



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

**Dirección General de Servicios Médicos del
Departamento del Distrito Federal**

Dirección de Enseñanza e Investigación

Curso Universitario de Especialización en Pediatría Médica



11237
2es
48

LA GIARDIASIS EN EL LACTANTE CON DIARREA Y SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Trabajo de Investigación Clínica

P r e s e n t a :

Dra. Ma. de Lourdes Durán Casillas

Para obtener el grado de:

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA MÉDICA

Director de Tesis: DR. ENRIQUE ESPINOSA MUERTA

1 0 0 0

FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE.

INTRODUCCION 1

METODOLOGIA 13

HIPOTESIS 15

RESULTADOS 16

DISCUSION 26

CONCLUSIONES 30

BIBLIOGRAFIA 31

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

GIARDIASIS.

La Giardia Lamblia es un parásito intestinal patógeno de distribución cosmopolita, con variaciones según las condiciones higiénicas y sanitarias (1,2,5). México es un país propicio por sus condiciones para que sus habitantes adquieran giardiasis y se sabe, que las edades más afectadas son la escolar y la preescolar (1,2,5,6).

La Giardia lamblia es un protozoo flagelado de la clase mastigófora descubierto desde 1681 por Leeuwenhoek. Se reproduce asexualmente por fisión binaria, habita en el duodeno y yeyuno del intestino delgado. Y como es característico de los protozoarios tiene dos formas; la de quiste que es infectante y la de trofozoito que es patógena, su período de incubación es de 8 a 10 días (2,6,11).

En 1962, Miller (5,6) la identificó como causa de enteritis crónica en el niño, lo que ratificaron Vighelgi y Cortner (5,6,4) demostrando además un síndrome de absorción intestinal deficiente.

Es mayor la frecuencia en pacientes con - -
hipoclorhidria e hipogamaglobulinemia (1,2).

PATOGENIA.

Todavía no se conocen los mecanismos exactos por los cuales Giardia Lamblia ejerce su acción patógena:

a.- Se ha postulado la obstrucción mecánica por el número elevadísimo de parásitos que recubren la mucosa del intestino delgado, pero algunos pacientes con síntomas intensos tienen muy pocos parásitos.

b.- La invasión de la mucosa y submucosa raramente ha sido comprobada.

c.- Existe una alteración citológica ultraestructural de la superficie del enterocito (atrofia total o focal de vellosidades).

d.- La proliferación de otros gérmenes coincidentes o sinérgicos, de tipo viral, micótico o enterobacterias, pueden agravar la intensidad o severidad de la infección.

e.- La malabsorción secundaria a la giardiasis

puede guardar relación con la desconjugación de las sales biliares o ser consecuencia del intenso crecimiento bacteriano o quizá por efecto del propio parásito.

f.- La disfunción pancreática exócrina y los cuadros que semejan al esprue o enfermedad celiaca, pueden guardar relación sinérgica en la patogénia de la giardia; observaciones con el microscópio electrónico, sugieren que el potente disco succionario puede causar irritación mecánica de las microvellosidades de la mucosa del intestino delgado, lo que ocasiona deficiencia de las disacaridasas (principalmente lactasa y xilasa) y deficiente absorción de vitamina B12 ya que existe una relación funcional de la producción enzimática y capacidad de absorción con la integridad de las microvellosidades.

No se conoce por que algunos individuos presentan enfermedad aguda, en otros se vuelve crónica al persistir la enfermedad; mientras que algunos están prácticamente asintomáticos.

Existe una asociación reconocida con diversos trastornos hipogamaglobulinémicos, pero en individuos con buen estado de salud no se relaciona - - -

etiológicamente con deficiencias relativas de inmunoglobulinas.

Se ha comprobado que la hipoclorhidria o la anaclorhidria facilitan las infecciones por giardia.

En el ratón se ha comprobado inmunidad adquirida, sin embargo en la especie humana son frecuentes las reinfecciones (2,4,6,7,11).

CUADRO CLINICO.

El período de incubación es en promedio de 9 días. Los síntomas pueden ser diversos según la duración de la infección cuando se efectúa por vez primera el diagnóstico.

