

UN CASO DE ACALASIA

Por Samuel Klahr B.

Historia Clínica.

Datos personales:

Nombre: Elisa López. Cama N^o 9. Servicio del Prof. M. J. Luque.

Edad, 35 años. Estado civil, soltera.

Lugar de origen, Tota (Boy.). Profesión, of. dom.

Fecha de ingreso: agosto 24 de 1949. Fecha de salida:

Causa de ingreso: dificultad para pasar los alimentos.

ANAMNESIS

Antecedentes familiares. No sabe la causa de muerte del padre; la madre murió de reumatismo. Sólo posee un hermano vivo, sano. Una hermana murió a consecuencias de un parto, por flebitis, según se deduce.

Antecedentes personales. No recuerda haber sufrido más enfermedades, fuera de la actual que se remonta a muchos años atrás, que una neumonía en su infancia. Menarquia a los 14 años; irregularidades menstruales de tipo oligomenorrea con hipomenorrea, acompañadas de flujo postmenstrual. Tuvo un hijo hace 7 años, que murió en forma accidental, por quemaduras.

La enferma es dócil, coopera en el examen; de carácter aflictivo. No ha sido operada.

Enfermedad actual. Hace aproximadamente 15 años tiene dificultad para pasar los alimentos. Su disfagia se instaló en forma paulatina, permaneciendo más o menos igual, de entonces a esta época. Al tragar el bolo alimenticio, experimenta la sensación de que se le quedara trancado en el tórax; tiene entonces necesidad de levantarse, de estirar la cabeza para colocarla en tal posición que ayuda al descen-

so del alimento, a veces también comprimiéndose el tórax sobre la región esternal. Frecuentemente sobreviene la regurgitación de los alimentos, sin ser digeridos, porque no han podido descender por el esófago; es una regurgitación fácil, sin ansia ni vómito, después de la cual, generalmente le es más fácil la deglución. Con el esfuerzo de la regurgitación se despierta un dolor sobre el esternón, que irradia a la región escapulovertebral derecha, el cual persiste algunas horas.

En cuanto a los alimentos, puede tragar más fácilmente líquidos y alimentos desmenuzados (papillas); mientras que los más sólidos casi los ha proscrito de sus comidas por la dificultad que le ocasionan.

Otra particularidad, es que tiene exacerbaciones mensuales de su disfagia, sin relación clara con la menstruación.

EXAMEN FISICO

Inspección general. Buen estado general. Piel de tinte cobrizo.

Cabeza y cuello. Normal. No se aprecian ganglios ni se palpa el cuerpo tiroides.

Tórax. Ligera asimetría del hemitórax derecho, que presenta las últimas costillas levantadas, haciendo una saliente. Respiraciones amplias, normales, 18 por minuto.

Dolor de poca intensidad sobre la región preesternal, algo más intenso en la región escapulovertebral derecha; se exagera ligeramente al presionar.

Abdomen. Normal a la inspección. No se palpa órgano hipertrofiado ni masa tumoral; intestino lleno de materias fecales, dado el hábito de constipación de la enferma, pero sin presencia de líquido ni de meteorismo.

Hígado. La macidez hepática comienza en el 6º espacio intercostal y no pasa el reborde costal. No se toca ni se percute el hazo.

Miembros. Normales.

EXAMEN DE LOS APARATOS

Aparato Circulatorio. Corazón de tamaño normal, ruidos normales; no se oyen soplos. La pulsación aórtica se siente muy débilmente en el hueco supraesternal.

Pulso: 88. Tensión: Mx 10 Mn 6, tomada en ambos brazos.

Aparato Respiratorio. Se habló de la inspección del tórax. La

percusión es uniformemente sonora. A la auscultación se oye una respiración más fuerte en el hemitorax derecho, especialmente en la región escapulovertebral, que es sensible como se anotó; existe también sobre ese sitio broncofonía aumentada, siendo la pectoriloquía áfona negativa. Puede suponerse que existe una condensación, que más que de origen pulmonar, tiene carácter de ser mediastinal, probablemente dependiente del esófago.

