

ARTICULO ORIGINAL

Gastrostomías mínimamente invasivas. Experiencia en el Instituto Nacional del Cáncer "Prof. Dr. Manuel Riveros"

Minimal Invasive Gastrostomies. The experience at the National Institute of Cancer "Prof. Dr. Manuel Riveros"

Dr. W. Encina¹

Dr. J. Baruja ²

Dra. A. Ramírez³

Dr. E. Martínez ⁴

Dr. S. Vera ⁴

1. Cirugía Oncológica; Jefe de Quirófano, Medico de Planta

2. Residente de 4to Año; Jefe de Residentes

3. Residente de 2do Año

4. Residente de 1er Año

Autor correspondiente: Dr. Jorge Ramón Baruja Báez

Mail: dr.barujajorge@gmail.com

Celular: 595981116249

Resumen

Objetivo: Analizar las indicaciones y ventajas de las Gastrostomías mínimamente invasivas. **Material y Métodos:** Estudio Prospectivo, Longitudinal, analítico de intervención cuasiexperimental no aleatorio en pacientes oncológicos e indicación de gastrostomías que fueron intervenidos con anestesia local por acceso mínimo en El Instituto Nacional del Cáncer Dr. Prof. Manuel Riveros en el periodo de meses desde Mayo 2013 hasta Setiembre 2014. **Resultados:** 32 pacientes con diagnóstico oncológico fueron sometidos a Gastrostomías de Mínimo Acceso con anestesia local en el 100% de los procedimientos, no se han registrado complicaciones intraoperatorias; a mediano plazo se registro 5 complicaciones menores, 4 con eritema por perdida perisonda del contenido gástrico por mal manejo de la sonda al alta y 1 Absceso de pared a nivel del punto de fijación. El tiempo medio operatorio fue de 30 minutos y el inicio de la introducción de alimentación por gastroclisis fue inmediato con buena tolerancia y un promedio de 3,2 días de internación.

Conclusión: La casuística inicial sugiere que el abordaje mínimo para la realización de las gastrostomías debido a la baja cantidad de complicaciones, son efectivas y proporcionan un acceso único, temporal, rápido y seguro para un manejo nutricional adecuado en los pacientes oncológicos con pronta recuperación.

Palabras Claves: Gastrostomía, Procedimiento Mínimamente Invasivo, Ventajas.

ABSTRACT

Objective: To analyze the indications, advantages and surgical approaches to minimally invasive Gastrostomy. **Materials and Methods:** Prospective,

Longitudinal, Analytical study of non-randomized quasi-experimental intervention in oncological patients and indication that underwent surgery under local anesthesia in minimally access in the National Cancer Institute Prof. Dr. Manuel Riveros in the period from May 2013 to September 2014. **RESULTS:** 25 patients diagnosed with cancer were successfully submitted to the Minimum Access gastrostomy under local anesthesia in 100% of the procedures in which there have been no intraoperative complications although in the medium term five minor complications, 4 consisted of erythema perisonda loss of gastric contents for mishandling the gastrostomy tube and discharge one wall abscess in a male patient at the point of attachment was recorded. The average operative time was 20 minutes and the beginning of the introduction of gavage feeding of 5% dextrose solution was immediate with good tolerance and an average of 3.2 days in hospital.

Conclusion: The results of this initial case series suggests that the minimum approach to the realization of the gastrostomy due to the low number of complications, are effective and provide a unique, fast and secure access to adequate nutritional management in cancer patients with quick recovery .

Keywords: Gastrostomy, Minimally Invasive Procedure, Advantages.

Introducción

La Gastrostomía mínimamente Invasiva consiste en la comunicación de la luz del estomago a través de la pared del abdomen por medio de una sonda de alimentación. La colocación de esta permite proporcionar al paciente la alimentación directamente al estómago lo que les permite alimentarse de manera equilibrada. El concepto de gastrostomía fue descrito por Egeberg en 1837.

En el Siglo XVIII fue John Hunter quien utilizó por primera vez una sonda para alimentación gástrica posteriormente fue Physick quien la utilizó para realizar un lavado gástrico y Sedillot en Francia Quien a mediados del Siglo XIX describe la primera Gastrostomía Quirúrgica. Desde que se describió la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) en 1980, esta se ha convertido en la técnica de elección a la hora de indicar una gastrostomía de alimentación debido al menor número de complicaciones, reservando las técnicas quirúrgicas sólo para aquellas situaciones donde las técnicas percutáneas están contraindicadas o en las que el paciente, precisa, por otro motivo, la intervención quirúrgica^{1,2,3}.

