

11210

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

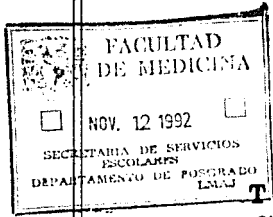


FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
FEDERICO GOMEZ

2
2ej

SANGRADO DEL TUBO DIGESTIVO EN PEDIATRIA

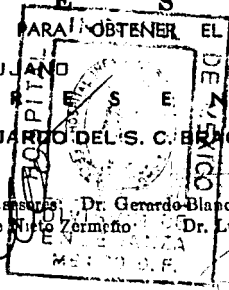
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO EN PEDIATRIA

DR. EDUARDO DEL S. C. BRACHO BLANCHET



Asesores: Dr. Gerardo Blanco Rodríguez
Dr. Jaime Nieto Zermeno Dr. Luis Pedraza González



MEXICO, D. F.

1990

1792



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.

INTRODUCCION

El sangrado de tubo digestivo en Pediatria es una de las entidades con mayor cantidad de etiologias, y dependiendo del arsenal de estudios con que se cuente se lograra una mayor o menor certeza diagnostica. A pesar de ello sigue vigente el concepto de sangrado de tubo digestivo obscuro(1).

Desde las revisiones mas antiguas de esta patologia se mencionan como las causas mas frecuentes a las fisuras anales, la invaginacion intestinal, los polipos y las ulceras pepticas(2). Asi mismo el porcentaje de sangrados cuya etiologia permanece desconocida despues de efectuar los estudios pertinentes ha ido disminuyendo con el paso del tiempo(2,3).

Debido a que en la literatura revisada no encontramos un estudio realizado en nuestro medio, que abarque el sangrado de tubo digestivo en general, decidimos revisar nuestra experiencia de esta enfermedad aclarando que se trata de una revision en un Hospital Pediatrico de concentracion.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de los expedientes de todos los pacientes ingresados al Hospital Infantil de México "Federico Gómez" con los diagnósticos de: Sangrado de tubo digestivo, Polipos intestinales, Enterocolitis necrosante, Enfermedad isquémica intestinal, Invaginación intestinal, Duplicación intestinal, Divertículo de Meckel, Gastritis, Esofagitis, Duodenitis, Enteritis, Varices esofágicas, Hipertensión portal, Epistaxis, Gingivorragia, Colitis ulcerativa crónica inespecífica, Colon amebiano, Amebiasis invasora, Estenosis rectal, Fisura anal, Infarto intestinal, Fiebre tifoidea, Reflujo gastroesofágico, Hepatitis fulminante, Coagulación intravascular diseminada, Sepsis, Hemofilia, Trombocitopenia, Anemia aplásica, Enfermedad hemorrágica del recién nacido, Púrpura de Henoch-Schönlein, Insuficiencia hepática y todos los padecimientos oncológicos como leucemia, linfoma, etc... asociados a anemia, diarrea o cualquier otro diagnóstico que hiciera sospechar la presencia de sangrado de tubo digestivo.

En total se revisaron los expedientes de 276 pacientes de los cuales se excluyeron del estudio 90 pacientes con los diagnósticos mencionados pero que no cursaron con sangrado de tubo digestivo. Así mismo se excluyeron 5 pacientes que tenían dentro de sus diagnósticos de egreso el de sangrado de tubo digestivo pero que al revisar los expedientes no se encontró evidencia alguna de cualquier tipo de sangrado del tubo digestivo. También se decidió

excluir del estudio a todos aquellos pacientes con diagnóstico de gastroenteritis, parasitosis intestinal y diarrea infecciosa en quienes no se mencionaba como diagnóstico el de sangrado de tubo digestivo, aun sabiendo que muchos de ellos pueden cursar con sangrado de tubo digestivo bajo, debido a la gran cantidad de estos pacientes y a que el sangrado que presentan frecuentemente se limita al controlar la enfermedad de base, y muchos de ellos no requieren de internamiento para controlar la enfermedad. Sin embargo se incluyeron en el estudio aquellos pacientes con diagnóstico de gastroenteritis infecciosa que presentaron sangrado de tubo digestivo alto o alguna complicación acompañada de sangrado de tubo digestivo como infarto intestinal, sepsis, coagulación intravascular diseminada, etc...

Aquellos pacientes que no requirieron hospitalización fueron excluidos del estudio.

A todos los pacientes se les investigaron los siguientes datos: Número de expediente, Sexo, Edad, Tipo de sangrado (hematemesis, sangrado por sonda, melena, hematoquezia), repercusión del sangrado (hipovolemia, choque, anemia) considerando como anemia al paciente que solamente ingresó con anemia ya que si tenía hipovolemia o choque se catalogaron por separado aunque también cursaran con anemia, Hemoglobina más baja detectada durante el internamiento, Número de sangrados previos al del ingreso actual, Si el sangrado fué extra o intrahospitalario. También se detectó si se les practicó algún estudio diagnóstico (Serie gastroduodenal, gammagrafía, colon por enema, endoscopia o cirugía) así como la certeza de dichos procedimientos en cuanto a llegar al diagnóstico, La presencia de alteraciones de coagulación en cualquiera de sus tipos y si se consideró

que la patologia era primaria del tubo digestivo o no. Se anoto el sitio de sangrado dividido en altos desde la boca hasta el angulo de Treitz, intermedio desde el angulo de Treitz hasta la valvula ileocecal y bajo el que abarca al colon, recto y ano. En aquellos pacientes en quienes no se confirmo con certeza el sitio preciso de sangrado (diagnostico final local) se considero como sangrado alto a los pacientes que llegaron con hematemesis o que presentaron sangrado por la sonda gastrica. El tipo de tratamiento que logro erradicar el sangrado (medico, quirurgico, endoscopico) y la evolucion durante el internamiento (curacion, recaida o fallecimiento), si el paciente fallecio por sangrado o no y el seguimiento que tuvo una vez egresado, y la presencia o no de recaidas fuera del Hospital. Por ultimo se anoto como diagnostico final sistemico al anotado en el expediente y como Diagnostico final local solo a aquellos pacientes a quienes se logro corroborar un diagnostico local ya sea mediante endoscopia, cirugia o autopsia. Todos aquellos pacientes en quienes no se comprobó una lesion por dichos medios se les dejó en blanco el apartado referente al diagnostico final local. (ver hoja de recopilación de datos anexa).