Aparato Digestivo. Boca, labios, dientes, encías, sin particularidad. Lengua ligeramente saburral; faringe normal. La disfagia indica que la lesión se sitúa en el esófago, pero este no es accesible a la exploración directa, sino por la endoscopia. La regurgitación, disfagia que ha permanecido estacionaria sin acompañarse de disfonía y el dolor ocasional, inducen a pensar que se trata de una lesión intrínseca del esófago, no compresiva.

Al observar la enferma en el momento de sus comidas, se vé cómo ingiere los líquidos a pequeños sorbos, moviendo luego un poco la cabeza para ayudar al descenso de éstos; alcanza a ingerir cerca de un pocillo, después de lo cual siente que no puede seguir y debe interrumpir su comida, pues si insistiera en seguir comiendo, sobrevendría la regurgitación acompañada del dolor retroesternal. Poco después de comer tiene gran cantidad de eructos, hasta que la enferma se siente más aliviada.

No ha tenido vómitos sino en raras ocasiones, siendo en tales casos mucosos y agrios. Hematemesis no. Tampoco se queja de halitosis ni sialorrea.

En cuanto al resto del aparato digestivo, anotábamos la tendencia crónica a la constipación; las deposiciones son duras, pequeñas, tienen lugar cada 3 o 4 días, a menos que tome laxantes, a los cuales está muy acostumbrada. Existen además síntomas dispépticos, como flatulencia post-prandial, meteorismo, expulsión de gran cantidad de gases; siente repugnancia por las grasas, chocolate, etc., —independientemente de su disfagia.

No hay puntos dolorosos ni resistencia abdominal alguna.

Aparato Genitourinario. Oligomenorrea con hipomenorrea; no hay signos de insuficiencia trófica ni somática del ovario. Del lado urinario no hay nada especial.

Sistema nervioso. Reflejos tendinosos y cutáneos normales. Reacción pupilar perezosa; no hay anisocoria. Desde el punto de vista psíquico, temperamento aflictivo.

Aparato muscular. Normal.

Sistema linfático. No se tocan ganglios.

Piel. Manchas de color carmelito localizadas sobre las mejillas y la frente, de un aspecto bastante semejante al cloasma grávido.

Temperatura. 36.5 o.

EXAMENES DE LABORATORIO

Sangre. Cuadro Hemático (Set. 1º).

Hemáties: 4.520.000; Hemoglobina: 90 por 100; Valor globular 1. Leucocitos 7.200; Neutr. 69 por 100, Eosinófilos 2 por 100; Linfocitos 29 por 100.

Azohemia: 0.22 grs. por 100; Glicemia: 0.83 grs. por 100.

Orina. (Agosto 27) glucosa y albúmina no hay.

Sedimento: moco +, cel. descamativas +.

M. F. (Ag. 27) P. I. negativo.

DIAGNOSTICO

Resumiendo, la enferma presenta los siguientes signos positivos:

1) *Disfagia*, con el carácter de ser permanente, aunque con períodos de exacerbación, de una cronicidad de 15 años, sin mayores modificaciones, sin tendencia progresiva, casi igual para líquidos y sólidos fácilmente desmenuzables, no así para sólidos de más consistencia. La disfagia, o sea, la dificultad para el paso de los alimentos, puede depender de una lesión de la boca o faringe, que se excluye fácilmente por la observación de estos órganos. En el esófago traduce una estrechez, ya sea orgánica, funcional, o por compresión de otro órgano; es de los síntomas más comunes y tempranos en lesiones esofágicas.

2) *Regurgitación* de los alimentos poco después de haber sido ingeridos; viene a ser una consecuencia de la estrechez, ya que el paso al estómago sólo puede hacerse lentamente y al sobrepasar esa capacidad, viene un movimiento antiperistáltico de la musculatura esofágica; también se produce en las esofagitis, por un mecanismo de irritación de la mucosa.

3) *Dolor retroesternal* que aparece a consecuencia del esfuerzo de la regurgitación. Es diferente del dolor permanente, debido a procesos inflamatorios o adherenciales (mediastinitis, cáncer).