Este trabajo describe una Nueva Técnica Innovadora desarrollada por el autor con fines de nutrición en donde es utilizada una pequeña y única Incisión en un área previamente anestesiada localmente y sin uso de soporte endoscópico ni imagenológico.

Material y Métodos: Estudio Prospectivo, Longitudinal, analítico de intervención cuasiexperimental no aleatorio 32 en pacientes con patologías oncológicas e indicación de gastrostomías que fueron intervenidos quirúrgicamente con

anestesia local por acceso mínimo no guiado por imágenes en El Instituto Nacional del Cáncer Dr. Prof. Manuel Riveros en un periodo de 6 meses desde Febrero 2014 hasta Julio 2014 llevados a cabo por un grupo quirúrgico constituido por médicos del Staff y médicos residentes de cirugía oncológica. Se analizaron las siguientes variables: Complicaciones, tiempo de procedimiento, tipo de anestesia que se utilizó, indicación y Diagnóstico Oncológico y tiempo de alimentación.

Todos los pacientes fueron sometidos a un análisis laboratorial teniendo en cuenta Hemograma, Coagulograma, Glicemia, albumina y proteína total.

La Técnica Quirúrgica consistió en:

1. Paciente en Decúbito Supino
2. Campo con Solución IOP
3. Infiltración en forma romboidea amplia de la zona a incidir
4. Se realiza una pequeña incisión transversa de 1,5 cm sobre la zona en hipocondrio izquierdo a 3cm por debajo del reborde costal línea hemiclavicular. Figura 1
5. Hemostasia del tejido celular subcutáneo, identificación y apertura de la aponeurosis del oblicuo mayor. Figura 2
6. Divulsión del musculo recto anterior del abdomen.
7. Celiotomía.
8. Identificación del estomago por su pared anterior, se exterioriza a través de la incisión se fija a piel por cuatro puntos con Vycril 3.0. Figura 3
9. Apertura del estómago y se introduce la sonda Folley Nro. 22 – 24. Figura 4
4. Se infla el balón de seguridad con 10ml de solución estéril y se instala el medio de fijación y se tracciona la misma para su posicionamiento. Figura 5



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

RESULTADOS

Fueron intervenidos un total de 32 pacientes con diagnóstico oncológico de los cuales 10 (31%) fueron diagnosticados con Cáncer de esófago en donde 1 (30%) fue del tercio superior, 6 (60%) fueron de de tercio medio y 3 (30%) de tercio inferior; 5 (16%) de seno piriforme, 4 (13%) de Laringe, 3 (9%) de ORL, 2 (6%) Submaxilar, 4 (13%) de Tiroides, 1 (3%) de lengua, 1 (3%) Ca de Labio, 1 (3%) Pulmón y 1 (3%) de Amígdala (Tabla 1) quienes fueron sometidos exitosamente a la Gastrostomías de Mínimo Acceso con anestesia local en el 100% de los procedimientos en las cuales no se han registrado complicaciones intraoperatorias aunque a mediano plazo se registro 5 complicaciones menores, 4 pacientes femeninas consistieron en eritema por perdida perisonda (Figura: Anexo 1.1) y ulceración a ese nivel por el contenido gástrico por mal manejo de la sonda e gastrostomía al alta, 1 Absceso de pared en un paciente masculino a nivel del punto de fijación. El tiempo medio operatorio fue de 30 minutos y el inicio de la introducción de alimentación por gastroclisis de solución Glucosada 5% fue inmediato con buena tolerancia y un promedio de 3,2 días de internación. Las dificultades Técnicas que se registraron durante estos procedimientos fueron en pacientes obesos, con asas dilatadas, presencia de ascitis, hepatomegalia y pacientes longilíneos.