Para fines prácticos se agruparon los diagnósticos finales sistémicos en 10 grupos que incluían a su vez padecimientos parecidos. Los grupos fueron los siguientes: A) Padecimientos hepáticos (19) incluyendo: atresia de vías biliares (5), hipertensión porta (8), hepatitis (7), insuficiencia hepática (6). B) Padecimientos infecciosos (25) incluyendo: meningitis (7), coagulación intravascular diseminada (15), sepsis (15), bronconeumonía (5). C) Infecciones del tubo digestivo (24) incluyendo: enterocolitis necrosante (17), diarrea infecciosa (10). D) Polipos intestinales (40). E) Invaginación

No. _____ SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO Reg. _____

SEXO. _____ EDAD. _____

HEMATEMESIS. _____ SANGRADO POR SONDA. _____

MELENA. _____ HEMATOQUEZIA. _____

HIPOVOLEMIA. _____ CHOQUE. _____

ANEMIA SOLO. _____ Hb. MAS BAJA. _____

DE SANGRADOS PREVIOS. _____ SANGRADO EXTRAHOSPITALARIO. _____

DIAGNOSTICO: S.E.G.D. _____ CERTERA?. _____ GAMAGRAMA. _____ CERTERO? _____

COLON POR ENEMA. _____ CERTERO?. _____ ENDOSCOPIA. _____ CERTERA?. _____

CIRUGIA. _____ CERTERA?. _____

ALTERACION DE COAGULACION. _____

PATOLOGIA PRIMARIA DEL TUBO DIGESTIVO. _____ SITIO SANGRADO. _____

TRATAMIENTO. _____ OBSERVACIONES. : _____

EVOLUCION DURANTE EL INTERNAMIENTO. _____ FALLECIO POR SANGRADO?. _____

SEGUIMIENTO EN DIAS. _____ # DE RECAIDAS. _____

DX FINAL SISTEMICO: _____

DX FINAL LOCAL: _____

HALLAZGOS ENDOSCOPIA: _____

HALLAZGOS CIRUGIA: _____

HALLAZGOS AUTOPSIA: _____

HOJA DE RECOPIACION DE DATOS.

intestinal (18). F)Trastornos de coagulacion (16) incluyendo: enfermedad hemorragica del recién nacido (7), alteraciones plaquetarias (5), hemofilia (2) y anemia aplásica (2). G)Fadecimientos oncologicos que frecuentemente tienen alteración de coagulacion (10) incluyendo: leucemia aguda linfoblástica (5), leucemia aguda mieloblástica (3), histiocitosis (1). H)Diverticulo de Meckel (4) , I)Fadecimientos varios (24) incluyendo: gastroenteritis eosinofílica (4), cardiopatías (2), nefropatías (2), y otros. y J)Sangrado de tubo digestivo en estudio (5) que son los pacientes que se ingresaron para estudiar la causa del sangrado ya que no había antecedente o dato de exploración que hicieran sospechar la causa del sangrado.

RESULTADOS

Se estudiaron 186 pacientes cuyas edades variaron entre un día y 16 años, con una edad promedio de 3.6 años y una desviación standard de 4.11 años. El 58.6% de los pacientes (109) correspondieron al sexo masculino y el 41.4% (77) al sexo femenino, con una relación masculino:femenino de 1.4:1 (GRAFICA 1). Al dividir a los pacientes por grupos de edad encontramos que el 16.2% (30) correspondieron a recién nacidos, el 25.2% (47) correspondieron a lactantes menores (hasta un año de vida), el 8.06% (15) correspondieron a lactantes mayores (de 1 a 2 años de vida), el 24.1% (45) correspondieron a pacientes preescolares (hasta 5.99 años de vida), el 18.8% (35) correspondieron a pacientes escolares (hasta 11.99 años de vida) y el 7.52% (14) correspondieron a pacientes adolescentes (mayores de 12 años). (GRAFICA 2)

De los 186 pacientes estudiados, en cuanto al tipo de sangrado encontramos que 24 pacientes (12.9%) tuvieron hematemesis y las causas más frecuentes fueron : varices esofágicas, gastritis, epistaxis y gingivorragia; 61 pacientes (32.7%) tuvieron sangrado por sonda gástrica y las causas más frecuentes fueron : padecimientos infecciosos tanto sistémicos como del tubo digestivo y alteraciones hepáticas; 44 pacientes tuvieron melena (23.6%) y las causas más frecuentes fueron : varices esofágicas, infarto intestinal, divertículo de Meckel, enterocolitis necrosante; y 102 pacientes se presentaron con hematoquezia (54.8%) y las causas más frecuentes fueron : pólipos intestinales e invaginación intestinal (GRAFICA 3).

En cuanto a la hemoglobina promedio de todo el grupo de pacientes estudiados fue de 10.1gr/100ml con rango entre 3.4 y 18.7 y con una desviación standard de 3.17. En 112 pacientes (60.2%) el sangrado fue presentado extrahospitalariamente y en el 39.8% fue intrahospitalario. Del total de casos en 138 pacientes se recabo el dato de la presencia de sangrados previos (74%) y de ellos el 21% tuvieron sangrados previos con un promedio de 3.2 sangrados por paciente. El 79% de los pacientes en quienes se obtuvo el dato no se encontraron sangrados previos.

En cuanto al tiempo de evolución del sangrado tenemos que del total de casos el tiempo promedio fue de 78.6 días con rango entre un día y 4 años y una desviación standard de 224 días, sin embargo quitando a los pacientes de pólipos intestinales que generalmente tienen una evolución muy prolongada tenemos que el tiempo de evolución promedio queda en 22.8 días con rango entre un día y 4 años y con desviación standard de 135 días. Si tomamos como un grupo aparte al de los polipos intestinales tenemos que el tiempo promedio de evolución del sangrado es de 278 días con rango entre 30 días y 4 años y con desviación standard de 336 días.

En cuanto a los estudios diagnósticos tenemos que solo a 8 pacientes se les realizó serie gastroduodenal y de ellos solo fue certera en uno (12.5%), a 7 pacientes se les practicó gammagrama y fue certero en uno (14.2%), a 7 pacientes se les practicó colon por enema y fue certero en 2 (28.6%), a 5 pacientes se les practicó cirugía con fines diagnósticos y fue certera en los 5 (100%), por último a 49 pacientes se les realizó endoscopia y fue certera en 41 (83.6%). De las endoscopias el 64% fueron

bajas (con certeza diagnóstica de 90%), el 26% fueron altas (con certeza diagnóstica de 84%) y el 8% fueron alta y baja (con certeza diagnóstica de 25%), la mitad de los cuales eran pacientes con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo en estudio. (GRAFICA 5) Del total de pacientes a 132 (70.9%) no se les practicó ningún estudio diagnóstico, y los diagnósticos sistémicos más frecuentes fueron: padecimientos infecciosos sistémicos, padecimientos infecciosos del tubo digestivo, pólipos intestinales y alteraciones de la coagulación.

En cuanto a la repercusión del sangrado tenemos que 43 pacientes (23.1%) tuvieron hipovolemia y las causas más frecuentes fueron: alteraciones de la coagulación y padecimientos hepáticos (sobretudo varices esofágicas), el 72% (31) de los pacientes tuvieron alteraciones de la coagulación; 5 pacientes tuvieron estado de choque y las causas más frecuentes fueron: sepsis y trastornos de la coagulación. Llama la atención que el 100% de los pacientes que tuvieron choque fallecieron y el 80% fallecieron por el sangrado (4 de 5), así mismo el 80% de los pacientes tuvieron alteraciones de la coagulación; por último 54 pacientes se presentaron con anemia solamente (29%) y las causas más frecuentes fueron: padecimientos infecciosos sistémicos y del tubo digestivo así como padecimientos hepáticos (GRAFICA 4).

