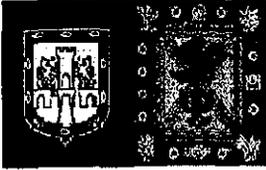


11237
295



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
UNIDAD DEPARTAMENTAL DE ENSEÑANZA DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

**EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASINTOMÁTICO EN NIÑOS
LACTANTES Y PREESCOLARES CON ENFERMEDAD
RECURRENTE DE VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PRESENTADO POR:
DRA. GABRIELA RANGEL LOZANO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

DIRECTOR DE TESIS:
DR. PEDRO SALDAÑA FLORES

- 2002 -

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

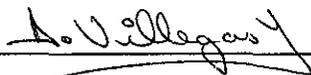
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASINTOMÁTICO EN NIÑOS LACTANTES
Y PREESCOLARES CON ENFERMEDAD RECURRENTE DE VÍAS
RESPIRATORIAS INFERIORES**

DRA. GABRIELA RANGEL LOZANO.

Vo. Bo.

DR. MOISÉS VILLEGAS IBEY



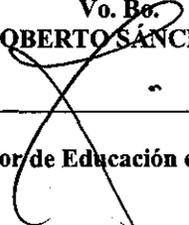
**Profesor Responsable del Curso de
Especialización en Pediatría**



**SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

Vo. Bo.

DR. ROBERTO SÁNCHEZ RAMÍREZ



Director de Educación e Investigación



**DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**



**EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASINTOMÁTICO EN NIÑOS LACTANTES
Y PREESCOLARES CON ENFERMEDAD RECURRENTE DE VÍAS
RESPIRATORIAS INFERIORES**

DRA. GABRIELA RANGEL LOZANO

**Vo. Bo.
DR. PEDRO SALDAÑA FLORES**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pedro Saldaña', is written over a horizontal line. The signature is slanted and somewhat stylized.

DIRECTOR DE TESIS

A DIOS

Por ser mi guía incondicional, en todo momento de mi existencia.

A MIS PADRES Y HERMANOS

Por el amor brindado, el apoyo, sus enseñanzas y comprensión en todo momento de mi carrera profesional.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	7
DISCUSIÓN	8
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

ANEXOS

FIG.1 GRUPOS ETÁREOS

FIG.2 PATOLOGIAS DE VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES

FIG.3 EVENTOS ASOCIADOS A ERGE ASINTOMÁTICO

EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO ASINTOMÁTICO EN NIÑOS LACTANTES Y PREESCOLARES CON ENFERMEDAD RECURRENTE DE VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES

Introducción: A lo largo de los años, se ha observado un incremento en la presentación del Reflujo Gastroesofágico Asintomático, es causa desencadenante de patología respiratoria recurrente y crónica; en nuestro medio, no está claramente establecido la frecuencia de ERGE por lo que se requiere mayor investigación sobre el tema. **Objetivo:** Determinar la frecuencia del Reflujo Gastroesofágico asintomático en niños de 3 meses a 5 años de edad, con Enfermedad Recurrente de Vías Respiratorias Inferiores en los pacientes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacán, del 1° de Enero al 31 de Octubre del 2001. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Se recabo la información directa de los expedientes en formato de captura de datos, por muestreo determinístico por cuota con una $p=0.05$ obteniéndose una muestra de 105 pacientes; criterios de inclusión: niños de 3 meses a 5 años de edad de ambos sexos con padecimiento de Vías Respiratorias Inferiores recurrentes (2 o más eventos) que ameritaron hospitalización y que no tuvieron respuesta al tratamiento, con persistencia de los síntomas respiratorios y que no presentaron manifestaciones de Reflujo Gastroesofágico; criterios de exclusión: niños que ya reciban tratamiento para Reflujo, los que tengan alteración de la mecánica de la deglución y padecimientos cardiológico y neurológicos.

