

## DISQUINESIAS DUODENO-BILIARES

### Conceptos - Aspectos Clínicos - Terapéutica

*Dr. Gilberto Martínez Prado*

#### *Conceptos - Aspectos Clínicos.*

Entendemos por disquinesias duodeno-biliares a los trastornos motores del árbol biliar y del duodeno que crean inconvenientes en la circulación y eliminación de la bilis al intestino.

Estos trastornos motores predominan en las zonas esfinterianas (Oddi y región infundibulo-colo-cística con el esfínter de Lütken), en la vesícula biliar y en el duodeno. Dejamos de lado el esfínter del hepático de Mirizzi de poco interés en la Clínica.

En los *trastornos esfinterianos* predominan las hipertonías; son raros los trastornos por hipotonía.

En la *evacuación vesicular* predomina el fenómeno de lucha contra el obstáculo de la región colo-cística, fenómeno hipertónico que con el tiempo llega a la hipotonía más o menos marcada. La colecisto-atonía de Chiray y Pavel es muy poco frecuente como afección primitiva y consideramos que en la gran mayoría de los casos la atonía o mejor la hipotonía vesicular es secundaria a una disquinesia cuellocística llamada síndrome cístico.

El simple *espasmo duodenal* (duodeno espasmódico, trastorno funcional) crea problemas en la circulación biliar por impedir la salida de bilis a través del esfínter de Oddi comprendido en el espasmo (síndrome duodeno-oddiano). Puede estar asociado a un síndrome cístico (síndromes mixtos); estos síndromes hipertónicos múltiples son funcionales en un alto porcentaje (2).

El *duodeno hipertónico*, inflamado, con duodenitis, crea con suma frecuencia disquinesias secundarias oddianas y císticas; en estos casos el duodeno es la espina irritativa y las disquinesias secundarias son las responsables de gran parte de la sintomatología. Pero sin disquinesia biliar secundaria, concomitante, tanto el simple espasmo duodenal como el duodeno hipertónico por duodenitis, dan muchas veces dolor en H.D. igual al dolor de las disquinesias biliares. A este factor duodenal le asignamos hoy gran importancia;

el sondeo duodenal y la radiología aclaran estas situaciones que tienen distintas sanciones terapéuticas. (1-3-7-8-9-10-11)

Las causas que provocan estas disquinesias son funcionales y orgánicas (u órganos-funcionales) puede ser fácil llegar al diagnóstico de las afecciones orgánicas capaces de crear disquinesias. No sucede lo mismo con las funcionales puras porque su límite con las órganos-funcionales muchas veces es imposible de fijar; hay un grupo de disquinesias que resulta difícil encasillar.

Al Clínico, fuera de la especulación científica, es decir, en el terreno práctico de diagnosticar y medicar un enfermo, le interesa separar las disquinesias de origen orgánico; luego aclara el grupo de las dudosas en cuanto a organicidad. Las hará caer dentro de las funcionales o de las orgánicas después del balance de los hechos clínicos, radiológicos y de sondeo. En esta forma se tendrá por un lado las disquinesias que acompañan a los procesos orgánicos y por otro las disquinesias funcionales. Las orgánicas pueden tener hechos funcionales agregados; son las órgano-funcionales que se agrupan con las orgánicas.

Las disquinesias funcionales en su gran mayoría son secundarias a procesos de otros sectores de la economía, en especial el gastrointestinal.

