además de resaltar en negro la propia pared, facilitando su demostración con los pequeños aumentos (Fig. 16), pone en evidencia mucho mejor su membrana quitinosa externa (Fig. 17).

## COMENTARIO OFICIAL

ISAAC COSTERO<sup>1</sup>

LO PERTINENTE del excelente trabajo del Dr. Sadí de Buen se manifiesta cuando pretende uno encontrar información sobre

el tema en los tratados de Patología ocular o en los de parasitología; la mayor parte de ellos nada dicen de la localización oftál-

mica de *Cysticercus cellulosa* o, a lo más, le dedican unas muy pocas líneas. Quizá la única descripción precisa sea la que hace el Dr. Manuel Martínez Báez en su Manual de Parasitología Médica (1953).

Sin embargo, se trata de un proceso frecuente y grave, de trascendentes consecuencias para el enfermo. Como estas consecuencias se agravan con el tiempo, la conveniencia de diagnosticar la cisticercosis ocular lo antes posible es evidente. Por ello conviene insistir en el aspecto macroscópico de la lesión, muy polimorfo, único al alcance del clínico que recibe a los enfermos. Con tal objeto conviene añadir a lo tan certeramente descrito por el Dr. Sadí de Buen, dos localizaciones extrabulbares de la enfermedad que presentan aspectos considerablemente distintos.

Cuando el cisticerco es conjuntival, suele ocupar las zonas cercanas al canto externo. En todo caso, el quiste se desarrolla bajo la mirada del oftalmólogo, apenas un poco por debajo del epitelio, de manera que en pocos días alcanza el tamaño de un guisante o de una avellana, sin perder su característica traslucidez, aunque aumentando rápidamente en consistencia. Si la lesión es reciente, puede distinguirse dentro de ella un enturbiamiento blanquecino más o menos central, el *receptaculum scolecis*. Al principio el quiste puede estar libre y resulta fácilmente desplazable, pero luego tiende a fijarse sólidamente en la esclerótica subyacente. Llama la atención la falta de reacción inflamatoria en la conjuntiva, aun en sus partes más inmediatas a la lesión, hasta que el parásito sucumbe, como hizo notar el Dr. De Buen en la localización intrabulbar. Si la masa blanquecina sólida contenida en el quiste se comprime entre porta y cubreobjetos, es

muy fácil ver con el microscopio, usando pequeños aumentos, el escólex con sus cuatro ventosas y su corona de ganchos.

En las localizaciones intrabulbares que ha mencionado el Dr. De Buen, la más común es la del cuerpo vítreo, a donde es clásico reconocer que llega generalmente desde una localización anterior, directamente hematogena, en la membrana coroidea, o entre la coroides y la retina, para luego atravesar esta membrana. Durante los primeros períodos de la infestación, la vesícula parasitaria no suele ser mayor de 1 mm y el *receptaculum scolecis* puede faltar, datos que se obtienen durante la observación oftalmoscópica. Sin embargo, el quiste crece de ordinario en pleno vítreo hasta llenarlo a veces por completo (Leber, 1896). Para Hirschberg (1885) el gusano puede vivir más de dos años en el vítreo y encontró casos con 20 años de permanencia del parásito muerto. Graefe y Cohn describieron casos con doble quiste. Luego, cuando la inflamación progresa, el diagnóstico sólo puede hacerse con el microscopio, para lo que deben tenerse en cuenta los detalles histológicos con los que el Dr. De Buen contribuye en su trabajo.

En fin, la localización orbitaria es rara y de reconocimiento clínico muy difícil. Los quistes tienden a localizarse en el borde orbital anterior y menos en la profundidad, produciendo precozmente dolor, inflamación y ocasionalmente exoftalmos, alteraciones de la motilidad y trastornos en el nervio óptico. Lo descrito por De Buen debe ser también aquí muy valioso para el diagnóstico postoperatorio de la lesión.

Aunque el escrito del Dr. De Buen es conciso, resulta muy difícil añadir otra cosa que pequeños detalles, como los aquí expuestos, porque su presentación ha sido justa y precisa. Reciba por ello mi cordial felicitación.

<sup>1</sup> Académico numerario. Instituto Nacional de Cardiología.