Del total de casos fallecieron 50 pacientes (26.8%) y de ellos el 10% (5) fallecieron por el sangrado. 131 pacientes (70.4%) evolucionaron a la curación y solo 3 (1.6%) tuvieron recaídas (GRAFICA 8). De los pacientes fallecidos no hubo predominio de sexo y la edad promedio fue de 2 años pero sí llama la atención que el 80% (40) tenían alteración de coagulación, y de

los fallecidos por sangrado el 80% (4/5) tuvieron en su evolución estado de choque y el 60% (3/5) llegaron al Hospital en hipovolemia aguda. En cuanto a los diagnósticos principales de los pacientes que fallecieron tenemos que 20 pacientes (60%) tenían padecimientos infecciosos (basicamente sepsis y coagulación intravascular diseminada), 11 pacientes tenían padecimientos infecciosos del tubo digestivo (basicamente enterocolitis necrosante), 8 pacientes tenían alteraciones de la coagulación (basicamente problemas oncológicos) y 5 pacientes tuvieron padecimientos hepáticos (basicamente insuficiencia hepática).

Del total de casos en 72 pacientes (38.7%) se encontró alteración de la coagulación y en 84 pacientes (45.1%) se consideró como causa del sangrado a una patología primaria del tubo digestivo, de ellos 43 fueron pólipos, 18 invaginaciones intestinales, 13 infecciones del tubo digestivo (enterocolitis necrosante y gastroenteritis infecciosa) y el resto con diagnósticos varios entre los que se encuentran: seckel, gastritis, tuberculosis intestinal, fisura anal, colitis, esofagitis.. En cuanto al sitio de sangrado se encontró que en 82 pacientes (44%) era alto, en 31 pacientes (16.6%) era intermedio, en 53 pacientes (28.5%) era bajo y en 10 pacientes (5.3%) era desconocido (GRÁFICA 6).

En cuanto al tratamiento tenemos que 112 pacientes (60.2%) fueron manejados médicamente (basicamente trastornos de la coagulación y padecimientos infecciosos, así como los 5 pacientes con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo en estudio), 48 pacientes (25.8%) fueron manejados quirúrgicamente (17 invaginaciones intestinales, 24 pólipos, 4 divertículos de Meckel y 3 enterocolitis necrosantes), 19 pacientes (10.2%)

fueron manejados endoscópicamente (14 pólipos y 5 vórices esofágicas) un paciente con invaginación intestinal fue manejado mediante colon por enema (0.53%), otro paciente fue manejado medico-quirúrgicamente, otro fue manejado medica y endoscópicamente y en 4 pacientes (1.7%) se desconoce el tipo de tratamiento, generalmente por pacientes que se dieron de alta voluntariamente (GRAFICA 7)..

De los 186 pacientes incluidos en el estudio, se tuvo seguimiento en 94 pacientes (50.5%), con seguimiento promedio de 101 días (rango de 10 a 360 días) y desviación standard de 96.8 días. De los pacientes que se siguieron hubo 7 que tuvieron recaídas fuera del hospital (7.4%) con promedio de recaídas de 0.1 por paciente seguido.

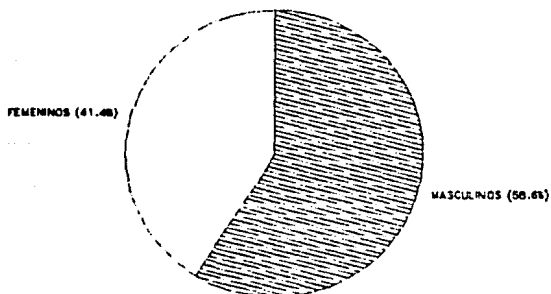
Los diagnósticos finales sistémicos en orden decreciente de frecuencia fueron los siguientes: 1)Pólipos intestinales: 40 pacientes(21.5%) de los cuales 29 fueron rectales, 6 colonicos y 5 múltiples. 2)Trastornos infecciosos:25 pacientes (12.9%) predominando la coagulación intravascular diseminada (16 pacientes), la sepsis (14 pacientes) y la meningitis (8 pacientes). 3)Padecimientos infecciosos del tubo digestivo: 24 pacientes (12.8%) entre los que predominaron la enterocolitis necrosante (16 pacientes) y las gastroenteritis infecciosas (8pacientes). 4)Invaginación intestinal: 18 pacientes (9.9%). 5)Padecimientos hepáticos: 18 pacientes (9.9%) entre los que predominaron la hepatitis fulminante (7 pacientes) y la hipertensión portal (7 pacientes). 6)Trastornos de coagulación: 16 pacientes (9.7%) destacando entre ellos la enfermedad hemorrágica del recién nacido (7 pacientes) y alteraciones plaquetarias (5 pacientes). 7)Trastornos de la coagulación en pacientes hematológicos: 10 pacientes

(5.4%) de entre los que predominaron la leucemia aguda (8 pacientes).
8) Sangrado de tubo digestivo en estudio: 5 pacientes (2.6%) 9) Divertículo de Meckel: 4 pacientes (2.5%) y 10) Fadedecimientos varios: 15 pacientes (8.0%) (GRAFICA 9).

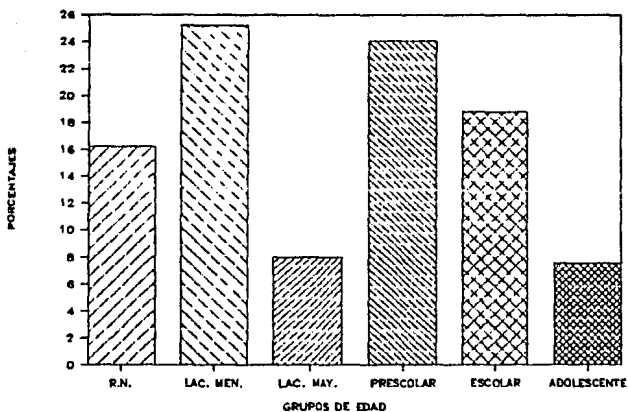
Mencion aparte merece el grupo de pacientes catalogados como Sangrado de tubo digestivo en estudio, (5 pacientes, 2.68% del total) de los cuales 4 eran del sexo femenino (80%) y uno del masculino (20%), la edad promedio fue de 4.84 años con rango entre 22 días y 12 años y desviación standard de 4.42. El 80% de los pacientes se presentaron con melena y en cuanto a la repercusión el 40% (2) tenían hipovolemia y 20% (1) anemia, la hemoglobina promedio fue de 10.3gr/100ml con rango entre 15.3 y 4.5 y con desviación standard de 3.99. El tiempo de evolución promedio fue de 6 días con rango entre 2 días y un mes y desviación standard de 0.03 días. El 100% de los pacientes tuvieron algún estudio diagnóstico, cuatro de ellos (80%) tuvieron serie gastroduodenal, dos gammagrafía (40%), uno colon por enema (20%), dos endoscopia (40%) uno alta y uno baja; 4 de los pacientes (80%) evolucionaron a la curación y uno (20%) presentó una recaída. Se delimitó el sitio del sangrado en 2 pacientes (40%), uno alto y uno bajo, siendo desconocido en 3 pacientes (60%). En ninguno de estos pacientes se pudo demostrar un diagnóstico local preciso.