Resultados: Se estudio un total de 105 pacientes: 61 pacientes del sexo masculino(58%) y 44 del sexo femenino (42%) el rango de edad con mayor frecuencia fue de los 3 a los 12 meses con 56 pacientes (53.3%) le siguió de los 13-24 meses con 14 pacientes (13.3%) de 25-36 meses con 12 pacientes (11.4%) de 37-48 meses con 10 pacientes (9.5%) de 49-60 meses con 13 pacientes(12.3%). De las patologías de Vías Respiratorias Inferiores la Bronconeumonía y el Asma en el 25% cada una la Bronquilitis con 24%, la Neumonía con 23%. Se realizó Serie Esofagogastroduodenal a 20 pacientes en los que se confirmo ERGE en el 19% y no se realizo a 85 pacientes, quedando sin confirmar el 81%. No se realizo PH-metría a ningún paciente.

Conclusiones. Se debe sospechar de ERGE en todo paciente con cuadros frecuentes o repetitivos de VRIs, para evitar las complicaciones y cronicidad de las mismas.

INTRODUCCION.

¿Por qué el Reflujo Gastroesofágico Asintomático es causa de Enfermedad Recurrente de Vías Respiratorias Inferiores en niños?

El conocimiento de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) data de épocas remotas. En 1892 William Osler, fue el primero que observó la asociación de Asma y Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.¹

En 1962 se asoció como causa entre ERGE y el Asma.²

En la década de los sesenta y setenta, los cirujanos observaron la relación que existe entre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y Asma. Pero en la década de los ochenta, fue cuando se estableció claramente que el Reflujo Gastroesofágico Silencioso (ERGES) era la causa precipitante de procesos respiratorios recurrentes y crónicos en algunos pacientes.³ Según Fuentes Becerril y Cols. Describen al Reflujo Silencioso como aquél en el que no va a haber síntomas de reflujo y que presenta PH anormal.³

En los últimos años se ha visto incremento en la presentación del reflujo gastroesofágico debido a una mayor y mejor detección del problema.

La prevalencia del reflujo varía entre un 18% para la población adulta y hasta en un 40% en niños que asisten a consulta médica en la práctica privada.⁴

De los lactantes de 4 meses, se dice que dos tercios regurgitan, entre los de 7 meses 15% regurgitan.⁰⁰

La prevalencia de Enfermedad por Reflujo gastroesofágico documentado y con monitorización del PH de esófago distal en la población infantil, se estima del orden del 8 % ⁵

Según la revisión realizada por S. Orenstein en pacientes Norteamericanos, muchos estudios epidemiológicos, tienen prevalencia de ERGE en un 50% o más.^{oc}

En la India según O. Karaman, la frecuencia de Reflujo Gastroesofágico en pacientes con enfermedad respiratoria recurrente, han sido reportados como 25-80.⁶ Palombi y Cols. han reportado que el Asma y el ERGE, fueron responsables en el 90% de los casos de cronicidad.⁷ Según J.E. Ritcher se reporta un 77% de pacientes asmáticos con reflujo sintomático y de 32-82% con PH anormal y reflujo asintomático.⁸ En otros países se ha encontrado que la frecuencia de reflujo gastroesofágico en pacientes asmáticos es del 47-67% en niños.^{oc}

El ERGE sin manifestaciones clínicas u ocultas es causa desencadenante de patología respiratoria recurrente y crónica.^{oc}

El reflujo silencioso (asintomático) es tan común como el reflujo sintomático, un 25-50% de asmáticos no tienen reflujo, pero tienen un PH anormal.^{oc}

El reflujo con aspiración es responsable en algunos casos de Neumonía Recurrente, especialmente en niños con alteración neurológica.