## INFLUENCIA DE LA EDAD EN LAS CARACTERÍSTICAS DEL ABSCESO HEPÁTICO DEL NIÑO

GONZALO GUTIÉRREZ,<sup>1</sup> JUAN MANUEL SÁNCHEZ-REBOLLEDO<sup>1</sup>  
ROQUE SÁNCHEZ<sup>1</sup> y AUGUSTO MERCADO<sup>1</sup>

Se presenta el análisis de las características de 67 casos de absceso hepático en relación con la edad de los pacientes, la cual varió de 4 meses a 15 años. La mayoría de los casos se presentaron durante el segundo año de la vida. En los lactantes, el cuadro clínico fue semejante al de los niños mayores; en aquéllos, la diarrea, la presencia de sangre en las evacuaciones y el tumor aparente fueron los signos más frecuentemente encontrados.

A menor edad fueron más frecuentes otras localizaciones amebianas, tales como pleuroneumonitis, peritonitis y absceso cerebral; lo mismo se puede decir de las complicaciones bacterianas, como la neumonía, la gastroenteritis, la septicemia y la miocarditis. En los lactantes fueron frecuentes la anemia, la anormalidad de la prueba de timol, la elevación de la transaminasa glutámico-pirúvica y el hallazgo de trofozoitos en el contenido del absceso. En este grupo no encontramos hipergamaglobulinemia mayor de dos gramos y la leucocitosis fue menos frecuente que en los niños mayores.

El gamagrama hepático fue un procedimiento útil para establecer el sitio, tamaño y número de los abscesos. Estos fueron más numerosos en los lactantes, dato que confirmó la neumohepatografía. La letalidad fue más elevada en los lactantes, en los desnutridos y en los casos con complicaciones. Se discuten las posibles causas de los fenómenos encontrados. (GAC. MÉD. MÉX. 100: 145, 1970).

HASTA HACE 15 ó 20 años se creía que durante los primeros años de la vida no había casos de absceso hepático amebiano, esgrimiéndose razones

fundamentalmente de tipo epidemiológico. Este concepto podía leerse en la literatura médica anglosajona y era o es válido para países con buen saneamiento. Sin embargo, se aplicaba también a los países pobres y mal saneados.

<sup>1</sup> Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social.

En México se empezaron a practicar autopsias de niños, en número suficiente para conocer nuestra patología, desde hace aproximadamente 20 años. Se comprobó desde entonces que la amibiasis hepática era frecuente en los niños, pero desgraciadamente en una gran proporción de los casos, el diagnóstico se hizo en la mesa de autopsias.<sup>1</sup> Esta situación ha cambiado, y ahora la mayoría de ellos se diagnostican en vida, gracias a que el médico piensa con frecuencia en dicho diagnóstico, pues se sabe que la incidencia

ción no cambiará en los próximos años. De ahí el interés pragmático que tiene el estudio de absceso hepático. Durante los primeros cuatro años de labores del Hospital de Pediatría se observaron 67 casos que mostraron algunas características de interés, sobre todo cuando éstas se analizaron en función de la edad. Son estas el motivo de esta publicación.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

El material estuvo formado por 67 casos, 33 del sexo masculino y 34 del

### ABSCESO HEPATICO DISTRIBUCION POR EDADES DE 67 CASOS

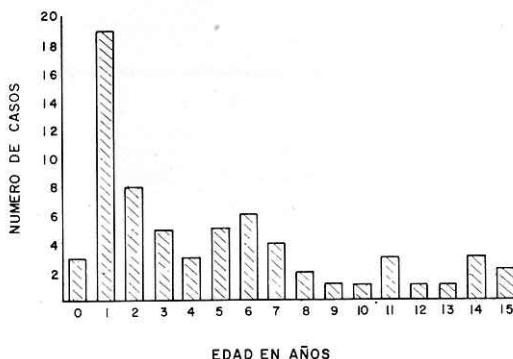


FIGURA 1

de absceso hepático en los niños es relativamente elevada.<sup>2</sup> Conociendo cual es el curso que sigue el desarrollo de nuestro país, suponemos que esta situa-

ción no cambiará en los próximos años. De ahí el interés pragmático que tiene el estudio de absceso hepático. Durante los primeros cuatro años de labores del Hospital de Pediatría se observaron 67 casos que mostraron algunas características de interés, sobre todo cuando éstas se analizaron en función de la edad. Son estas el motivo de esta publicación.

gamagráficos. En 26 casos se identificó *E. histolytica* en el contenido del absceso, en heces fecales o en ambos. Tanto en estos pacientes como en los que no fue posible identificar la amiba se eliminaron otras causas de absceso hepático.