Del total de 186 casos, solo en 94 pacientes (50.5%) se pudo demostrar un diagnóstico preciso local (Diagnóstico final local) y de estos los más frecuentes en orden decreciente fueron los siguientes: 1) Pólipos intestinales: 43 pacientes (45.7%) 2) Invaginación intestinal: 18 pacientes (19.1%) 3) Varices esofágicas: 7 pacientes (7.5%) 4) Gastritis: 6 pacientes

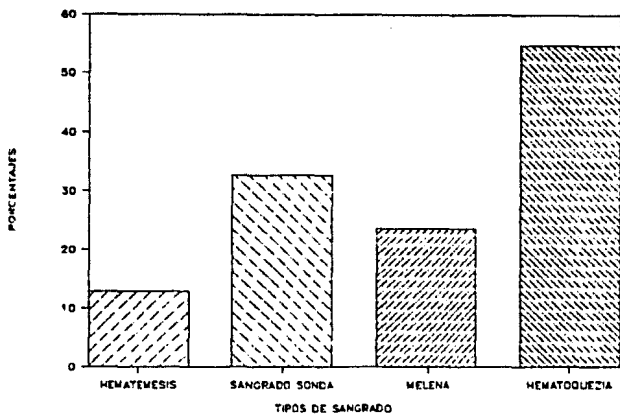
GRAFICA 1
DISTRIBUCION POR SEXO



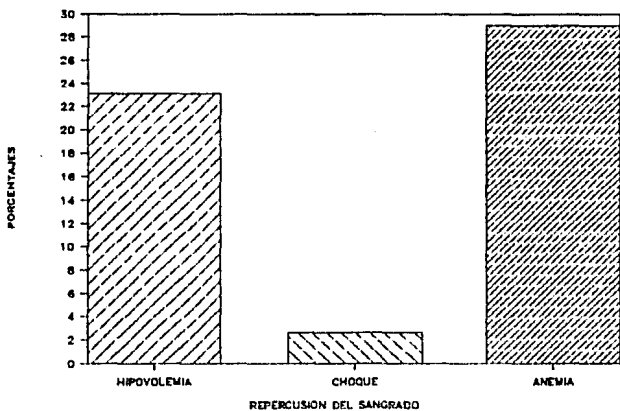
GRAFICA 2



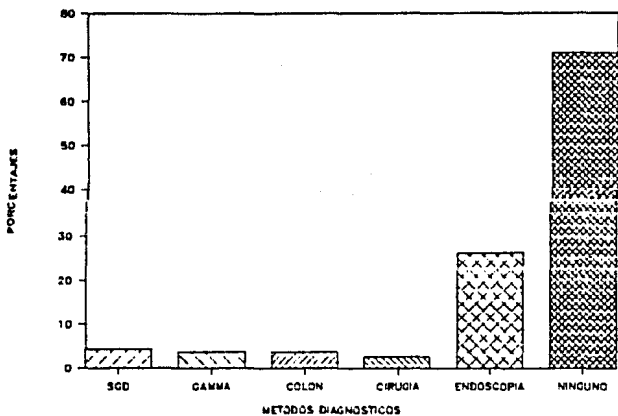
GRAFICA 3



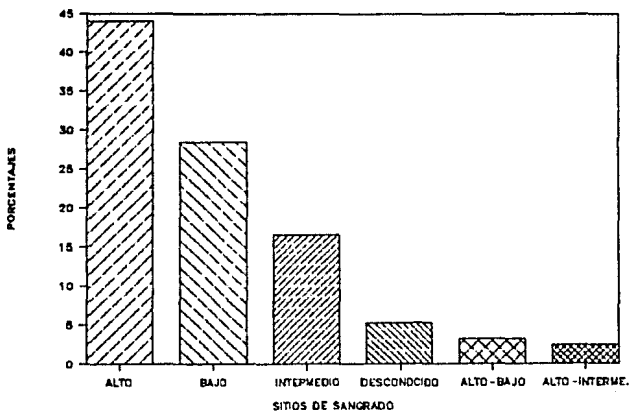
GRAFICA 4



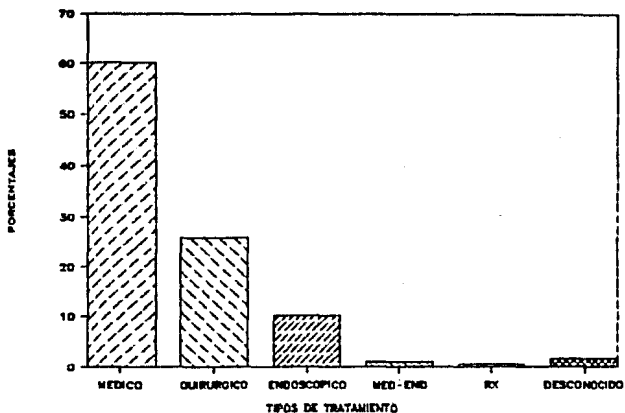
GRAFICA 5



GRAFICA 6

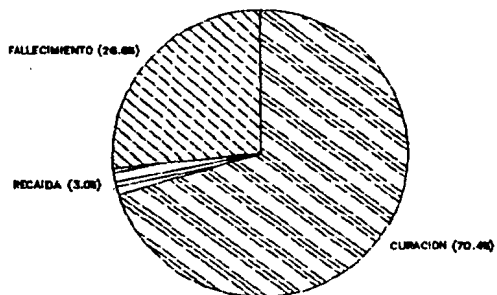


GRAFICA 7

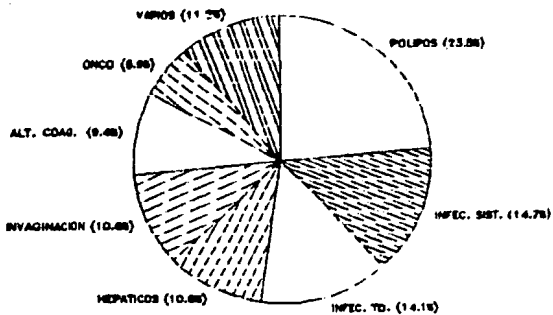


GRAFICA 8

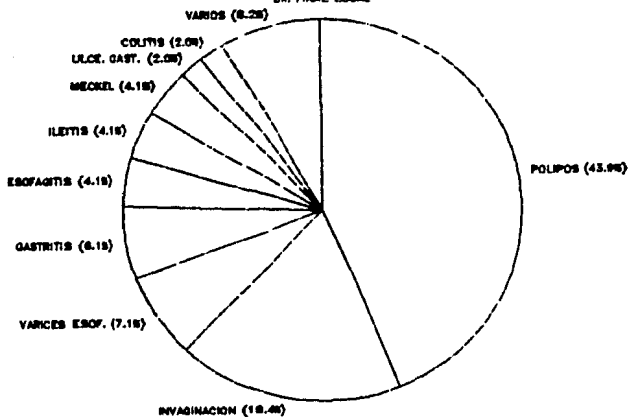
EVOLUCION



GRAFICA 9
DI. FINAL SISTEMICO



GRAFICA 10
DI. FINAL LOCAL



(6.3%) 5) Esofagitis: 4 pacientes (4.1%), Ileitis: 4 pacientes (4.1%) y divertículo de Meckel: 4 pacientes (4.1%) 6) Infarto intestinal: 3 pacientes (3.1%) 7) Úlcera gástrica: 2 pacientes (2.1%), Colitis: 2 pacientes (2.1%), Epistaxis: 2 pacientes (2.1%) y 8) Varios: 4 pacientes (4.1%) entre los que están: 1 úlcera duodenal, 1 fisura anal, 1 úlcera esofágica y 1 tuberculosis intestinal (GRÁFICA 10)..

