

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO DE LOS CÁNCERES DE LAS VÍAS BILIARES

C. MORENO GONZÁLEZ-BUENO.

Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Provincial de Madrid.

Profesor: C. GONZÁLEZ-BUENO.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.

Director Prof.: C. JIMÉNEZ DÍAZ.

El cáncer de las vías biliares ofrece uno de los pronósticos peores dentro de la patología tumoral, y ello en atención a su evolución rápida, diagnóstico tardío por enmascararle otras enfermedades biliares benignas (especialmente en lo que respecta a la vesícula), y porque su red linfática y localización anatómica hacen que la invasión de las estructuras vecinas sea sumamente precoz, al mismo tiempo que su repercusión metabólica pone rápidamente a estos enfermos en condiciones biológicas muy pobres.

Su frecuencia es relativamente alta, y la práctica sistemática de estudio histopatológico de toda vesícula extirpada descubre algunos cánceres que de otro modo pasarían inadvertidos, del mismo modo que la exploración transduodenal de la papila, de un modo más continuo, ponen en evidencia a otros tantos que en otras ocasiones pueden pasar con un diagnóstico más benigno.

La frecuencia de aparición en la vesícula biliar es aproximadamente dos veces mayor que en el resto de las vías biliares. MOHARDT lo encuentra en un 0,4 por 100 de las autopsias practicadas y en el 1 por 100 de las vesículas removidas. En la Mayo Clinic hubo una incidencia de 0,87 por 100 en relación a todas las intervenciones biliares practicadas.

El carcinoma de vías biliares extrahepáticas es lo suficientemente frecuente para tenerlo presente en todos los casos de obstrucción biliar. Se localiza en cualquier tramo del árbol biliar, desde el hilio hasta la papila. Cuando se diagnostica tarde puede ser difícil determinar con seguridad su lugar inicial de origen, pues, incluso, un tumor pequeño puede invadir múltiples partes del tramo biliar o estructuras vecinas. El origen embrionario común y la similar estructura anatómica entre la vesícula y la similar estructura anatómica entre la vesícula y el resto de vías biliares conlleva a un parecido estrecho entre los tumores de ambas regiones, lo que hace difícil el diagnóstico del origen de la tumoración cuando ésta invade ambas estructuras. También las dudas diagnósticas pueden ser grandes para filiar los tumores de ampolla de Vater, diferenciándolos de los de cabeza de páncreas.

No existe una gran coincidencia en lo que respecta a la frecuencia de aparición en las distintas zonas de las vías biliares. De todos ellos, un tercio corresponden a la localización vateriana, y el resto, en los 90 casos de NEIBLING, tenían la siguiente distribución: Colédoco, 29; unión del hepático, colédoco y cístico, 31; hepático, 23, e invasión difusa, 4. ROLLESTON y MCKEE encuentran: Colédoco, 34; encrucijada cístico-colédoco-hepático, 28; hepático, 19; cístico, 6; hepáticos derecho e izquierdo, 4. Para

CHRISMER, la localización preferida es la encrucijada, seguida del hepático, mientras CHAMPEAU-PRINEAU encuentra el colédoco como lugar de predilección. Creemos que las cifras más cercanas a la realidad son las expuestas por KUMA SAKO, que se basan en una revisión extensísima de los casos de la literatura, dando por orden de frecuencia las siguientes localizaciones: Colédoco (203 casos), confluencia cístico-hepático-colédoco (137 casos), hepático común (79 casos), hepático derecho o izquierdo (47 casos), cístico (34 casos) y no clasificados (70 casos).

ANATOMÍA LINFÁTICA.

Siguiendo las normas de propagación de los cánceres, la vía linfática es su principal vía de diseminación, por lo que, desde el punto de vista quirúrgico, debe ser conocida con detalle, tanto para la elección del tratamiento en relación a la búsqueda de metástasis a distancia como para la práctica de exéresis completas, si la cirugía radical es la indicada.

La vesícula posee un plexo submucoso que desagua en el plexo subseroso por medio de linfáticos que atraviesan la muscular; desde el plexo subseroso la linfa lleva el camino del ganglio cístico, desde donde sigue dos direcciones: una, a lo largo de la arteria hepática, para ir a los ganglios del tronco celiaco pre y paraaórticos; la otra, por vía colodociana, para ir a drenar en la cadena ganglionar pancreático duodenal. Por otra parte, existe un drenaje de contigüidad, que se establece a través del lecho hepático, lo que motiva que en estos casos la invasión del hígado sea muy precoz.