La edad de los casos estudiados varió de 4 meses a 15 años. El mayor número, diecinueve, se observó en el segundo año de la vida. En las demás edades el número varió entre uno y ocho, observándose una tendencia a disminuir hasta los quince años de edad (Fig. 1). Los datos se analizaron integrando tres grupos: veintidós menores de dos años (lactantes), veintiuno de dos a cinco años (preescolares) y veinticuatro de más de cinco años (escolares y adolescentes).

Además de la historia clínica, el estudio de los pacientes incluyó las siguientes investigaciones: hemocitogra-

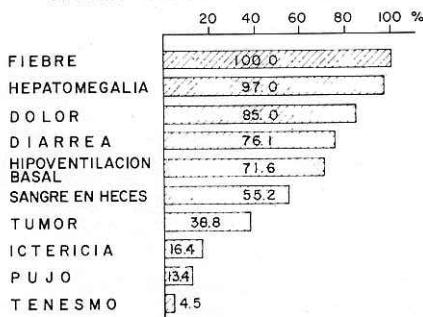
ma, búsqueda de trofozoitos de amiba en heces y en el contenido del absceso, cultivos diversos, pruebas de funcionamiento hepático, radiografías de abdomen, incluyendo cúpulas diafragmáticas, pneumohepatograma<sup>3</sup> en 38 casos y hepatogramagrama con Rosa de Bengala marcado con I<sup>131</sup> <sup>4</sup> en 30. Otros exámenes de laboratorio y de gabinete se realizaron de acuerdo con las necesidades de cada caso.

El tratamiento médico se instituyó a base de emetina y cloroquina. Diyodohidroxiquinoleína se administró en forma selectiva. En 48 pacientes se practicó además punción evacuadora y en 11 laparotomía o toracotomía para debridación quirúrgica.

#### RESULTADOS

Los principales datos clínicos y su frecuencia fueron: fiebre (100.0%), he-

### ABSCESO HEPATICO FRECUENCIA DE LOS PRINCIPALES DATOS CLINICOS\* ENCONTRADOS EN 67 CASOS



\* No se incluyen los de las complicaciones

FIGURA 2

patomegalia (97.0%), dolor en hipocondrio derecho (85.0%), diarrea (76.1%), hipoventilación basal derecha (71.6%), sangre en heces (55.2%), tumor en hipocondrio derecho o epigastrio (38.8%), ictericia (16.4%), pujo (13.4%) y tenesmo (4.5%). No se incluyen aquí los datos relativos a las complicaciones (Fig. 2).

La frecuencia de algunos de estos datos varió con la edad: diarrea y tumoración visible fueron más frecuentes en los niños pequeños y dolor en hipocondrio derecho e hipoventilación basal fueron menos frecuentes y más difíciles de identificar en este grupo (Tabla 1).

hacia tórax en el 22.7%, en el 23.8% y 12.5% de esos grupos. Otras localizaciones amibianas fueron menos frecuentes: cerebral, tres casos; renal, dos casos; pericárdica, un caso (Tabla 2).

Las infecciones agregadas también predominaron en los sujetos de menor edad y así en los lactantes hubo neumonía en el 72.7%, gastroenteritis en el 36.4%, septicemia en el 31.8% y miocarditis en el 9.1%. La frecuencia de estas complicaciones disminuyó importantemente en los niños de mayor edad (Tabla 3).

Los principales datos del laboratorio y su frecuencia en todo el grupo fue-

TABLA I  
ABSCESO HEPATICO  
FRECUENCIA DE ALGUNOS DATOS CLINICOS  
SEGUN LA EDAD

GRUPOS DE EDAD	No. CASOS	PORCENTAJE CON EL DATO QUE SE INDICA:				
		DOLOR	HIPOVENTILACION BASAL	DIARREA	SANGRE EN HECES	TUMOR
< 2 AÑOS	22	77.3	54.5	100.0	68.2	63.6
2 a 5 AÑOS	21	85.8	71.4	81.0	85.7	33.3
> 5 AÑOS	24	91.7	87.5	50.0	33.3	20.8
TOTAL	67	85.0	71.6	76.1	55.2	38.8