El ERGE se ha asociado con otras enfermedades respiratorias crónicas, como la fibrosis quística, fistula traqueoesofágica y la displasia broncopulmonar.^{oc}

Entre los padecimientos que se señalan como consecuencia de ERGE silencioso se encuentran manifestaciones de las vías aéreas superiores y de

las vías aéreas inferiores como: la bronquiolitis, neumonías recurrentes, bronconeumonía, menos frecuente la bronquiolitis obliterante, la fibrosis intersticial, bronquiectasias secundarias, o procesos infecciosos recurrentes y como factor desencadenante de las crisis respiratorias en pacientes con Asma bronquial y en la Hiperreactividad Bronquial ^{oc}

La fisiopatología del ERGE silencioso implicado en la presencia de Neumonía Recurrente, es el de aspiración, que puede producir Neumonía Lobar o segmentaria o atelectasias, sobre todo en los segmentos superiores de ambos pulmones, con predominio del derecho o Neumonía de focos múltiples, siendo ésta la de mayor predominio; en el caso del Asma, bronquiolitis y en la Hiperreactividad Bronquial los mecanismos que han sido postulados de ERGE como causante de Asma es la aspiración de ácidos gástricos, dentro de la vía aérea, causando inflamación severa y broncoespasmo reflejo. ^{oc}

Los pacientes con síntomas de ERGE han respondido a la terapia antireflujo, los medicamentos y la cirugía, resuelven el Asma en muchos pacientes. Por lo que se requiere de nuevas técnicas de investigación, ya que el ERGE es importante por intervenir factores primarios y secundarios, síntomas típicos y atípicos, digestivos y extradigestivos, como son: rumiación, infecciones del tracto respiratorio de repetición, agravamiento de alergias, recurrencia de otitis media, sinusitis, laringitis, caries dental, síndrome de Sandifer, falla para crecer y anemia. ^{oc}

En el lactante una de las patologías más frecuentes es la bronquiolitis, cuando esta se reitera se debe descartar ERGE silencioso, así como Asma. Si a pesar de tener un tratamiento adecuado no se tiene respuesta al mismo. ^{oc}

En nuestro medio, no esta claramente establecido la frecuencia de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, como causante de patología Recurrente de Vías Respiratorias Inferiores y de ERGE asintomático, por tal motivo se requiere de mayor investigación del tema. ^{oo}

Según R Carmona en un estudio realizado en el INER en el Distrito Federal, la prevalencia de Reflujo Gastroesofágico en pacientes asmaticos mexicanos es elevada, principalmente en aquellos con Asma grave; por lo que es necesario incluir a la PH-metría esofágica en la evaluación integral de los enfermos, como estándar de Oro, existen otros métodos diagnósticos como la Serie Esofagogastroduodenal, Gamagrafía Esofágica y endoscopia. El ERGE es importante por el gran impacto que tiene en la población pediátrica.

La frecuencia de Reflujo es elevada en un 40% y de los casos de reflujo 50% presentan síntomas respiratorios; esto tiene gran trascendencia, puesto que si no se detecta en edades tempranas se puede convertir en problema crónico, afectando la calidad de vida de los pacientes. Va a ser causa de consulta y de hospitalización frecuente con la consiguiente pérdida de recursos humanos, terapéuticos y financieros, ocasionando mayor costo.

El presente estudio pretende: Determinar la frecuencia del reflujo gastroesofágico asintomático (Silencioso) en niños de 3 meses a 5 años, con Enfermedad Recurrente de Vías Respiratorias Inferiores en los pacientes que acuden al Hospital Pediátrico Coyoacán.

MATERIAL Y METODOS.

El presente trabajo es un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

Se revisaron 105 expedientes clínicos de niños hospitalizados de 3 meses a 5 años de edad, de ambos sexos, que cursaron con padecimientos de vías respiratorias inferiores en el Hospital Pediátrico Coyoacán, del 1º de Enero al 31 de Octubre del 2001.

Criterios de inclusión: niños de 3 meses a 5 años de ambos sexos, que cursaron con padecimiento de vías respiratorias inferiores recurrentes (2 o más eventos) que ameritaron hospitalización y que no tuvieron respuesta al tratamiento, con persistencia de los síntomas respiratorios y que no presentaron manifestaciones de reflujo gastroesofágico.

Criterios de Exclusión: niños que ya reciban tratamiento para reflujo, los que abandonen el estudio, los que tengan alteración de la mecánica de la deglución y padecimientos neurológicos y cardiológicos.

Criterios de eliminación: pacientes con expedientes incompletos y estudios de gabinete incompletos.

