

11237

17



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
I.S.S.S.T.E.

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
JEFATURA DE SERVICIOS DE INVESTIGACION
HOSPITAL REGIONAL "LIC ADOLFO LOPEZ MATEOS"

RELACION ENTRE MANIFESTACIONES CLINICAS Y
ESTUDIO DE ESOFAGOGRAMA DE BARIO EN
PACIENTES PEDIATRICOS ENTRE CERO Y DOS
AÑOS DE EDAD

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN
P E D I A T R I A
P R E S E N T A:

DRA. CONSUELO LANDALUZ GARZA



ISSSTE

MEXICO, D. F.

DICIEMBRE DE 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

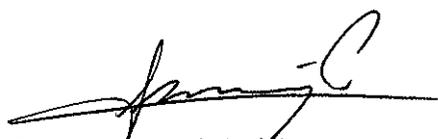
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

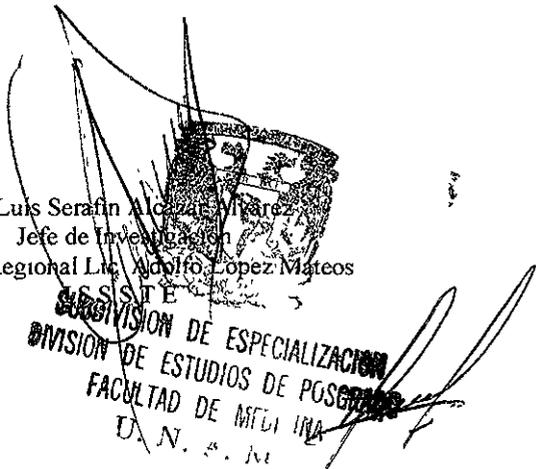
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



Dr. Víctor Romero Montes
Médico Adscrito del Servicio de Cirugía Pediátrica
Asesor de Tesis
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos
ISSSTE

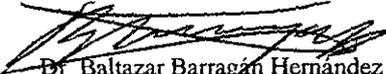


Dr. Sergio Barragán Padilla
Médico Adscrito del Servicio Urgencias Pediatría
Vocal de Investigación
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos
ISSSTE



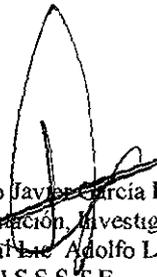
Dr. Luis Serafin Alcazar Alvarez
Jefe de Investigación
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos
ISSSTE

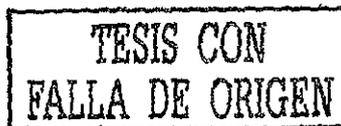
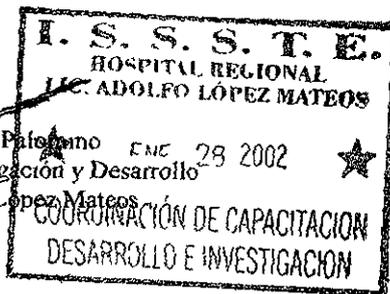
DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


Dr. Baltazar Barragán Hernández
Profesor Titular del Curso de Pediatría
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos
ISSSTE




Dr. Julio César Díaz Becerra
Jefe de Capacitación, Investigación y Desarrollo
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos
ISSSTE


Dr. Francisco Javier García Palomero
Coordinador de Capacitación, Investigación y Desarrollo
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos
ISSSTE



RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
MATERIAL Y METODOS.....	5
RESULTADOS.....	6
DISCUSION.....	7
CONCLUSION.....	10
BIBLIOGRAFIA.....	12
GRAFICAS.....	15

REFLUJO GASTROESOFAGICO

RESUMEN

OBJETIVO La relación que existe entre las manifestaciones clínicas de reflujo gastroesofágico y los métodos diagnósticos para determinar la presencia o ausencia del mismo en pacientes pediátricos entre un año y seis años de edad

DISEÑO Estudio observacional, transversal, descriptivo, longitudinal, abierto

LUGAR Servicio de Pediatría, Cirugía Pediátrica, Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos I S S S T E

PACIENTES Muestra secuencial de 100 pacientes pediátricos entre cero y dos años de Edad, de ambos sexos, que presentan síntomas de reflujo gastroesofágico que ameritan valoración y tratamiento como esofagitis, complicaciones respiratorias y nutricionales

INTERVENCIÓN A cada paciente se le realizó una historia clínica completa, valoración nutricional, se percentilan dirigido al diagnóstico de reflujo gastroesofágico y se realiza a cada uno de ellos esofagograma de bario, analizándose edad, sexo, peso, estatura, síntomas de reflujo gastroesofágico

MEDICION Y RESULTADOS Todos los paciente evaluados tenían entre un año de edad Una media de 31 9% / 6 08 DE , 59 2%, del sexo masculino, y 40 8% del sexo femenino corroborando la confiabilidad del estudio de bario en este estudio de un 86% y el 14% presentan estudio de bario normal

CONCLUSIONES Los hallazgos del estudio de bario pueden ser positivos en un 30% de paciente que no tiene complicaciones por reflujo, este resultado no fue erróneo porque quizás existió reflujo con antecedentes importantes de reflujo y hallazgos negativos en el estudio de bario es necesario un segundo estudio para excluir reflujo gastroesofágico

PALABRAS CLAVE Esofagograma de bario Reflujo gastroesofágico



INTRODUCCION

El reflujo gastroesofágico se conoce desde 1836, asociado con hernia hiatal, pero no fue hasta 1947 cuando Berenberg y Neuhauser describieron que puede existir reflujo gastroesofágico sin hernia y viceversa, son los primeros en tratar medicamente esta enfermedad con posición y dieta espesada

El reflujo gastroesofágico es un trastorno fisiológico cuyas complicaciones son con frecuencia remotas al esófago, (broncoespasmo, infección de vías respiratorias altas, neumonías de repetición, sinusitis, otitis), inicialmente se investigan por vómito persistente y falta de crecimiento en los niños, los pacientes cuyos síntomas de reflujo desaparecen cuando se introducen alimentos sólidos comprenden dos tercios de los pacientes con reflujo gastroesofágico, con frecuencia están asintomáticos para la edad de dos años, un tercio de los pacientes no muestran mejoría o empeoran

Desde hace tiempo dentro de las pruebas practicadas más a menudo para diagnosticar reflujo gastroesofágico se considera el esofagograma por bario, varía en invasividad, confiabilidad y costo

En 1947 se estandarizó el esofagograma de bario, este estudio puede ser muy confiable Este es el abordaje que empleamos para estudio de reflujo gastroesofágico en nuestro hospital

En el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos se brinda servicio a un promedio de 1500 derechohabientes considerando consulta externa y hospitalización