Se ha encontrado que cursan asintomáticos 50%, con diarrea aguda 25%, diarrea de larga evolución o crónica el 13%, dolor abdominal sin diarrea 7% y disminución de la velocidad de crecimiento corporal y pérdida de peso.

En la etapa aguda puede confundirse con infecciones por enterobacterias. El comienzo es brusco con diarrea explosiva acuosa de olor pútrido y es típico la distensión abdominal, los eructos y la - - -

expulsión de gases mal olientes, náuseas, vómitos, fatiga y calambres de parte media del epigastrio. También es posible la presencia de febrícula, escalofríos y cefaléa. En raros casos tienen moco y -- cuando presentan sangre pueden tener relación con la irritación anal por la diarrea.

La etapa aguda dura dos a tres días, pero en niños frecuentemente puede durar meses produciendo pérdida de peso y detención del crecimiento.

La infección subaguda se presenta con períodos de evacuaciones flojas y fétidas de color amarillento espumosas, que flotan en el agua acompañándose de distensión abdominal con gas y sensación urente de la región retroesternal. Entre las crisis es posible la constipación intestinal, los episodios de diarrea cada vez son más frecuentes y prolongados que afectan el estado nutricional del niño.

La infección crónica, siempre tiene evacuaciones con carácter patológico con hiperperistalsis, se presentan períodos de exacerbación. Existe mayor distensión abdominal, los niños pesan poco y tienen cierto retraso en el crecimiento.

Se ha descrito mala absorción intestinal de lactosa, xilosa, vitamina A y B12, grasas y recientemente también se ha mencionado de proteínas (12).

En casos raros los síntomas persisten por años.

La intolerancia a la lactosa durante la infección activa, raramente persiste en los pacientes después de la erradicación de los parásitos con tratamiento específico. Este factor debe tomarse en cuenta antes de administrar otro tratamiento anti Giardia en individuos que persisten con distensión abdominal, exceso de gases, heces pastosas pero con resultados negativos en la búsqueda de Giardia (1,2,3,5).

DIAGNOSTICO

En la Giardiasis, el diagnóstico se efectúa basándose en el examen de las heces por un parasitólogo experimentado.

Con pruebas directas en frotis y pruebas de concentración por formol-eter, el 76% resultarán positivos en la primera muestra, 90% con dos muestras y 97% con tres muestras.

Por el método de flotación con zinc-sulfato se puede permitir el diagnóstico de otros casos - más, en los cuales los análisis fueron negativos con las técnicas anteriores.

El examen de las heces en días alternos ha - proporcionado un mayor número de resultados positivos, que cuando el examen se efectuó durante -- tres días consecutivos. Probablemente en relación con la eliminación de los mismos

El diagnóstico parece establecerse mpas fácil mente en infecciones agudas que en las crónicas. En la fase aguda las evacuaciones son acuosas o - pastosas y pueden contener solo los trofozoítos - más lábiles, entonces es necesario examinar inmediatamente un frotis húmedo o conservar las heces en formol, mertolato-formol o alcohol polivinílico para examen posterior (1,2,11).

Después de terminar la etapa aguda, las heces pueden estar formadas o semiformadas y contienen - la forma quística más resistente del parásito, entonces no hay urgencia en examinar heces frescas,

las heces sin conservador pueden guardarse en el refrigerador y examinarse por método directo de observación al día siguiente.

En los pacientes en quienes se sospeche el diagnóstico sin comprobar la presencia del parásito, pueden examinarse las heces por cuatro a cinco semanas, aunque esto es poco práctico (2).

El examen de líquido duodenal puede ser en ocasiones más seguro que los exámenes de heces (1,2,11).

También se ha reportado el método de deglución de una cápsula de gelatina con un hilo que substituye la sonda en la intubación duodenal; al dejar dicho material en el duodeno absorbe líquido duodenal, se extrae y exprime el contenido en un portaobjeto y se realiza el examen directo con el microscopio óptico.

Otros autores han sugerido la biopsia de la mucosa intestinal en casos problema, practicando un frotis de la misma con una positividad de 100%.

Actualmente se ensaya la detección de anticuerpos específicos contra Giardia por los métodos

de inmunofluorescencia e inmunoenzimático. Se ensaya también el cultivo in-vitro.