Las variables estudiadas son la edad, sexo, reflujo gastroesofágico silencioso, teniendo como constante a la patología de vías respiratorias inferiores recurrente.

Se recabo la información directa de los expedientes en formato de captura de datos, por muestreo determinístico por cuota con una $p= 0.05$ obteniéndose una muestra de 105 pacientes.

La muestra fue agrupada por grupos de edad, con objeto de determinar si existía una asociación entre la presencia de ERGE y grupos etáreos; se obtuvo el rango, intervalo y la relación R/I, se obtuvo la media o promedio como medida de tendencia central, frecuencia y porcentaje.

Es una investigación sin riesgo.

RESULTADOS:

La mayor frecuencia de pacientes se encontró el rango de 3 meses a 12 meses con 56 pacientes (53.3%) le siguió de 13 - 24 meses con 14 pacientes (13.3%) de 25-36 meses con 12 pacientes(11.4%) de 37-48 meses con 10 pacientes (9.5%) de 49-60 meses con 13 pacientes(12.3%) Fig.1

El Rango fue de 57 meses, el Intervalo de 8.48 y la Relación R/I de 6.7.

Se estudio un total de 105 pacientes: 61 pacientes del sexo masculino(58%) y del sexo femenino 44 pacientes (42%).

Se encontró como eventos asociados al reflujo gastroesofágico, las patologías del tracto respiratorio inferior con 83 pacientes (79%) se encontró a la Bronconeumonía con una proporción de 0.25, al Asma con una proporción de 0.25, a la Bronquiolitis con una proporción de 0.24, a la Neumonía con una proporción de 0.23. Fig.2

Otros eventos que se asociaron fueron la anemia con 43 paciente(40.9%) retraso del crecimiento con 30 pacientes(28.5%) síndrome de Sandifer con 3 pacientes (2.8%) Fig.3

De los estudios diagnósticos se realizó Serie Esofagoduodenal a 20 pacientes, se confirmó ERGE en el 19%, no se realizó Serie Esofagoduodenal a 85 pacientes quedando sin confirmar el 81%.

No se realizó PH-metría a ningún paciente (100%).

DISCUSION:

La frecuencia de Reflujo Gastroesofágico Asintomático en pacientes con Enfermedad de Vías Respiratorias Inferiores Recurrentes en el Hospital Pediátrico Coyoacán fue de 20%, en la literatura han sido reportados como 25-80% en la India.⁶ En pacientes Norteamericanos es del 8%⁵ y para ERGE en general del 50%.¹ En México es del 25-50% es baja con lo encontrado en nuestro país y en la India y elevada en lo reportado en pacientes Norteamericanos.

En la literatura se señalan padecimientos como consecuencia de ERGE como son: la bronquiolitis, bronquitis, neumonías, como factor desencadenante en Asma Bronquial y en la hiperreactividad bronquial.² En el estudio se encontró que el porcentaje de presentación de las patologías del tracto respiratorio Inferior es elevada (79%) de ellas la bronconeumonía y Asma obtuvieron el mismo porcentaje (25.7%) les siguieron la bronquiolitis (24.7%) y la neumonía (23.8%) ocupando un lugar importante también. La frecuencia de Asma y ERGE fue de 25.7% es baja en comparación con lo reportado por Pallombi y cols. refieren que la frecuencia de Asma y Reflujo en niños es de 33-90%. y de 32-82% con PH anormal y reflujo asintomático⁹. En otros estudios es del 47-64% en niños.² El Asma ocupa el primer lugar en asociación a ERGE, igual que en los estudios; los mecanismos que han sido postulados son: la aspiración de ácidos gástricos dentro de la vía aerea, causando inflamación severa y broncoespasmo reflejo, en la Bronconeumonía y Neumonía es por aspiración.