Una importante proporción de dichos pacientes presenta sintomatología relacionada con reflujo gastroesofágico, en las que encontramos puntos clave de diagnóstico por medio de esofagograma de bario, con incidencia diferente para cada una de ellas, compartiendo un factor común representado por el momento de diagnóstico y sintomatología que los acompaña y de esa manera se inicia diferentes modalidades terapia Lo anterior conlleva a una forma obligada de realizar esofagograma de bario en pacientes detectados en este servicio considerando este estudio de gabinete con el que se cuenta en este Hospital y que puede practicarse para confirmar o afinar el diagnóstico

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y prospectivo en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos del ISSSTE, durante el período comprendido entre marzo de 2000 y marzo de 2001, en el cual se evaluaron 100 paciente pediátricos, de ambos sexos, que se detectaron asintomáticos y con sintomatología cardinal para diagnóstico de reflujo gastroesofágico desde los primeros días de vida que son posprandiales tardía y no son progresivos u otros como detención del crecimiento y desarrollo, espasmo esofágico, infecciones de vías respiratorias altas recurrentes, los cuales motivaron consulta a este servicio

A cada uno de los sujetos se les efectuó historia clínica pediátrica, examen nutricional percentilando en todos los casos de acuerdo talla y peso, con la finalidad de detectar en que momentos realizar estudios de gabinetes necesario, en este caso esofagograma de bario

Así mismo se explica a los padres de los pacientes el seguimiento por un año desde el momento del diagnóstico por la sintomatología y realización de esofagograma de bario, mismo que se evalúa realización periódica de acuerdo evolución clínica del paciente y los parámetro ya mencionados por esofagograma de bario Así mismo los padre manifestaron su consentimiento

De cada sujeto se registra edad, sexo, peso, talla, sintomatología cardinal

También se toman puntos clave a valorar en el estudio de esofagograma de bario como ángulo de His, esófago abdominal, grado de vaciamiento gástrico y hiato esofágico determinado el grado de reflujo y terapéutica a manejar en cada paciente

Por otra parte se registran hábitos alimenticios, forma de abalctación y método de alimentación en cada paciente de acuerdo edad y sintomatología

Posteriormente se efectua evaluación de los pacientes dos mese después de forma periódica de acuerdo resultado de esofagograma de bario y la relación con la clínica que presenta cada pacien

Lo datos obtenido se analizaron mediante medidas de tendencia central, utilizando el programa S P S S 8 0 para Windows (12,13)



RESULTADOS

Durante el período de estudio se evaluaron 47 sujetos del sexo masculino (47%) y 53 sujetos correspondiente al sexo femenino (53%), tal como se ilustra en la figura 1

La edad de los pacientes fue de los cero a los dos años de edad (edad media de 31.9+-6.08DE) La distribución por grupos etéreos se muestra en la figura 2

Entre los síntomas cardinales el vómito se presenta en 82% de los pacientes, regurgitación se presenta en 51%, alteraciones del crecimiento principalmet detención del mismo se presenta en un 25% e infecciones de vías respiratorias altas en un 35 %, como se ilustra en la figura 3

De acuerdo a los los parámetros evaluados en el esofagograma de bario y relación de la sintomatología que presenta los pacientes en estudio encontramos alteraciones Angulo de His a 100° en 3 paciente (3%), 70° 3 pacientes (3%), 90° 9 pacientes (9%), 80° 2 pacientes (2%), 60° 58 pacientes (58%) y 45° 25 pacientes (25%) como se muestra en la figura 4

El esófago abdominal en relación al estudio encontrándose corto en 55 pacientes (55%) y normal en 45 pacientes (45%) como se muestra en la figura 5

Se reportan resultados de estudio radiológicos clasificando grado de reflujo gastroesofágico en los que se obtienen los siguientes resultados Grado I 5 pacientes (5%), Grado II 43 pacientes (43%), Grado III 25 pacientes (25%) Grado IV 27 pacientes (27%), como se muestra en la figura 6

Se reporta resultado de amplitud del hiato esofágico en los que se encuentra normal en 53 pacientes (53%), amplio en 23 pacientes (23%) y muy amplio en 24 pacientes (24%), como se muestra en la figura 7



DISCUSION

Se sabe que el reflujogastroesofágico se debe a una incompetencia del esfínter esofágico inferior, aunque también participan alteraciones de las estructuras anatómicas como lo son el ligamento frénico, los pliegues de la mucosa, la acción de de tenaza de los pilares del diafragma, la porción intraabdominal del esófago, el ángulo agudo que forma la unión gastroesofágica (ángulo de His) y el esfínter esofágico inferior, , la perístasis esofágica, la calidad y la cantidad del contenido gástrico , así como la frecuencia y el volumen del reflujo duodenogástrico, que pueden agravar los síntomas porque como se sabe, la combinación del ácido pepsina y sales biliares produce una mezcla especialmente agresiva como esofagitis

Debido a que muchos lactantes vomitan o regurgitan frecuentemente a causa de una técnica inadecuada de alimentación para que el reflujo gastroesofágico se considera patológico debe ser fácil, frecuente, masivo, persistente o repercutir en la salud del niño

Entre los datos indirectos de la existencia de reflujo que se pueden observar en las placas fijas de la serie son persistencia de la columna de bario en el esófago a pesar de que el medio de contraste se encubre en yeyuno y/o ileón , hiato amplio, pérdida del ángulo de His (normalmente es de 60°) y presencia de hernia hiatal o de estenosis esofágica

Radiológicamente se ha clasificado al reflujo gastroesofágico en cinco grados

Grado I Reflujo mínimo

Grado II Reflujo A nivel del cayado aórtico

Grado III Reflujo hasta la faringe

Grado IV Reflujo faríngeo prácticamente continuo , muy frecuente en relación con trastornos de la motilidad esofágica

Grado V Existencia de reflujo faríngeo con aspiración

Los pacientes cuyos síntomas de reflujo desaparecían cuando se introducían alimentos sólidos comprendían dos tercios de los pacientes con reflujo gastroesofágico, con frecuencia estos pacientes estaban asintomáticos para la edad de dos años

Solo los pacientes que presentan complicaciones o síntomas de reflujo gastroesofágico ameritan valoración y tratamiento, algunos tienen esofagitis, complicaciones respiratorias y nutricionales,

Las manifestaciones respiratorias de reflujo gastroesofágico que generalmente se reconocen incluyen apnea, neumonitis por aspiración, tos ahogamiento, enfermedad reactiva de las vías respiratorias y quizá broncodisplasia pulmonar

Las complicaciones respiratorias del reflujo gastroesofágico fueron el motivo principal del tratamiento quirúrgico

El laringoespasmo que se presenta al final de la fase espiratoria se ha demostrado que lleva rápidamente a una hipoxia grave, el reflujo gastroesofágico se presenta usualmente en niños que han tenido apnea estando despiertos, así mismo el reflujo puede producir broncoespasmo reflejo u otros trastornos reactivos de las vías respiratorias aparte de la apnea

Los datos indirectos de la relación de la neumonitis crónica y reflujo gastroesofágico son muy frecuentes