Al analizar por separado a los pacientes por grupo de edad tenemos que en el grupo de recién nacidos encontramos predominio de hombres sobre mujeres (21 y 9, 70% y 30% respectivamente), con edad promedio de 8.4 días, con rango de 1 a 22 días y una desviación standard de 6.9. En cuanto al tipo de sangrado que predominó en este grupo de edad fue el sangrado por sonda gástrica (56.6%). En cuanto a la repercusión del sangrado llama la atención que el 43.4% de los pacientes no tuvieron ninguna repercusión y el 33.3% de los pacientes se presentaron con anemia, la hemoglobina promedio del grupo fue de 12.9gr/100ml con rango entre 16.7 y 3.4 con una desviación standard de 3.64. La mayoría de los pacientes (22) presentaron el sangrado intrahospitalariamente (73.4%). En cuanto a los estudios diagnósticos practicados solo a un paciente se le realizó endoscopia alta y a otro paciente se le practicó cirugía, siendo en ambos certero el procedimiento. El 50% (15) de los pacientes presentaron alteraciones de la coagulación y el 36.6% (11) de los pacientes tuvieron una patología primaria del tubo digestivo. El sitio de sangrado en este grupo fue el siguiente: alto en 18 pacientes (60%), intermedio en 3 (10%) y bajo en 5 (16%) y desconocido en 4 (14%). La mortalidad del grupo fue del 43.3% (13 pacientes) de los cuales ninguno falleció por sangrado, el resto de los pacientes (17, 56.7%) evolucionaron a la curación siendo el tratamiento en la gran mayoría (28

pacientes, 93.3%) de tipo médico, en un paciente de tipo médico-quirúrgico y en el otro de tipo quirúrgico. Los diagnósticos finales sistémicos más frecuentes fueron los siguientes: 12 pacientes con diagnóstico de enterocolitis necrosante (40%), 7 pacientes con diagnóstico de enfermedad hemorrágica del recién nacido (23.3%), 4 pacientes con sepsis (13.3%) y el resto con diagnósticos varios.

Dentro del grupo de los lactantes menores no hubo predominio de sexo (23 masculinos y 24 femeninos) y la edad promedio fue de 4.9 meses, con rango entre 1.1 y 1.8 meses y con desviación estándar de 2.4 meses, el tipo de sangrado más frecuente fue la hematoquezia (55%) y el sangrado por sonda (48.9%), el 31.9% (15) de los pacientes se presentaron con anemia al ingreso y el 21.2% (10 pacientes) con hipovolemia, la hemoglobina promedio del grupo fue de 9.72 gr/100ml con rango entre 15.6 y 4.5 y desviación estándar de 2.51 A 3 pacientes se les practicó serie gastroduodenal, a uno gammagrafía y a otro colon por enema siendo todos los estudios negativos para llegar al diagnóstico A 3 pacientes se les practicó endoscopia siendo certera solo en uno. A un paciente se le realizó cirugía diagnóstica siendo esta certera El 46.8% (22) de los pacientes presentaron alteraciones de la coagulación y el 44.6% (21) de los pacientes tuvieron una patología primaria del tubo digestivo. En cuanto al sitio de sangrado el 46.8% (22) fueron altos, el 40.4% (19) fueron intermedios y el 2.1% (1) fue bajo, en dos pacientes respectivamente (4.2% cada uno) se consideró el sitio de sangrado como combinado alto-intermedio y alto-bajo y fue desconocido en uno (2.1%) En cuanto a la evolución del grupo el 57.4% (27 pacientes) evolucionó a la curación, el 42.5% (20 pacientes) falleció, de los cuales

uno falleció por sangrado (5%). Los diagnósticos finales sistémicos más frecuentes fueron : 17 invaginaciones intestinales, 11 padecimientos infecciosos generalizados, 9 infecciones del tracto digestivo y 9 padecimientos varios.

En el grupo de lactantes mayores hubo predominio del sexo masculino (2:1) con edad promedio de 1.3 años con rango de 1 a 1.9 años y desviación standard de 0.27 El 40% de los pacientes se presentaron con hematoquezia y el mismo porcentaje con sangrado por sonda gástrica, en cuanto a la repercusión del sangrado hubo 9 pacientes (60%) que se presentaron con anemia. La hemoglobina promedio fue de 9.0 gr/100ml con rango de 4 a 12.6 y desviación standard de 2.4 El tiempo de evolución promedio fue de 22.1 días. En cuanto a los estudios diagnósticos a 2 pacientes se les practicó serie gastroduodenal y a otro gammagrafía siendo todos negativos, a 3 pacientes se les practicó colon por enema y de ellos en 2 (66.6%) fue certero para llegar al diagnóstico, a 7 pacientes se les practicó endoscopia siendo certera en 4 (57.1%) Se encontró alteración de coagulación en 6 pacientes (40%) así como se consideró patología primaria del tubo digestivo en 6 pacientes (40%). En cuanto al sitio de sangrado se encontró 10 (66.6%) fueron altos, 3 (20%) fueron intermedios, 2 (13.3%) fueron bajos. En cuanto a la evolución 10 pacientes (66.6%) lo hicieron a la curación y 5 pacientes (33.3%) fallecieron, de los cuales ninguno falleció por sangrado. Los diagnósticos finales sistémicos más frecuentes fueron : 3 padecimientos hepáticos, 3 infecciones del tubo digestivo, 2 infecciones sistémicas, un divertículo de Meckel, un polipo un invaginado y dos alteraciones de la coagulación.

En cuanto al grupo de prescolares hubo predominio del sexo masculino 1.8:1 (29:16) con edad promedio de 3.6 años, con rango entre 2 y 5.9 años y desviación standard de 1.0 En cuanto al tipo de sangrado más frecuente se encontró en 31 pacientes (68.8%) la hematoquezia y en cuanto a la repercusión del sangrado encontramos que 10 pacientes (22.2%) tuvieron hipovolemia y 9 pacientes (20%) tuvieron anemia. La hemoglobina promedio del grupo fue de 9.0 gr/100ml con rango entre 3.7 y 13 y desviación standard de 2.5 El tiempo de evolución promedio fue de 4.8 meses con predominio del sangrado extrahospitalario en 37 pacientes (82.2%) En cuanto a los estudios diagnósticos a un paciente se le practicó serie gastroduodenal siendo negativa, a un paciente se le realizó gammagrafia siendo certera, a dos pacientes se les practicó cirugía siendo certera en ambos y a 17 pacientes se les realizó endoscopia siendo certera en 16 (94.1%) El 37.7% (17) de los pacientes presentaron alteraciones de coagulación y se consideró como patología primaria del tubo digestivo en 24 pacientes (53.3%) En cuanto al sitio de sangrado encontramos 11 pacientes (24.6%) altos, 4 (8.8%) intermedios y 26 (57.7%) bajos, en 3 pacientes (6.6%) el sitio era desconocido. La evolución de los pacientes fue a la curación en 39 (86.6%), 3 recayeron y en total hubo 5 fallecimientos (11.1%) de los cuales el 40% (2 de 5) fallecieron por el sangrado. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron los siguientes: 21 pólipos (46.6%), 9 trastornos de coagulación (20%), 5 padecimientos infecciosos varios (11.1%) y 4 padecimientos hepáticos diversos (9.1%)