Dentro de los síntomas extradigestivos se refiere al Síndrome de Sandifer, falla para crecer, y la anemia². Se encontró a la anemia con 40.9%, el retraso en el crecimiento con 28.5%, y en menor grado el Síndrome de Sandifer con el 2.8%. El Estándar de Oro, la PH-metría no se realizó en ningún paciente, la serie esofagogastroduodenal se realizó en el 19% de los pacientes quedando un 81% sin realizar, debido en la mayoría de los casos a no sospechar el diagnóstico, en otras ocasiones por no contar con los recursos se egresa al paciente con cita para la realización del estudio de manera externa, dando tratamiento empírico con lo cuál mejoran los síntomas.

El grupo de edad más frecuentemente afectado fue de los 3 meses al año de edad (53.3%) la media o promedio de los datos agrupados fue 20.7 meses.

El sexo predominantemente más afectado fue el masculino con 58%, el femenino con 42% con una Razón de 1.38 hombres por cada mujer.

**ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA**

Se debe sospechar de ERGE en todo paciente con cuadros frecuentes o repetitivos de Vías Respiratorias Inferiores, desde el segundo evento o en aquellos pacientes que no respondan al manejo de la patología de base.

Ya que existe una elevada frecuencia ERGE y Patología Recurrente de Vías Respiratorias Bajas en el Hospital Pediátrico de Coyoacán

El Asma y la Bronconeumonía ocupan el primer lugar seguido de la Bronquiolitis y Neumonía.

Existen síntomas agregados como la anemia en la mitad de los casos y en menor porcentaje el retraso en el crecimiento y el Sx. De Sandifer, que nos harán sospechar de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

Los lactantes de los 3 meses a los 12 meses son los más afectados, con una razón de 1.3-1 de hombres por cada mujer.

Al tener un mejor abordaje de los pacientes solicitando los estudios diagnósticos adecuados, se dará un oportuno y mejor tratamiento y se evitarán las complicaciones y la cronicidad de estas patologías, que dan por resultado una mala calidad de vida y pérdida de recursos humanos y financieros.

Es importante contar con el expediente clínico completo

Es necesario que se solicite él o los estudios diagnósticos como lo son la Serie Esofagogastroduodenal, la endoscopia y se debe de hacer un esfuerzo para realizar la PH-metría en todo paciente con patología de Vías Respiratorias Inferiores Recurrente.

Se debe incluir a la PH-metría en el estudio integral del paciente asmático.

Tratar de Unificar un criterio para el diagnóstico y tratamiento oportuno del ERGE para la prevención de las complicaciones, en el Hospital Pediátrico Coyoacán.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Susan Orenstein Reg n & Gerd Journal of Pediatrics
Gastroenterology and Nutriti3n Vol. 32 ; S 16 -S 18 April 2001
2. Ram3n Carmona, S3nchez, Miguel Angel Valdovinos D3az, Mar3a Teresa Facha, Luis Aguilar, Luis Cachafeiro, Carolina Flores. El Reflujo Gastroesof3gico en pacientes asm3ticos: Estudio de Frecuencia y Correlaci3n Cl3nica. **Gaceta M3dica de M3xico**. Vol.135 No.5 1999; 471-475.
3. Cesar Augusto Fuentes Becerril, H3ctor Rodr3guez Villariel. Frecuencia de Reflujo Gastroesof3gico Silencioso en ni1os con Enfermedad de V3as Respiratorias Inferiores. **Bolet3n del Hospital Infantil de M3xico**. Vol.55 No. 5 Mayo 1999; 251-256
4. Dr. Pablo Casaubon. Diagn3stico de la Enfermedad por Reflujo Gastroesof3gico en Pediatr3a. **Pediatric Gastroenterology**. Pag. 15-33
5. Orestein Sr. Et. al Gastroesophageal Reflux Disease in Children. **Gastroenterology clinics**. Vol. 28 No. 4 Dec. 1999, 948-969.
6. Oskan Karaman, Nevin Uzuner. Berna Degirmenci, Aysen Uguz, and Hastice Durak. Results of the Gastroesophageal Reflux Assesment in Cheezy Children. **Indian J Pediatric** 1999; Vol. 66; 351-355.

