

Gastrostomías endoscópicas percutáneas

C. Barthélémy
J. G. Balique

La gastrostomía endoscópica percutánea es una técnica sencilla, poco traumática y eficaz, de alimentación definitiva o temporal. En este último caso es muy fácil retirarla. Sus contraindicaciones son locales: estenosis comprimida de esófago, antecedente de gastrectomía, o bien son generales: ascitis, trastornos de la coagulación.

Introducción

La evolución de las técnicas permite actualmente suprimir el tiempo parietal de las gastrostomías con todas sus complicaciones, es decir, dolores, abscesos, hematomas, evisceraciones o eventraciones, que daban origen a una mortalidad y a una morbilidad elevadas.

Desde 1980 las gastrostomías endoscópicas percutáneas han alcanzado un lugar importante [4,6]. Muchos estudios han demostrado su superioridad con respecto a las gastrostomías quirúrgicas [1,7].

Las gastrostomías endoscópicas percutáneas son cada vez más usadas [2,3,5,6].

Indicaciones

La gastrostomía está considerada a título temporal o definitivo, siempre que exista una imposibilidad o un riesgo de falsas vías para la deglución.

- Estenosis de ORL neoplásicas o cirugía de reconstrucción.
- Cánceres neurológicos y secuelas tras traumatismos craneales, afecciones que ocasionan una parálisis de la confluencia aerodigestiva.
- Desnutrición a menudo a título temporal, se puede proponer una recarga alimentaria. En geriatría, esta terapéutica sólo puede ser considerada con el acuerdo total del paciente o de la familia.
- En el caso de cáncer de esófago, la indicación es excepcional, siendo preferible una repermeabilización paliativa. Solamente en caso de fracaso se propone una gastrostomía, a menudo quirúrgica.

Contraindicaciones

Son poco frecuentes:

- Sea por imposibilidad técnica (estenosis apretada no dilatada del esófago, gastrectomía total o subtotal, imposibilidad de transiluminación abdominal).

— Sea por contraindicaciones de orden general (trastornos de la coagulación, ascitis, supuración parietal, insuficiencia respiratoria grave).

Técnica (fig. 1)

Son realizadas bajo anestesia general o, más frecuentemente, bajo neuroleptoanalgesia, o en ocasiones con una simple anestesia parietal. Se realiza una fuerte insuflación gástrica mediante un gastroscopio, a fin de pegar el estómago contra la pared abdominal. La transiluminación permite localizar el emplazamiento donde se colocará la gastrostomía de cara anterior, generalmente en la unión antrofundica. La localización de la luz gástrica también puede obtenerse por radiografías o ecografías, incluso por laparoscopia [3]. Un trocar atraviesa la cavidad abdominal y a continuación es situado en la cavidad gástrica. Un hilo metálico suave es deslizado a través del trocar y recuperado con una pinza, después retirado por la boca con el fibroscopio. Este hilo servirá de hilo tractor o de hilo guía.

Éste se ata a una sonda de gastrostomía. La sonda se introduce en el estómago por tracción sobre el extremo abdominal y su extremidad distal viene a bloquearse contra la pared gástrica con ayuda de un collarín tope (*pull technique* de Gauderer y Ponski).

El hilo puede ser usado como guía: la sonda se desliza encima de éste cuando se la empuja de afuera hacia adentro. El orificio parietal es previamente dilatado hasta un diámetro suficiente para admitir el paso de la sonda (*push technique*). La maniobra se termina haciendo deslizar sobre la porción externa de la sonda un collarín que viene a pegarse a la piel. Así, las paredes gástrica y abdominal quedan sujetas entre los dos collarines que mantienen la sonda inmóvil. La alimentación se inicia a partir del día siguiente.