4) *Aerofagia*. Abundantes eructos después de las comidas. No es un síntoma típicamente esofágico, sino debido a un espasmo del diafragma con la glotis cerrada, que impulsa aire al estómago, para ser luego expulsado bajo la forma de eructo.

No existen otros síntomas esofágicos específicos, que conduzcan más fácilmente a un diagnóstico positivo, aunque su ausencia tampoco es excluyente. Como son:

a) *Odinofagia*. El dolor en el momento mismo de la deglución. Indica una lesión ulcerativa o erosiva de la pared, tal como en la úlcera esofágica y las esofagitis agudas, especialmente las corrosivas.

b) *Hemorragia*. Se diferencia de la hematemesis de origen gástrico por ser de sangre fresca, rutilante y sin restos alimenticios digeridos. Se debe a ruptura de várices esofágicas, entonces es abundante; o a una úlcera, bien péptica, o cancerosa, más raramente.

c) *Halitosis*. Se encuentra en los divertículos y en los esófagos dilatados, por la retención de alimentos; en el cáncer por la necrosis orgánica que tiene lugar.

d) *Sialorrea* frecuente en el cáncer por el reflejo esofágico salivar.

e) *Pirosis* debida a la hiperacidez, es un signo que se encuentra en la úlcera, sea del esófago, cardias o pequeña curvatura; sin ser exclusivo de proceso ulceroso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debemos establecer en primer lugar, si se trata de una lesión propia del esófago, o extraesofágica, compresiva.

Entre las afecciones extrínsecas más comunes, que pueden llegar a producir verdaderos cuadros de estrechez orgánica por compresión, están: Aneurisma de la aorta, bocio intratorácico, tumor mediastinal, adenopatías traqueobrónquicas generalmente bacilares.

Por regla general dan disfagia, disfonía, parálisis de las cuerdas vocales y signos de compresión sobre otros órganos del mediastino. Sería largo enumerar los signos propios de cada una de estas afecciones, las cuales pueden sospecharse o excluirse por un examen cuidadoso y completo del tórax y cuello.

Causas más raras de disfagia podrían ser: pleuresía diafragmática, hernia diafragmática, dilatación cardíaca, pericarditis con derrame, desviaciones de la columna vertebral, abscesos fríos tuberculosos y la

disfagia lusoria por nacimiento anormal de la subclavia derecha. El diagnóstico clínico es difícil de establecer por la rareza de los casos, pero el estudio radiográfico y radiológico dan la clave.

Múltiples son las afecciones que residen en el esófago, algunas de fácil diagnóstico por el solo antecedente, otras difíciles de diagnosticar. La radiografía y la esofagoscopia son indispensables.

1) *Malformaciones congénitas*: imperforaciones, atrepsias, fistulas, estrecheces avanzadas, etc., son generalmente mortales en el recién nacido. En el adulto puede hallarse estrechez o dilatación congénitas, con una historia que se remonta desde su niñez.

2) *Cuerpos extraños*. Más frecuente en niños; existe el antecedente claro o se sospecha fácilmente por la instalación brusca de disfagia.

3) *Esofagitis corrosiva*. Es la quemadura por ingestión de ácidos o alcalis; la mucosa erosionada y ulcerada es sumamente dolorosa haciendo en veces imposible la alimentación. Deja como consecuencia una *estenosis cicatricial*, más o menos extensa; es de tener en cuenta en nuestro caso, porque como toda estrechez se manifiesta por disfagia y regurgitación, pero la enferma niega todo antecedente al respecto.

4) *Esofagitis aguda*. Puede presentarse en el curso de una infección general como difteria o tifoidea; el muguet aparece cuando hay una baja de las defensas; o puede ser una infección piógena sobre una herida esofágica. En cuanto a las formas clínicas, puede ser una esofagitis flegmonosa o exfoliativa.