CLERMONT divide a los colectores que parten de la vesícula en tres grupos, que adoptan la forma de N. Los del primer trazo de la N, grupo del borde derecho, desaguan en los ganglios del borde anterior del hiatus de Winslow. El grupo de la cara inferior, que corresponde al trazo oblicuo de la N, termina en los ganglios del cuello. Los linfáticos del borde izquierdo van también a drenar en el ganglio cístico. Desde aquí, la linfa fluye hacia los ganglios del borde anterior del hiatus y en otra parte el gran ganglio retroduodeno pancreático superior situado en el ángulo existente entre la primera y segunda porción duodenal.

Los ganglios del cístico y hepático se relacionan con los del hiatus y pancreático superior. Los del colédoco marchan a los del hiatus y duodeno pancreático posterior.

El plexo único de la ampolla de Vater se encuentra en relación con los del duodeno y pancreáticos, no invadiendo, del mismo modo, que los del colédoco y los duodenopancreáticos anteriores.

De un modo general, la invasión linfática es más lenta conforme la localización es más baja.

TRATAMIENTO.

Con fines quirúrgicos nos parece lo más útil considerar tres tipos de localización: primera, vesicular; segunda, de las vías biliares extrahepáticas y extrapancreáticas, y tercera, del colédoco infrapan-

creático, ampolla y papila, o simplemente de la porción duodeno pancreática.

El tener presente estos tres tipos de localización nos marca técnicas quirúrgicas y pronósticos muy distintos de unas a otras.

Generalidades.—En enfermo se coloca en decúbito supino con acentuación de su lordosis lumbar. La incisión puede practicarse toracoabdominal, aunque en general las abdominales dan un buen campo, y de entre éstas, la pararectal, transrectal o subcostal son las más utilizadas.

El diagnóstico quirúrgico no presenta dificultades en los cánceres grandes; pero cuando el tumor es pequeño, su tamaño, la profundidad de su localización y su enmascaramiento por otros órganos puede hacer éste difícil, lo que hace que en todos los casos sospechosos debamos extremar las maniobras quirúrgicas diagnósticas. Ya la simple inspección nos puede mostrar una vesícula dilatada o una dilatación muy extremada de los conductos (de las obstrucciones de los conductos, la de origen tumoral es la que mayor dilatación produce, por su instauración lentamente progresiva); estos datos nos orientarán ya hacia la localización y posible etiología. La palpación metódica por alguna de las maniobras existentes, la de KEHR o similares; si es en su porción pancreática, en la exploración se podrá recurrir al despegamiento del arco duodenal (maniobra de KOCHER), si la lesión se sospecha en la ampolla, se inspeccionará directamente la misma, valiéndose de una duodenotomía.

Si las dudas diagnósticas no se disipan, podremos acudir a muy variados métodos complementarios: colangiografía y manometría, así como coledocotomía y exploración con los dilatadores de Bakes, endoscopias con aparatos de iluminación especial, resonadores para el descubrimiento de cálculos, etcétera.

En íntima relación con el cirujano para la aclaración definitiva del diagnóstico y para su conocimiento en el mismo curso postoperatorio estará el anatomopatológico, aclarando con el estudio histopatológico de la biopsia, el tipo de lesión ante la que nos encontramos, teniendo presente que en ocasiones el juicio anatomopatológico puede despistarnos de la realidad de la lesión; tal sucede con las biopsias superficiales pancreáticas, que pueden hacer pasar inadvertidos tumores más profundos, por lo que BOWDEN propone tomarla profundamente con la aguja de Silverman. En otras ocasiones, por el contrario, pensamos que la lesión es un cáncer, y el estudio de la biopsia nos muestra tratarse de una pancreatitis crónica, y hasta nos puede hacer variar rotundamente nuestra técnica quirúrgica, como sucede en algunos casos de cáncer de ampolla de Vater, que a la exploración quirúrgica parecen ser susceptibles de extirpación radical, y que aun presentando un hígado macroscópicamente normal, una biopsia del mismo, con carácter de urgencia, demuestra su invasión tumoral microscópica; hecho ya sucedido en alguna ocasión a CATTELL.