El reflujo gastroesofágico puede ser tan grave que se presenta aun con cantidades mínimas de presión intra abdominal aumentada, entre los lactantes y preescolares regurgitan y esto conlleva a , la pérdida colórica debida a un esfínter incompetente , alterando el crecimiento y desarrollo del niño

Es más difícil detectar al grupo de pacientes que son regurgitadores desde el inicio, que nunca vomitan Pero que tampoco parecen tener hambre, su apetito probablemente esta disminuido porque el contenido gástrico sé esta regurgitando y redegutiendo continuamente y no se vacía en una forma anterograda

La mucosa esofágica se irrita fácilmente por la presencia de ácido, de un grado más grave la esofagitis produce dolor que se conoce como pirosis pero que un lactante pequeño se puede manifestar como cólico, si no es tratada algunas veces la esofagitis evoluciona hasta la formación de una constricción mediante el proceso de inflamación repetida y cicatrización, otras dos manifestaciones de reflujo grave que rara vez ocurren son acortamiento del esófago y sustitución de mucosa por mucosa gástrica

Otra manifestación poco común de la esofagitis se conoce como síndrome de Sandifer, en el cual las contorsiones voluntarias de la cabeza, y el cuello y algunas veces el tronco se acompañan de esofagitis por reflujo

La mayoría de los pacientes pediátricos con reflujo gastroesofágico no tiene hernia hiatal radiológicamente demostrable, el vaciamiento gástrico retardado, que se sabe se asocia con reflujo puede ser la causa de reflujo en pacientes con alteración neurológicas

Los retardos cuantificables en el vaciamiento gástrico ocurren en un tercio a una mitad de los pacientes que presentan reflujo sintomático, no se conoce si las decisiones de tratamiento se toman en respuesta a estos datos, el problema con la suposición que el vaciamiento gástrico retardado amerita procedimientos de drenaje puede resultar en el desarrollo del síndrome de vaciamiento rápido del estómago

CONCLUSIONES

Las medidas diagnósticas para determinar la presencia o ausencia de reflujo gastroesofágico se instituyen únicamente de acuerdo a los síntomas del paciente individual

Las complicaciones del reflujo gastroesofágico son todas diversas y con frecuencia remotas a la unión gastroesofágica que algunas veces el diagnóstico requiere de un esfuerzo mayor, no siempre demostrable por serie esofagogastroduodenal

No se debe minimizar el valor de la impresión clínica de reflujo las pruebas diagnósticas para reflujo gastroesofágico varían en invasividad, confiabilidad y costo

Con antecedentes importantes de reflujo gastroesofágico y hallazgos negativos en el estudio de bario, es necesario un segundo estudio para excluir reflujo gastroesofágico, con un antecedente clínico importante y un estudio de bario positivo por lo regular se obtiene una confirmación mediante otro estudio, pero no es absolutamente necesario

Se debe valorar la salida gástrica en alguna forma, debido a los enlazamientos del vaciamiento gástrico previamente descritos y a la asociación conocida con mal rotación, aunque el estudio de bario no es medio cuantitativo para valorar el vaciamiento gástrico, con frecuencia un radiólogo experimentado incluye una impresión de motilidad antral alterada

El abordaje que emplean los autores en el paciente con sospecha de reflujo gastroesofágico incluye un estudio de bario practicado por un radiólogo que se apegue a los principios, si los datos de reflujo gastroesofágico clínica son débiles y los hallazgos del estudios de bario son negativos, no se prosigue, si existen buenos datos en la historia clínica de reflujo y el resultado del estudio de bario es negativo o positivo se continua con otros estudio

El estudio de bario es obligatorio para la valoración de la salida gástrica y duodeno, a pesar de un diagnóstico confirmado de reflujo gastroesofágico, los síntomas del paciente pueden ser resultado de otros trastornos, esta posibilidad es en particular verdadera en los niños con asma o apnea supuestamente relacionado con reflujo gastroesofágico

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

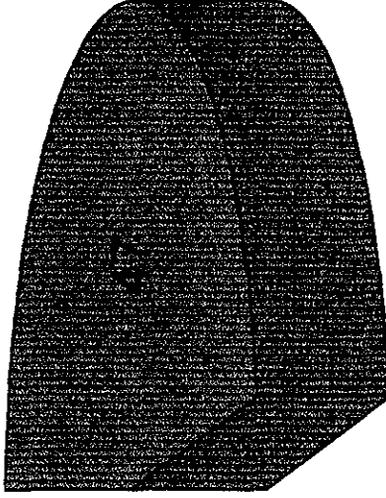
- 1 - Aschraf , Holder Treatment of gastroesophageal reflux in children by funduplication 1981 706-721
- 2 - Holder, T Gastroesophageal reflux Pediatric Surgery, Saunders, 1980 292-3 1984
- 3 -Jonsell, B Comparasion of diagnostic methods for selection of patients for antireflux operation Suegery 27
- 4 - McCallum, M Metrocloperamide in gastroesophageal reflux disease Gastroenterology 1979 165-172
- 5 - Orestein, C Positioning for prevention of infant gastroesophagea reflux 1983 534-555
- 6 -Collins, D Diaphragmatic hernia Pediatric Surgery Holder 1980 578'598
- 7 - Belding H Morphologic study of myenteric plexus anda musculature of estenosis esophageal, Surgery 1997 322 -353
- 8 -Becker, M Estenosis esophageal Radiology 1990 124-125

- 9 - Martel W Radiologic Features of esophagitis 1980 157-167
- 10 - Gonoll C , Williams Antireflux surgery for symptomatic management of gastroesophageal reflux disease Gastroesophageal reflux 1997 397-492
- 11 - Gonoll C Antireflux therapy for symptomatic relief of dysphagia and asthma 1999 306- 324
- 12 - Gonoll C Barrett's esophagus Gastroesophageal reflux 1997 395-407
- 13 - Alexander , W Coug chronic Gastroenterology 1998 271-276
- 14 - Eckloff, O Bethanechol for symptomatic management of gastroesophageal reflux disease 1997 357-362
- 15 - Feldman, D Esophageal reflux Gastrointestinal and liver disease 1998 1321-1330
- 16 - Harrel, G Esophagus Surgery 1999 558-590
- 17 - Juhl, P Esophagus Pediatric Radiology 1989 151-157

- 18 - Chrispin, A Abnormalities of esophageal function Radiologic aspects 1999 239'347
- 19 - Nauhauser, E Cardio-esophageal relaxation as a cause of vomiting in infants Radiology 1947 480'483
- 20 Carré JJ A historical review of the clinical consequences of hiatal hernia and gastroesophageal reflux Surgery Pediatrics 1969 325-333
- 21 - Vollenweider, E The use of gastropexia in the management of esophageal hiatus hernia Surgery 1966 2267- 2276
- 22 - Randolph, JG Surgical treatment of gastroesophageal reflux in infants Surgery Pediatric 1977 479'486
- 23 - Kahn, A Sleep apneas and acid esophageal reflux Et al

