

GASTROSTOMIA TEMPORARIA PROFILACTICA DE LA DISTENSION INTESTINAL POSTOPERATORIA

Dr. L. A. CAZABAN PEROSSIO

El resultado de los estudios experimentales y clínicos señalan la significación de los factores mecánicos en el desarrollo de la enfermedad oclusiva intestinal. Si bien la pérdida hidroelectrolítica es un elemento importante, el factor principal de letalidad es la distensión intestinal y sus efectos.

“Mientras que los electrolitos intravenosos prolongan la vida de los animales, el único modo de protegerlos de los efectos letales de la oclusión intestinal, es evitando la ingestión del aire atmosférico” [Wangensteen (18)].

De acuerdo a ello, aparece racional y lógico, la terapéutica dirigida a prevenir la distensión intestinal postoperatoria y por consiguiente a evitar la hipertensión intraluminal. Desde que Wangensteen popularizó la intubación intestinal, ésta se constituyó en el recurso profiláctico más empleado en el tratamiento de la oclusión intestinal postoperatoria.

Del uso generalizado de la intubación podemos concluir que es un procedimiento no regularmente efectivo ni inocuo. En relación a su eficacia, debemos establecer que: 1) el paciente intubado deglute más aire que el no intubado; 2) la presencia del tubo estimula la salivación y la secreción gástrica; 3) la observación clínica de distensión gástrica retrógrada, concomitante a una intubación, hace dudar de su eficacia; 4) presencia de vómitos y el desequilibrio electrolítico creado por la intubación, crean problemas de difícil solución.

El análisis de los incidentes y accidentes revelan que no se trata de un recurso terapéutico anodino, dado que tiene complicaciones mortales y graves, que se enumeran en el cuadro 1 (2, 3).

La eficacia dudosa, la mala tolerancia por el enfermo y las complicaciones de la intubación intestinal han llevado a abandonar el uso rutinario de la intubación y a buscar otros métodos profilácticos de la distensión abdominal. Dado que el aire deglu-

Cuadro 1

COMPLICACIONES DE LA INTUBACION

- I) Intestinales: Peritonitis, oclusión.
- II) Respiratorias: Atelectasia, bronconeumonía.
- III) Esofágicas: Estrechez, ruptura.
- IV) Obstrucción laríngea.
- V) Rinofaríngeas: Otitis media.

tido es el factor de mayor jerarquía en la producción de esta última, el procedimiento más simple y lógico es la descompresión por la gastrostomía temporaria.

A pesar de que Alton Oschner, la aplica desde hace treinta años siguiendo la escuela clínica de Einar Key, de Estocolmo, son los trabajos de Farris y Smith, en 1954, los que introducen la gastrostomía en el tratamiento profiláctico de la oclusión intestinal postoperatoria. Horsley (12), Gilchrist (8, 9), Grant (11), afirman su eficacia y seguridad.

Desde 1960, el Prof. Larghero, fiel a su inquietud permanente en el problema del íleo postoperatorio, aconseja su aplicación. A pesar de nuestra limitada experiencia, los resultados obtenidos han sido ampliamente satisfactorios, por lo cual creemos necesario señalar las ventajas de la gastrostomía temporaria en la profilaxis de la oclusión intestinal postoperatoria.

En el cuadro 2 se señalan los beneficios y los efectos que se obtienen mediante la gastrostomía temporaria.

Cuadro 2

GASTROSTOMIA TEMPORARIA

Efectos beneficiosos

- 1) Profilaxis de la distensión intestinal.
- 2) Profilaxis de la dilatación aguda de estómago.
- 3) Profilaxis del vómito.
- 4) Evita complicaciones rinofaríngeas y respiratorias.
- 5) Perfecta tolerancia.
- 6) No requiere cuidado especial de enfermería.
- 7) Posibilidades de alimentación.
- 8) Selectiva remoción de aire y líquidos.
- 9) Mortalidad nula y morbilidad mínima.

Estableceremos las indicaciones, nos referiremos brevemente a algunos detalles de técnica y control postoperatorio así como analizaremos los resultados de la gastrostomía.