Cáncer de vesícula biliar.—Responden a las variedades macroscópicas escirrosa, papilar, mucóide y escamosa e epitelial. La forma escirrosa, la más frecuente, de comienzo submucoso en un primer momento, puede crear dificultades diagnósticas quirúrgicas en el acto operatorio con la colecistitis crónica.

El cáncer de la vesícula biliar permanece localizado poco tiempo; pronto invade el hígado por vía linfática directa, dando lugar a una placa dura, blanca grisácea, confluyente con la vesícula, apareciendo posteriormente los nódulos metastásicos con aspec-

to umbilical, que se diseminan por todo el parenquima hepático. No es necesario que transcurra mucho tiempo para que los órganos y estructuras vecinas, colon, duodeno, omento mayor, formen con la vesícula una tumoración única de gran consistencia.

La invasión de los ganglios del hiatus, pancreáticos y aórticos marcan todavía una etapa precoz en su invasión; las siembras en el peritoneo indican los períodos tardíos. Las metástasis a distancia son poco frecuentes, siendo los pulmones los más frecuentemente afectados en una proporción de un 10 por 100, aproximadamente, de los casos.

La táctica quirúrgica a seguir en los casos operables será la colecistectomía con limpieza ganglionar y resección en cuña del lecho hepático, si éste estuviese invadido, o lobectomía hepática, según la técnica de PACK y BAKER. Cuando la vesícula esté envuelta por un tumor que se extienda por hígado y estructuras vecinas, tendremos que conformarnos con la laparotomía exploradora.

El pronóstico de estos casos es desalentador; las mejores cifras de supervivencia las dan aquellos operados con colecistitis crónica y en los que el estudio histopatológico diagnostica la lesión cancerosa. MAINCOT cita cifras de supervivencia de dos a tres meses para los enfermos en los que no se pudo hacer nada, junto con las de seis o siete meses en los que se pensó que la exéresis era radical. BOCKUS, de una revisión de la literatura, piensa que de cada 40 operados puede esperarse que uno cure. FINNEY y TOMS encuentran operables solamente el 23 por 100 de sus 91 casos; en éstos practicaron colecistectomía con o sin hepatectomía parcial, obteniendo exclusivamente una supervivencia de más de tres años.

A la vista de tan pobres resultados, de la coincidencia de litiasis y cáncer, y de la dificultad de diagnosticar precozmente esta lesión, ya que su sintomatología se superpone o queda despistada por el de otros procesos benignos vesiculares, parece evidente que el único tratamiento efectivo de los cánceres vesiculares será el profiláctico, y de aquí que surja la controversia en lo concerniente a la necesidad o no de operar a todo enfermo con una litiasis vesicular.

FINNEY y TOMS se muestran decididamente intervencionistas, y como base de su postura están los 150 enfermos vistos por CLATETT en la Mayo Clinic, en 1945, con evidencia radiológica de vesícula excluida, de los cuales, antes de los dos años, el 27 por 100 de los mismos tuvieron que operarse por alguna complicación. Se apoyan también en una estadística, de FINSTERER, de 14 enfermos litíasicos no operados, seguidos de diez a veinticinco años, en los que surgieron las siguientes complicaciones: en 5 se desarrolló un carcinoma, 13 murieron de enfermedad colecística y 27 fueron operados por alguna complicación de su colelitiasis. Por último, añaden que su mortalidad por colecistectomía es baja, de un 0,44 por 100; es decir, considerablemente más baja que la incidencia de cáncer en los enfermos litíasicos.

Con motivo de la VIII reunión de la Sociedad Española de Patología Digestiva y de la Nutrición, intervinieron la mayoría de los médicos y cirujanos de la Gastroenterología española en el debate de esta cuestión, sin llegar a una uniformidad de criterios sobre el problema.

Nosotros pensamos que se debe operar toda litiasis sintomática, a no ser enfermos de mucha edad o con una tara orgánica importante, que haga elevar el riesgo quirúrgico por encima de la incidencia del cáncer.

CÁNCER DE VÍAS BILIARES EXTRAHEPÁTICAS.

