

Cartas al director



Vías de acceso quirúrgico en nutrición enteral

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés la magnífica revisión realizada por Abdel-Lah et al¹ sobre vías de acceso quirúrgico en nutrición enteral, en la que se hace referencia, entre otros, a nuestra experiencia² en relación con las complicaciones de las gastrostomías quirúrgicas (GQ). Estamos de acuerdo con los autores en que las GQ siguen teniendo plena vigencia en el momento actual, incluso como vía de acceso permanente.

Hemos realizado una técnica de GQ por minilaparotomía, bajo anestesia local, basada en la gastrostomía de Stamm, en 60 pacientes que fueron remitidos para GQ por imposibilidad o contraindicación de la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) y/o la gastrostomía radiológica percutánea (PRG).

Todos los procedimientos fueron realizados en quirófano con anestesia local, sin sedación y con profilaxis antibiótica según protocolo del hospital (amoxicilina+clavulánico 2 g i.v., 30 min antes de la intervención). En todos los casos se utilizó una sonda Flexiflo[®] 20 Fr (Abbot Laboratories S.A.).

La técnica se realizó en régimen ambulatorio en 26 pacientes que permanecieron una media de 60 min en el área de despertar anestésica. En el resto de los pacientes se realizó esta técnica durante su ingreso hospitalario. La GQ pudo completarse con éxito en todos los casos, con un mínimo nivel de dificultad, y no se registró ninguna complicación intraoperatoria. La duración media del procedimiento fue de 45 min. De acuerdo con la unidad de nutrición, se decidió iniciarla a través de la gastrostomía el octavo o el décimo día.

Todos los pacientes fueron evaluados por el cirujano y por la unidad de nutrición a los 10, a los 30 y a los 60 días, y se ha obtenido buen funcionamiento de la gastrostomía en el 100%. En 18 casos, la sonda de gastrostomía fue sustituida por un dispositivo de botón (Flexiflo Stomate[®] 22 Fr) a partir del segundo mes. No se registró mortalidad en el período de estudio. En cuanto a la morbilidad de la técnica, únicamente se registró en 3 (5%) casos una complicación menor (infección superficial), que no impidió la utilización del dispositivo a partir del décimo quinto día.

Por lo que respecta a las indicaciones de esta técnica, son las actualmente aceptadas para las gastrostomías^{1,2}. En nuestra serie, el 50% de los casos correspondían a neoplasias del territorio cervicofacial con obstrucción de la vía digestiva. Se han publicado estudios prospectivos³ y un metaanálisis⁴ en los que se comparan los resultados de la PEG con los de la GQ y observan diferencias

estadísticamente significativas en cuanto a resultados clínicos, de morbimortalidad, estancia hospitalaria, consumo de recursos, etc., que ponen de manifiesto que las técnicas percutáneas son más económicas, técnicamente más sencillas y con estancia hospitalaria más corta. Sin embargo, otros estudios retrospectivos y bien diseñados⁵ no encuentran diferencias en cuanto a resultados y complicaciones entre los tres tipos de gastrostomía.

No obstante, en la mayoría de los estudios publicados se hace referencia habitualmente a las gastrostomías quirúrgicas clásicas (realizadas con anestesia general, con vías de acceso "extensas" y dispositivos o sondas menos "funcionales"), y los criterios aplicados para el análisis de los resultados y de las complicaciones no son uniformes.

En este sentido, y para valorar con parámetros objetivos los resultados de la técnica que proponemos en relación con las gastrostomías percutáneas (PEG, PRG), hemos elaborado una clasificación de las complicaciones^{2,6} integrando conceptos de las clasificaciones ya existentes⁷ y definiendo con exactitud cada uno de sus términos:

– Complicaciones generales: las que se presentan en el curso postoperatorio inmediato, relacionadas con la cirugía (en general, neumonía, flebitis profunda y tromboembolia), que condicionan, en muchas ocasiones, el pronóstico y la mortalidad del paciente.

– Complicaciones locales o específicas: las que se presentan intraoperatoria o postoperatoriamente como consecuencia de la técnica practicada. Pueden ser a su vez de dos tipos: complicaciones mayores, que suelen presentarse precozmente (hemorragia, peritonitis, dehiscencia, infección profunda), requieren una nueva intervención quirúrgica e impiden que funcione el dispositivo, y complicaciones menores, que se puede corregir o tratar con actos o medidas terapéuticas sencillas y en ningún caso impiden la funcionalidad del sistema.

De acuerdo con estos criterios, se ha obtenido en nuestra serie una morbilidad del 6,6% (4 casos con complicación menor), muy inferior a la publicada en el metaanálisis de Wollman et al⁴ para las GQ (19,9%) y en consonancia con la publicada con las nuevas técnicas quirúrgicas o percutáneas (7-15%).

Por todo ello, pensamos que la GQ mediante "minilaparotomía" es un procedimiento seguro, sencillo, económico y ambulatorio que, cumpliendo criterios de mínima invasión, es una técnica complementaria o alternativa a las técnicas percutáneas, en casos seleccionados o de imposibilidad, fracaso o contraindicación.

José M. Miguelena Bobadilla, José Ignacio Barranco Domínguez y Sofía Borlán Ansón

Servicio de Cirugía. Unidad de Cirugía Endocrina. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Bibliografía

1. Abdel-Lah A, Abdel-Lah O, Sánchez J, Pina J, Gómez A. Vías de acceso quirúrgico en nutrición enteral. *Cir Esp.* 2006;79:331-41.
2. Miguelena JM, Gil J, Escartin J, Barranco JI. Gastrostomía quirúrgica mínimamente invasiva. *Nutr Hosp.* 2003;18:272-6.

Cartas al director

3. Stiegman GV, Golf JS, Silas D, Pearlman N, Sun J, Norton L. Endoscopic versus operative gastrostomy. Final results of a prospective randomized trial. *Gastrointest Endosc.* 1990;36:1-3.
4. Wollman B, D'Agostino H, Walus-Wigle JR, Easter DW, Beale A. Radiologic, endoscopic and surgical gastrostomy: An institutional evaluation and meta-analysis of the literature. *Radiology.* 1995;197:699-704.
5. Cosentini EP, Sautner T, Gnant M, Winkelbauer F, Teleky B, Jakesz R. Outcomes of surgical, percutaneous endoscopic and percutaneous radiologic gastrostomies. *Arch Surg.* 1998;133:1076-83.
6. Miguelena JM, Barranco JI, Borlan S. Gastrostomía por minilaparotomía. *Intervencionismo.* 2005;6:24-9.
7. Ho CS, Ye ACN, McPherson R. Complications of surgical and percutaneous nonendoscopic gastrostomy: review of 233 patients. *Gastroenterology.* 1988;95:1206-10.