7. Vikram Khoshoo. Gerald Ross, Shannan Brown and Deán Edell. Smaller Volume, Thickened formulas in the management of Gastroesophageal Reflux in triving infants. **Journal of Pediatrics Gastroenterology and Nutrition**. Vol.31 November 2000 554-56.
8. Joel E. Ritcher. MD Asthma and Gastresophageal Reflux Disease. **Chest**. Vol. 117. No.4 April 2000; 1150-1152.
9. Howard L. Corwin M. D. A Posible Pathologic Link Between Chronic Cough and Sleep **Chest**. Vol. 117 No. 4 April 2000, 1215-1216
10. Ramírez J. Garrido, Huerta A. Gutiérrez, Cervantes R. Mata, N. Zárate cisaprida and Qtc interval in Children. **Pediatrics 2000**, Vol. 106 Pág. 1028-1030.
11. Suzane. P. Nelson, MD Edwin H. Chen. Gina Syniar. Prevalencia of Simptoms of Gastroesophageal Reflux chilhood. Pediatric practice research group. **Arch Pediatr Adolesc. Med**. Vol. 154; Feb. 2000; 1150-1154.
12. Samy Cadranel. Medical and Surgical Terapies for GERD. **Journal of Pediatrics Gastroenterology and Nutritión**. Vol. 32; S19-S 20 April 2001.

13. K. Aksglaede. P. Funch-Jensen and P. Thompson. Radiological. Demostration of gastroesophageal Reflux. **Acta Radiológica** Vol. 40. 1999; 652-655.

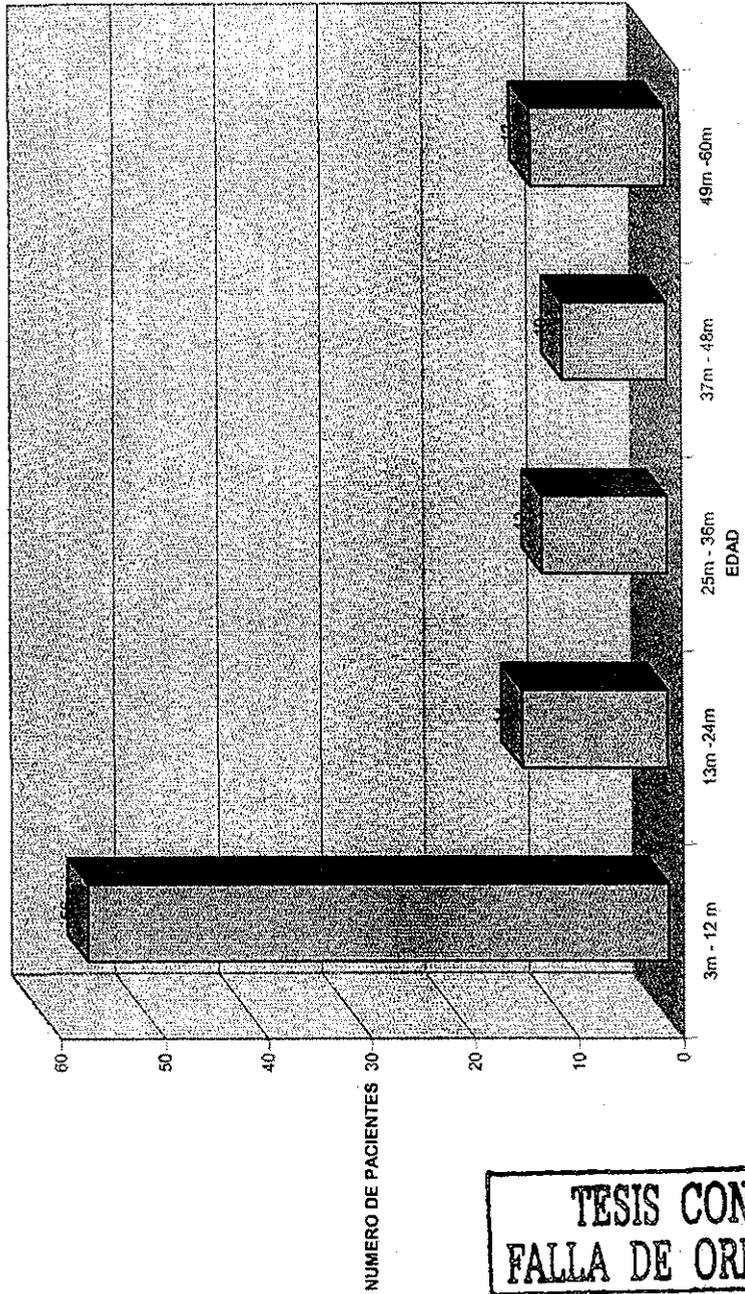
14. Susan Orestein Update on gastroesophageal Reflux and Respiratory Disease in Children. **Can. J. Gastroenterology**. Vol. 14. No.2 February 2000 131-134.