5) *Esofagitis específicas*. La sífilis y la tuberculosis son siempre secundarias; causan estrechez por proliferación y por retracción fibrosa. No encontramos aquí lesiones de sífilis ni tuberculosis en otros órganos. Las micosis (blastomicosis, actinomicosis, muermo) y el granuloma benigno, son de bastante rareza y su diagnóstico casi siempre lo ha establecido la biopsia. El rinoscleroma puede extenderse al esófago, siendo siempre tardía esta invasión.

6) *Várices esofagianas*. Debidas a trastornos en la circulación portal (cirrosis, síndrome de Banti, etc.). Se manifiestan por grandes hematemesis que comprometen la vida del paciente.

7) *Parálisis nerviosas*. Son de origen central o periférico; se acompañan de otros signos nerviosos que orientan el diagnóstico. Entre las parálisis centrales está el síndrome labioglosofaríngeo, de origen bulbar; entre las de origen periférico, parálisis postdiftérica, y por intoxicaciones como la estricnina y saturnismo.

8) *Neurosis sensitiva*. Trastorno nervioso local caracterizado por una opresión sobre el esófago, con la sensación de un cuerpo permanente. Es de personas manifiestamente neurópatas.

9) *Tumores benignos*. Mioma, fibroma, lipoma, causan estenosis pero son de gran rareza, diagnosticables por biopsia.

Las afecciones esofágicas más frecuentes e interesantes, desde el punto de vista del tratamiento y pronóstico, son: úlcera esofágica, cáncer, divertículo y acalasia. Puede decirse que son las enfermedades propias del esófago, ya que las enumeradas anteriormente, o son completamente secundarias a otro proceso o enfermedad, el cual es objeto de tratamiento en primer término; o se deben a un accidente.

10) *Úlcera simple del esófago*. Viene a ser la localización sobre el tercio inferior del esófago de una úlcera péptica; por eso guarda tantas analogías con la úlcera gástrica, especialmente del cardias: dolor después de las comidas, alivio con alcalinos, periodicidad del dolor, hematemesis frecuentes, pirosis. Se sospecha porque el dolor aparece casi en el mismo momento de ingeridos los alimentos; hay períodos de disfagia muy acentuada con regurgitaciones continuas, muchas veces manchadas de sangre, debidos al espasmo sobreagrado. Más tarde aparecen estenosis cicatriciales fibrosas. Se confirma por la radiografía, que muestra el nicho ulceroso, o una estrechez regular encima del cardias, como si las paredes esofágicas fueran recogidas por un hilo.

11) *Carcinoma*. En una persona mayor de 40 años aparecen regurgitaciones que van en aumento, disfagia progresiva por la estenosis creciente, que llega a hacer imposible la alimentación; dolor tardío, permanente. Se acompaña con mucha frecuencia de halitosis y sialorrea, con menor frecuencia de hemorragias pequeñas y repetidas. La existencia de una fistula esofagotraqueal o bronquial es signo de certeza de invasión cancerosa (se manifiesta por tos continua al comer y se advierte en la radiografía, por el paso de la comida opaca a los bronquios).

A este respecto, podríamos resumir la historia clínica siguiente, que tuvimos ocasión de seguir de cerca, en este mismo Servicio Quirúrgico:

A. R. T., 52 años, natural de Boyacá. Trasladado el 8 de mayo del Servicio de enfermedades tropicales, donde estaban tratándole una teniasis, ante el resultado radiográfico de cáncer esofágico.

Entre los antecedentes se destaca, el hecho de que la madre haya muerto de inanición, pues no podía pasar los alimentos.

La anamnesis revela que desde diciembre del año pasado comenzó a sufrir. La inapetencia y pérdida de fuerzas, diarrea con expulsión de anillos de tenia. Poco más tarde, sin poder precisar lo mejor, sintió dificultad para el paso de alimentos sólidos, que fue haciéndose progresiva, pues dos meses más tarde sólo podía alimentarse con líquidos o papillas con la consiguiente repercusión sobre su estado general; al mismo tiempo sobrevino regurgitación de alimentos, casi intactos. Dolor retroesternal irradiado a la columna vertebral, que aparece con la regurgitación, aunque luego persiste. El enfermo percibe mal aliento y tiene salivación constante. No ha tenido hematemesis.