La presencia de localizaciones amibianas distintas de la hepática, de ruptura del absceso hacia cavidades u órganos vecinos o de infecciones agregadas, fueron también más frecuentes en los niños menores. Se observó amibiasis intestinal en 90.9% de los lactantes, en el 61.9% de los preescolares y en el 41.7% de los escolares y adolescentes; hubo ruptura del absceso

ron los siguientes: leucocitosis (74.6%), anemia (57.8%), trofozoitos de *E. histolytica* en heces fecales (38.5%) y en el contenido del absceso (19.1%), hiperbilirrubinemia (24.5%), turbiedad del timol anormal (55.1%), transaminasa glutámica oxalacética elevada (63.8%), transaminasa glutámica pirúvica elevada (31.9%), tiempo de protrombina prolongado (64.7%), hipo-

TABLA 2  
 ABSCESO HEPATICO  
 OTRAS LOCALIZACIONES AMIBIANAS ENCONTRADAS  
 EN 67 CASOS

GRUPOS DE EDAD	Nº CASOS	PORCENTAJE CON LA LOCALIZACION QUE SE INDICA				
		INTESTINAL*	PLEURO-PULMONAR	PERITONEAL	CEREBRAL	OTRAS**
< 2 AÑOS	22	90.9	22.7	4.5	4.5	4.5
2 A 5 AÑOS	21	61.9	23.8	23.8	4.8	23.8
> 5 AÑOS	24	41.7	12.5	4.1	4.1	0
TOTAL	67	64.2	19.4	11.9	4.5	8.9

\* CON MANIFESTACIONES CLINICAS

\*\* SUPRARRENAL, PERICARDIO, APENDICE, RIÑON, GANGLIOS MESENTERICOS.

albuminemia inferior a 4 g. (60.0%) e hipergamaglobulinemia mayor de 2 g. (45.5%). La leucocitosis fue menos frecuente en los lactantes, en cambio la anemia, la presencia de amiba en el contenido del absceso, de bacterias enteropatógenas en heces fecales y de hemocultivos positivos consecuencia de infecciones agregadas, fueron más fre-

cuentes en este grupo (Tabla 4).

La anormalidad de la prueba de timol y la elevación de la transaminasa glutámico-pirúvica fueron más frecuentes en los niños de menor edad, aconteciendo lo contrario con la hipergamaglobulinemia (Tabla 5).

Los datos radiológicos más importantes fueron la hepatomegalia (85.1%),

TABLA 3  
 ABSCESO HEPATICO  
 PRINCIPALES COMPLICACIONES BACTERIANAS  
 ENCONTRADAS EN 67 CASOS

GRUPOS DE EDAD	Nº CASOS	PORCENTAJE CON LA APLICACION QUE SE INDICA			
		NEUMONIA	GASTRO ENTERITIS	SEPTI CEMIA	MIOCARDITIS
< 2 AÑOS	22	72.7	36.4	31.8	9.1
2 a 5 AÑOS	21	42.8	38.1	19.0	9.5
> 5 AÑOS	24	20.8	0	4.2	4.2
TOTAL	67	44.8	23.9	17.9	17.9

TABLA 4

**ABSCESO HEPATICO  
FRECUENCIA DE ALGUNOS DATOS DE LABORATORIO  
SEGUN LA EDAD.**

GRUPOS DE EDAD	No. CASOS	PORCENTAJE CON EL DATO QUE SE INDICA:				
		LEUCOCITOSIS	ANEMIA	AMIBA EN PUS	COPROCULTIVO POSITIVO	HEMOCULTIVO POSITIVO
<2 AÑOS	22	45.6	72.7	27.8	36.4	9.1
2 a 5 AÑOS	21	83.3	71.4	18.7	38.1	19.0
> 5 AÑOS	24	85.7	25.0	7.7	4.2	.0
TOTAL	67	74.6	57.8	19.1	25.4	8.9

TABLA 5

**ABSCESO HEPATICO  
FRECUENCIA DE ALGUNAS ANORMALIDADES EN LAS  
PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO SEGUN LA EDAD**