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEXO

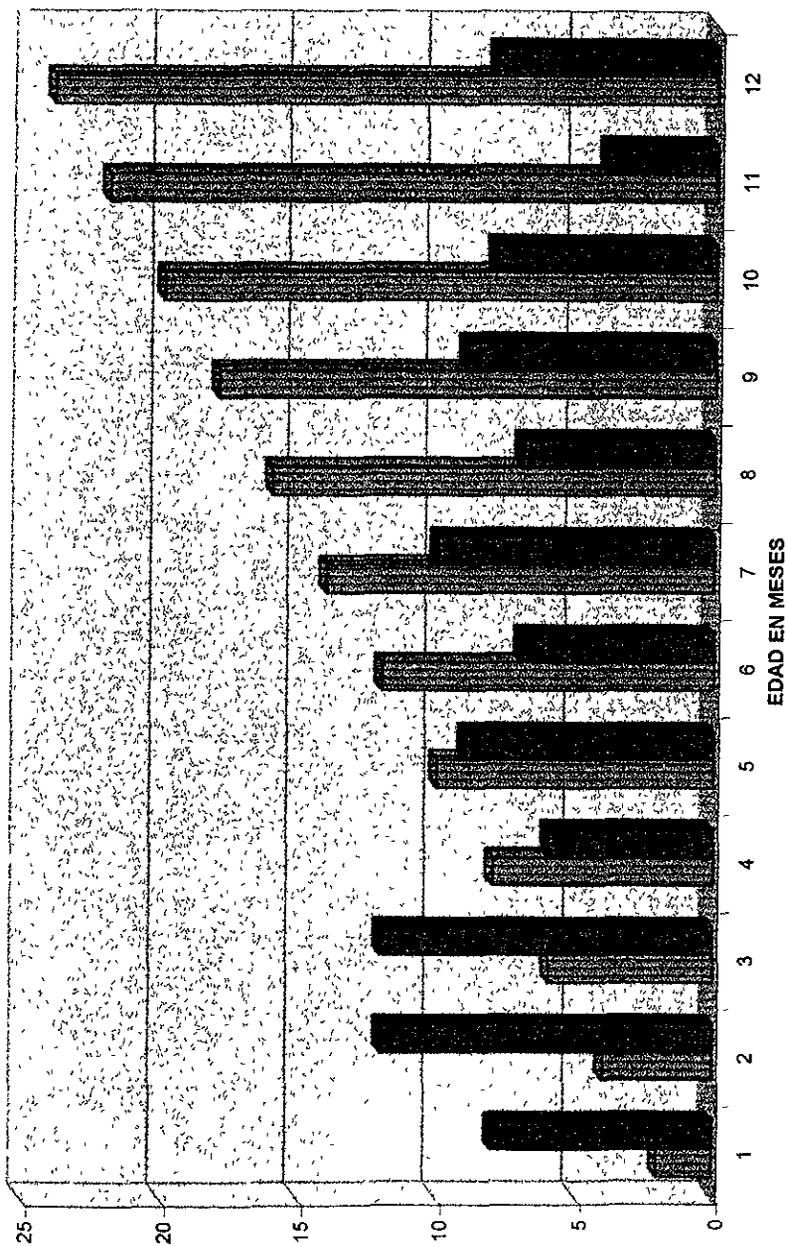


1
2

■ HOMBRES ■ MUJERES

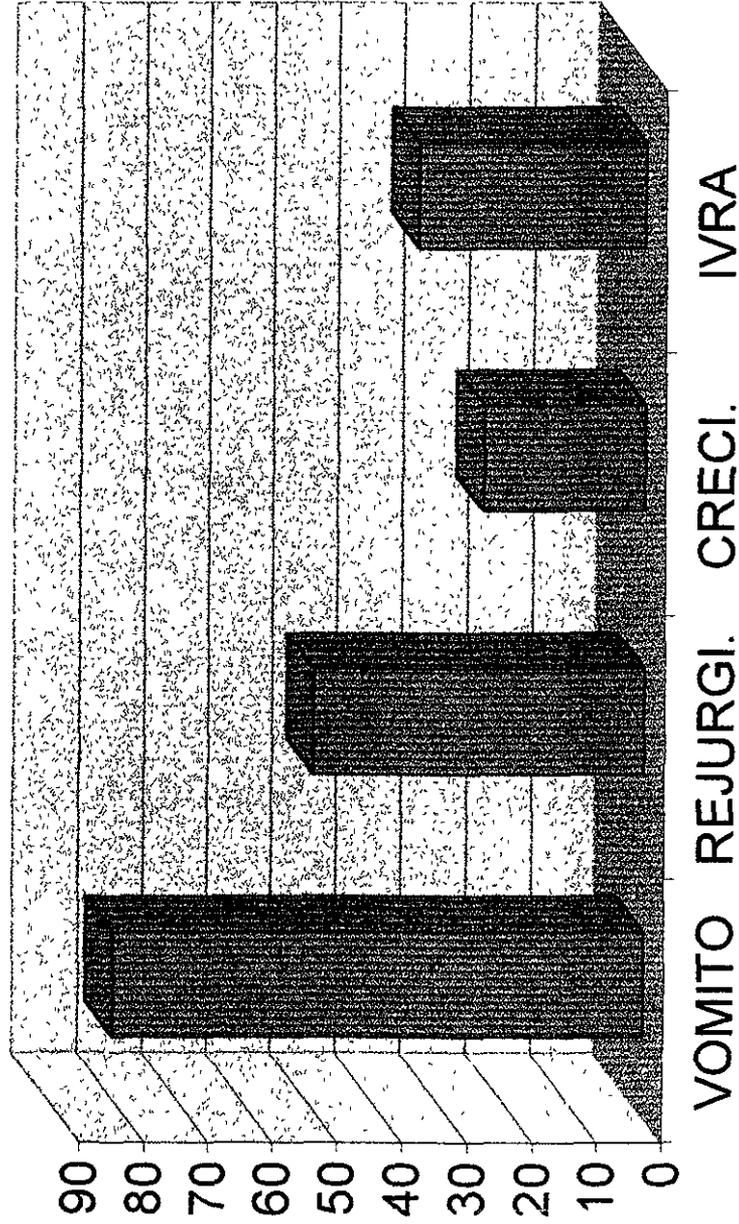
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 2 EDAD DE LOS PACIENTES EVALUADOS