El examen físico no aporta mayores datos. Enflaquecido y asténico, aunque su estado general no está profundamente alterado. Esto, unido a una evolución aproximada de 4 meses, y al hecho de que su dolor torácico no tiene las características del dolor permanente, tardío que indica invasión a los órganos vecinos —así como la fístula—, hacen suponer que el cáncer no ha dado aún metástasis, las cuales son seguras después de los 6 meses. Por tanto es operable.

La radiografía había revelado una estenosis del tercio inferior del esófago, con alteración y rigidez de sus paredes; moderada dilatación por encima. Se concluye que se trata de una lesión cancerosa.

La esofagoscopia practicada el 18 de mayo por el doctor Cleves revela: a 35 cms. de los incisivos se encuentra una estrechez; se ven masas sangrantes y vegetantes en las paredes esofágicas, de aspecto canceroso. Se tomó biopsia para el Instituto de Radium.

Ante la evidencia de cáncer, el enfermo fué sometido a intervención quirúrgica el 20 de mayo, actuando como cirujano el doctor Donald W. Raven, de la Misión Médica Inglesa que visitaba el país. Resumiendo la operación consistió en: incisión sobre la 8ª costilla izquierda, con resección de ésta; al seccionar la pleura el pulmón se retrae y puede llegarse al esófago, para aislar el tumor; liberando sus adherencias. Sección del diafragma para alcanzar el estómago, liberarlo del epiplón gastrohepático, hasta que se movilice fácilmente hacia el tórax. Se secciona el estómago unos 5 cms. por debajo del cardias, volviendo a suturar el muñón estomacal, y se extirpa el tumor, cortando el esófago lejos del tejido neoplásico. Se efectúa entonces una esofago-gastrostomía, de muy difícil realización; por último cierre del diafragma, pleura y pared. Algunos otros detalles de técnica y postoperatorio, que los expertos —o aficionados— de cirugía torácica podrán discutir con más ilustración. El examen histopatológico del Instituto de Radium demostró la existencia de un *adenocarcinoma*, bastante infil-

trante. La biopsia fué negativa, como sucede con alguna frecuencia, por dificultad en la toma del tumor.

En los días siguientes el enfermo presentó un derrame pleural, sin mayores consecuencias y abandonó el Servicio el 4 de julio, en buen estado. Regresó para control, manifestando disfagia y en ocasiones regurgitaciones para los alimentos sólidos. La radiografía (set. 20) revela una estenosis a nivel de la boca anastomótica esofágica-gástrica, de origen cicatricial. Se ordenan dilataciones esofágicas.

12) *Divertículos*. La declaración de la enferma, de que siente que los alimentos se detienen en el pecho y de que ciertos movimientos de la cabeza ayudan a la deglución, podrían hacer sospechar la existencia de un divertículo esofágico, aún en ausencia de halitosis y de disfagia progresiva en el momento de la comida, hasta que una regurgitación vacía el divertículo y permite fácil deglución de nuevo. Pero el estudio de los divertículos demuestra que no encuadra en ellos.

a) Los divertículos de pulsión aparecen principalmente en el límite faringo-esofágico, donde las fibras musculares son muy escasas y ceden más fácilmente (triángulo de Laimer). Es el divertículo descrito por Zenker, que puede alcanzar gran tamaño y hacerse aparente en el cuello en el momento de las comidas; produce mal olor por la descomposición de alimentos retenidos. Poco frecuente es el supra-diafragmático, cuya causa reside en una estenosis espasmódica u orgánica del hiatus diafragmático.

b) Los divertículos por tracción, se deben a procesos adherenciales; mediastinitis, periesofagitis, adenopatías generalmente bacilares en los antecedentes. Por otra parte son silenciosos, debido a su pequeño tamaño.

c) Divertículos mixtos, primero de tracción, luego obra la pulsión, a consecuencia de una estrechez que se encuentra debajo. Lo importante está pues, en la estrechez, siendo el divertículo secundario.

d) Divertículos funcionales, debidos a una adherencia poco marcada que sólo se manifiesta durante el paso alimenticio; se observa al pasar el bario, en el momento de la contracción esofágica. No tiene importancia patológica.