GRUPOS DE EDAD	No. CASOS	PORCENTAJE CON EL DATO QUE SE INDICA:		
		TIMOL* ANORMAL	T. G. P.** ELEVADA	HIPERGAMA*** GLOBULINEMIA
<2 AÑOS	22	80.0	35.7	.0
2 a 5 AÑOS	21	52.9	41.7	42.8
> 5 AÑOS	24	37.5	18.7	75.0
TOTAL	67	55.1	31.9	45.5

\* MAS DE 6 U. DE TURBIEDAD  
\*\* MAS DE 40 U.  
\*\*\* MAS DE 2 g.

la hipocinecia (82.6%), elevación (53.7%) y deformación (14.9%) del hemidiafragma derecho así como la deformación del borde hepático inferior (10.4%). Su frecuencia y características no variaron con la edad. Gran ayuda aportó el gamagrama hepático practicado en treinta casos con Rosa de Bengala marcado con I<sup>131</sup>, permi-

tiendo establecer el tamaño, localización y número de abscesos. Cuando se practicó también pneumohepatograma, los hallazgos de éste coincidieron con los del gamagrama. En el 60.0% de los lactantes hubo más de un absceso y ello aconteció en el 11.1% de los preescolares y en el 6.2% de los escolares y adolescentes. Los abscesos de lóbulo



TABLA 6  
ABSCESO HEPATICO  
FRECUENCIA DE ALGUNOS HALLAZGOS GAMAGRAFICOS SEGUN  
LA EDAD

GRUPOS DE EDAD	Nº CASOS	PORCENTAJE CON EL DATO QUE SE INDICA			
		ABSCESES MULTIPLES	ABSCESO LOBULO IZQUIERDO	ABS- CESOS BAJOS	ABS- CESOS POSTERIORES
< 2 AÑOS	5	60.0	0	25.0	12.5
2 a 5 AÑOS	9	11.1	8.3	33.3	40.0
> 5 AÑOS	16	6.2	23.5	41.2	54.5
TOTAL	30	16.6	13.5	33.3	38.0

izquierdo predominaron en los niños de mayor edad, así como los de localización baja y posterior (Tabla 6).

La letalidad en todo el grupo fue de 26.9%, pero varió principalmente en relación con la edad, la presencia de complicaciones y el estado de nutrición. En los lactantes fue de 50.0%, en los preescolares de 28.6% y en los escolares

y adolescentes de 4.2%. En los casos sin complicaciones fue de 4.3%, en los que tenían alguna infección bacteriana agregada de 28.6% y en los que había ruptura del absceso hacia alguna cavidad vecina fue del 56.2%. En los eutróficos fue de 7.7% y aumentó hasta 54.5% en los casos con desnutrición avanzada (Tablas 7, 8 y 9).

TABLA 7  
ABSCESO HEPATICO  
LETALIDAD SEGUN ESTADO DE NUTRICION

ESTADO DE NUTRICION	No. CASOS	No. MUERTOS	PORCENTAJE
EUTROFICOS	26	2	7.7
DESNUTRIDOS I g.	11	3	27.2
DESNUTRIDOS II g.	19	7	36.8
DESNUTRIDOS III g.	11	6	54.5
TOTAL	67	18	26.9

TABLA 9

ABSCESO HEPATICO  
LETALIDAD SEGUN EDAD

GRUPOS DE EDAD	N.º CASOS	N.º MUERTOS	PORCENTAJE
< 2 AÑOS	22	11	50.0
2 a 5 AÑOS	21	6	28.6
> 5 AÑOS	24	1	4.2
TOTAL	67	18	26.9

TABLA 8

ABSCESO HEPATICO  
LETALIDAD SEGUN COMPLICACIONES

GRUPOS	Nº CASOS	Nº MUERTOS	PORCENTAJE
SIN COMPLICACION	23	1	4.3
CON COMPLICACION BACTERIANA	23	8	26.6
CON RUPTURA DEL ABSCESO *	16	9	56.2
TOTAL	67	18	26.9

\* TODOS TUVIERON ADEMÁS COMPLICACION BACTERIANA

## COMENTARIOS

No tenemos una explicación satisfactoria del por qué el absceso hepático es más frecuente durante el segundo año de la vida y de por qué posteriormente desciende su incidencia en los años subsiguientes. Probablemente sea el resultado de causas epidemiológicas e inmunológicas, aunque también hay que hacer notar que la población que atiende este hospital, tiene una distribución de edades semejantes a la de nuestros casos de absceso hepático, con la excepción de los menores de un año que son el grupo más numeroso en la población atendida en el hospital y sin

embargo uno de los de menor incidencia de absceso hepático.