Discusión

En los últimos años, con el avance de la cirugía mínimamente invasiva, se han desarrollado nuevas técnicas para la realización de las Gastrostomías para dar respuesta a aquellos casos en los que las técnicas endoscópicas o radiológicas, están contraindicadas y en forma de respuesta a la alta demanda y las limitaciones que posee nuestra Institución. Los resultados en morbilidad y mortalidad de estas técnicas quirúrgicas son comparables a los de las guiadas por

endoscopía aunque el costo es menor por lo que se considera una opción válida, de pronta recuperación y rápida salida del paciente disminuyendo así su exposición hospitalaria, tiempo de reinstauración de su tratamiento y reducción de los costos sanitarios así como una mayor disponibilidad de camas hospitalarias estableciendo soluciones relativamente simples y menos invasivas evitando una incisión mediana y anestesia raquídea.

La técnica de Gastrostomías desarrollada en nuestra institución es una consecuencia lógica de abordajes mínimamente invasivos que vienen revolucionando la terapia quirúrgica con la particularidad de no precisar tecnología avanzada lo que permitirá ser utilizada en cualquier unidad hospitalaria con centro quirúrgico, es simple de aprender y es aplicable a la mayoría de los pacientes con indicación de esta.

Conclusión

En los últimos años, se están desarrollando nuevas técnicas de colocación mixta de la sonda de gastrostomía, pero los resultados aún no son claramente superiores a los de cualquiera de las técnicas, endoscópica o laparoscópica por separado.

De nuestro trabajo podemos concluir, a pesar de que el número de gastrostomías quirúrgicas por método Mínimamente Invasivo en nuestra serie es pequeño, que la implantación del abordaje Mínimamente Invasivo para la realización de gastrostomías quirúrgicas está relacionada con un menor número de complicaciones, sobre todo de fuga de contenido gástrico y de irritación de la pared abdominal, frente al abordaje abierto convencional. Siendo muy demostrativo el gran porcentaje de pacientes del grupo que no tuvieron ninguna complicación. Al ser una técnica de fácil aplicación, costo reducido y representar al paciente una rápida recuperación permite que la misma sea aplicada en manos entrenadas en cualquier punto del país con recursos mínimos colocándose así en una opción muy válida para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes

Bibliografía

1. Spivack JL. Eine neue Methode der Gastrostomie. Beitr Klin Chir. 1929;
2. Moss G. A simple technique for permanent gastrostomy. Surgery. 1972;71(3):
3. Reiner DS, Leitman IM, Ward RJ. Laparoscopic Stamm gastrostomy with gastropexy. Surg Laparosc Endosc. 1991;
4. Lathrop JC, Felix EJ, Lauber D. Laparoscopic Janeway gastrostomy utilizing an endoscopic stapling device. J Laparoendosc Surg. 1991;1(6)
5. Saini S, Mueller PR, Gaa J, *et al.* Percutaneous gastrostomy with Agastropexy: experience in 125 patients. AJR Am J Roentgenol. 1990;

6. Zerizer I, Chan WH, Singer M. Intramural feeding: a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy feeding. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2005
7. Ragunath K, Roberts A, Senapati S, *et al.* Retrograde jejunoduodenal intussusception caused by a migrated percutaneous endoscopic gastrostomy tube. Dig Dis Sci. 2004
8. http://www.cmiyo.com/index.php?id_categoria=11&id=9
9. <http://www.cdyte.com/pacientes/glosario/cirugia-minimamente-invasiva/>
10. <http://www.minimamenteinvasivauc.cl/cirugias-minimamente-invasivas/>
11. http://www.fenin.es/pdf/prospectiva_cmi.pdf

Tutor: Dr. W. Encina (Cirugía Oncológica; Jefe de Quirófano, Medico de Planta)

Autores: Dr. J. Baruja (Residente de 4to Año; Jefe de Residentes) dr.barujajorge@gmail.com

Teléf.: 0981-116249. Dirección: Bernardino Caballero N° 150 c/ Mompox. Ypacarai.

Dra. A. Ramírez (Residente de 2do Año.)