15. Babak Moklesi. MD Aaron L. Morris. Anthony Cursio Terrence. Increased Prevalence of Gastroesophageal Reflux syntoms in patients with COPD. **Chest** Vol. 119. No. 4 April 2001; 1043-48.

16. C. Cohen Edward V. Loughlin. cisaprida in the control of Simptoms in infants with Gastroesophageal Reflux: A Randomized, double-blind placebo-controlled trial. **The Journal of Pediatrics** March 1999. Vol.134 No.3 286-291.

17. Robert J. Shulman. MD. Cisapride doesn't work Don't go breaking my heart. **The Journal Pediatric**. Vol. 134; No.3. 262-263.

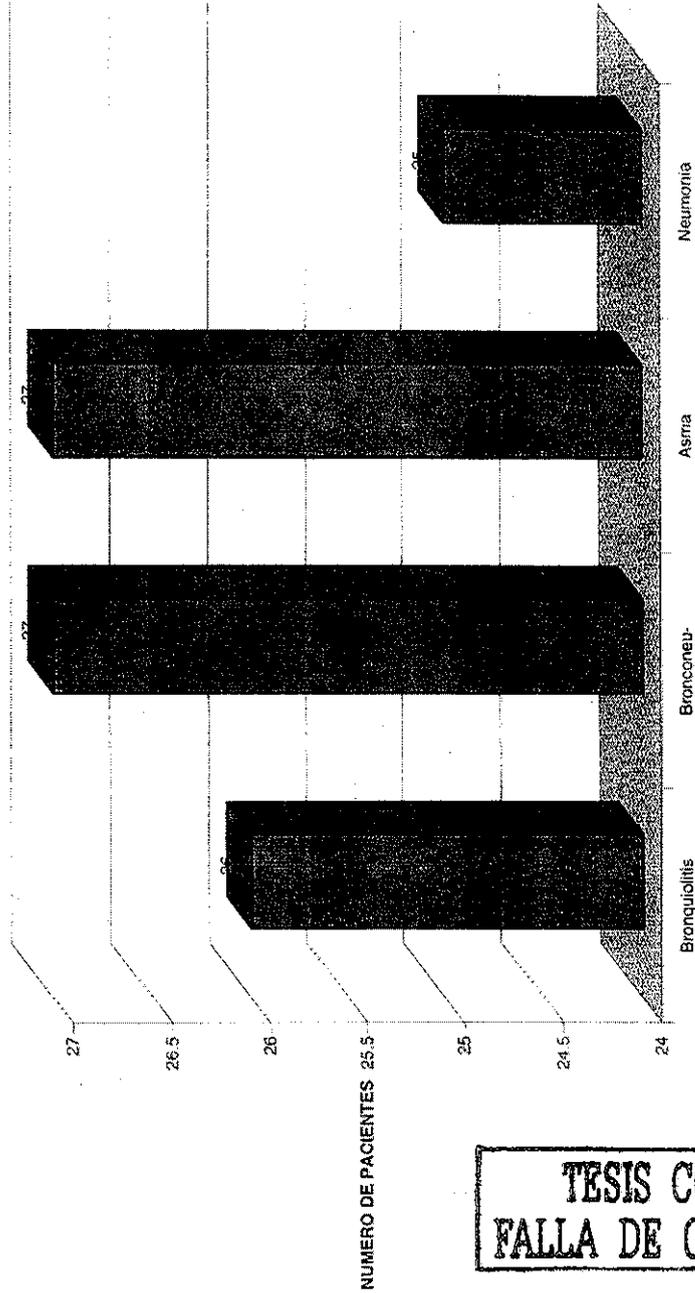
FIG.1 GRUPOS ETÁREOS



FUENTE: Archivo Clínico Hospital Pediátrico Coyoacán 2001

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

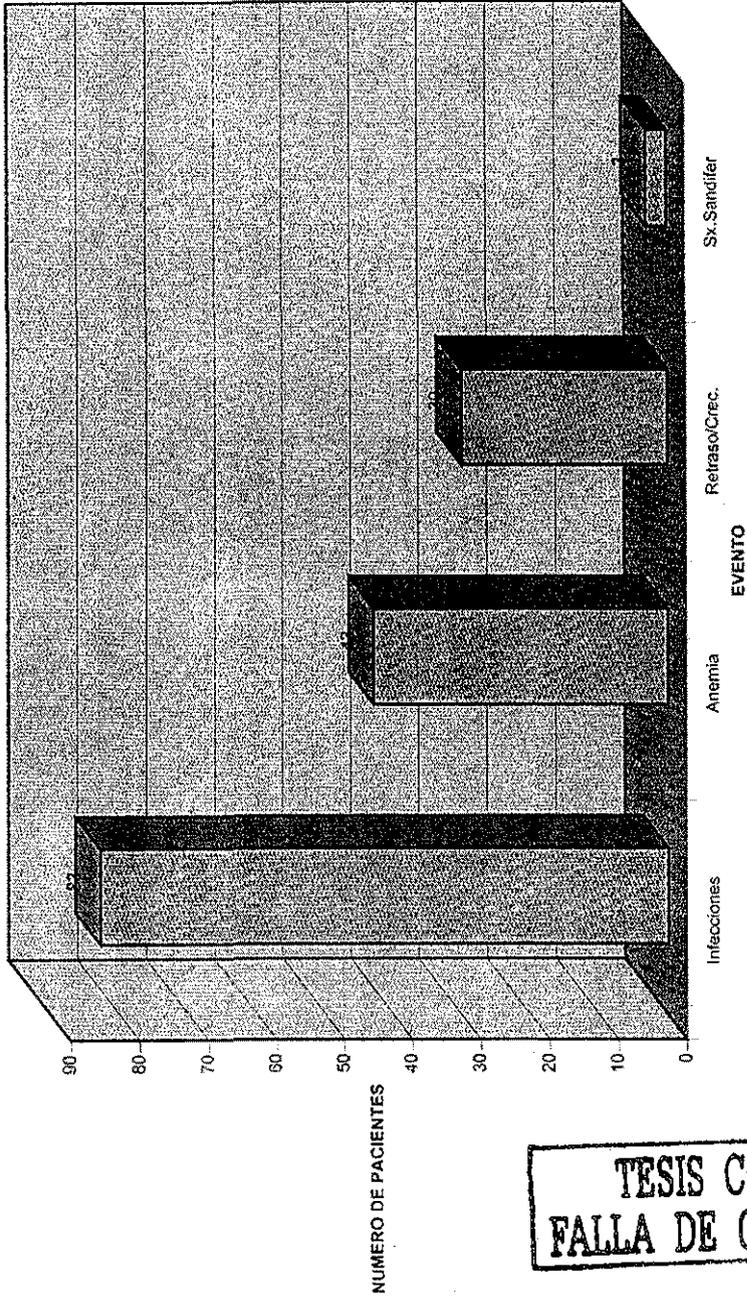
FIG.2 PATOLOGÍAS DE VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES



FUENTE: Archivo Clínico Hospital Pediátrico Coyocacán 2001

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIG.3 EVENTOS ASOCIADOS A ERGE ASINTOMATICO



FUENTE: Archivo Clinico Hospital Pediatrico Coahuacan 2001

TESIS CON FALLA DE ORIGEN