El cuadro clínico, los datos de laboratorio, los radiológicos y los gamagráficos, en general fueron cualitativamente semejantes en todas las edades pero la frecuencia de algunos de ellos varió con la misma. La diarrea y la presencia de sangre en evacuaciones fue más frecuente en los menores; probablemente ello sea debido a que en los lactantes y preescolares el absceso hepático sea complicación de amibiasis intestinal aguda, en tanto que en los escolares y adolescentes pudiera constituir una complicación de la amibiasis intestinal aguda o crónica, que no siempre causa diarrea y evacuaciones sanguinolentas. Tumoración visible también ocurrió con más frecuencia en los lactantes y ello seguramente está en relación con su menor tamaño y mayor elasticidad de sus paredes abdominales, por lo tanto mayor probabilidad de que se haga aparente una tumoración abdominal.

Dolor en área hepática e hipoventilación basal derecha fueron más frecuentes en los escolares y adolescentes y esto está en relación con la mayor facilidad de investigar estos signos en los niños de mayor edad.

La ruptura del absceso hacia la cavidad pleural y el abdomen, la coexistencia de absceso cerebral amibiano y de complicaciones bacterianas tales como neumonía, gastroenteritis, septicemia y miocarditis, así como anemia, fueron más frecuentes en los menores de dos años y su incidencia bajó conforme la edad evanzaba y seguramente

esto está en relación con la mayor gravedad de proceso en los niños menores debido a factores inmunológicos aún no bien estudiados. Para explicarnos la mayor gravedad de absceso durante los primeros años de la vida investigamos si la desnutrición prevaleció en los menores, juzgado ello a través del peso corporal, encontrando que el 68.5% de los lactantes tenían más del 15% de déficit en relación con el peso teórico ideal, lo cual aconteció en el 85.7% de los preescolares y en el 33.7% de los escolares y adolescentes. Es decir, que si bien en estos últimos la desnutrición fue menos frecuente, por otra parte el grupo más afectado no fue el de los lactantes sino el de los preescolares y por lo tanto no podemos sacar conclusiones definitivas al respecto ya que por otra parte el peso no siempre es un buen índice de estado nutricional, fundamentalmente en los escolares y adolescentes.

El hecho de que en los lactantes nunca encontrásemos hipergamaglobulinemia mayor de dos gramos y que esto fuera una situación frecuente en los niños de mayor edad así como la mayor frecuencia de leucocitosis conforme la edad avanzaba, nos hacen invocar nuevamente factores inmunológicos en relación con la mayor frecuencia y gravedad del absceso hepático en los niños menores.

La mayor frecuencia de elevación de transaminasa glutámica pirúvica en este grupo seguramente está en relación con la mayor extensión y número de los abscesos tal como lo demostraron los estudios gamagráficos y neumohepatográficos. Todo lo anterior explica fácilmente por qué la letalidad fue mayor en los lactantes, en los desnutridos y en los casos complicados.

No tenemos una explicación satisfactoria del por qué se encontró más frecuentemente la amiba en el contenido del absceso en los lactantes, que en los niños de mayor edad.

Con esta comunicación se pretende proporcionar datos que permitan un diagnóstico más precoz y un tratamiento más adecuado del absceso hepático en la infancia.

#### REFERENCIAS

1. Salas, M.; Angulo, O. y Esparza, H.: *Patología de la amibiasis en los niños. Análisis de cuarenta y cuatro casos*. Bol. méd. Hosp. infant. (Méx.) 15: 185, 1958.
2. Gutiérrez, G.; Mercado, A.; Sánchez, R.; Cuarón, A. y Pigeon, H.: *Absceso hepático en niños. Aspectos clínicos, de laboratorio, radiológicos y gammagráficos*. Rev. Mex. Pediat. (en prensa).
3. Acevedo-Olvera, A.: *Neumografía intrahepática en abscesos amibianos*. Rev. Gastroenterol. Méx. 19: 1, 1954.
4. Czerniak, P.: *Scintillographic follow-up of amoebic abscess and hydatidic cyst of the liver*. J. Nuclear Med. 2: 121, 1961.