Dejaremos de lado las disquinesias orgánicas que acompañan a litiasis, infecciones del árbol biliar, coledocitis terminales, tumores, pancreatitis, estenosis indiscutidas del cístico o colédoco, colestrosis evidentes, que son del dominio de la Cirugía. Sin embargo, el Médico y el Cirujano deben tener muy en cuenta la necesidad de instituir tratamiento riguroso pre-operatorio a las disquinesias funcionales que se asocian frecuentemente a la enfermedad quirúrgica; si no se procede así, aparecerá invariablemente el síndrome post-colecistectomía. Nos explicamos con un ejemplo: litiasis vesicular con un espasmo del Oddi; es necesario aclarar el origen de ese espasmo; 1º) puede ser secundario a la misma litiasis (coledocitis terminal asociada) y en ese caso todo lo curo la colecistectomía y el drenaje; 2º) puede ser, y lo es en la gran mayoría de los casos, un espasmo secundario a una gastro-duodeno-enteropatía que acompaña a la litiasis (4). Antes de la operación hay que tratar a la afección del sector gastrointestinal que crea el espasmo o el síndrome post-colecistectomía aparece invariablemente (10b).

Entre las disquinesias funcionales, el 30% no tiene una etiología definida; son las disquinesias biliares *funcionales primitivas*. A medida que progresamos en nuestros conocimientos, este grupo se va reduciendo; hoy ya se separan la sneurosis, trastornos endócrinos (tiroideos y ováricos) (1b-6b), jaquecas, etc., afecciones que una vez identificadas, hacen incluir las disquinesias asociadas dentro de las secundarias.

Las disquinesias duodeno-biliares *funcionales secundarias* constituyen el 70% restante de este grupo de funcionales. La gran ma-

yoría son secundarias a procesos gastrointestinales: el contingente mayor lo forman las gastroduodenitis hipo o hiper-clorhídricas y las enteropatías disabsortivas (4).

Hay tres afecciones que pueden cursar con disquinesias y que crean problemas de difícil solución; merecen un comentario especial por las proyecciones terapéuticas. Se trata: 1º) de las *colesterosis no evidentes* sino simplemente sospechadas por algunos detalles que nos son concluyentes por ejemplo un sedimento biliar con cristales de colesterol en cantidades discretas; 2º) Las *malformaciones vesiculares* vistas en el colecistograma y que nos hacen pensar en la posibilidad de otra malformación concomitante en la región infundíbulo-colo-cística cuando estamos frente a un síndrome cístico, y 3º) Los *císticos patológicos* difíciles de individualizar, con cisticitis o anomalías congénitas. Estos tres grupos de afecciones se presentan en la Clínica como síndromes císticos funcionales; como dijimos no hay evidencia ni de malformaciones ni de colesterosis ni de cisticitis que nos permita incluirlos abiertamente dentro de los orgánicos con lo que quedaría resuelto el problema. Estos enfermos son incluidos entre los funcionales y como veremos más adelante la persistencia del sufrimiento luego de un complejo y paciente tratamiento médico nos lleva a pensar que puedan tratarse de enfermos orgánicos. En el caso especial de las malformaciones vesiculares hay que tener en cuenta que son relativamente frecuentes entre los enfermos del aparato digestivo considerados globalmente: 7% de nuestra estadística; pero de ese 7% sólo un 30% se acompaña de disquinesias. Queda aún por demostrar el papel que le corresponde en esas disquinesias a la malformación; creemos que las malformaciones vesiculares poco tienen que ver en el determinismo de una disquinesia; se trata simplemente de la coincidencia de una malformación vesicular muy frecuente en Clínica.

¿Cuáles son los enfermos en los que comúnmente sospechamos y buscamos una disquinesia funcional duodeno-biliar?

1º) En los dispépticos hipo o hiperesténicos y en los síndromes ulcerosos.

2º) En pacientes con trastornos del tránsito intestinal llamados colíticos sea con diarrea, constipación o alternativas de constipación y diarrea.

Son enfermos primitivamente médicos o que han sido vistos por el cirujano y nos los envían porque no les encontraron razón quirúrgica para su tratamiento.

¿Cuáles son los elementos de la sintomatología que nos hacen pensar en una disquinesia biliar funcional? Principalmente dos: uno muy sugestivo, *el dolor* y otro que se presta a muchas discusiones: un tipo especial de dispepsia.