Se presentan bajo la forma vellosa, nodular o difusa, principalmente estas dos últimas, lo que motiva su prominencia en la luz, su estrechamiento o la conversión de la vía biliar en un tubo rígido por su infiltración. Se manifiesta en clínica rápidamente por la sintomatología de obstrucción biliar que produce, aunque no lo suficientemente, como lo demuestra, que en el 25 por 100 de los casos citados por MARSHALL existiesen metástasis.

La cirugía en estas regiones permite ser más radicales o, en los casos inoperables, hacer exclusiones paliativas muy dignas de tener en cuenta por el bienestar que pueden producir al enfermo.

Uno de los obstáculos de esta cirugía es el restablecimiento o la derivación de la bilis al tramo intestinal, lo que a veces crea problemas insuperables ante la falta de conducto a anastomosar. Dos métodos tenemos para la consecución de este fin: la reconstrucción simple, es decir, la unión cabo a cabo o por medio de plastias y derivaciones biliodigestivas.

La reconstrucción de los conductos biliares por unión cabo a cabo, en general, se siguen de malos resultados, en atención a que la exéresis es muy limitada, a parte los peligros de estenosis o tensión en el punto de sutura que son elevados, aun valiéndonos de anastomosis sobre tubos y de movilización del colédoco pancreático para evitar la tensión.

Los procedimientos para una derivación biliodigestiva los podemos dividir en:

1.º Colectistogastrostomía, duodenostomía o enterostomía.

2.º Colangioenterostomía. (Hepaticointerostomía, a intestino o estómago. Colédocointerostomía, a intestino o estómago. Colangioyeyunostomía intrahepática de Longmire.)

3.º Fistulointerostomía.

4.º Hepatointerostomía.

Siguiendo alguno de estos procedimientos se une el cabo central de la vía biliar con un órgano digestivo, bien de un modo directo, teniendo cuidado que las mucosas coaptan perfectamente, o bien por métodos indirectos con tubos perdidos (método de Wilms); en cualquiera de los casos, al suprimir el juego del esfínter de Oddi quedan estos enfermos expuestos al reflujo del contenido gastroentérico. Parece ser que el proceder que mejor salva esta contingencia es la colédocoyeyunostomía o hepaticoyeyunostomía, sobre todo con anastomosis en Y de Rous. En estos casos dejaremos, desde la colédoco o hepaticoyeyunostomía hasta la yeyunoyeyunostomía, una distancia mínima de 25 centímetros, pues se ha comprobado radiográficamente que el reflujo asciende por la rama del yeyuno, que forma la anastomosis biliodigestiva 15 ó 20 centímetros. Para la evitación de este reflujo, WARREN H. y colaboradores crean en este asa yeyunal una serie de válvulas que produce con la misma pared intestinal.

En los casos paliativos en que todo está invadido sólo queda anastomosar un conducto biliar a estómago (DOGLIOTTI) o a yeyuno (LONGMIRE). La técnica de DOGLIOTTI se ha seguido de muy malos resultados; la de LONGMIRE se verifica aislando un conducto biliar intrahepático, de cierto calibre, en el lóbulo izquierdo del hígado.

PROCEDERES PLÁSTICOS E INJERTOS.

Si la vesícula y cístico están libres, podemos practicar una colectistocolédocostomía o anastomosar el

cístico al cabo central del hepático, o bien una plastia con la vesícula, asegurada su nutrición por conservación de la arteria cística. También se han utilizado injertos de uréter, apéndice vermiforme, venas y arterias, aunque, al igual que las anteriores, con muy mediocres resultados.

Son muchos los materiales utilizados con fines protésicos: tubos de caucho, polivinilo, vitalio, tántalo, goma, silicón catgut, magnesio absorbible, etcétera. El empleo de estos tubos tiene las siguientes ventajas: primera, aseguran la descompresión inmediata del árbol biliar; segunda, prestan un soporte adecuado para la anastomosis. Pero en contraposición a este indudable beneficio, presentan una serie de inconvenientes, todavía hoy día no superados, como son: primero, inflamación reaccional al comportarse como cuerpos extraños que son; segundo, necrosis por presión a nivel de la anastomosis, sobre todo los de material sólido; tercero, favorecer el depósito y las incrustaciones que llegan a obstruir la luz, sobre todo en los tubos flexibles; cuarto, dificultades para su extracción o, en el caso de ser externos, la creación de una fistula biliar con pérdida continua de bilis por la misma. Para no crear fistulas ni tener que reintervenir, aparte de dejar los tubos perdidos, se han ideado métodos para su extracción; todos ellos más o menos complicados, como el de NICOLA, quien une el tubo sobre el que se verifica la anastomosis biliodigestiva a una sonda duodenal, con lo que en cualquier momento lo puede retirar.

