

UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA LA GASTROSTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Dres. Flavio Benavides, Pablo Capellino, Leandro Pierini, Raúl Ramos, Juan Perriello, Daniel Staltari

RESUMEN

En pacientes con estenosis subtotal o completa de hipofaringe o esófago el acceso por vía endoscópica se hace imposible y la gastrostomía quirúrgica es la indicación.

Objetivo. Describir una nueva técnica en la realización de gastrostomía quirúrgica.

Material y método. El procedimiento propuesto es realizado por punción gástrica transcutánea con un dispositivo ideado para tal fin. Se puede realizar con anestesia general, regional o local. El paciente es ubicado en decúbito dorsal, se utilizan dos trócares de 5 mm y uno de 10 mm. Se colocan dos puntos percutáneos a nivel de cara anterior del cuerpo gástrico, se tracciona hacia el cenit y se punza el estómago con un punzón envainado en una camisa, posteriormente se introduce sonda Foley N° 18, se realiza insuflación del balón, tracción y fijación de la gastrostomía.

Conclusión. Esta técnica es de fácil realización, reproducible, económica y eficaz.

INTRODUCCIÓN

La alimentación enteral es una condición elemental para la adecuada nutrición del ser humano. En pacientes con patología estenosante faringoesofágicas internas o externas o disfunciones de origen central, el restablecimiento o mantenimiento de la alimentación enteral puede realizarse a través de diferentes métodos, ya sea quirúrgicos, endoscópicos o radiológicos.

Desde la introducción de la gastrostomía endoscópica percutánea en la década del 80, este método se ha vuelto el más seguro y efectivo en aquellos pacientes que requieren un acceso para nutrición enteral o descompresión gástrica¹. En pacientes con estenosis subtotal o completa de hipofaringe o esófago, el acceso por vía endoscópica se hace imposible y la gastrostomía quirúrgica es la indicación². Desde la aparición de la gastrostomía laparoscópica en el año 1992, esta técnica se ha vuelto muy útil en estos pacientes³.

Nuestro objetivo es mostrar la técnica quirúrgica empleada.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizaron 12 gastrostomías videolaparoscópicas como único procedimiento en el período comprendido entre agosto de 1999 y mayo de 2002 en el Servicio de Cirugía General del Hospital Privado de Comunidad

de Mar del Plata.

Todos los procedimientos fueron realizados utilizando una técnica propia por punción gástrica transcutánea con un dispositivo ideado para tal fin, en aquellos pacientes que por diferentes razones no fue posible realizarlo por vía endoscópica.

Las causas que ameritaron la realización de la gastrostomía fueron: cinco cánceres de esófago, tres disfunciones deglutorias, dos compresiones esofágicas, un cáncer de faringe y una perforación esofágica.

Se realizaron cinco procedimientos con anestesia general, seis con anestesia raquídea y uno con local.

El paciente es colocado en decúbito dorsal con las piernas abiertas, el cirujano entre las piernas y el ayudante a la derecha del cirujano. La columna de video a la derecha de la cabeza del paciente es orientada hacia el cirujano.

Se realiza neumoperitoneo por punción a nivel umbilical con una presión intraabdominal por debajo de 10 mmHg.

Los trócares son tres y se posicionan de la siguiente manera: el trocar óptico de 10 mm a nivel umbilical, y dos trócares de 5 mm en ambos flancos en proyección umbilical; el derecho se utiliza para el porta agujas y el izquierdo para una pinza de prensión.

El lugar elegido para la gastrostomía es el epigastrio. En dicha zona se realizan dos puntos transcutáneo con mononylon, paralelos entre sí y separados uno del otro 4-5 cm; se toma la cara anterior del estómago a nivel de cuerpo y antro gástrico, traccionando los puntos hacia el cenit, aproximando el estómago a la pared anterior del abdomen.

A continuación se realiza una incisión de 5 mm en el epigastrio, a través de la cual se realiza la punción transcutánea y luego gástrica con un trocar de 5 mm envainado en una camisa por la que se progresa una sonda Foley 18. A posterior se procede a la extracción de la camisa, insuflado del balón con 10 ml de agua, y tracción de puntos tractores colocando en íntimo contacto la pared anterior del estómago con la pared abdominal.

Los puntos tractores se fijan por intermedio de un dispositivo siliconado (chupete de goma) a la piel. Por el extremo del dispositivo pasa la sonda Foley a la cual se fija al dispositivo también. Se realiza una prueba pasando agua por la sonda para comprobar que no quede estenosada con la fijación al dispositivo.

Dentro de las primeras 48 hs se inicia la tolerancia líquida por la sonda de alimentación.

RESULTADOS

Se realizaron 12 gastrostomías como único procedimiento con un promedio de edad de 71,6 años.

El tiempo operatorio promedio empleado fue de 40,4 minutos.

El promedio de tiempo en el cual se inició la alimentación enteral fue de 1,8 días (rango 1-3).

La morbilidad relacionada con el procedimiento fue de 33,3% (4 pacientes), dos infecciones de herida, dos maceraciones periostómicas, un reflujo gastroesofágico y una peritonitis difusa por filtración. Dos pacientes debieron ser reintervenidos, uno a causa de reflujo gastroesofágico y otro por filtración de la gastrostomía. Al paciente que presentó reflujo se le realizó una yeyunostomía para alimentación, y al paciente que filtró la gastrostomía se le realizó una videolaparoscopia con lavados y drenajes. No hubo mortalidad relacionada con el procedimiento. El promedio de estadía fue de 18 días (rango 3-52).

CONCLUSIÓN

La gastrostomía laparoscópica como procedimiento único y definitivo para alimentación es el método de elección en aquellos pacientes en los cuales la vía endoscópica no es posible. Es de rápida realización, técnicamente sencillo, minimamente invasivo, económico y permite el restablecimiento rápido de la alimentación enteral en aquellos pacientes con estenosis orofaríngea o esofágica infranqueable al endoscopio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andersen PH, Woodward ER. Gastrostomie valeur de la méthode de dragsted. *Am J Surg* 1972;124:581-6.
2. Arnaud JP, Casa C, Manunta A. Laparoscopic continent gastrostomy. *Am J Surg* 1995;169:629-30.
3. Gauder MW. Gastrostomy techniques and devices. *Surg Clin North Am* 1992;72:1285-98.



La vigilancia. IMS