1º) *El dolor*, localizado en H.D. y epigastrio, es de duración e intensidad variables; es un dolor sordo, no muy intenso, propagado a la espalda y que se constituye en un verdadero martirio;

es el dolor provocado por la vesícula biliar a tensión. La persistencia a través de varios días, hace que dolores no muy intensos resulten sin embargo muy molestos disminuyendo la capacidad de trabajo del paciente. Otras veces el dolor llega a ser un verdadero cólico hepático no complicado (sin fiebre ni ictericias).

Cuando el dolor cólico aparece sin dispepsia, como si se tratara del enclavamiento de un cálculo en el cístico. corresponde en general a un síndrome cístico; hay muchas posibilidades en estos casos de que se trate de un proceso orgánico de la región infundibulo-colónica; pero puede ser un síndrome cístico funcional primitivo; lo hemos visto en pacientes neuróticos por espasmo del Lützens (observación N° 1, pág. 99 (enferma atendida por nosotros) de la monografía "El Síndrome Cístico" publicada por Varela López y Zubiaurre) (10c).

Si el dolor aparece en un dispéptico de tipo gastro-duodeno-entérico se trata en general de una disquinesia biliar funcional secundaria a la duodenitis.

Por lo tanto, el dolor es producido por la disquinesia biliar, por la disquinesia duodenal o la asociación de las dos. Todos estos hechos son de gran importancia para la terapéutica y en el diagnóstico, al lado de la Clínica juega un papel preponderante el sondeo duodenal; la radiología es imprescindible para desactar una lesión orgánica.

2º) La *dispepsia* es la mal llamada "hepática"; preferimos llamarla hepato biliar (4, pág. 20 y 49) se trata de una intolerancia para grasas modificadas (fritos, guisos), para la leche cruda y las yemas de huevo, que provocan digestiones lentas y muy comúnmente trastornos del tránsito intestinal. sobre todo diarreas (aunque como hemos insistido (4) la reacción motora del colon puede llevar a una constipación o a alternativas de constipación y diarrea). Se mantiene la vieja discusión de si esos trastornos dispépticos o intestinales son secundarios a la afección biliar. o si en realidad esos enfermos tienen una gastro-enteropatía primitiva y lo secundario es la disquinesia biliar. Nos adherimos a esta última manera de pensar y desde hace años sostenemos la tesis de que las gastro-duodenitis, las enteropatías disabsortivas y al mezcla, gastro-enteropatías, son el eje del problema, la afección primitiva; las disquinesia biliar es un sufrimiento secundario. El duodeno enfermo, disquinético y espasmódico, atravesado por el colédoco, encerrando en sus paredes el esfínter de Oddi, es el *primum movens* del problema, creando la disquinesia asociada y secundaria.

El clínico se vale de una minuciosa historia, del estudio radiológico, del sondeo duodenal (que todavía no ha sido suplantado por ninguna técnica), el quimismo gástrico y el examen coprofuncional. Estos cuatro exámenes complementarios son imprescindibles para clasificar la disquinesia: duodeno-Oddiana, síndrome cístico, vesículas hiper o hipotónicas. así como para revelar una gastritis hipo o

hiperclorhídrica, una duodenitis o una enteropatía disabsortiva (presencia de ácidos grasos en las materias fecales).

Creemos que el diagnóstico por la Clínica resulta muy aproximado contando con una buena historia.

a) Pensamos en una disquinesia duodeno-oddiana frente a un dis péptico con molestias en H.D. más o menos intensas que pueden llegar a configurar un cólico hepático. Si la dispepsia es de tipo ulceroso, es casi seguro que está en juego esta disquinesia funcional. Debe plantearse siempre, sin embargo, la posibilidad de un síndrome cístico orgánico.

b) Sospechamos un síndrome cístico funcional frente a un dis péptico que agrega un cólico hepático no complicado; o con dolor de hipocondrio derecho de tipo gravativo al que ya hemos hecho referencias (tensión vesicular).

c) El dolor puede aparecer sin dispepsia; entonces pensamos en los síndromes císticos orgánicos; es necesario en estos casos no olvidar los espasmos del Lütken cuando el enfermo es un neurótico.