CARCINOMA DEL COLÉDOCOS SUPRAPANCREÁTICO.

En los casos inoperables efectuaremos una derivación biliar del tipo de la colectistoyeyunostomía o similar.

Si el tumor es resecable, en el caso de que sea pequeño, puede intentarse una exéresis económica con anastomosis término-terminal reconstructiva. Se sigue de muy malos resultados, por lo que, excepto en personas de mucha edad o en muy mal estado general, se harán resecciones amplias, incluso siguiendo el proceder de WHIPPLE.

CARCINOMA DE LA UNIÓN DE LOS TRES CONDUCTOS.

Si el tumor es inoperable, como el hepático puede estar muy dilatado, se practicará una hepaticoduodenostomía por encima de la lesión. Si el estado general del enfermo es tan pobre que puede no resistir la anterior intervención, se drena el conducto hepático al exterior por medio de un tubo en T, cuyo extremo distal se pasa a través de la estenosis tumoral, previamente dilatada, cautamente con sondas de Bakes.

Si el tumor es susceptible de una resección radical, ésta será en bloque, de la vesícula, hepático y colédoco en extensión suficiente, así como los ganglios, restableciendo la continuidad del curso biliar a favor de una hepaticoyeyunostomía término-terminal en Y, o término-lateral con anastomosis de Braun por debajo de la misma.

CARCINOMA DEL HEPÁTICO COMÚN.

Es muy raro que en esta localización exista hepático sano por encima de la lesión; tanto si se da esta circunstancia, como si no, en los casos inoperables la única solución es dejar un drenaje biliar externo por medio de un catéter de goma o dilatar la estenosis a través de una colédocotomía, introdu-

ciendo por la misma un tubo de vitalio en dirección proximal, que llegue hasta los conductos hepáticos. El tubo enterrado de este modo puede producir un bienestar pasajero. En estos casos es donde tienen cabida las operaciones de DAGLIOTTI y LOGMIRE. TANNER, en estos casos, y si el cístico es permeable, efectúa una colecistotomía practicando punciones en el lecho hepático hasta que la aguja encuentra un canalículo biliar; a través del mismo practica una colangiografía, que le determina con seguridad el nivel de la lesión; a continuación cauteriza el trayecto de la aguja dentro del parénquima hepático, retirando, una vez hecho esto, la aguja y cerrando el orificio vesicular; es un procedimiento sencillo, pero que establece un drenaje biliar escaso, con un trayecto que se obstruye con suma facilidad.

En algún caso puede ser factible la extirpación; en estos casos, la resección se sigue de hepáticoyeyunostomía sobre un tubo de vitalio o goma especial en Y. Para tener más conducto hepático disponible, podemos valernos de sus ramas derecha e izquierda extrahepáticas, siguiendo la técnica de CATTELL, o podemos buscarlos ampliando su trayecto extrahepático por disección a nivel del hilio hepático.

CÁNCER DE LA AMPOLLA DE VATER.

Constituye cerca del 1,13 por 13 de los tumores malignos en las estadísticas de autopsia. Hace años se diagnosticaban muchos de éstos, sobre todo durante las intervenciones, como cánceres de cabeza de páncreas, dado lo difícil de su diferenciación diagnóstica por una simple palpación o un examen visual defectuoso.

Tiende a metastatizar en las estructuras vecinas, cabeza de páncreas, colédoco-duodeno y ganglios. Dada su vecindad a las venas porta, mesentérica superior y hasta la cava, la invasión de estas estructuras no es excepcional, así como las metástasis hepáticas, que son muy precoces, lo que hace haya de actuar terapéuticamente rápidamente, pues el tiempo medio entre la aparición de los síntomas y la muerte viene a ser de siete meses.