El estudio de Rayos X, con medio de contraste es de poca utilidad.

TRATAMIENTO.

Se dispone de tras drogas para el tratamiento de la Giardiasis: Quinacrina, Metronidazol y Fura-zolidona; recientemente se ha mencionado el Tinidazol, con buenos resultados (2).

La mayor parte de investigaciones recomiendan la Quinacrina por sus escasos efectos colaterales y su efectividad en 90 a 95% tanto en adultos como en niños; en pacientes pediátricos se ha mencionado cefaléa, vómito o trastornos intestinales. La Quinacrina tiene un sabor amargo y puede provocar en lactantes y niños pequeños una coloración amarillenta de piel y escleróticas en forma pasajera. En raras ocasiones se ha descrito un exantema cutanep extenso, causa de dermatitis exfoliativa y en 1.5% de los adultos se ha manifestado una psicosis tóxica de excitación o depresión; sin observarse - en los niños.

El tratamiento con Metronidazol se ha reportado que proporciona una curación de 86% en los adultos, sin embargo hay pocos datos en la literatura acerca de su uso en niños pequeños. En Estados Unidos de América, aún no se autoriza la utilización de ésta droga para el tratamiento de la Giardiasis. Se ha comprobado que es carcinogénico en ratones. El instructivo del producto afirma que debe evitarse el uso de la droga en casos innecesarios reservándose sólo a los casos de amibiasis y tricomoniasis. Por ésta razón no hay experiencias al respecto en dicho país. En México se han obtenido resultados alentadores siendo esta la droga de elección para la Giardiasis (2,10,11).

La Furazolidona es una droga anti-Giardia; la presentación líquida es particularmente útil para los niños. Se ha comprobado que es eficaz y bastante bien tolerada. Se ha reportado un 77% de efectividad, las reacciones secundarias que han sido mencionadas son náuseas, fiebre, diarrea y vómitos; otros autores agregan reacciones de hipersensibilidad incluyendo hemólisis, hipotensión y urticaria,

en adultos se ha reportado enfermedad del suero.

La Furazolidona es un inhibidor de la monoaminoxidasa y puede causar hemólisis intravascular ligera, es reversible en individuos con deficiencia de deshidrogenasa o fosfato. La inducción de cáncer con la droga ha hecho que se ponga en duda el empleo de la Furazolidona en el hombre. Se ha aprobado en Estados Unidos de América para el tratamiento de la Giardiasis (2,10,11).

PREVENCION

En brotes de Giardiasis de origen hídrico se comprobó que el tratamiento para la erradicación con cloro requiere concentraciones más elevadas -- que las habituales para bacterias y bacilos, los datos existentes indican la necesidad de utilizar instalaciones convencionales bien operadas de tratamiento que utilicen coagulación, floculación, sedimentación y filtración a fin de evitar estos brotes (1,2,8,11).

Para viajeros y acampadores se recomienda el hervir el agua por diez minutos con yodo.

Las frutas y las verduras crudas deben evitarse en lugares en donde se sabe que la Giardia es endémica

No hay droga quimioproláctica para la Giardiasis.

METODOLOGIA.

El estudio se realizó en pacientes que ingresaron a los servicios de lactantes de los hospitales infantiles de Peralvillo y Xochimilco, con Síndrome Diarreico, independientemente del tiempo de Evolución del mismo, en el periodo comprendido del 16 de Mayo al 16 de Noviembre de 1984, se incluyeron pacientes mayores de un mes y menores de dos años de edad.

Se excluyeron los pacientes que habían recibido tratamiento con Metronidazol y Furazolidona en los últimos cinco días antes de su ingreso o los pacientes que presentaron complicaciones quirúrgicas de la diarrea.

En cada paciente se elaboró historia clínica completa a fin de registrar las manifestaciones -- clínicas y se trataron las complicaciones de acuerdo a las normas establecidas en el servicio.

Después de un ayuno de ocho horas se introdujo una sonda de 2.5 mm. de diámetro a través de nasorinas hasta duodeno, comprobando su correcta colocación al extraerse líquido duodenal con una jeringa.

ga y se estimó el PH con tiras reactivas de Bili - labstix. Se tomó un centímetro que se centrifugó por cinco minutos a 3000 rpm.; el sedimento se examinó al microscopio óptico.