Desde el punto de vista etiológico predominan en la Clínica las disquinesias funcionales secundarias: 70% contra 30% donde no se encuentra la etiología, es decir, se trataría de disquinesias funcionales primitivas. Entre las secundarias (70%) el 85% corresponde a las gastroenteropatías y el 15% restante se reparte entre las neurosis, cirrosis, hepatitis, parasitosis, alteraciones endócrinas, etc.

Ya hemos hablado del problema que crean las afecciones orgánicas de la región colodística: malformaciones, colesterosis, etc., de diagnóstico imposible en un primer momento. Consideramos que estos factores etiológicos están en juego cuando fracasa un correcto y prolongado tratamiento de todas las posibles afecciones capaces de crear una disquinesia. En estas circunstancias si no hay de por medio una neurosis, encaramos la posibilidad de estar frente a una afección orgánica cuyo diagnóstico certero no puede hacerse. Pero insistimos que es necesario ser muy paciente, saber esperar y agotar las medidas dietéticas y terapéuticas, así como eliminar una neurosis que puede ser la causa de una disquinesia, en especial un síndrome cístico.

Sin ninguna duda, la colecistectomía en un enfermo funcional, en especial cuando hay de por medio una neurosis, resulta un desastre; luego de un período post-operatorio de bienestar que puede ser de pocos meses, reaparecen los sufrimientos, a veces **más intensos** que aquellos que precedieron a la operación. Por eso insistimos en el balance muy juicioso de los datos clínicos y de los exámenes complementarios antes de decidirse a operar un enfermo de este tipo.

Por último siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de un factor endócrino en juego (1b-6b) éste es un tema de actualidad; se supone importante el rol de los estrógenos y andrógenos en el determinismo de lesiones vesiculares.

Hasta aquí se ha hecho especial referencia a las hipertonías; es que las hipotonías son poco frecuentes en clínica. Dijimos que la colecisto-atonía de Chiray y Pavel es excepcional; la vesícula hipotónica es el resultado de una etapa hipertónica, de lucha, en un síndrome cólico.

Hemos visto en algunas oportunidades, hipotonías del esfínter de Oddi que siguen a la colecistectomía durante varios meses, provocando diarreas biliosas persistentes e intensas. Nuestra experiencia es escasa; tenemos la impresión de que cura espontáneamente en el curso de varios meses.

Dejamos para terminar el síndrome post-colecistectomía (10b). Separando los sufrimientos imputables a afecciones orgánicas (infecciones, muñones cólicos, litiasis residuales), la gran mayoría de los síndromes post-colecistectomía son debido a gastro-enteropatías que crean una distonía duodeno-oddiana; es necesario jerarquizar aquí, además del sondeo duodenal y la biligrafina, el quimismo gástrico y el examen co-profuncional que ponen de manifiesto la afección gastrointestinal a tratar.

Veamos algunas cifras muy demostrativas acerca de los hechos expuestos y extraídas de nuestro fichero personal del Hospital de Clínicas.

Se trata de una estadística sobre 700 pacientes con diversas afecciones del aparato digestivo.

|                                 |     |       |
|---------------------------------|-----|-------|
| Enfermos funcionales .....      | 76  | (68%) |
| Enfermos orgánicos .....        | 224 | (32%) |
| Enfermos con disquinesias ..... | 151 | (21%) |

Clasificación de las disquinesias:

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| Disquinesias primitivas .....  | 20% |
| Disquinesias secundarias ..... | 80% |

Clasificación de las disquinesias secundarias:

|                                                    |     |
|----------------------------------------------------|-----|
| A afecciones funcionales gastro-intestinales ..... | 85% |
| A afecciones varias .....                          | 15% |

Tipos de disquinesias considerando las primitivas y las secundarias:

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| Síndromes cólicos .....               | 42%      |
| Disquinesias duodeno-oddianas .....   | 21%      |
| Disquinesias mixtas .....             | 37%      |
| Malformaciones vesiculares .....      | 50 ( 7%) |
| Malformaciones con disquinesias ..... | 14 (30%) |
| Malformaciones sin disquinesias ..... | 36 (70%) |
| Neurosis .....                        | 71 (10%) |
| Neurosis con disquinesias .....       | 21 (30%) |
| Neurosis sin disquinesias .....       | 50 (70%) |

#### *Tratamiento Médico.*

Encararemos el tratamiento de las disquinesias funcionales secundarias que resumen todo el capítulo.

1º) El tratamiento de la afección que motiva la disquinesia es fundamental. En nuestra experiencia siempre comenzamos por él, y muchas veces no agregamos la medicación específica que le corresponde a la disquinesia. El tratamiento de la enfermedad causal resulta suficiente en un gran número de casos para mejorar o eliminar la disquinesia, lo que viene a dar fuerza a la suposición de que la disquinesia es secundaria; y aunque a veces ruidosa y responsable de la mayor parte de la sintomatología, desaparece con el tratamiento de la afección de fondo. Esta puede ser solapada, ocupando un plano secundario y pasando inadvertida sino se le busca, como debe hacerse sistemáticamente. Siempre nos parece poco lo que insistimos sobre este principio capital que rige la terapéutica de las disquinesias funcionales: casi siempre son secundarias; debe buscarse y tratarse la afección que las provoca.

Señalamos más arriba la frecuencia con que se asocian las disquinesias biliares a las gastro-duodenitis y a las gastro-enteropatías (85%). En estos casos tratamos la gastro-enteropatía indicando un régimen fraccionado y blando, pero mixto, suprimiendo condimentos picantes, alcohol, exceso de restos celulósicos (hojas verdes, tallos, cáscaras, etc.) y fermentescibles. Desde hace años no usamos regímenes minuciosamente elaborados que constituyen un martirio para el enfermo, sin brindarle mayores ventajas. Creemos que las malas costumbres culinarias de nuestro país son las responsables de muchas aparentes intolerancias para alimentos que cocinados o condimentados en forma sencilla son aceptados por cualquier enfermo.

Se requiere pues una preparación sencilla de los alimentos, suprimiendo caldos grasosos (deben usarse caldos colados de verduras y pulpa flaca), guisos, fritos, pastelería, etc., y utilizando para condimentar aceite y manteca crudos, jugo de limón, sal y pulpa de tomate natural cruda o cocida (eligiendo entre estos condimentos los que tolere mejor el enfermo).

Es fundamental que toda la comida esté convertida en una papilla cuando sea deglutida; esto explica porque se eliminan las verduras verdes, tallos, etc., como dijimos más arriba: no se suprimen porque sean alimentos nocivos o mal tolerados, sino simplemente por la dificultad de convertirlos en papilla; los restos celulósicos grandes aumentando la motilidad gastro-intestinal, empeoran las gastro-enteropatías y aceleran el tránsito provocando reacciones disquinéticas del colon, (espasmos dolorosos, diarreas, constipaciones o alternativas de constipación y diarrea). Los dulces que provocan menos fermentaciones son el de membrillo, las manzanas al horno, las jaleas y la miel. La leche es un gran auxiliar sobre todo en los enfermos gastro-duodenales que la toleran; pero cuando se agrega una enteropatía, o una simple intolerancia, hecho muy común en nuestro ambiente, hay que suprimirla, indicando en su lugar hidrolizados de caseína; se debe probar también la leche descremada que aunque no siempre a veces es tolerada por este grupo de enfermos intolerantes a la leche pura.

Régimen blando y fraccionado no significa pues litros de leche y cremas y abstención de carne; nosotros limitamos la leche y la suprimimos como se dijo en ese gran contingente de enfermos que no la toleran o muestran ácidos grasos en las materias fecales; autorizamos la carne y en buenas cantidades, completando la cuota proteica con claras de huevo duras o en merengues de horno.