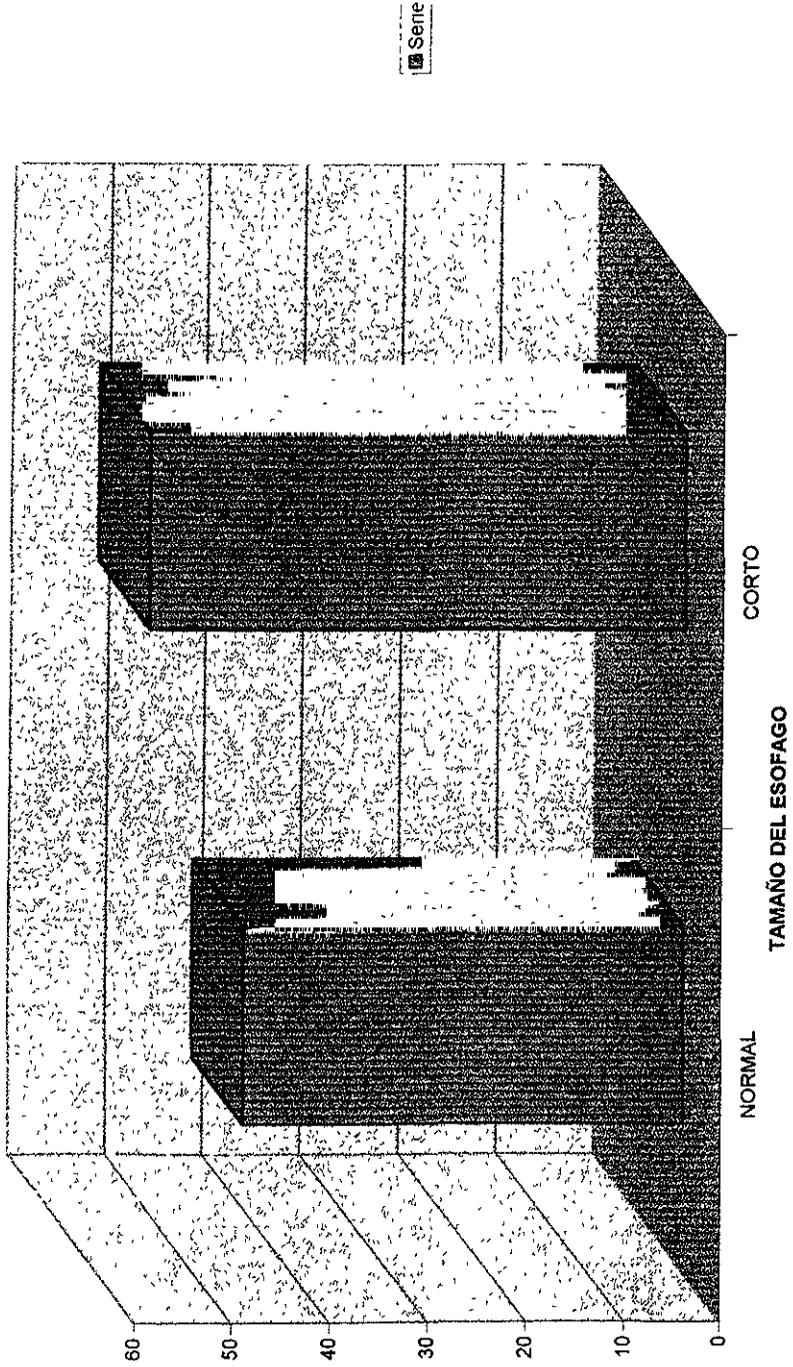
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO CLINICO



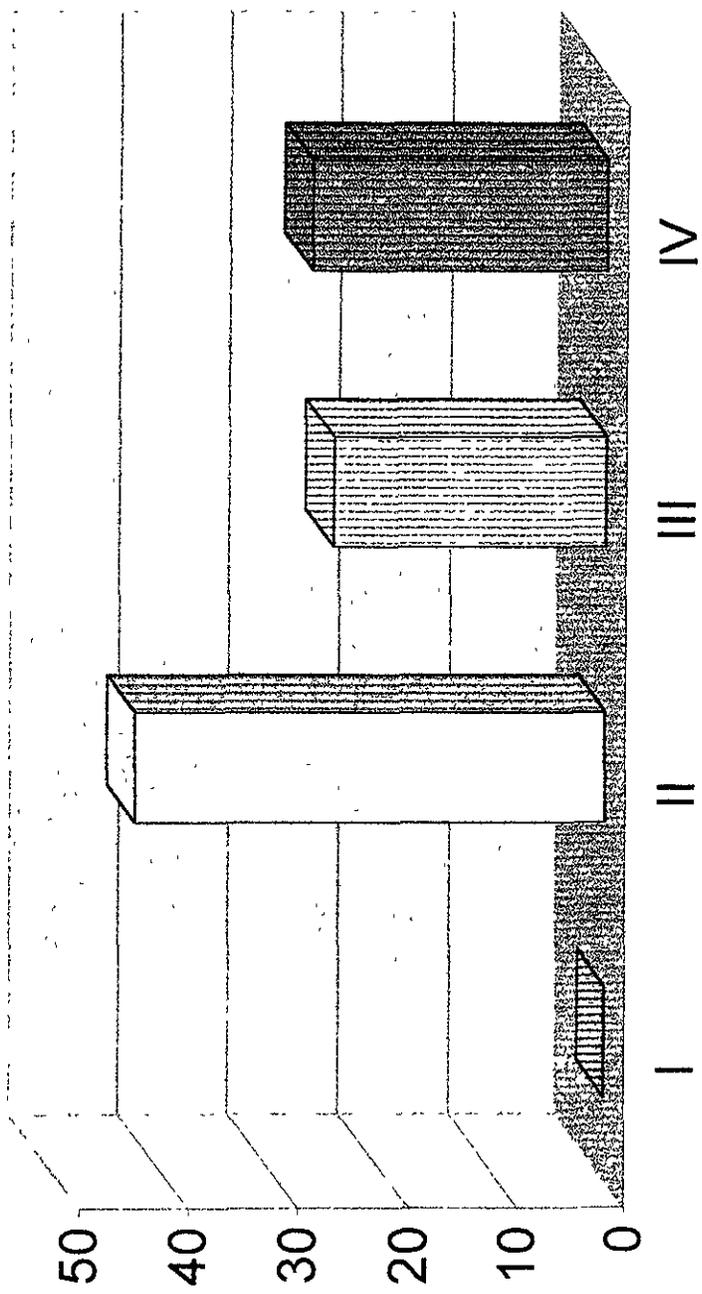
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIGURA 5 CARACTERISTICAS DEL ESOFAGO