Los pacientes positivos a Giardia Lamblia se examinaron por segunda ocasion al terminar el tratamiento.

Se tomaron estudios de coproparasitoscópicos en serie en días alternos en todos los pacientes - antes y despues del tratamiento.

Dos grupos aleatorios fueron formados.

El grupo I recibió tratamiento con Metronidazol vía oral a razón de 30 mg./Kg./ día repartida en tres dosis durante siete días.

En el grupo II se administró Furazolidona vía oral a razón de 7 mg./Kg./ día repartida en tres - tomas durante siete días.

Los datos se analizaron por métodos estadísticos.

HIPOTESIS.

1.- La Giardiasis se presenta en el lactante con diarrea en los Hospitales Infantiles de Peralvillo y Xochimilco.

1a.- La Giardiasis no se presenta en los lactantes con diarrea que se hospitalizan en los Hospitales Infantiles de Peralvillo y Xochimilco.

2.- La Giardiasis es más frecuente en la zona de afluencia de el Hospital Infantil de Xochimilco que en el Hospital Infantil de Peralvillo.

2a.- La Giardiasis se presenta con igual frecuencia en los dos hospitales.

3.- El tratamiento con Metronidazol es más efectivo en lactantes con Giardiasis que el tratamiento con Furazolidona.

3a.- El tratamiento con Metronidazol es igual de efectivo al tratamiento con Furazolidona en lactantes con Giardiasis.

RESULTADOS.

Se estudiaron veinte niños con diagnóstico de Giardiasis sin encontrar diferencia en cuanto al sexo ya que diez (50%) fueron del sexo femenino y el resto del sexo masculino. Gráfica 1.

Presentaban una edad que fluctuó de un mes a los dos años de edad con un promedio de 8.1 ± 4.5 meses (D.E.). Gráfica 2.

Todos los pacientes presentaban algún grado de desnutrición; el 65% de tercer grado, el 25% de segundo grado y el 10% de primer grado. El déficit de peso promedio fué de $36.5 \pm 10.1\%$. Gráfica 3.

En este estudio el 40% presentaban diarrea -- aguda, en otro 40% la diarrea era de larga evolución y en el 20% la diarrea era crónica intermitente. Cuadro 1.

Se detectaron enfermedades infecciosas asociadas: el 25% de vías aéreas superiores, Bronconeumonía en 10%, infecciones de vías urinarias en 30%, Shigellosis en un 15%, Septicemia en el 5% y otras parasitosis en un 15% como son, *Ascaris Lumbricoides* y *Entamoeba Hystolítica*. Cuadro 2.

También se diagnosticaron complicaciones médicas de la diarrea; el desequilibrio hidroelectrolítico en todos los pacientes, intolerancia a la lactosa en 45%, ileo paralítico en 5%, oclusión intestinal en 5% y sangrado de tubo en 10%. Cuadro 3.

El diagnóstico se realizó en 50% de los casos por medio del estudio de líquido duodenal, los exámenes de coproparasitoscópico en serie hicieron el diagnóstico en un 65%.

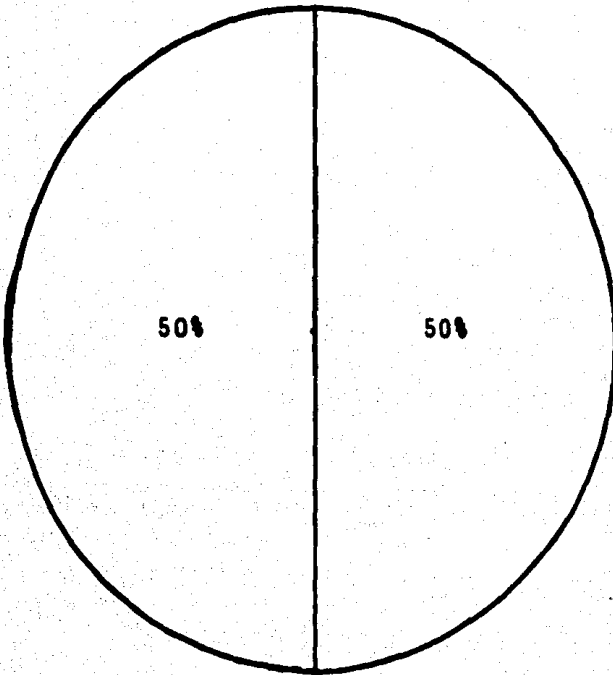
En el tratamiento, los dos fármacos fueron efectivos.