El régimen debe ser rico en proteínas, (1 gr. 50 por kilo de peso) y con las cantidades de una dieta de salud en cuanto a hidratos de carbono y grasas.

En los vagotónicos con hipermotilidad e hiperacidez usamos anticolinérgicos a razón de una dosis cada 6 horas; obtenemos muy buenos resultados con los comprimidos de doble acción (acción retardada) usando dos dosis juntas cada doce horas lo que resulta práctico para el enfermo.

Cuando hay hipoclorhidria damos ácido clorhídrico oficial en gotas (entre 8 y 20 gotas de acuerdo a las necesidades) o preparados de ácido glutámico (entre 0.30 y 0.90 grs.) siempre al comenzar las comidas.

Insistimos: fraccionamiento de comidas blandas con ingestiones cada 2 a  $2\frac{2}{3}$  horas es lo fundamental; ocupan lugar muy importante los anticolinérgicos y la medicación ácida que se indica de acuerdo al resultado del quimismo gástrico.

El examen coprofuncional y la susceptibilidad del enfermo regulan la calidad de la comida que debe ser mixta, suficiente y agradable.

Las neurosis deben ser tratadas por un psiquiatra, apenas desborde ese tipo común accesible a cualquier médico. Una neurosis puede hacer fracasar cualquier tratamiento y simular cualquier disquinesia al crear trastornos disquinéticos y alteraciones secretorias.

Una disquinesia duodeno-biliar, en especial un síndrome cístico, puede ser mantenida por un neurótico, resistiendo todas las terapéuticas. El médico piensa entonces en un síndrome cístico orgánico que lo inclina a la cirugía; insistimos, porque hemos visto casos por demás demostrativos, que es necesario balancear muy bien una disquinesia en un neurótico, antes de hacer una colecistectomía o esfinterotomía inútiles, que llevan a una enfermedad post-operatoria igual o peor al sufrimiento pre-operatorio. La solución del problema psíquico del enfermo es el camino; y el único capaz de resolverlo es un correcto tratamiento psiquiátrico.

Las endrocrinopatías deben ser siempre buscadas sobre todo en la mujer. Se le da cada vez más importancia a las disfunciones ováricas. Parece probado, por ejemplo (1b-6b) que la inyección de estrógenos en la vesícula, produce alteraciones anatómicas en la región infundibulocística. Las disfunciones tiroideas actúan de otra manera: crean distonías por el camino del disturbio del metabolismo. También deben ser tratadas por un especialista.

2º) Hemos revisado el tratamiento de las principales afeccio-



nes funcionales capaces de crear una disquinesia biliar; pasemos ahora al tratamiento de las distintas disquinesias que se hará aislado en las aparentemente primitivas; o se asociará a los tratamientos anteriormente comentados en las secundarias.

Para las disquinesias *duodeno-oddianas*, hipertónicas, usamos la novocaína en solución al 1 o 2% o en comprimidos de 0g.20. Deberá tomarse media hora antes de las comidas y la dosis promedial es de 0gr.20 a 0gr.40 por vez. Cuando se comprueba un duodeno espasmódico agregamos anticolinérgicos y xilocaína viscosa.

Para el *síndrome cístico* empleamos los nitritos: nitrito de sodio, tetra o pentanitritos y trinitrina, a las dosis que se usan corrientemente en las afecciones cardiovasculares. Preferimos la trinitrina, empleando de medio a un miligramo de la solución al 1 $\frac{2}{3}$ , treinta minutos antes de las comidas. En las disquinesias asociadas, indicamos novocaína y trinitrina simultáneamente.