En el grupo de pacientes escolares la relación masculino-femenino fue de 1.5:1 con edad promedio de 8.0 años, con rango entre 6 y 11.5 años y desviación standard de 1.7 años. El predominio en cuanto al tipo de

sangrado fue con los pacientes que tenian hematoquezia (22 para 62.8%) y el grado de repercusion del sangrado que predomino fue el de hipovolemia con 8 pacientes (22.8%). La hemoglobina promedio del grupo fue de 9.9 gr/100ml con rango entre 4.3 y 14.8 y desviacion standard de 2.9. El tiempo de evolucion promedio fue de 165 dias y predomino el sangrado extrahospitalario con 26 pacientes (74.2%). En cuanto a los estudios diagnosticos realizados tenemos que a un paciente se le practico serie gastroduodenal y colon por enema, a dos se les realizo gammagrafia siendo todos ellos negativos, a ningun paciente se le realizo cirugia y a 17 pacientes se les realizo endoscopia de los cuales fue certera en 16 (94%). Solo 7 pacientes tenian alteracion de la coagulacion (20%) y en 19 se considero la causa del sangrado a una patologia primaria del tubo digestivo (54.2%). En cuanto al sitio de sangrado tenemos que hubo 14 pacientes (40%) con sangrado alto, 1 paciente (2.8%) con sangrado intermedio y 17 pacientes (48.5%) con sangrado bajo, en dos pacientes se considero el sitio como alto-bajo (5.6%) y en un paciente el sitio fue desconocido (2.8%). La evolucion fue la siguiente: 29 pacientes (82.8%) evolucionaron a la curacion, un paciente recayo y 5 pacientes fallecieron (14.2%) de los cuales dos fallecieron por el sangrado (40%). Los diagnosticos finales sistemicos mas frecuentes fueron los siguientes: 10 polipos, 7 padecimientos hepaticos (hipertension porta y hepatitis), 4 alteraciones de coagulacion y 2 varios.

Por ultimo en el grupo de adolescentes tenemos que hubo predominio de las mujeres 1.8:1 (9:5), la edad promedio fue de 13.4 años, con rango entre 12 y 16 años y desviacion standard de 1.1 años. Los tipos de sangrado predominantes fueron la hematoquezia en 7 pacientes (50%) y la melena en 6

pacientes (42.8%) En cuanto a la repercusión tenemos que 6 pacientes (42.8%) tuvieron hipovolemia y 5 (35.7%) tuvieron aneemia solamente. La hemoglobina promedio del grupo fue de 8.35 gr/100ml, con rango entre 4.5 y 11.3 y desviación standard de 2.1 El tiempo de evolucion promedio fue de 138.9 dias y no hubo predominio del sangrado extra o intrahospitalario. En cuanto a los estudios diagnosticos a un paciente se le realizo serie gastroduodenal y fue certera, a 3 pacientes se les realizo gammagrama sin certezas, a ningun paciente se sometio a cirugia ni se le realizo colon por aneemia. A 5 pacientes se les realizo endoscopia y de ellos, en 3 fue certera. Solo se encontro alteración de la coagulación en 5 pacientes (35.7%) y en 3 solamente se considero como la causa a alguna patologia primaria del tubo digestivo (21.4%). En cuanto al sitio de sangrado se encontro que 7 pacientes (50%) tuvieron sangrado alto, 1 (7.1%) fue intermedio y 2 (14.2%) fueron bajos, uno (7.1%) fue alto-bajo y en 3 se desconocio el sitio de sangrado (21.4%). El 85.7% de los pacientes (12) evolucionaron a la curación y 2 fallecieron (14.2%), ninguno por el sangrado. Los diagnosticos finales sistemicos mas frecuentes fueron : 2 padecimientos hepaticos, 2 infecciones sistemicas, 2 polipos, 2 varices esofagicas, 2 alteraciones de coagulación, 2 padecimientos renales (insuficiencia renal crónica terminal con uremia)

DISCUSION

El motivo de realizar este trabajo fue el de conocer el comportamiento del sangrado de tubo digestivo como tal en nuestro medio. En cuanto a la frecuencia por sexos del sangrado en general obtuvimos un predominio del sexo masculino con una relacion de 3:2, similar a lo reportado en series grandes (2). En cuanto a la distribucion por grupos de edades obtuvimos un predominio de los lactantes menores y los escolares, ocupando entre ambos la mitad de todos los pacientes.

Al analizar el tipo de sangrado con el cual se presenta el sangrado en los pacientes encontramos que mas de la mitad de ellos cursaron con hematoquezia y en un tercio de los pacientes se presento el sangrado por la sonda gastrica. Al correlacionar el tipo de sangrado con los diagnósticos encontrados con mas frecuencia en cada grupo vemos que la mayoria de los sangrados por sonda gastrica se debieron a padecimientos infecciosos como sepsis o pacientes muy graves con coagulacion intravascular diseminada. Es bien conocido que este tipo de pacientes frecuentemente se manejan en unidades de cuidados intensivos y que tienen un alto riesgo de presentar sangrado de tubo digestivo (4,5). Asi mismo, como era lógico esperar en pacientes con hematemesis el diagnostico mas frecuente fue el de varices esofágicas y aqui entran otros padecimientos que puedan confundir al clinico como las epistaxis y las gingivorragias. En el grupo de pacientes con melena no hubo un predominio significativo de alguna de las patologias, sin embargo en el grupo de pacientes con hematoquezia hay un franco

predominio de los pacientes con polipos intestinales e invaginación intestinal, lo que concuerda con la literatura mundial (6)

En cuanto a la repercusión del sangrado encontramos que casi un tercio de los pacientes llegaron a presentar anemia de grado variable. En el 23% de los pacientes se presentaron datos de hipovolemia y solo en el 2.68% de pacientes el sangrado llevo al paciente al estado de choque, seguramente por la vigilancia estrecha y el tratamiento oportuno de las hemorragias con productos sanguíneos que se lleva a cabo en este tipo de Hospitales.

En cuanto a la cifra de hemoglobina el promedio obtenido de todos los pacientes es cercano al normal (10.1) y esto se explica debido a que en nuestra serie hay un buen número de pacientes recién nacidos cuya cifra de hemoglobina es mas alta del normal para otras edades, así como por el hecho de que hay muchos pacientes que no sufrieron descenso de su hemoglobina como podrían ser los pacientes de polipos rectales (6).

El tiempo de evolución es otra de las variables que se ve influenciada por el tipo de enfermedad que se este estudiando y en nuestra serie fue muy alta debido basicamente a que se incluyeron los pacientes con polipos intestinales que habitualmente tienen historias muy prolongadas de sangrado (en promedio de 4 a 5 meses de evolución) lo que eleva mucho nuestro promedio, lo cual se corrobora al quitar a los pacientes de polipos quedando el tiempo de evolución en la tercera parte del previo (22 dias contra 78 dias respectivamente).