En los pacientes en quienes se les administró Furazolidona, las características de las evacuaciones mejoraron a los 3.9 ± 0.74 días (D.E.) de tratamiento y al terminar el mismo eran de aspecto semi pastoso y contenían gran cantidad de residuo de alimentos, sin embargo los estudios de laboratorio de control resultaron negativos.

El grupo de pacientes tratado con metronidazol, se observó mejoría clínica a los 7.9 ± 1.45 días (D.E.)

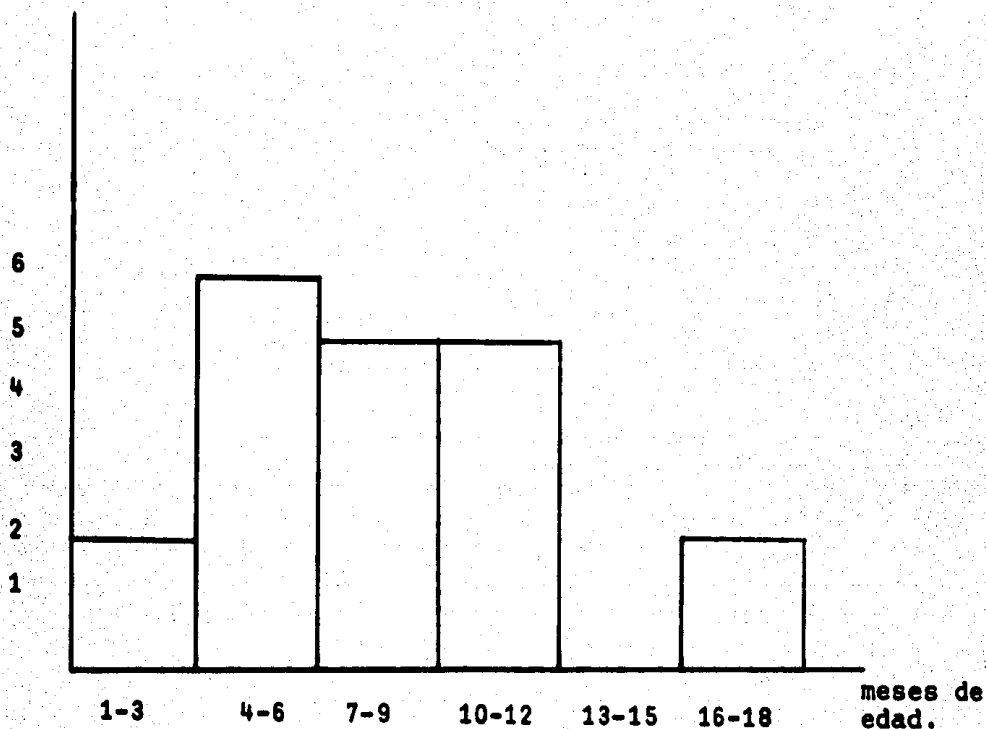
En dos de los pacientes al terminar el trata miento sus evacuaciones continuaron agudas, con mo co y estrías sanguinolentas. Siendo sus estudios - de laboratorio de control también negativos para - Giardia Lamblia. Cuadro 4.

El diagnóstico de Giardiasis se realizó con - mayor frecuencia en el Hospital Infantil de Peral- villo, ya que se determinó en el 75% de los casos y el 25% se realizó en el Hospital Infantil de Xo- chimilco. Grafica 5.