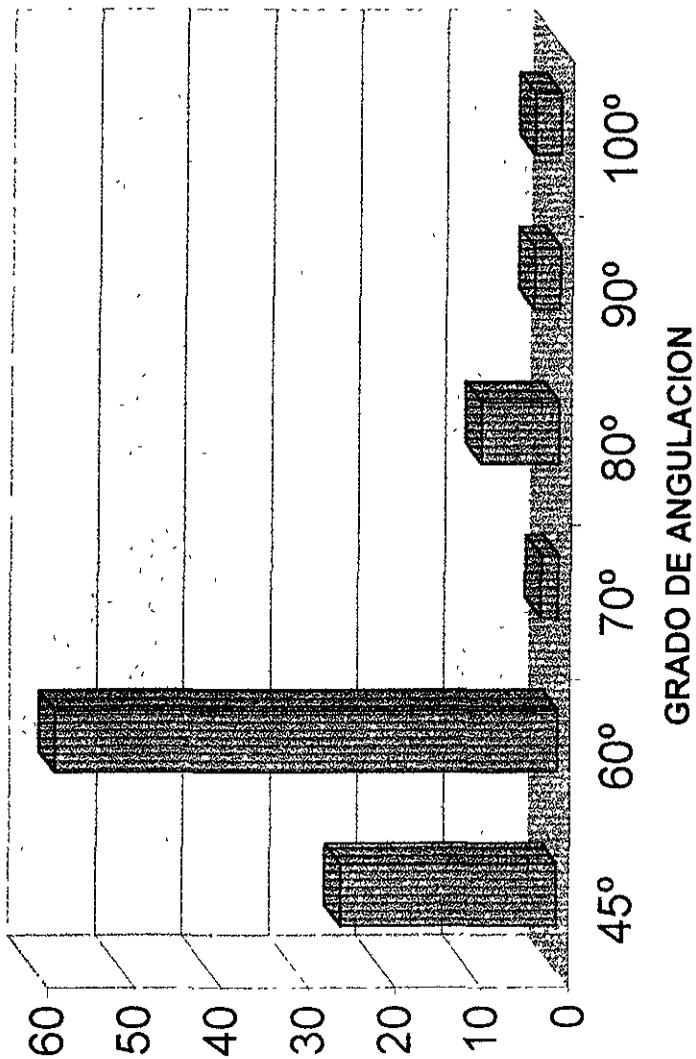
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRADO DE REFLUJO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANGULO DE HIS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 7 AMPLITUD DEL HI.

N	NOMBRE	CEDULA	EDAD	SEXO	PESO	TALLA	VOMITO	REJURGITACION
1	ALDANA VANEGAS PAOLA	670622/8	6M	F	5Kg	65cm	X	
2	CORTES TALAMANTES ARMANDO	640906/7	6M	M	5Kg	63cm	X	
3	CUELLAR URIBE	690414/7	20D	M	2Kg	50cm	X	
4	CHAVEZ JIMENEZ RN	670626/8	55D	F	3Kg	53cm	X	
5	FRANCO AYALA	720624/8	1A	F	6Kg	70cm	X	
6	GONZALEZ DE LOS SANTOS	650802/7	2A	M	11Kg	90cm	X	
7	GUITIERREZ HERNANDEZ	600825/7	4A	M	14Kg	100cm	X	
8	MARTINEZ DE LA SIERRA JUAN	650823/7	6M	M	6Kg	60cm	X	
9	MARTINEZ MORA LAURA	720806/8	11 M	M	7Kg	70cm	X	
10	LOPEZ ROMERO XIMENA	550826/8	2A	F	11Kg	80cm	X	
11	LOPEZ ROMERO PATRICIA	630502/7	9M	F	6Kg	65cm	X	
12	LOPEZ DIAZ EDUARDO	571010/8	3A	M	15Kg	85cm	X	
13	MORENO ABUNDEZ KAROL	651202/8	3A	F	9Kg	80cm	X	
14	LOZA ROJAS R N	600107/7	20D	F	2Kg	51cm	X	
15	MENDOZA DE JESUS JOSE	700102/7	6M	M	7Kg	75cm	X	
16	HERNANDEZ CARDOSO EDUARDO	590503/7	4M	M	4Kg	57cm	X	
17	HERNANDEZ GOMEZ EDWIN	510503/7	8M	M	6Kg	70cm	X	
18	JUAREZ SAMUDIO RICARDO	710811/7	1M	M	4Kg	50cm	X	
19	OCEGUERA MO NTOYA AIZELY	720529/7	3M	F	4Kg	55cm	X	
20	OROZCO MORALES RICARDO	560919/7	4M	M	5Kg	60cm	X	
21	SANCHEZ GARIBAY JOSE A	690712/7	4M	M	6Kg	61cm	X	X
22	SANCHEZ ORTIZ DIEGO	581112/7	4M	M	3 5Kg	50cm	X	
23	SALVADOR GUILLEN ALEJANDRO	340220/7	1A	M	10Kg	80cm	X	
24	SAENZ ESCALANTE MARIANA	610121/8	1A	F	9Kg	82cm	X	
25	VILLEDA GONZALEZ PATRICIA	700827/8	2A	F	10Kg	80cm	X	
26	YANEZ VARGAS MA DE JESUS	690708/8	4M	F	4Kg	57cm	X	
27	SANCHEZ MENDEZ CARLOS	692201/7	5M	M	6Kg	60cm		X
28	MIRANDA ISLAS ANDREA	740301/8	2A	F	12Kg	85cm	X	X
29	CONTRERAS VILLEGAS SANTIAGO	740301	2A	M	11Kg	83cm	X	X
30	CENTENO ARCEO ROBERTO	690706	8M	M	7Kg	65cm	X	
31	LOPEZ MARTINEZ JUAN CARLOS	731212	6M	M	7Kg	60cm		
32	BURGOS VILLANUEVA ICXE	711109	4M	F	3Kg	55cm	X	X
33	CORREA SALGADO EDITH	630308	4M	F	5Kg	65cm	X	
34	GODOY CORA EDNA	420417	1A	F	6Kg	68cm	X	X
35	RAMIREZ MARTINEZ LETICIA	630103	1A	F	7Kg	70cm		
36	VENEGAS INEQUEL LITZY	510926	5M	F	4Kg	57cm		
37	RAMOS CERVANTES OSCAR	641117	6M	M	6Kg	65cm	X	X
38	SANCHEZ LOPEZ CARLOS	720303	7M	M	5Kg	65cm	X	X
39	MENDEZ PEREZ BRANDON	450124	2M	M	3Kg	55cm	X	X
40	HERNANDEZ GONZALEZ EDUARDO	670218	2A	M	8Kg	80cm	X	X
41	COLL ESPINOZA MARIO	660816	5M	M	4Kg	57cm	X	X
42	ESCALNTE RUIZ MARIO	700913	6M	M	6Kg	65cm	X	X
43	MIRANDA CRUZ FERNANDO	560813	3M	M	4Kg	55cm	X	X
44	MARTINEZ ALMANZA RODRIGO	670308	2M	M	3Kg	55cm	X	
45	CEDENA ZONANA CARLOS	650425	9M	M	6Kg	65cm	X	X
46	GUZMAN AGUILAR HEBER	710413	1A	M	8Kg	75cm	X	X
47	GALINDO AMAGA GUADALUPE	710406	3M	F	5Kg	60cm	X	X
48	FLORES CEDILLO CARLOS	720102	7M	M	5Kg	65cm	X	X
49	DELGADILLO SANCHEZ MARIO	640507	2A	M	8Kg	85cm	X	
50	GONZALEZ DE LOS SANTOS HIJOP	591201	5M	M	4Kg	60cm	X	X
51	MEDELLIN VALLEJO LILIANA	720102	6M	F	6Kg	60cm	X	X
52	ONTIVEROS TRUJILLO NADIA	710208	6M	F	5Kg	50cm	X	X
53	LEAL ESPARZA PAOLA	471308	3M	F	4Kg	55cm	X	X
54	RAMIREZ NAJERA LUIS	720102	7M	M	4Kg	63cm	X	
55	RIVAS CARMONA JOSE	550605	6M	M	7Kg	70cm	X	X