Proceder quirúrgico de elección: Si la tumoración es inextirpable, practicaremos una derivación bilio-digestiva y dentro de ellas parece la más idónea la colecistoyeyunostomía en Y de Roux, por rebasar en su anastomosis la zona tumoral.

Si se juzga operable, pero el enfermo no está en condiciones de resistir la pancreaticoduodenectomía radical, se practicará una papiloduodenectomía por vía transduodenal, resecando la tumoración ampliamente, lo que motivará la exéresis en una cierta extensión de la pared posterior del duodeno y de los conductos biliar y pancreático, a lo que seguirá la reconstrucción anatómica de la región, completando algunos cirujanos la intervención con una coledocotomía, pasando a su través un tubo en T, una de cuyas ramas llegará hasta el duodeno, con objeto de facilitar el drenaje; sin embargo, esta maniobra no parece ser necesaria. HUNT se ha mostrado defensor de esta técnica, con resultado no del todo desfavorable en un total de 109 casos analizados.

BOOHER y PACK son contrarios a la misma por creer tiene gran recurrencia. MILLER encuentra células cancerosas en la periferia del segmento extirpado en el 76.9 por 100 de los 13 casos estudiados, de los cuales sólo uno sobrevivió tres años, al cabo de los cuales se le reprodujo.

Es sin duda alguna, la pancreático duodenectomía cefálica la intervención indicada, siempre que sea posible, y es precisamente esta localización, con el

empleo de esta técnica, donde la cirugía biliar debe perfeccionarse al máximo, pues es la única, dentro de la cirugía de los tumores biliares, que puede conllevar a resultados más favorables.

CATTELL encuentra como contraindicación de la intervención los siguientes hechos: Metástasis a distancia. Extensión local con invasión más allá del límite a extirpar. Extensión hacia los vasos mesentéricos superiores. Infiltración de la vena porta.

En 1935, WHIPPLE, PARSONS y MULLINS comunican un caso de cáncer de ampolla de Vater con pancreaticoduodenectomía radical en dos tiempos, y a partir de entonces los casos y las técnicas empleadas se multiplican, especialmente en los Estados Unidos. Sin entrar en las descripciones de las distancias técnicas, únicamente comentaremos que siempre que el enfermo lo permita, efectuaremos la intervención en un solo tiempo, con lo que se evitan dos anestias y las dificultades adherenciales que, de otro modo, en la segunda intervención se encuentran como consecuencia de la primera. También queremos anotar que la ligadura del conducto de Wirsung no conduce a serias complicaciones, lo que observa SWAN en un caso suyo con ligadura del conducto y nueve años de supervivencia.

Todavía es pronto para juzgar con exactitud el valor de esta intervención, pues los casos de la misma son pocos; así KAUFMAN y WILSON, en 1955, hacen una recopilación de los casos citados hasta esa fecha en los Estados Unidos, encontrando únicamente 25 casos de más de cinco años de supervivencia.

CHILD y cols. comparan los resultados obtenidos con los procedimientos paliativos de derivación con los radicales de pancreaticoduodenectomía. Recopilan mil casos tratados por el primer método con una supervivencia media de siete meses y medio; en 13 casos de cura radical la supervivencia media fué de quince meses.

En resumen, creemos, en consecuencia, que son los tumores de la ampolla de Vater, tratados de un modo radical, los únicos cánceres de las vías biliares que nos pueden hacer ser un poco más optimistas en cuanto al porvenir de estos enfermos.

