

Intubación gastrointestinal y gastrostomía temporaria. Uso y complicaciones

Dres. HUGO SAEZ,* LUIS A. CAZABAN** y PEDRO ARRIAGA*

La distensión intestinal postoperatoria, por los problemas que puede ocasionar (oclusión mecánica, evisceración, insuficiencia cardiorrespiratoria) es una preocupación constante para el cirujano.

En procesos patológicos en que el íleo es actual o tiene posibilidades de ser intenso y duradero en el postoperatorio (P.O.), están indicado realizar la decompresión gastrointestinal. Ello se puede lograr fundamentalmente por dos métodos: la intubación gastrointestinal y la gastrostomía temporaria (G.T.). En este trabajo analizaremos sus indicaciones, técnicas y complicaciones.

La intubación es un procedimiento práctico por su realización, instrumental y manejo sencillos. Frente a ello presenta pocas ventajas y posibles complicaciones (13). En los primeros citamos: —favorece la ingestión de aire (6); —estimula la secreción digestiva (2); no asegura la decompresión gástrica; —es mal tolerada por el paciente.

Clasificamos las complicaciones en dos grupos:

- 1) En relación con el uso de sondas intestinales con balón (Cantor):
Insuflación del balón y oclusión, por pasaje de gases dentro del balón debido a la hipertensión intraluminal en el intestino obstruido (1).
Oclusión por resto de sonda, cuando ésta debe ser seccionada ante la imposibilidad de extraerla y la eliminación no se produce (1).
Por estas razones hemos abandonado el uso de la sonda Cantor, sustituyéndola con similar eficacia por la sonda nasogástrica.
- 2) Complicaciones imputables a la permanencia prolongada de la sonda:
Obstrucción laríngea: por edema subglótico secundario a pericarditis producida por necrosis de esófago cerca de su unión al cricoides (6).
Ulceración de esófago, con posible estenosis secundaria.

Otitis media, más frecuente en el niño, por la disposición más horizontal en él de la trompa de Eustaquio (9).

Complicaciones respiratorias (neumopatías agudas, atelectasia) (8). Las más frecuentes. Se producen por distorsión de los mecanismos involucrados en la deglución e intercambios respiratorios, a lo que se suma el aumento de secreciones bucofaríngeas provocado por la sonda.

Debido a los inconvenientes anotados, hemos abandonado el uso sistemático de la sonda, usamos desde 1962 la G.T. como método de decompresión (3). Tiene como ventajas: —mejor tolerancia; —drenaje más efectivo; —no estimula la aerofagia; —menor incidencia de complicaciones (6) (12) (10).

Como criterios para establecer sus indicaciones tenemos en cuenta:

a) Edad: en el niño, porque la sonda es mal tolerada, de manejo difícil y con alta incidencia de complicaciones (respiratorias, otitis) (9). En el viejo, por la menor incidencia de complicaciones respiratorias.

b) Estado general precario, enfermos cardíacos, respiratorios crónicos: la G.T. se prefiere a la sonda por la menor incidencia de complicaciones.

c) Procedimiento operatorio. Indicamos la G.T. cuando presumimos se va a necesitar una decompresión P.O. mayor de 72 horas.

Teniendo en cuenta estos criterios indicamos la G.T. en:

1) Oclusión intestinal, especialmente en los casos en que la distensión intestinal es más temible en el P.O.: en la oclusión por brida, por la posibilidad de una nueva oclusión mecánica; cuando se realizó resección intestinal y anastomosis, por la eventual falla de sutura.

2) Peritonitis difusa aguda supurada, donde el íleo P.O. es la regla y es incierta la evolución de la infección peritoneal.

3) En cirugía del retroperitoneo y cirugía oncológica de colon, que exige grandes decolamientos y el íleo P.O. es intenso y prolongado.

4) En cirugía de grandes hernias y eventraciones, en enfermos respiratorios crónicos, la G.T. previene trastornos de la dinámica respiratoria en el P.O. a la vez que asegura el resultado plástico de la intervención.

5) En traumatismos torácicos con lesión visceral abdominal asociada, hemos usado la G.T. para evitar la distensión intestinal y la agravación de la insuficiencia respiratoria en el P.O.

Trabajo del Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Montevideo, presentado al XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía. Salto, 7 de noviembre de 1972.

* Residentes de Cirugía del Hospital Maciel.

**Profesor Adjunto Int. del Depto. de Cirugía. (Facultad de Medicina, Montevideo).

6) Cirugía gastroduodenal. En enfermos añosos, con hemorragia digestiva grave por úlcus gástrico, en que el procedimiento debe limitarse a una ulcerectomía, la G.T. previene la falla de sutura por distensión gástrica P.O. Hemos abandonado su uso luego de la vagotomía y piloroplastia.

7) Por último, la G.T. está indicada en los casos en que la intubación es imposible o está contraindicada: várices esofágicas, esofagitis importante, traumatismo cráneo-facial.

TECNICA DE REALIZACION

Si es necesario un abordaje especial preferimos una incisión transversa de epigastrio. La gastrotomía se realiza en un punto intermedio entre las dos curvaturas, en unión del tercio medio e inferior (5). Se hace la hemostasis de los vasos submucosos, se coloca una jareta alrededor del orificio, se introduce la sonda (Pezzer) y se ajustan los hilos sin cortarlos. Se extrae la sonda por contraabertura, buscando que el estómago quede en situación anatómica normal con la pared, sin tensión ni distorsión. Se extraen los hilos de la jareta junto con la sonda, se tracciona con ellos del estómago y se atan alrededor de una gasa. Para facilitar la adherencia del estómago al peritoneo parietal se depule con una gasa la zona periorificial. No consideramos necesario la sutura al peritoneo ni la interposición de epiplón. El manejo P. O. cumple tres etapas (12, 2):

- durante las primeras 48 horas es conveniente conectar la sonda a aspiración y lavar repetidamente el tubo para verificar su permeabilidad.
- entre las 48 y 96 horas se conecta el tubo bajo agua, efectuándose la aspiración por sifonaje.
- cuando comienza la peristalsis (3er. o 4to. día P.O.) se comienza el clampeo progresivo del tubo, el que se hace permanente a partir del 6to. día.

