

GASTROSTOMÍA PERCUTÁNEA PURA

*Eduardo Javier Houghton.**

Introducción

Las ventajas de las técnicas mini invasivas con respecto a la cirugía convencional ya han sido demostradas.^{1,2} La gastrostomía percutánea no escapa a esta regla y actualmente se convirtió en uno de los procedimientos más comunes para la alimentación enteral de pacientes con diferentes patologías.

Sin embargo, es importante seguir ciertos pasos para disminuir al mínimo el riesgo de complicaciones. Es una técnica sencilla y bien reglada. Tiene varias alternativas como ser la endoscópica y la técnica combinada.⁴ Las indicaciones y contraindicaciones exceden los objetivos de este artículo por lo que no serán abordadas.

Técnica

Es conveniente indicar ayuno previo de 6 a 12 horas y dejar colocada una sonda naso-gástrica que servirá para el insuflado del estómago. Se realizará profilaxis antibiótica con cefazolina o cefalotina 1 gr. endovenoso una hora antes del procedimiento.

Antes de comenzar el procedimiento, es muy útil realizar una fluoroscopia lateral del abdomen con el objeto de identificar la posición del colon (Fig. 1). A su vez, una ecografía abdominal ayuda a localizar el lóbulo izquierdo hepático.

Se sitúa al paciente en decúbito dorsal, se realiza la asepsia de piel correspondiente, y luego anestesia local con lidocaína. Se recomienda la sedación por un anestesiólogo el cual además podrá aplicar glucagón endovenoso, de esta manera se ayuda a reducir el peristaltismo y disminuir el pasaje de aire al duodeno. A su vez se le pedirá que realice el insuflado del estómago con aire.

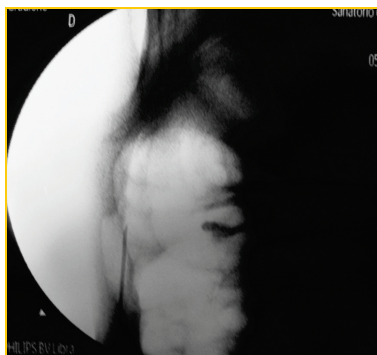


Figura 1. Radioscopia lateral.
Se visualiza cámara gástrica.

Una vez localizado el sitio de punción (ya sea por vía ecográfica o radioscópica), subcostal, a la izquierda de la línea media, se coloca el primer punto percutáneo en T que permitirá fijar la cara anterior gástrica a la pared abdominal.^{6,7} Se libera la "T" y luego se constata la posición de la aguja introductora del punto mediante la aspiración de aire y la inyección de contraste iodado visualizando los pliegues gástricos (Fig 2). Para asegurar la posición del colon es útil rotar el arco en C y hacer una proyección latero-lateral. Se colocan dos puntos percutáneos más, de modo, que entre los sitios de punción, se genere un

* A cargo procedimientos percutáneos en el Hospital Rivadavia.

Docente Adscripto. UBA. Ayudante de Primera. Cátedra de Cirugía. UBA.

JTP. Segunda Cátedra de Anatomía. UBA.

Presidente Asociación Argentina de Médicos Residentes de Cirugía General.

Correspondencia: ehoughton@yahoo.com.ar.

triángulo. En el centro del mismo se realizará la gastrostomía. Se recomienda realizar estos tres puntos de manera sistemática debido a que hemos tenido un caso de filtración a cavidad peritoneal con la colocación de un solo punto.

Se tensan los hilos de los puntos percutáneos y se punza con la aguja gruesa lo más perpendicular posible, de este modo se hace más corto el trayecto lo cual es de utilidad para la colocación posterior de un botón de gastrostomía (en caso de hacer una gastroyeyunostomía se la deberá dirigir hacia el píloro, para facilitar el pasaje del alambre guía hacia el duodeno).¹ Se vuelve a chequear la posición de la misma.

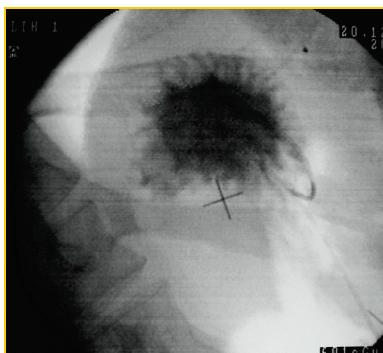


Figura 2. Se visualizan los pliegues gástricos.

Se pasa un alambre guía tipo Amplatz de 0,035 (Fig. 3), se hace una incisión cutánea pequeña por donde entra el mismo y luego se dilata el trayecto con los respectivos dilatadores hasta uno o dos French más que el diámetro del catéter. A continuación se introduce el catéter hacia el fondo del estómago resultando así la posición más fisiológica. Se constata la posición del mismo mediante la inyección de contraste hidrosoluble (Fig. 4).

La fijación interna del catéter podrá ser mediante balón (tiene la ventaja de disminuir las pérdidas peri-catéter y la desventaja de romperse más fácilmente) o

mediante cola de chanco que suele durar un poco más. Es de buena práctica fijar el catéter a piel.

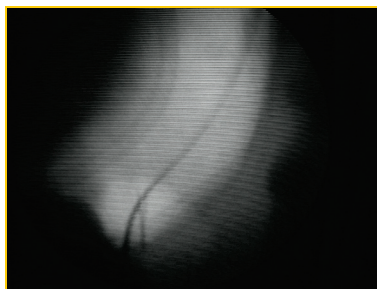


Figura 3. Se coloca alambre guía.

Por ultimo, después del procedimiento el paciente no recibirá alimentos por las próximas 24 horas. Luego se irá aumentando lentamente el volumen hasta lograr el valor calórico adecuado. Los puntos percutáneos se pueden retirar entre los 10 y 15 días posteriores al procedimiento. Recordar que la presencia de neumoperitoneo puede ser normal hasta las 72 horas post procedimiento.¹

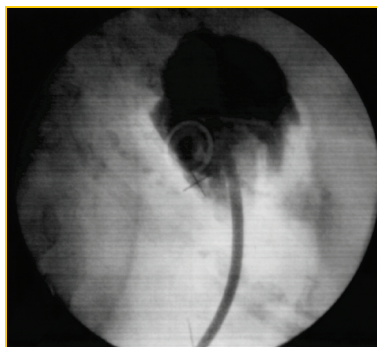


Figura 4. Se coloca el catéter. Se observa la inyección de contraste y la correcta localización del mismo.

Agradecimientos

Al Dr. Juan Pablo Córdoba por las imágenes prestadas.

Bibliografía

1. Ferral H, et al. Synopsis of Castañeda's interventional radiology. Lippincott Williams & Wilkins. USA, 2001. 305-313.
2. Giménez ME, et al. Empleo de gastrostomía percutánea en pacientes con tumores de cabeza y cuello. Rev Argent Cirug 2003; 84:41-48.
3. Giménez ME, et al. Gastrostomía percutánea: variantes técnicas. Rev Argent Cirug 1999; 76:106-12.
4. Ryan JM, et al. Percutaneous gastrostomy with T-fastener gastropexy: Results of 316 consecutive procedures. Radiology 1997; 203:496-500.
5. Saini S, et al. Percutaneous gastrostomy with gastropexy: experience in 125 patients. Am J Roent 1990; 154:1003-6.

www.residentesdecirugia.org.ar