BIBLIOGRAFIA

- ARTIGAS, V.—Ponencia VIII Cong. Esp. de Pat. Dig. Junio 1957.
 BICKHAM-CALLANDER.—Surg. o Alim. Tract. Saunders Cia. 1955.
 BLATTNER, C.; FALLA, L., y ALEACETE, R.—Rev. Cubana Gast. 6, 1, 1956.
 BRUNSCHWIG, A.—Amer. J. Surg., 94, 1, 1957.
 CLAVERO MARGATI, J.—Rev. Esp. Ap. Dig., 15, 5, 1956.
 CATTELL y WARREN.—Cirugía del páncreas. Saunders Cia., 1951.
 CHILDS, S. B.; JOHNSON, M. E.—Amer. J. Surg., 83, 2212, 1952.
 CHRISMER, R.—Centre Medical Baugard, 4, 4, 1955.
 CORFF, M.—Amer. J. Surg., 94, 1, 1957.
 DE NICOLA, R. R.—Amer. J. Surg., 91, 3, 1955.
 Discusión sobre tumores vías biliares. Rev. Esp. Ap. Dig., 16, 1, 1957.
 FINNEY, J. M., y JOHNSON.—Ann. Surg., 121, 1945.
 FINSTERER, H.—Med. Klin., 43, 746, 1932.
 GARCÍA DÍAZ, S.—Arch. Fac. Med. de Zaragoza, 6, 3, 1958.
 GONZÁLEZ-BUENO, C.—Contraponencia, VIII Congreso Nac. de Cirugía. Granada, 1953.
 HIDALGO HUERTAS, M., y HINDERER, U.—Libro de Actas Congreso Santiago 1954.
 HUNT, J. C., y BUDD.—Surg. Gyn. Obst., 61, 651, 1935.
 JESSEPH, J. E.—Quat. of Surg. Obst. Gyn., 13, 1, 1956.
 KUWAITI, K.; BAGGENSTOSS, A. H.; STAUFER, M. H., y FRIELEY, J. T.—Surg. Gyn. Obst., 104, 3, 1957.
 LONGMIRE, W. P. y SANDOZ, M. C.—Ann. Surg., 130, 455, 1949.
 MAMMANA, C. Z.—J. de Chir., 72, 2, 1956.
 MARSHALL, J. M.—Surg. Gyn. Obst., 54, 6, 1932.
 MAINGOT, R.—Editorial Bibliográfica Argentina.
 MOGANA, H. G., y MORALES PLEGUEZUELO, M.—Rev. Enf. Ap. Dig., 16, 3, 1957.
 NEIBLING, H.; DOCKERTY, M. B.; WOLLAEGER, E. B., y WAUGH, J.—Surg. Gyn. Obst. Octubre 1954.
 PI-FIGUERAS, J.—Ponencia VIII Congreso Nac. de Cirugía. Granada 1953.
 PUENTE DOMÍNGUEZ, J. L., y LLOPIS, J. J.—Cir. Gin. Obst., 9, 4, 1955.

FEINBERG, H. B.—Edit. Interamericana, S. S. 1955.
SAKO, K.; SEITZINGER, G. L., y GARSIDE, E.—*Surgery*, 41, 3, 1957.
SILLEN, W.; MAWDESLEY, D. L.; WEIRICH, W. L., y MCCORKLE, J. H.—*Arch. Surg.*, 72, 6, 1956.
SWAN, H., y PFISTER, R.—*Arch. Surg.*, 73, 5, 1956.
ROCHA, A., y TRIADU, I.—*Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.*, 16, 5, 1957.

ROUX, M., y RETTORI, R.—*Jour. de Chirurg.*, 72, 11, 1956.
WHIPPLE, A. O.—*Surg. Gyn. Obst.*, 93, 1, 1951.
WHIPPLE, A. O.; PARSONS, W. B., y MULLINS.—*Ann. Surg.*, 102, 763, 1935.
WHITMAN, N. L., y LONGMIRE, W. P.—*Amer. J. Surg.*, 96, 2, 1958.
WARREN, S., y GATES, O.—*Cancer Research.*, 1, 65, 1941.

NOVEDADES TERAPEUTICAS

Aristocort, un nuevo corticoesteroide.—Refieren FEINBERG y cols. (*JAMA*, 167, 58, 1958) que la triamcinolona o aristocort (9 alfa-fluoro-16 alfa-hidroxi-delta 1-hidrocortisona) es una hormona antialérgica potente que produce efectos terapéuticos con una dosis aproximadamente la mitad de la que se requiere de prednisona. Produce la mayoría de los efectos colaterales habituales de los esteroides, como facies lunar, hiperglicemia, calambres musculares y molestias epigástricas, pero a diferencia de algunas de las hormonas antiinflamatorias es diurético y natriurético, lo que puede ser ventajoso en algunos casos, pero también perjudicial en otras circunstancias. En una minoría de enfermos produce un efecto peculiar, combinación de cefalea, vértigos, somnolencia y astenia que, en algunos casos, exige la suspensión de la droga. No estimula el apetito e incluso puede deprimirlo.