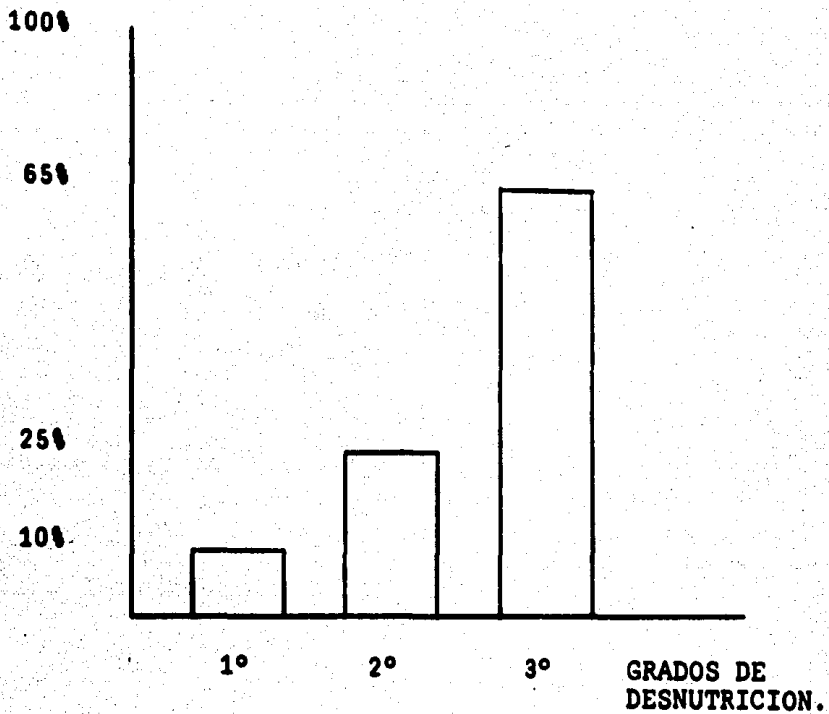


**GRAFICA 1: DISTRIBUCION DE PACIENTES
DE ACUERDO AL SEXO**

**Número de
pacientes**



**GRAFICA 2: DISTRIBUCION DE EDAD EN MESES EN LOS NIÑOS
CON DIAGNOSTICO DE GIARDIASIS**



**GRAFICA 3: PRESENCIA DE DESNUTRICION EN LOS
PACIENTES CON GIARDIASIS**

GASTROENTERITIS	NO.	%
AGUDA.	8	40
DE LARGA EVOLUCION.	8	40
CRONICA INTERMITENTE.	4	20

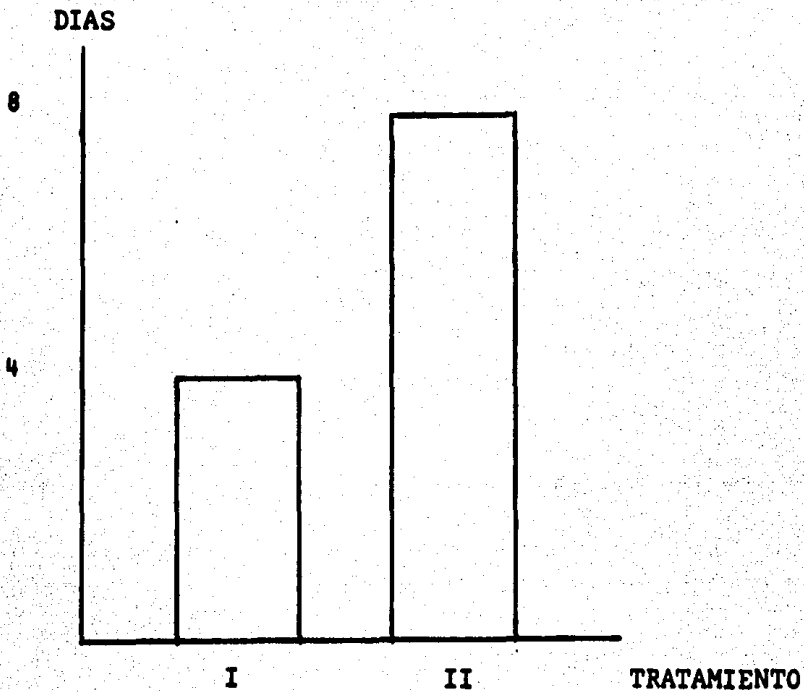
CUADRO 1: TIEMPO CON DIARREA EN LOS PACIENTES CON GIARDIASIS.

