

EXTRACTOS DE REVISTAS

LA DUODENOGRAFIA HIPOTONICA EN EL DIAGNOSTICO DUODENO-PANCREATICO. El Día Médico. Suplementos 67:992 Septiembre 1966

En este artículo se asevera que el estudio clásico del marco duodenal solo ilustra las grandes deformaciones intrínsecas o extrínsecas. En la Sección de Novedades Radiológicas se informa la existencia de un nuevo método que hace mucho más sensible el examen y que permite un diagnóstico mucho más precoz de las patologías mencionadas; dicho procedimiento fue ideado por el Dr. Domingo Liotta y su experiencia ha sido condensada en su libro "The early radiological diagnosis of diseases of the pancreas and ampolla of Vater".

El método consiste en obtener un duodeno flácido que se rellena de contraste por tubo, utilizando cierta presión- Requiere: 1^o—Pasar un cubo hasta la 2^a porción del duodeno (sonda flexible opaca o tubo tipo Gamos con oliva) 2^o—Inducción de la hipotonía duodenal por uso de un anticolinérgico (Antrenyl) y la inyección dentro del duodeno de 20 cc. de solución viscosa de Xylocaína al 2%/. 3^o—Inyección por el tubo de 100 gm. de bario en 250 cc. de agua a 38°. Luego se toman las correspondientes radiografías- Aseguran que la imagen normal es muy distinta a la que se acostumbra a ver con las técnicas anteriores y dan una somera descripción de los resultados de las compresiones extrínsecas, tumores de la ampolla de Vater, tumores del páncreas, pancreatitis crónicas y de los tumores propios del duodeno. Aseveran que aunque la radiografía común del duodeno no demuestra alteraciones patológicas la duodenografía hipotónica muestra profundas alteraciones.

S. í?, Z.

LA EXPLORACIÓN DEL COLÉDOCO CON SONDAS DE VAN BURÉN. Méjerowitz, B. R. Surg. 113:861, 1967.

Después de la coledocolitotomía el cirujano trata de excluir la posibilidad de cálculos residuales y probar la adecuada permeabilidad de la ampolla- Generalmente se hace esta investigación con dilatadores de Bakes que tienen una pequeña oliva en su extremo que da solo un pequeño contacto con un segmento reducido del colédoco y que debido a su mango circular es difícil mantener firme.

Asegura el informante que en Inglaterra se usa ampliamente la sonda uretral tipo Van Burén para explorar el colédoco. Es de 11 pulgadas de largo, tiene forma de J, es de metal sólido, calibrado del 8 al 34 (unidades francesas) y esta graduación es útil para la dilatación del esfínter de **Oddi**.

Afirma que este instrumento es útilísimo para detectar cálculos después de creer que se han removido en totalidad. Permite la palpación del

colédoco simultánea y totalmente sobre el instrumento; su forma se adapta idealmente la forma del colédoco y su extremo externo aplanado permite un buen control durante la exploración. Adicionalmente el uso del instrumento simplifica el procedimiento de la esfinterectomía transduodenal. Finalmente, informa que innumerables experiencias personales y observadas no muestran riesgo de daño del conducto o del esfínter si se utiliza con cuidado.

S. R. Z.

DRENAJE CON SUCCIÓN DEL ÁREA SUBHEPÁTICA DESPUÉS DE COLECISTECTOMIA. Clemente, C. Manno, B. Surg. 113:853, 1967.

Aseguran que el uso de drenajes después de operaciones abdominales ha decrecido en los últimos 25 años- Pocos cirujanos usan drenos después de cirugía gástrica, apendicular o pélvica pero escasísimos tienen la temeridad de omitir algún tipo de drenaje después de colecistectomías. Se hizo una encuesta entre cirujanos norteamericanos y la cirugía biliar dio casi unanimidad de opiniones en el sentido que debe usarse algún medio de drenaje (el 88,4% de ellos usan drenaje en colecistectomía rutinaria, el 92,95%¹ usan cuando se efectúa coledocotomía y el 95% lo utilizan después de cirugía por colecistitis aguda).

A uno de los informantes se le ocurrió drenar el espacio subhepático (bilis, sangre, serosidad) utilizando succión activa con un sistema cerrado. Ellos utilizaron el Hemovac; seccionaron por la mitad el tubo plástico que a ese nivel es multiperforado; esta porción se coloca desde la bolsa de Morison hasta el lecho vesicular y el otro extremo se extrae del abdomen por una abertura diferente de la incisión operatoria. Después del cierre del abdomen se coloca el aparato de succión en el periodo postoperatorio. Los tubos se mantienen en posición con esparadrapo.

Han efectuado esta técnica en 61 pacientes obteniendo la impresión de que este método tiene muchas ventajas sobre el convencional drenaje de Penrose (los pacientes están más confortables sin curaciones húmedas y malolientes, requieren menos analgésicos y la morbilidad postoperatoria parece definitivamente menor). No es necesario cambiar apósitos hasta el 5^o día en que se retiran los drenos. Los orificios cicatrizan casi sin dejar huellas.

S. R. Z.

INTENSIDAD DE LA FLUORESCENCIA EN EL PRONOSTICO DE TUMORES MALIGNOS. L. Rachlin, M.D. y J. Harrower, B. S. Dig. Dis. 12, N*6, junio, 1967.

Se trata de una nueva evaluación en el método introducido por Klinger y Katz para detectar precozmente el cáncer de estómago en base a fluorescencia ultravioleta aplicada después de la administración de tetraciclina. Se hace mención del entusiasmo inicial por el procedimiento, y los resultados posteriores un tanto decepcionantes- El mecanismo exacto de la fluorescencia no se conoce, a pesar de que Rail y Col. demostraron que la tetraciclina se localiza preferentemente en tejidos neoplásicos, los cuales retienen la tetraciclina mucho más tiempo que los tejidos normales, *que* la eliminan a las 24 horas de administrada. Se ha sugerido que una proteína es la responsable del fenómeno.

Los métodos más notables son: **1) fácil** visualización; 2) no se necesita gran entrenamiento para poder hacerlo.

Los autores ensayaron el procedimiento en 27 casos de lesiones gástricas y 23 de lesiones colónicas. Esto hace un total de 50 casos, 12 con malignidad gástrica comprobada y 18 con malignidad colónica. De los primeros 12, 7 (58%) fueron positivos verdaderos, y 5 (42%) falsos negativos. Es los 18 neoplásicos de colon, 10 (56%) fueron positivos y 8 (44%) fueron falsos negativos.

Hubo 15 casos de lesiones gástricas benignas con 12 (80%) verdaderos negativos y 3 (20%) falsos positivos. Los 5 casos benignos de colon mostraron 2 (40%) verdaderos negativos y 3 (60%) falsos positivos.

De donde, en los 50 casos, hubo un 62% de pruebas verdaderas y 38% de pruebas falsas. No hubo ninguna relación aparente entre el grado de fluorescencia (medida con unidades microfotográficas) y la extensión del tumor notado al momento de la cirugía o la autopsia- El grado de intensidad del color era totalmente inadecuado como dato de diferenciación, debido a notorias variaciones que se observaron sin relación con el grado de avance o de extensión del tumor.

Los autores concluyen expresando que la prueba de fluorescencia a la tetraciclina para detectar malignidad es de valor dudoso. El porcentaje de resultados falsos (tanto negativos como positivos) es muy alto. La preparación del enfermo toma más tiempo que otros procedimientos, lo cual es otra desventaja notable.

Dr. J. H. Q.