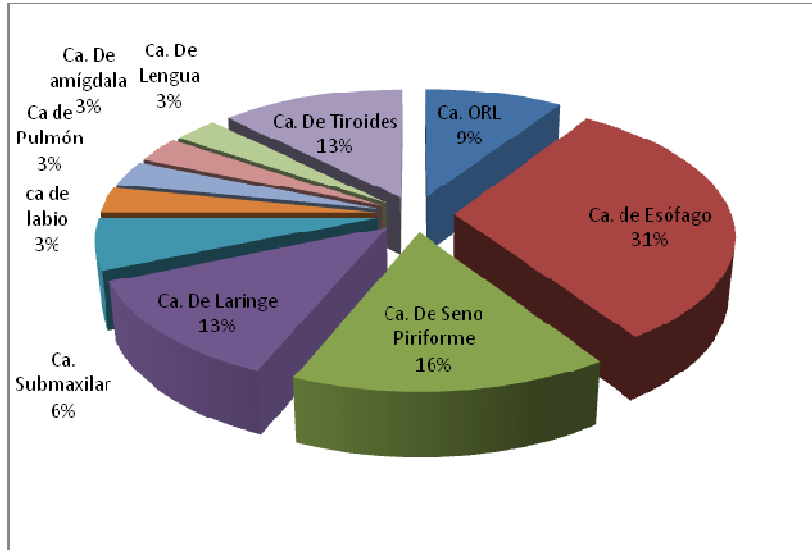
Dr. E. Martínez (Residente de 1er Año).

Dr. S. Vera (Residente de 1er Año).

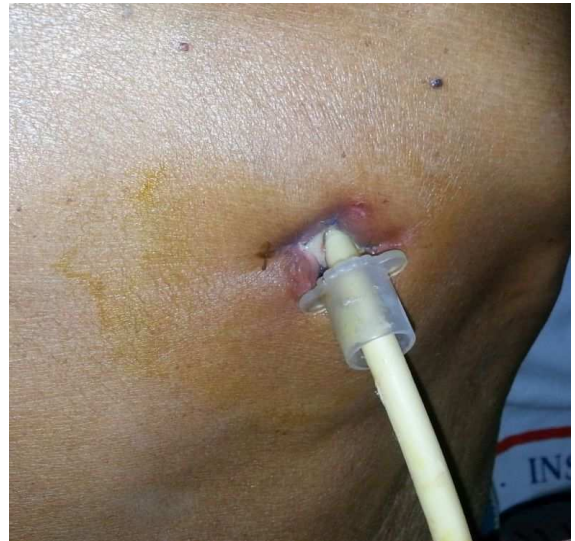
Anexos

Tabla 1: Diagnóstico de los pacientes con gastrostomía Mínimamente Invasiva en el Periodo Febrero 2014 – Julio 2014 del Instituto Nacional del Cáncer “Prof. Dr. Manuel Riveros”

Diagnóstico	cantidad	Porcentaje
Ca. ORL	3	9%
Ca. de Esófago	10	31%
Ca. De Seno Piriforme	5	16%
Ca. De Laringe	4	13%
Ca. Submaxilar	2	6%
Ca de Labio	1	3%
Ca de Pulmón	1	3%
Ca. De amígdala	1	3%
Ca. De Lengua	1	3%
Ca. De Tiroides	4	13%
Total	32	100%



Anexo 1.1: Eritema por perdida perisonda y ulceración a ese nivel por el contenido gástrico por mal manejo de la sonda e gastrostomía al alta.



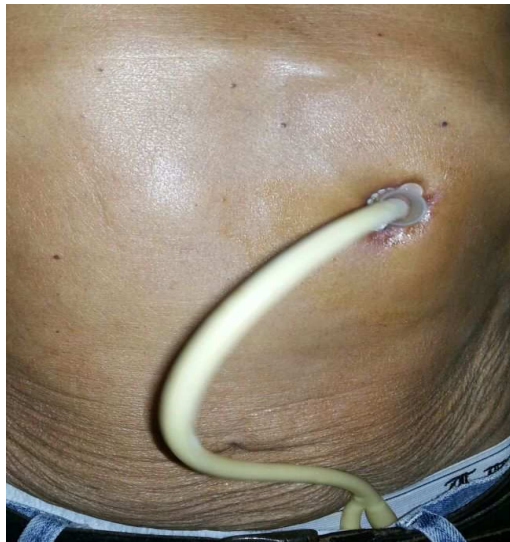
Anexo 1.2: Gastrostomía MMI a los 8 días.



Anexo 1.3: Gastrostomía Mínimamente Invasiva en El post – Operatorio Inmediato.



Anexo 1.4: Gastrostomía Mínimamente Invasiva en el Post – Operatorio Inmediato.



Anexo 1.5: Gastrostomía MMI a los 8 días.

Anexo 1.6: Gastrostomía MMI post tratamiento Oncológico.



Anexo 1.7: Gastrostomía MMI post tratamiento Oncológico.