TIPO DE INFECCION	NO.	%
INFECCION DE VIAS AEREAS SUPERIORES.	5	25
BRONCONEUMONIA.	2	10
INFECCION DE VIAS URINARIAS.	6	30
SHIGELLOSIS.	2	10
SEPTICEMIA.	1	5
OTRAS PARASITOSIS.	3	15

CUADRO 2: INFECCIONES ENCONTRADAS EN LOS PACIENTES DEL ESTUDIO.

COMPLICACIONES	NO.	%
DESEQUILIBRIO HIDROELECTROLITICO.	20	100
INTOLERANCIA A LA LACTOSA.	9	45
ILEO PARALITICO.	1	5
OCLUSION INTESTINAL.	1	5
SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO.	2	10
SEPTICEMIA.	1	5

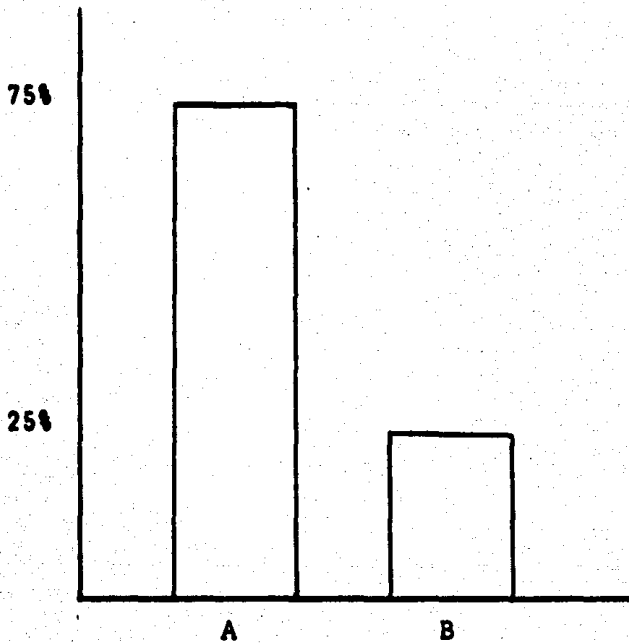
**CUADRO 3: COMPLICACIONES DE LA DIARREA ENCONTRADAS
EN LOS PACIENTES DEL ESTUDIO**



**GRAFICA 4: COMPARACION DEL TIEMPO CON DIARREA EN
PACIENTES CON GIARDIASIS TRATADOS CON
DOS FARMACOS DIFERENTES.**

I. Pacientes tratados con Furazolidona.

II. Pacientes tratados con Metronidazol.



**GRAFICA 5: FRECUENCIA DE LA GIARDIASIS EN
LOS HOSPITALES INFANTILES.
A) PERALVILLO B) XOCHIMILCO.**

DISCUCION.

La Giardiasis se diagnosticó en los pacientes internados tanto en el Hospital Infantil de Peralvillo como en el Hospital Infantil de Xochimilco, siendo en el primero el mayor numero de casos.

Esto puede explicarse por la zona en donde se encuentran ubicados los hospitales, ya que en el Infantil de Peralvillo se maneja población que radica en el Estado de México o en áreas marginadas y el estrato social de los mismos es muy bajo.

Los pacientes internados en este hospital en su gran mayoría tienen desnutrición severa a comparación del Hospital Infantil de Xochimilco en donde el grado de desnutrición es menos importante en los lactantes, probablemente porque el estrato socioeconómico y los hábitos higiénico dietéticos es ligeramente mejor que en la zona norte, resultando una menor frecuencia de la parasitosis.

Otro factor importante es el manejo de la leche y alimentos administrados en los hospitales, ya que existe la posibilidad de contaminación en los mismos por personal que maneja éste ramo del

hospital o por la contaminación del agua; ya que en el Hospital Infantil de Peralvillo en ocasiones se encontró Giardia Lamblia incluso en los pacientes recién nacidos.

El clima puede ser otro factor predisponente, la investigación en el Hospital Infantil de Peralvillo se realizó durante los meses calurosos y la principal causa de hospitalización de los lactantes fué por gastroenteritis mientras que el Hospital Infantil de Xochimilco prevalecieron las infecciones de vías aéreas como son: Bronconeumonía y Bronquiolitis y en un porcentaje menor la gastroenteritis.