21

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

56	LOPEZ SOTERO JENIFER	700622	4M	F	5Kg	60cm	X	X
57	VEGA PEREZ CARLA	680208	2M	F	4Kg	55cm	X	X
58	LEON SANCHEZ AARON	721209	1A	M	10Kg	80cm		X
59	CARDENAS CAMACHO ABRAHAM	690501	1A	M	6Kg	65cm	X	X
60	ISLAS CANO SAMUEL	720208	6M	M	8Kg	70cm	X	
61	MIRANDA CRUZ FERNANDO	632002	5M	M	4Kg	60cm		
62	DEL MONTE SANTILLAN R	700101	6M	M	4Kg	63cm		
63	PEREZ ROMERO GUADALUPE	680201	1A	F	8Kg	75cm	X	X
64	CORDERO PALACIOS IVAN	550405	3M	M	4Kg	55cm		
65	MARTINEZ GONZALEZ CLAUDIA	780827	6M	F	8Kg	70cm		X
66	POZARIN MARTINEZ MITZI	720102	1A	F	6Kg	63cm	X	X
67	VALLEJO GONZALEZ LUCIA	550102	3M	F	3Kg	57cm		X
68	FERNANDEZ TAMARIZ AUGUSTO	670321	2A	M	11Kg	90cm	X	
69	VELAZCO MEZA JHONATAN	510715	4M	M	6Kg	68cm	X	X
70	HERNANDEZ CARBAJAL ERIKA	590226	8M	F	6Kg	70cm		
71	VAZQUEZ VAZQUEZ VERONICA	630227	2A	F	7Kg	78cm	X	
72	CRUZ SOTO DULCE	502120	4M	F	3Kg	68cm		
73	GARCIA CRUZ ROBERTO	550102	6M	M	5Kg	65cm		X
74	VELAZQUEZ ROMERO DIANA	410121	7M	F	5Kg	62cm	X	
75	RIVAS GARCIA ALEJANDRA	471308	8M	F	4Kg	69cm		X
76	RETANA ANGELES LUCIA	700521	5M	F	4Kg	60cm		X
77	RAMIREZ RAMOS KARINA	710221	7M	F	5Kg	64cm	X	X
78	GONZALEZ VILLANUEVA JORGE	680311	3M	M	3Kg	57cm	X	X
79	ANGELES REYES EVELYN	702002	3M	F	4Kg	55cm	X	X
80	CONDE FERNANDEZ ANTONIO	7111111	5M	M	3Kg	63cm	X	X
81	SEGURA LOPEZ ALEXIS	740908	2A	M	12Kg	92cm	X	X
82	TELLEZ GARCIA LOURDES	611010	3M	F	4Kg	57cm	X	
83	ZAVALETA CARDENAS MARIA	670908	2A	F	12Kg	92cm	X	
84	ISLAS VALENCIA LUIS	550908	7M	M	5Kg	70cm	X	X
85	MUNGUÍA VAZQUEZ MIRIAM	500406	3M	F	4Kg	60cm	X	
86	SOTO LEAL ALBERTO	690809	4M	M	6Kg	72cm		X
87	PADILLA PEÑA LINA	500923	2A	F	12Kg	90cm	X	X
88	RODRIGUEZ BRACO TERESA	600920	1A	F	5Kg	66c	X	
89	ORTIZ MEDINA PAULA	530101	2A	F	9Kg	80cm	X	X
90	JUAREZ ORTIZ CECILIA	610805	2A	F	9Kg	81cm	X	
91	GALINDO VILLANUEVA ROBERTO	500102	6M	M	4Kg	60cm	X	X
92	DIAZ LOPEZ RAUL	711021	3M	M	5Kg	65cm		X
93	VEGA PEREZ PILAR	670303	7M	F	7Kg	80cm		X
94	ROMAN PEREZ GABRIELA	640509	1A	F	8Kg	90cm	X	
95	SANDOVAL CONTRERAS JUANA	711114	3M	F	4Kg	70cm	X	X
96	BARQUERA MIRANDA LETICIA	410908	5M	F	7Kg	70cm	X	X
97	CERVANTES GARCIA LAURA	500309	4M	F	6Kg	70cm	X	X
98	ORTEGA VELAZQUEZ ANTONIO	690910	3A	M	10 5Kg	87cm	X	X
99	PEREZ RIVERA JOSE	590917	7M	M	7Kg	70cm	X	X
100	VILLARREAL SOTO ANA	550712	8M	F	9Kg	70cm	X	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IO		HIATO ESOFAGICO	SEGUIMIENTO
GRADO	VAC GAST		
IV	NORMAL	AMPLIO	RESPUESTA TX MEDICO ALTA A LOS 6 MESES
III	NORMAL	AMPLIO	
III	NORMAL	AMPLIO	PREMATURO
III	NORMAL	AMPLIO	PREMATURO
			REQUIRIO DE MANEJO QX POR PERSISTENCIA DEL REFLUJO
III	NORMAL	AMPLIO	
IV	NORMAL	MUY AMPLIO	REQUIRIO DE MANEJO QX POR PERSISTENCIA DEL REFLUJO
II	NORMAL	AMPLIO	
III	NORMAL	AMPLIO	
II	NORMAL	NORMAL	
III	NORMAL	AMPLIO	
III	NORMAL	NORMAL	
I	NORMAL	NORMAL	PREMATURO
I	NORMAL	NORMAL	
II	NORMAL	AMPLIO	
0	NORMAL	NORMAL	
II	NORMAL	NORMAL	
III	NORMAL	AMPLIO	
II	NORMAL	MUY AMPLIO	
II	NORMAL	AMPLIO	
II	NORMAL	NORMAL	
III	LENTO	AMPLIO	
II	NORMAL	NORMAL	TRANSTORNOS DE LA DEGLUSION / PCI
II	NORMAL	NORMAL	
I	NORMAL	NORMAL	
I	NORMAL	NORMAL	
I	NORMAL	NORMAL	
II	LENTO	AMPLIO	CURSA CON BRONCONEUMONIA
I	NORMAL	NORMAL	CURSA CON GASTRITIS
II	NORMAL	NORMAL	ASMA
III	LENTO	AMPLIO	DESNUTRICION SE OPERO
I	NORMAL	NORMAL	GASTRITIS TRATAMIENTO MEDICO ADECUADA RESPUESTA
III	LENTO	MUY AMPLIO	DANO NEUROLOGICO SEVERO SE OPERA
II	NORMAL	AMPLIO	DERMATITIS ALERGICA SIN RESPUESTA A TX MEDICO
II	NORMAL	NORMAL	ESOFAGITIS POR ENDOSCOPIA
I	NORMAL	NORMAL	GASTRITIS
I	NORMAL	NORMAL	
II	LENTO	NORMAL	
II	NORMAL	NORMAL	
III	LENTO	MUY AMPLIO	BRONCONEUMONIA
II	NORMAL	NORMAL	
II	NORMAL	NORMAL	
III	LENTO	AMPLIO	BRONCONEUMONIA
II	NORMAL	NORMAL	
II	LENTO	NORMAL	
II	NORMAL	NORMAL	
II	NORML	NORMAL	ASMA
I	NORMAL	NORMAL	
II	LENTO	AMPLIO	CRISIS CONVULSIVAS SEC HIPOXIA, GEMELO II PREMATURO
I	NORMAL	NORMAL	
III	LENTO	MUY AMPLIO	QUIRURGICO
II	NORMAL	AMPLIO	
I	NORMAL	NORMAL	
II	NORMAL	NORMAL	