En cuanto a los estudios diagnósticos efectuados a los pacientes tenemos que a la gran mayoría no se les practica estudio alguno (132 pacientes, 70.9%) y esto podemos explicarlo debido a que muchos de los sangrados del tubo digestivo alto ceden espontáneamente y se ha especulado que puede ser debido a que el sangrado por se disminuye la secreción de ácido así como de pepsina además de retardar el vaciamiento gástrico (7). Por otro lado muchos de los sangrados del tubo digestivo son un evento terminal en pacientes sumamente graves o infectados a quienes no se les practica estudio diagnóstico alguno por lo antes mencionado (8). De los pacientes a quienes se les realizó algún estudio diagnóstico, la gran mayoría fueron objeto de endoscopias (26.3% del total) en comparación del 4.3%, 3.7% y 3.7% respectivamente de los pacientes a quienes se les practicó serie gastroduodenal, gammagrafía y colon por enema. Solo el 2.7% de los pacientes fue objeto de cirugía con fines diagnósticos. Sin embargo al momento de comparar la certeza diagnóstica de cada uno de estos estudios encontramos que la cirugía tuvo un 100% de certeza (5 de 5) y en seguida la endoscopia tuvo un índice de certeza del 83.6% (41 de 49), que va de acuerdo con lo reportado en la literatura (3,9,10,11). Es importante mencionar que algunos de los fracasos de la endoscopia fueron en pacientes con diagnóstico de sangrado de tubo digestivo en estudio, como se menciona en la literatura (1). Hay otros métodos novedosos de ayuda para llegar al diagnóstico como la enteroclasia, de utilidad sobretudo en patologías cuya resolución puede ser quirúrgica (12), sin embargo no es un método que se lleve a cabo de rutina en nuestro Hospital.

En cuanto a las alteraciones de la coagulación, nosotros obtuvimos que un

38.7% de los pacientes las presentaron y casi la mitad de ellos (31/72) llegaron a presentar hipovolemia que se explica por ser más difícil detener el sangrado en este tipo de pacientes.

En relación a si el sangrado se presenta dentro o fuera del Hospital, en nuestra serie encontramos predominio del sangrado extrahospitalario en un 60.2% de los pacientes, lo que puede tener importancia ya que puede haber una mayor cantidad de lesiones graves (13).

Por otra parte en nuestro estudio el 45.1% de los pacientes tenían como causa del sangrado una patología primaria del tubo digestivo, lo que se explica por la gran cantidad de pacientes que tuvimos con padecimientos infecciosos sistémicos así como los pacientes con trastornos de la coagulación y oncológicos.

En cuanto al sitio de sangrado obtuvimos un predominio de los sangrados altos con 44%, seguidos de los sangrados bajos con 28.5%, lo que va en contra de lo reportado por Spencer que menciona como primera causa al sangrado bajo y después al intermedio, debido a que incluyeron las fisuras anales en su estudio y al hecho de que tenían una gran cantidad de pacientes con gangrena intestinal (3), situación que ha ido disminuyendo paulatinamente con el tiempo debido al diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la enterocolitis necrosante en nuestro tiempo.

Respecto al tratamiento seguido en nuestros pacientes encontramos que el 60.21% llevaron tratamiento médico, el 25.8% quirúrgico, el 10.2% endoscópico y un paciente tratamiento radiológico (invaginación intestinal

tratada mediante colon por enema. El tratamiento endoscópico se utiliza básicamente para pólipos colonicos no alcanzables manualmente y para várices esofágicas, patología que ha ido evolucionando grandemente con el advenimiento de la escleroterapia (14). Otro de los métodos novedosos de tratamiento del sangrado de tubo digestivo es el rayo laser que viene tomando un lugar preponderante en padecimientos como lesiones vasculares (15,16).

Respecto a la evolución seguida por los pacientes tenemos que la gran mayoría evoluciona a la curación (70.4%), sin embargo tuvimos una mortalidad del 25.8% que es difícil de comparar con las series de la literatura mundial ya que depende en gran parte de los padecimientos que incluya cada estudio, en nuestro caso es un poco mayor a lo reportado habitualmente quizá debido a que nosotros no tenemos pacientes con fisuras anales cuya mortalidad es prácticamente nula. En cuanto a las variables que influyen en la mortalidad la principal es el estado de choque ya que todos los pacientes que presentaron estado de choque fallecieron y de ellos el 80% falleció por el sangrado.

El seguimiento solo se efectuó en 50.5% de los pacientes y ello es debido a que, de la otra mitad sin seguimiento, el 50% aproximadamente falleció y el resto es debido a invaginaciones intestinales, divertículos de Meckel o pólipos intestinales en los cuales frecuentemente no se lleva un seguimiento muy prolongado.

Por último en cuanto a los diagnósticos finales sistémicos más frecuentemente encontrados tenemos que la primera causa de sangrado en

nuestro estudio lo fueron los pólipos intestinales, seguidos de padecimientos infecciosos ya sea generalizados o del tubo digestivo, posteriormente se encuentra la invaginación intestinal y los trastornos de la coagulación lo que va en contra de las series que colocan a las fisuras anales en primer lugar de frecuencia, sin embargo en nuestro estudio solo hubo una fisura anal como causa del sangrado, debido a que por ser un Hospital de concentración, los pacientes con este diagnóstico son canalizados a Hospitales de segundo nivel de atención, el resto de las patologías enunciadas sigue los patrones mencionados mundialmente (3)

Es de mencionar que la enterocolitis necrosante sigue siendo uno de los padecimientos que frecuentemente se asocian a sangrado de tubo digestivo como se comprueba en nuestra serie (17,18), al grado de que ya se menciona en muchas series la presencia de neumatosis intestinal después del periodo neonatal, también llamada enfermedad isquémica intestinal (19)

En cuanto al diagnóstico final local solo se logró en 50.5% de los pacientes, debido a que la gran mayoría de los pacientes en quienes se obtuvo fue debido a endoscopia o cirugía. Desafortunadamente la incidencia de autopsias en nuestro estudio fue muy baja lo cual hace que muchos pacientes se queden sin diagnóstico final local. Como es lógico el principal diagnóstico local lo fue el de polipo intestinal, seguido de invaginación intestinal y subsecuentemente gastritis, varices esofágicas, esofagitis, ileitis, divertículo de Meckel, infarto intestinal. La incidencia de úlcera gástrica, úlcera duodenal, y gastritis fue del 10% de todos los pacientes que tuvieron diagnóstico final local, lo que va de acuerdo con el aumento mundial en el diagnóstico de estas patologías debido

a la endoscopia y la biopsia y al hecho de sospechar la presencia de *C. pylori* (20,21,22,23,24,25). Tambien esta bien descrita la incidencia de ulceracion peptica en pacientes con leucemia, hecho que no pudimos corroborar localmente en nuestro estudio (26). Asi mismo tuvimos en nuestra serie a 4 pacientes con diagnostico de gastroenteritis eosinofilica corroborada por biopsia, que tambien va de acuerdo con el incremento en el diagnostico de esta patologia a nivel mundial (27). Otra de las enfermedades que ha incrementado mucho su incidencia es el sindrome de inmunodeficiencia adquirida que tambien puede cursar, entre sus multiples manifestaciones con sangrado de tubo digestivo (28).