13) *Acalasia*. (*Cardioespasmo*). Por exclusión se llega a este diagnóstico.

Efectivamente en la acalasia se presentan las regurgitaciones, el dolor retroesternal y la disfagia con el carácter de ser mayor para los líquidos que los semisólidos (papillas) y mejor tolerados los alimentos

tibios que fríos. Dan la sensación de que se detienen en el pecho; la halitosis es frecuente, pero aquí no se observa.



Figura 1^a

Las 3 primeras radiografías, tomadas el 1º de septiembre de 1949, muestran el esófago con una gran dilatación, terminando en un fondo neto y regular, el cual se continúa con un estrecho conducto, regularmente estenosado para desembocar al estómago. Las dos radiografías siguientes de control, fueron tomadas el 16 de noviembre, después de largo tratamiento médico. No existe gran diferencia con las anteriores, aunque puede apreciarse un mayor calibre del conducto estenosado. La mejoría clínica fué evidente.

S. Klahr B.

Radiografía. (Nº 53. 616). Set. 1º. El medio de contraste se detiene a nivel del cardias llenando este órgano que está dilatado hasta alcanzar un diámetro de 9 cms. en el tercio inferior. La comida de bario pasa lenta e intermitentemente por un canal filiforme hacia el

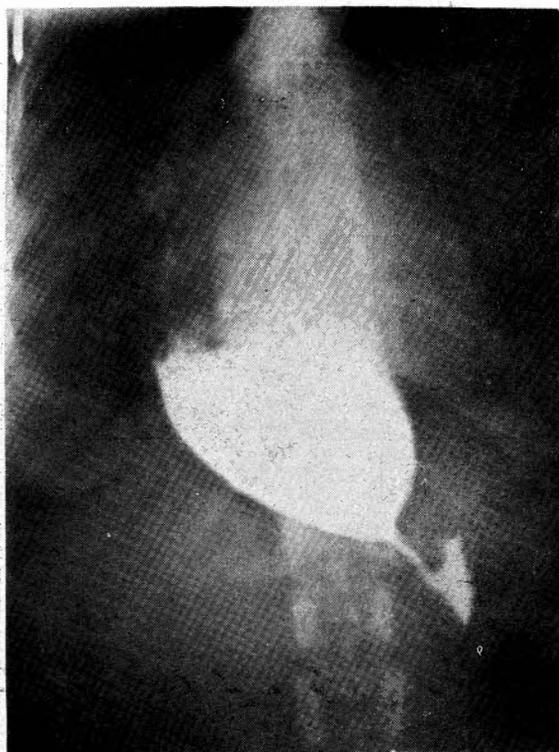


Figura 2ª

estómago. Contornos esofágicos nítidos que no revelan lesión orgánica. Conclusión: Acalasia.

Esofagoscopia (Set. 28). Gran dilatación esofagiana sin advertirse esofagitis. A nivel del hiatus diafragmático se comprueba una estrechez funcional. Se trata de una acalasia.

Diagnóstico positivo. Acalasia (Cardioespasmo).

Deben recordarse también los síntomas dispépticos de esta enferma (meteorismo, flatulencia, etc.) que pueden atribuirse a una disfunción vesicular, probablemente de origen neurovegetativo, ya que nos encontramos sobre ese terreno y faltan los signos clínicos de infección del colecisto. La Radiografía para vesícula refiere (set. 21) 14 horas después de ingerido el Priodax no aparece la vesícula inyectada, lo que indica que las funciones de concentración y eliminación se veri-



Figura 3ª

fican mal. Conclusión: colecistitis. Sin embargo los datos de Laboratorio son negativos al respecto: Reacc. de van der Bergh: R. directa —; R. indirecta + débil. Índice icterico 3.5 unidades. (set. 30).

Está más en favor de nuestra primera impresión, disquinesia vesicular, de tipo hipotónico.