II	LENTO	NORMAL	HIPEREACCION BRONQUIAL
II	NORMAL	NORMAL	
I	NORMAL	NORMAL	
II	LENTO	MUY AMPLIO	SX NIÑO HIPOTONICO
I	NORMAL	NORMAL	
II	LENTO	MUY AMPLIO	
I	LENTO	NORMAL	
III	LENTO	MUY AMPLIO	TORCH POSITIVO CON GLAUCOMA
III	LENTO	MUY AMPLIO	QUIRURGICO
II	NORMAL	AMPLIO	RESISTENTE A TRATAMIENTO MEDICO
III	LENTO	MUY AMPLIO	PROGRAMADO PARA TRATAMIENTO QX
I	NORMAL	NORMAL	
I	NORMAL	NORMAL	
I	NORMAL	NORMAL	
III	NORMAL	MUY AMPLIO	ASMA PROGRAMADO PARA CIRUGIA
II	NORMAL	NORMAL	
II	AMPLIO	NORMAL	
I	NORMAL	NORMAL	
I	NORMAL	NORMAL	
II	NORMAL	NORMAL	
I	NORMAL	NORMAL	
II	AMPLIO	NORMAL	HIPEREACCION BRONQUIAL
III	AMPLIO	MUY AMPLIO	MANEJO QX
II	AMPLIO	NORMAL	ASMA
III	AMPLIO	MUY AMPLIO	ACONDROPLASIA
II	NORMAL	NORMAL	HIPOACUSIA SEC IVRA
I	NORMAL	NORMAL	
I	NORMAL	NORMAL	
II	LENTO	AMPLIO	
I	NORMAL	NORMAL	
II	NORMAL	NORMAL	
III	LENTO	MUY AMPLIO	PROGRAMADO PARA TRATAMIENTO QX
II	NORMAL	NORMAL	
III	LENTO	MUY AMPLIO	MANEJO QX
I	NORMAL	NORMAL	
III	LENTO	MUY AMPLIO	MANEJO QX
I	NORMAL	NORMAL	
I	NORMAL	NORMAL	
III	LENTO	AMPLIO	ASMATICA, PROGRAMADA PARA CIRUGIA
II	LENTO	AMPLIO	MANEJO QX
III	LENTO	MUY AMPLIO	MANEJO QX
II	NORMAL	AMPLIO	PROGRAMADO PARA TRATAMIENTO QX
II	NORMAL	NORMAL	
II	LENTO	NORMAL	PREMATURO
I	NORMAL	NORMAL	NORMAL

CUADRO CLINICO				ESOFAGOGRAMA DE BARI	
CRECIMIENTO	IVA REPETICION	CIANOSIS	APNEAS	ANGULO DE HIS	ESOFAGO ABDOMINAL
				100°	CORTO
				70°	CORTO
				70°	NORMAL
		X		90°	CORTO
				90°	CORTO
				90°	CORTO
				80°	CORTO
				90°	CORTO
				90°	CORTO
					PENDIENTE
				90°	CORTO
				100°	CORTO
				60°	NORMAL
				60°	NORMAL
				100°	CORTO
				45°	NORMAL
				45°	NORMAL
				90°	CORTO
				90°	CORTO
				90°	CORTO
				70°	CORTO
				90°	CORTO
				60°	NORMAL
				60°	NORMAL
				60°	CORTO
	X			60°	NORMAL
	X			60°	NORMAL
	X			60°	CORTO
				60°	NORMAL
	X			60°	CORTO
DETENCION				45°	CORTO
				60°	NORMAL
				50°	CORTO
	X			60°	CORTO
DETENCION				60°	NORMAL
DETENCION	X			60°	NORMAL
	X			60°	NORMAL
	X			60°	CORTO
	X	X		45°	CORTO
DETENCION	X	X		60°	CORTO
		X		60°	NORMAL
	X			60°	NORMAL
		X		60°	CORTO
	X	X		45°	NORMAL
	X	X		60°	NORMAL
	X			60°	NORMAL
	X	X		60°	NORMAL
				60°	NORMAL
				60°	NORMAL
	X	X		60°	CORTO
	X	X		60°	NORMAL
DETENCION	X	X		45°	CORTO
	X	X		45°	NORMAL
	X	X		60°	NORMAL

DETENCION	X	X		45°	CORTO
				45°	CORTO
				60°	NORMAL
DETENCION	X	X		45°	CORTO
				60°	NORMAL
				60°	NORMAL
	X	X		45°	NORMAL
DETENCION				60°	CORTO
				60°	NORMAL
X	X	X		45°	CORTO
				60°	NORMAL
				60°	NORMAL
	X			60°	NORMAL
				45°	NORMAL
	X			45°	NORMAL
				60°	NORMAL
				60°	NORMAL
				60°	CORTO
				60°	NORMAL
	X			60°	CORTO
DETENCION	X			45°	CORTO
		X		60°	COROT
DETENCION	X	X		45°	CORTO
	X			45°	COROT
				60°	NORMAL
				60°	NORMAL
				60°	CORTO
				60°	NORMAL
		X		45°	CORTO
				45°	CORTO
				60°	CORTO
DETENCION	X			45°	CORTO
				60°	NORMAL
	X			60°	CORTO
				60°	NORMAL
				60°	NORMAL
	X			45°	CORTO
	X			60°	CORTO
	X			60°	CORTO
				45°	CORTO
				60°	CORTO
				45°	NORMAL
				60°	NORMAL