CONCLUSIONES

Por los resultados mencionados podemos mencionar las siguientes conclusiones de nuestro trabajo : 1)El sangrado de tubo digestivo en nuestro medio predomina en pacientes del sexo masculino durante todas las etapas de la edad pediátrica a excepción de los adolescentes donde predomina más en mujeres. 2)El sangrado de tubo digestivo se presenta en todos los grupos de edad, con ligero predominio en lactantes menores y preescolares, debido a la alta incidencia de invaginación intestinal y pólipos intestinales respectivamente. 3)La forma de presentación del sangrado más frecuente en nuestro medio es la hematoquezia. 4)En el 45% de los pacientes no hay repercusión del sangrado y en los que si repercute lo más frecuente es la anemia. 5)La incidencia de estado de choque a consecuencia del sangrado en nuestro medio es baja. 6)Los pacientes que llegan a presentar estado de choque secundario al sangrado casi seguramente fallecerán. 7)La mortalidad por sangrado de tubo digestivo en nuestro medio, en un Hospital pediátrico de concentración es de alrededor del 20%. 8)De los pacientes con sangrado de tubo digestivo casi el 40% tienen alteraciones de coagulación y la incidencia de alteraciones de coagulación disminuye proporcionalmente al aumentar la edad del paciente. 9)En nuestra serie encontramos un ligero predominio de los sangrados del tubo digestivo alto, seguidos del tubo digestivo bajo. 10)La mayoría de pacientes con sangrado de tubo digestivo pueden ser tratados médicamente y las principales patologías que se tratan quirúrgicamente son los pólipos y las invaginaciones como también podemos mencionar que la mayoría de padecimientos tratados endoscópicamente son varices esofágicas y pólipos

colónicos. 11)La principal causa de sangrado en general de nuestro estudio fueron los polipos del colon, seguido de problemas infecciosos, invaginación intestinal, infecciones del tubo digestivo y alteraciones de coagulación. 12)En el grupo de recién nacidos el tipo de sangrado más frecuente es el sangrado por la sonda gástrica, es el grupo de edad con mayor mortalidad y dentro de las principales causas de sangrado podemos mencionar la enterocolitis necrosante y la enfermedad hemorrágica del recién nacido. 13)En el grupo de lactantes menores la principal causa de sangrado es la invaginación intestinal. 14)En el grupo de lactantes mayores el 60% de los sangrados son altos y no hay un diagnóstico que predomine. 15)En el grupo de los preescolares la manifestación principal es la hematoquezia aunque la principal causa de sangrado son los polipos intestinales. 16)En el grupo de escolares los diagnósticos principales son polipos intestinales y varices esofágicas. 17)En el grupo de adolescentes predominan las mujeres y la manifestación principal es la hematoquezia seguida de la melena.

BIBLIOGRAFIA

1. Peterson M.: Obscure gastrointestinal bleeding. Med. Clin. N.A. 72: 1169-1176, 1988
2. Spencer R: Gastrointestinal hemorrhage in infancy and childhood: 476 cases. Surgery 55: 718-734, 1963
3. Cox K, Ament ME: Upper gastrointestinal bleeding in children and adolescents. PEDIATRICS 63: 408-414, 1979
4. Derrida S, et al: Occult gastrointestinal bleeding in high-risk intensive care unit patients receiving antacid prophylaxis: Frequency and significance. Crit Care Med 17: 122-125, 1989
5. Lacroix J, Infante-Rivard C, Jenicek M, Gauthier M: Prophylaxis of upper gastrointestinal bleeding in intensive care units: A meta-analysis. Crit Care Med 17: 862-868, 1989
6. Cynason H, Milov DE, Andres JM: Diagnosis and management of colonic polyps in children. J Pediatr 114: 593-596, 1989
7. Fullerton BM, Boyd EJS, Crean GP, Buchanan K, Mc Coll KEL: Inhibition of gastric secretion and motility by simulated upper gastrointestinal haemorrhage: a response to facilitate haemostasis?. Gut 30: 156-160, 1989

8. Vincent JL, Farquier JN, Preiser JC, Brieouille S, Kahn RJ: Terminal events in the intensive care unit: Review of 258 fatal cases in one year. Crit Care Med 17: 530-533, 1989
9. Steffen RM, Wyllie R, Sivak MV, Michener WM, Caulfield ME: Colonoscopy in the pediatric patient. J Pediatr 115: 507-513
10. Kawamitsu T, Nagashima K, Tsuchiya H, Sugiyama T, Ogasawara T, Cheng S: Pediatric total colonoscopy. J Pediatr Surg 24: 371-374, 1989
11. Tam PKH, Saing H: Pediatric upper gastrointestinal endoscopy: A 13-year experience. J Pediatr Surg 24: 443-447, 1989
12. Rex DK, Lappas JC, Maglinte, DD, Malczewski C, Kopecky KA, Cockerill EM: Enteroclysis in the evaluation of suspected small intestinal bleeding. Gastroenterology 97: 58-60, 1989
13. Gendler SL, Faissal MA, Holt PR: Evaluation of primary and secondary gastrointestinal bleeders. Arch Intern Med 149: 1634-1636, 1989
14. Hassall E, Berquist ME, Asent ME, Vargas J, Dorney S: Sclerotherapy for extrahepatic portal hypertension in childhood. J Pediatr Surg 115: 69-74, 1989
15. Tedesco FJ: Endoscopic therapy for vascular lesions: New challenges. J Pediatr Gastroenterol Nutr 7: 321-322, 1988

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

16. Noronha PA; Leist NH; Endoscopic laser therapy for laser-induced bleeding from congenital vascular lesions. J Pediatr Gastroenterol Nutr 7: 375-378, 1988
17. Ross MN; Wayne ER; Janik JS; Hanson JB; Burrington JD; Chang JH; A standard of comparison for acute surgical necrotizing enterocolitis. J Pediatr Surg 24: 998-1002, 1989
18. Tan CEL; Kisly EM; Brereton RJ; Agrawal M; Spitz L; Neonatal gastrointestinal perforation. J Pediatr Surg 24: 888-892, 1989
19. West KW; Rescorla FJ; Grosfeld JL; Vane DW; Pneumatosis intestinalis in children beyond the neonatal period. J Pediatr Surg 24: 818-822, 1989
20. Rosenlund, ML; Koop CE; Duodenal ulcer in childhood. PEDIATRICS 45: 283-286, 1970
21. Kumar D; Spitz L; Peptic ulceration in children. Surg Gynecol Obst 159: 63-65, 1984
22. Tam FKH; Lau JTK; Diagnosis of peptic ulcer in children: the past and the present. J Pediatr Surg 21: 15-16, 1986
23. Murphy MS; Eastham EJ; Jimenez M; Jackson RH; Duodenal ulceration: a Review of 110 cases. Arch Dis Child 62: 554-558, 1987

24. Czinn SJ; Dahes BB; Jacobs GH; Kaplan B, Rothstein G: *Campylobacter*-like organisms in association with symptomatic gastritis in children. *J Pediatr* 109: 80-83, 1986
25. Czinn SJ: *Campylobacter pylori*: A new pathogen. *J Pediatr* 114: 670-671, 1989
26. Scott B, Hutson JM: Peptic ulceration in leukemia. *Aust Paediatr J* 23: 115-116, 1987
27. Withington PF, Withington GL: Eosinophilic gastroenteropathy in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 7: 379-386, 1988
28. Schwartz DL et al: A case of life-threatening gastrointestinal hemorrhage in an infant with AIDS. *J Pediatr Surg* 24: 313-315, 1989

INDICE

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	2
RESULTADOS.....	6
DISCUSION.....	18
CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	27
INDICE.....	31