Hepatotoxicidad del clorambucil.—Considerado este producto como inofensivo en el tratamiento de las leucemias linfoides, apenas existen citados en la literatura casos de toxicidad por el empleo de la misma. KOLER y FORSGREN (*JAMA*, 167, 316, 1958) refieren un caso de leucemia linfóide crónica, en el que el tratamiento con clorambucil se acompañó de la presentación de un rash cutáneo y de un cuadro de ictericia; no obstante, se consideró que el cuadro icterico correspondía a una hepatitis infecciosa, y al cabo de tres semanas desapareció la ictericia y se normalizaron las pruebas de función hepática. Como dos meses después comenzaron a aumentar de tamaño los ganglios y apareciera fatiga, decidieron administrar otra vez el clorambucil, presentándose de nuevo el cuadro antes citado. Consideran que aunque no tienen pruebas concluyentes, la relación en el tiempo del comienzo del cuadro con la administración de la droga durante dos cursos separados de terapéutica y su desaparición rápida al suspenderla hablan en favor de un efecto tóxico del clorambucil, especialmente sobre el hígado. Ahora bien, es fácil que pase inadvertida la idiosincrasia del clorambucil, porque la afectación del hígado y de las vías biliares, es una complicación corriente en casos de leucemia o linfoma.

Levonor, un nuevo anorético.—GADEK y colaboradores (*JAMA*, 167, 433, 1958) administran a 80 obesos, sometidos a una dieta adecuada para reducir el peso, una tableta de 5 miligramos, tres veces al día, de levonor (1-fenil-2-aminopropano alginato). En experimentos animales se había visto que esta droga produce un retraso en el reflejo alimenticio

sin estimulación significativa de la actividad motora. En los enfermos estudiados, el tratamiento combinado se acompañó de un promedio de pérdida de peso de 0,9 kilogramos por semana. Las dosis utilizadas en este experimento no provocaron efectos desfavorables colaterales.

Pempidina en la hipertensión.—Refieren HARRINGTON y cols. (*Lancet*, 2, 6, 1958) que la pempidina, un nuevo bloqueante ganglionar (1:2:2:6:6-pentametilpiperidina), es eficaz en la terapéutica de la hipertensión. Tiene varios puntos de semejanza con la mecamilamina, puesto que ambas drogas se absorben libremente por el intestino, como resultado de lo cual se puede obtener un efecto terapéutico constante con la administración oral. Ambas drogas se eliminan más rápidamente en orina ácida que alcalina, se concentran en los tejidos que tienen una alta proporción de núcleos celulares y cruzan fácilmente la barrera hemato-encefálica. Sin embargo, hay varias diferencias de detalle que hacen que la pempidina sea una droga potencialmente más útil que la mecamilamina. La eliminación de pempidina es más rápida, principalmente por una menor afinidad por los tejidos; la eliminación se afecta menos por variaciones en el equilibrio ácido-base, y la diferencia entre una concentración eficaz y tóxica es probablemente mayor en el caso de la pempidina. Puede mantenerse un efecto hipotensor durante el día cuando se administra la pempidina por vía oral a intervalos de cinco horas. Puede aumentarse rápidamente la dosificación de pempidina, como consecuencia de la rápida eliminación de la droga.

Tratamiento del vértigo laberíntico.—CELLICE y colaboradores (*Presse Méd.*, 66, 592, 1958) han utilizado etanolamina acetil leucinato bajo la forma de una solución ácida al 10 por 100 en el tratamiento de los vértigos laberínticos. La solución no provoca reacciones secundarias locales ni generales, y se inyecta por vía intramuscular o intravenosa en dosis de 0,5 a 1 gramo, del principio activo al día, durante periodos de diez a quince días. En una serie de 31 enfermos con vértigo, debido a diferentes causas, los autores obtienen resultados satisfactorios en 18. Los mejores resultados se obtuvieron en los enfermos con vértigo aural (éxito en 11 de 13 enfermos). La droga no pierde su eficacia, mostrándose efectiva en las recidivas. Por otro lado, no pudo obtenerse mejoría con la misma en la mayoría de los enfermos con alucinaciones auditivas.