Exéresis y reemplazo de una sonda

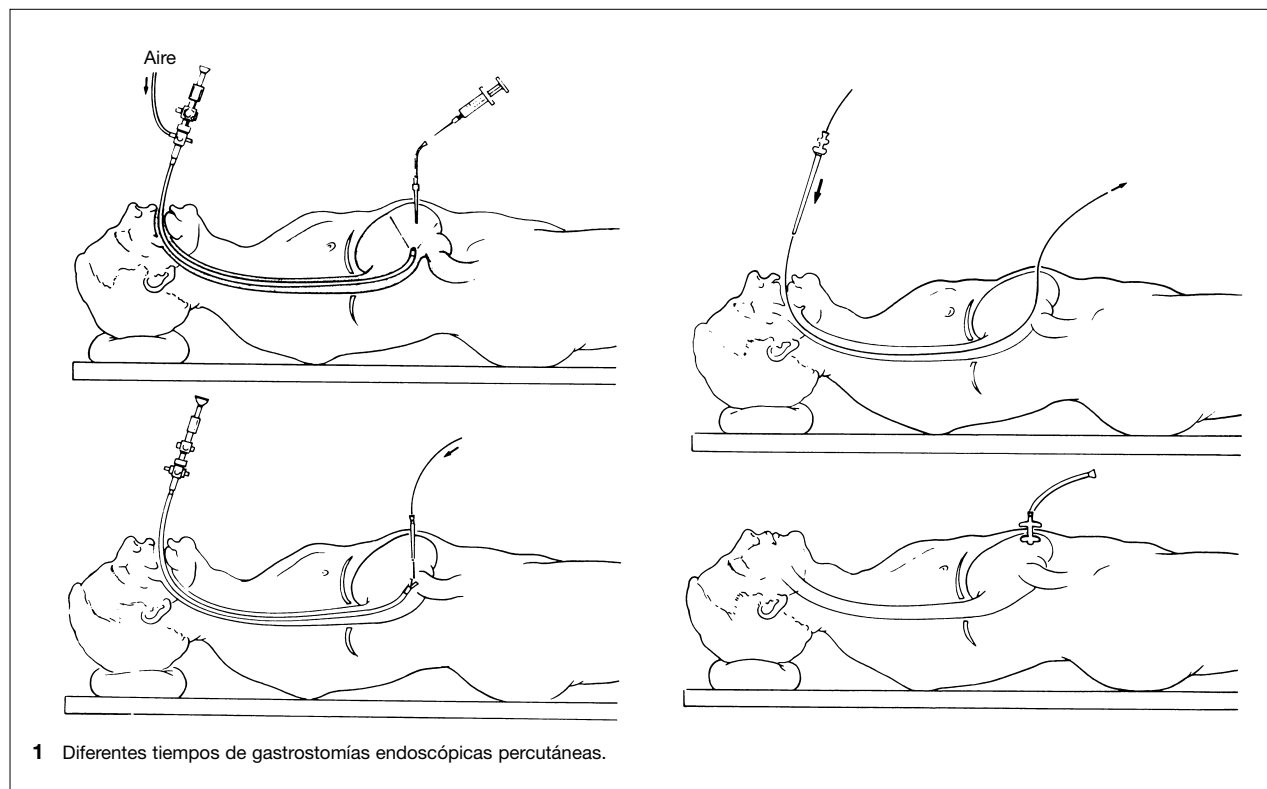
La sonda puede ser retirada después de seccionarla a nivel de la piel empujando la porción interna en el estómago. Sin embargo, para evitar una oclusión es preferible extraer el collarín interno con el endoscopio.

Variantes

Los kits disponibles en el comercio son distintos según el sistema de tope, ya sea provisto de un collarín redondo semirrígido o de un colector suave retráctil en caso de este-

Claude BARTHÉLÉMY: Praticien hospitalier, service d'hépatogastro-entérologie.

Jean-Gabriel BALIQUE: Professeur, service de chirurgie générale. CHU de Bellevue, 4, boulevard Pasteur, 42055 Saint-Étienne cedex, 2, France.



nosis digestiva. La sonda puede ser reemplazada por un botón (laboratorio Bard), portador de una válvula antirreflujo, cuyo reducido tamaño asegura una mejor tolerancia en la vida cotidiana, pero cuya colocación es más delicada. En ciertas indicaciones se puede deslizar una pequeña sonda a través de la gastrostomía, empujada distalmente por el gastroscopio y utilizada como sonda de yeyunostomía.

Complicaciones

Raramente son graves:

— Una infección periorifical de la pared es frecuente. Una antibioprofilaxis 1 hora antes de la intervención, asociada a una desinfección de la boca y de la garganta, reduce el riesgo de las infecciones graves. Son raras las infecciones graves que precisan un drenaje quirúrgico.

— Los neumoperitoneos (36 % de los casos) son benignos y una exploración quirúrgica es habitualmente inútil.

— El reflujo gastroesofágico puede ser prevenido colocando un catéter yeyunal en la sonda de gastrostomía.

Las complicaciones mayores: fistulas gastrocólicas, hemorragias, peritonitis, explican la reducida mortalidad (0,6 %).

Por último, es importante instruir a los usuarios de esta gastrostomía para prevenir los riesgos, a largo plazo, de una falta de estanqueidad u obstrucción de la sonda que pueden explicar los reflujo y las dermatitis periorificiales.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: BARTHÉ-LÉMY C et BALIQUE JG. – Gastrostomies endoscopiques percutanées. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-282, 1998, 2 p.

Bibliografía

- [1] Apeltgren KN, Zambos JM. Is percutaneous better than open gastrostomy? *Am Surg* 1989 ; 55 : 596-600
- [2] Bussone M, Senecal P. De la gastrostomie percutanée endoscopique à la gastrostomie coelioscopique. *J Coelio Chir* 1993 ; 8 : 3-8
- [3] Fietkau R, Iro H, Sailer D, Sauer R. Percutaneous endoscopically guided gastrostomy in patients with head and neck cancer. Recent results. *Cancer Res* 1991 ; 121 : 269-282
- [4] Gauderer MW, Ponsky JL, Izani RJ. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg* 1980 ; 15 : 872-875
- [5] Mellinger JD, Ponsky JL. Percutaneous endoscopic gastrostomy: state of the art. 1998. *Endoscopy* 1998 ; 30 : 126-132
- [6] Ponsky JL, Gauderer MW. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, limitations, techniques and results. *World J Surg* 1989 ; 13 : 165-170
- [7] Stiegmann G, Goff J, Van Way C, Perino L, Pearlman N, Norton L. Operative versus endoscopic gastrostomy. Preliminary results of a prospective randomized trial. *Am J Surg* 1998 ; 155 : 88-92