Todos los pacientes en quienes se diagnosticó Giardiasis presentaban algún grado de desnutrición, observando que en los pacientes con desnutrición de primer grado, el cuadro enteral era de inicio agudo, esto puede explicarse por la hipomotilidad intestinal y la hipoclorhidria así como las fallas inmunológicas que presenta el desnutrido aunadas a los hábitos higiénicos dietéticos y culturales de los padres los que favorecen la infección asociada

en estos pacientes, formandose así un círculo vicioso.

Este estudio nos sugiere que la Giardiasis se presenta con frecuencia en el lactante y que debe investigarse esta etiología aún en los cuadros enterales agudos para evitar la gastroenteritis de larga evolución o crónica; a fin de prevenir la desnutrición secundaria por la mala absorción intestinal que generalmente acompaña a la Giardiasis.

En nuestro estudio el diagnóstico se realizó con mayor frecuencia por medio de exámenes de coproparasitoscópico en serie y en menor número con la búsqueda de Giardia en el líquido duodenal, siendo éste dato contrario a lo reportado en la literatura médica, probablemente por fallas técnicas del personal de laboratorio o la falta de familiarización con éste estudio.

El Metronidazol y la Furazolidona fueron efectivos en el tratamiento de Giardiasis, observándose mejoría en las características de las evacuaciones más pronto en los tratados con Furazolidona, posiblemente porque el Metronidazol daña la mucosa

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

intestinal prolongando el tiempo con diarrea, pero que mejora al suspenderse; por otra parte sabemos que las preparaciones comerciales de Metronidazol en suspensión contienen elevada concentración de - sacarosa que propicia diarrea osmotica.

CONCLUSIONES.

1.- La Giardiasis se diagnosticó en lactantes tanto en el Hospital Infantil de Peralvillo como en el Hospital Infantil de Xochimilco, el 75% en el primero y el 25% en Xochimilco.

2.- La Giardiasis se diagnosticó tanto en pacientes con diarrea aguda como en pacientes con --diarrea de evolución prolongada.

3.- El Metronidazol y la Furazolidona fueron efectivos en el tratamiento de la Giardiasis; pero la Furazolidona disminuyó el tiempo sintomático de diarrea con $p < 0.001$.

BIBLIOGRAFIA.

1.- Craft JC: Giardia and Giardiasis in Childhood, Ped. Infect. Dis. 3: 196-208, 1982.

2.- Wolfe MS: Giardiasis. Clin. Ped. N.A. 2: 293-301, 1979.

3.- Webster A.: Giardiasis and Immunodeficiency disease. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 74: 440-443, 1980.

4.- Roberts-Thompson IC, Stevens., D. Mahmoud A. et al Giardiasis in the mouse: Animal model --- Gastroenterology 71:57-61, 1976.

5.- Stevens D. Roberts- Thompson IC: Animal - model of Human Disease: Giardiasis. Am. J. Pathol. 90:529-532, 1978.

6.- Burke JH. Ongerden JH. and Werkman HP.: Giardiasis Lancet 2:32-33, 1977.

7.- Clavalitt Amrong B. Suntornpoch V., Sieldhikol C.: Vitamin A concentration in Children with Giardiasis. Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health 11:245-249, 1980.

8.- Black R., Dykes A. Sinclairs et al. Giardiasis in Day-Care Center: Evidence of Person-to-Person Transmission *Pediatric*. 60:486-491, 1978.

9.- Ament. Me Rubin C.: Relations of Giardiasis to Abnormal Intestinal Immunodeficiency Syndromes. *Gastroenterology*. 62:216-226. 1972.

10.- Goodman L. Gilman A.: *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. Mac Millan Publishing. 5a. Ed. Chap. 52-54, 1978.

11.- Kumate y Gordillo G.: Enfermedades Diarreas en el Niño. *Hosp. Infant. Mex.* 7a. Ed. Cap. 8, 23,28,44. 1981.

12.- Vega Franco L.: Absorción Intestinal en Niños con Giardiasis. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 11:598-603. 1983.