Naturaleza de la acalasia (Cardioespasmo; Megaesófago). Bastante oscura permanece tanto la etiología como la patogenia de esta afección esofágica, comenzando la discusión de los investigadores a partir del nombre que debe dársele. Se admite unánimemente que se trata de una estrechez funcional, que tiene origen en un disturbio neurovegetativo, pero cuál es la causa determinante y su mecanismo?

En cuanto a la etiología, algunos atribuyen a un proceso orgánico, más o menos oculto —ya sea sobre el esófago mismo— (ulceraciones, erosiones), bien a distancia (gastritis, apendicitis, colecistitis, colitis,



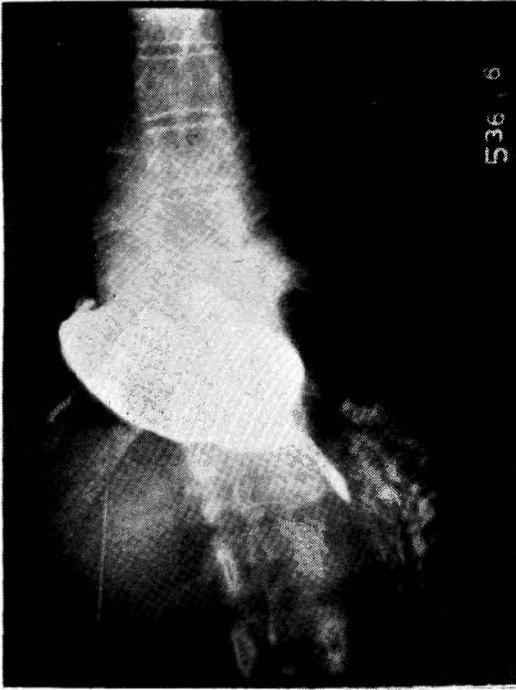
Figura 4ª

etc). El doctor Gonzalo Esguerra Gómez refiere dos casos francos de cardioespasmo, con reacción de Wassermann positiva, donde el tratamiento antisifilítico causó la mejoría. (Aquí fue negativa).

En lo relativo al mecanismo, existen tres teorías principales:

1) La de un espasmo idiopático a nivel del cardias, admitida por mucho tiempo, con lo que se popularizó el término de Cardioespasmo; se buscó infructuosamente la existencia de un esfínter cardíaco, cuya contractura diera lugar a esta afección.

2) Debido a una atonía primaria de la pared esofágica (Krehl y Kraus). Esto daría lugar al Megaesófago idiopático. La dilatación es una consecuencia (que produce a su vez muchos de los síntomas del enfermo) que no explica la estenosis funcional; no puede sin embargo negarse el factor de anatomía de las paredes, pues en esta entidad se encuentra una enorme dilatación del esófago, que no dan otras estrecheces orgánicas como el carcinoma, más estenosantes por su misma naturaleza.

Figura 5^a

3) Hurst introdujo el término Acalasia que tiende a ser aceptado actualmente. No se trataría de un espasmo, sino de un trastorno fisiológico, por una incoordinación en la musculatura lisa esofágica que gobierna el neumogástrico. Al descender el bolo alimenticio, se va distendiendo progresivamente la luz esofágica de arriba hacia abajo y así es llevado al estómago, por la serie sucesiva de dilatación y contracción muscular. En la acalasia lo que sucede es que la estrechez frénica no se dilata, permanece cerrada, dificultando el paso alimenticio.

Muchas incógnitas persisten aún sobre la acalasia, que estudios posteriores permitan quizás despejar; y se logre así hallar el remedio más efectivo para esta enfermedad —más penosa que peligrosa—, cuyos resultados excedan la inconstancia y la acción fugaz de la belladona y las dilataciones esofágicas.

Samuel Klahr B.

Bogotá, octubre de 1949.

BIBLIOGRAFIA

- "Aparato Digestivo" (Biblioteca de Semiología). Lombardi, Vitale y Royer.
- "Lecciones de Patología Médica". C. Jiménez Díaz.
- "Diagnóstico diferencial". R. Dassen.
- "Sintomatología de las enfermedades internas". Holler y Pfleger.