Consideramos que las yemas de huevo batida con azúcar, de mañana en ayunas, han sido una gran adquisición que se le debe a Caroli (1). Aunque parezca paradójal por la tendencia a creer que la yema de huevo no es tolerada por este tipo de enfermos, resulta muchas veces la solución de un síndrome cístico funcional. Esta medicación tiene base experimental radio-manométrica: la yema de huevo en ayunas realiza una verdadera toilette, evacuando la vesícula sin provocar dolor porque según las comprobaciones de Caroli, se produce con este enérgico excitante, un enderezamiento del cuerpo de la vesícula, con relación al cuello facilitando la salida de la bilis. Recomendamos una yema de huevo batida con azúcar todos los días o día por medio media hora antes del desayuno. Empleamos con frecuencia esta medicación y la consideramos muy buena; hemos asistido a éxitos que nos inclinan a recomendarla muy especialmente.

En los cólicos hepáticos, usamos el nitrito de amilo o los nitritos sub-linguales de acción rápida con resultados casi experimentales, por la inmediata sedación del dolor, en los síndromes císticos donde entra en juego el componente espasmódico.

Para las *hipotonías vesiculares* de la segunda etapa del síndrome cístico, además de la yema de huevo y los nitritos, usamos con éxito variado el clásico aceite de olivas en ayunas. Pero el método de Caroli y los nitratos han desplazado al aceite, en nuestra manera de ver.

Lo mismo decimos de los sondeos duodenales terapéuticos; dan buenos resultados en las hipotonías vesiculares, pero las medicaciones antes detalladas, suplen con ventajas al sondeo duodenal que es molesto y costoso como método terapéutico en estas situaciones.

Los colagogos del tipo de la pectona y sulfato de magnesio no los usamos; son más los inconvenientes que las ventajas que reportan.

También hemos abandonado las sales biliares; el aumento de la coleresis sólo puede traducir trastorno y ninguna ventaja; en las

disquinesias la tendencia es a reducir el flujo biliar. Sirven como laxantes; no las usamos.

### BIBLIOGRAFIA

1. ALBOT, C. POILLEUX F. ET COLL. — Les Voies Biliares. Ed. Mason. 1953.
- 1b. ALBOT, G. BONNET, G. F. — Arch. des Mal. de L'App. Dig. 45:485; 1956.
2. ALBOT, G. KAPANDJI, M. — Rev. Inter. d'Hepat. 4:479; 1954.
3. BENGOLEA, A. J. y VELAZCO SUAREZ, C. — El Condeo Duodenal. Ed. G. Kraft. Buenos Aires. 1953.
4. MARTINEZ PRADO, G. — Revista del Sindicato Médico del Uruguay. Ed. Rosgal. 1954. (Nos. 1-2-3-4).
5. MARTINEZ PRADO, G. — Tesis de adscripción (Fac. de Med. Uruguay). 1950.
6. MARTINEZ PRADO, G. — Tesis de adscripción Fac. de Med. Uruguay). 1951.
- 6b. MASSION, J. LEONARD, P. — Rev. Inter. d'Hepat. 42:461; 1953.
7. VARELA FUENTES, B. VARELA LOPEZ, J. — La Prensa Médica Argentina. 41:2574; 1954.
8. VARELA FUENTES, B. VARELA LOPEZ, J. MARTINEZ PRADO, G. — Primeras Jornadas Panamericanas 1948. Ed. Prensa Médica. 1949.
9. VARELA LOPEZ, J. — El Sondeo Gastro-duodenal. Ed. Rosgal (Centro Gastroent. H. Maciel. Uruguay). 1948.
10. VARELA LOPEZ, J. VARELA FUENTES, B. MARTINEZ PRADO, G. — Arch. Mal. App. Dig. 39:795; 1950.
- 10b. VARELA LOPEZ, J. — Arch. Mal. App. Dig. 41:160; 1952.
- 10c. VARELA LOPEZ, J. ZUBIAURRE, L. — Ann. Fac. Med. Uruguay. 39:97; 1954.
11. VELAZCO SUAREZ, C. — La Prensa Médica Argentina 42:867; 1955.