No se extrae el tubo hasta el 14 día P.O., cuando hay buena adherencia a la pared.

COMPLICACIONES (11, 12)

Se mencionan: peritonitis (por filtración de líquido gástrico al peritoneo); hemorragia; infección de la herida operatoria y evisceración; fístula persistente después de extraer el tubo. No hemos tenido complicaciones con el procedimiento; pensamos que se pueden evitar con una técnica y manejo P.O. correctos. La peritonitis no se produce si se fija correctamente la sonda a la pared, se clampea cuando la función pilórica es normal y se la extrae tardíamente. La hemorragia se puede evitar con una cuidadosa hemostasis de los vasos submucosos al hacer la gastrotomía. La infección de la herida operatoria disminuye su incidencia si se extrae la sonda por una contraabertura alejada de ella. La fístula persistente es excepcional si se retira la sonda cuando la fisiología intestinal es normal y hay buena adherencia a la pared.

RESUMEN

Se analizan los dos procedimientos más importantes de decompresión gastrointestinal postoperatoria: la intubación y la gastrotomía temporaria.

La primera es un método útil pero de eficacia variable y posibles complicaciones sobre todo cuando su permanencia se prolonga.

La gastrotomía temporaria realiza un drenaje más efectivo, es mejor tolerada, tiene menor incidencia de complicaciones respiratorias, en especial en niños y viejos enfermos en mal estado general o respiratorios crónicos.

Se detallan los procesos en los que consideramos su indicación más precisa, destacándose aquellos que requieren una intubación prolongada.

Finalmente se precisan algunos detalles de técnica y manejo postoperatorio, tendientes fundamentalmente a evitar complicaciones.

RÉSUMÉ

The two most important procedures for gastrointestinal post-operative decompression are analyzed: gastrointestinal intubation and temporary gastrostomy. Gastrointestinal intubation is a useful method, but its efficiency varies and may present complications when used over prolonged period.

Temporary gastrostomy results in more effective drainage, is better tolerated and the incidence of respiratory complications is less, especially in children, older patients and those in bad general condition or with chronic respiratory problems.

Processes in which this technique is indicated are listed, with special reference to those requiring a prolonged post-operative intubation.

Finally, some details respect to its technique and post-operative application are considered, since they tend to prevent complications.

SUMMARY

Analyse des deux principales méthodes de décompression gastrointestinale post-opératoire: l'intubation gastrointestinale et la gastrostomie temporaire.

La première est utile mais son efficacité est variable et peut provoquer éventuellement des complications si son application se prolonge.

La G.T. permet un drainage plus effectif, elle est mieux tolérée et cause moins de complications respiratoires surtout chez les enfants, les vieillards et les malades dont l'état général est déficient ou qui souffrent d'affections respiratoires chroniques.

Nous dénombrons les cas où nous considérons qu'elle doit être plus précisément préconisée, tout en mettant l'accent sur ceux qui demandent une intubation post-opératoire prolongée.

Enfin nous précisons quelques détails technique et de conduite post-opératoires qui peuvent contribuer à éviter des complications.

BIBLIOGRAFIA

1. BARTHE, E. y NEGRIN, G. N. Intubación intestinal y oclusión. *Inter. Médica*, Buenos Aires, 1958.
2. BEARDSLEY, J. M., GODERBERG, C. H. and SMITH, E. T. Technique and management of temporary gastrostomy. *Arch. Surg*, 88: 461, 1964.

3. CAZABAN, L. A. Gastrostomía temporaria profilática de la distensión intestinal postoperatoria. *XIV Cong. Urug. Cirugía*, pág. 131, Montevideo 1963.
 4. COX, W. D. and GILLESBY, E. J. Gastrostomy in postoperative decompression. *Amer. J. Surg.* 113: 298, 1967.
 5. ENGEL, S. Gastrostomy. *S. Clin. North America*, 1969.
 6. FARRIS, J. M. and SMITH, G. K. An evaluation of temporary gastrostomy. A substitute for nasogastric suction. *Ann. Surg.* 144: 475, 1966.
 7. GARDIOL, V. C. La gastrostomía en los vagotomizados. *Rev. Cir. del Uruguay*, 38: 18, 1968.
 8. GRANT, G. N., ELLIOT, D. W. and FREDERICK, P. L. Postoperative decompression by temporary gastrostomy or nasogastric tube. An objective comparison. *Arch. Surg.* 85: 844, 1962.
 9. HOLDER, T. M. and GROSS, R. S. Temporary gastrostomy in pediatric surgery. *Pediatrics*, 26: 36, 1960.
 10. HORSLEY, J. S. Peptic ulcers perforating into the pancreas. *Ann. Surg.*, 110: 606, 1939.
 11. SENTER, K. L. Complications of temporary tube gastrostomy. *Arch. Surg.*, 81: 103, 1960.
 12. SMITH, G. K. and FARRIS, J. M. Re-evaluation of temporary gastrostomy as a substitute for nasogastric suction. *Amer. J. Surg.*, 102: 168, 1961.
 13. WAGNER, D. H. Intestinal intubation. *S. Clin. North America*, feb. 1955, pág. 151.
-