La distensión postoperatoria crea problemas de difícil resolución y de compleja e incierta terapéutica (oclusión mecánica, evisceración, insuficiencia cardiorrespiratoria), que gravan pesadamente el pronóstico de la afección primitiva. Es por ello que sus indicaciones surgen del correcto análisis de tres factores: procedimiento operatorio, edad y estado general del paciente.

1) PROCEDIMIENTO OPERATORIO

Como premisa general sostenemos que toda intervención quirúrgica que requiera una intubación intestinal prolongada, mayor de 48 horas, debe ser complementada con la gastrostomía temporaria.

En la cirugía gastroduodenal no es necesaria, excepto en la vaguectomía para tratamiento de la úlcera duodenal. En la hernia diafragmática se efectúa con la doble finalidad de evitar la dilatación gástrica postoperatoria y de fijar el estómago a la pared abdominal (12, 1).

En la cirugía intestinal de las oclusiones mecánicas con o sin resección, la aspiración del contenido intestinal con el tubo de Pool-Larghero y la gastrostomía, cumplen con el objetivo primordial de evitar la distensión postoperatoria con la consiguiente falla de la anastomosis (10).

En la cirugía del cáncer de colon, reduce la mortalidad y la morbilidad (5).

En la peritonitis difusa como en la cirugía de las grandes eventraciones y hernias, evita el íleo y asegura el resultado plástico de la intervención.

La cirugía retroperitoneal que exija una disección extensa del tejido celular subperitoneal como la cirugía aórtica y las anastomosis portosistémicas, entran en el campo de aplicación de la gastrostomía.

En la cirugía esofágica, Ripstein (15) aconseja su empleo.

2) EDAD DEL PACIENTE

Es en los dos extremos de la vida, en la cirugía pediátrica y geriátrica, que la gastrostomía amplía su campo de indicaciones. La mejor incidencia de complicaciones respiratorias, su fácil control, explican su uso. Gross y Holder sostienen que "la

gastrostomía temporaria es el recurso quirúrgico de mayor utilidad y sencillez, obtenido en los últimos años en el cuidado general del niño quirúrgico" (14).

3) ESTADO GENERAL

Los enfermos caquéticos, desnutridos, cardíacos, bronquíticos crónicos, tienen una evolución postoperatoria de menor morbilidad y mortalidad, cuando se complementa el procedimiento operatorio con la gastrostomía.

TECNICA

Dado que todo procedimiento profiláctico no debe tener mortalidad ni morbilidad, es necesario para cumplir este objetivo, puntualizar algunas consideraciones técnicas.

La gastrostomía debe estar situada en la unión del tercio medio con el tercio inferior de la cara anterior del estómago, a igual distancia de la pequeña y gran curva.

Empleamos la técnica de la tunelización, según el procedimiento de Marwedel, con sutura cuidadosa de los vasos submucosos. La sonda de Pezzer se saca por contravertura en una zona donde no haya tensión ni distorsión del estómago, buscando mantener la relación anatómica normal del estómago con la pared abdominal. Por último, la fijación del estómago a la pared abdominal es de fundamental importancia para evitar el pasaje del contenido gástrico a la cavidad peritoneal.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Los cuidados postoperatorios cubren varias etapas: una primera, de 48 horas de aspiración continua con bomba de Stedman o en su defecto por el sistema de aspiración continua que ilustramos en la figura 1. En esta etapa se lava el tubo con suero, cuatro veces diarias para asegurar su permeabilidad y su correcta función.

La segunda etapa se extiende hasta las 96 horas, realizando la aspiración con el sistema de sifonaje, colocando el tubo de goma en un bocal con agua, previo cebado del sistema.

La tercera etapa comprende el pinzamiento progresivo del tubo, de acuerdo al residual gástrico obtenido al despinzar el tubo. El pinzamiento se hace permanente a partir del sexto día y la extracción del tubo se efectúa a los catorce días. La extracción tardía del tubo elimina la posibilidad de la pérdida del contenido gástrico hacia la cavidad peritoneal.

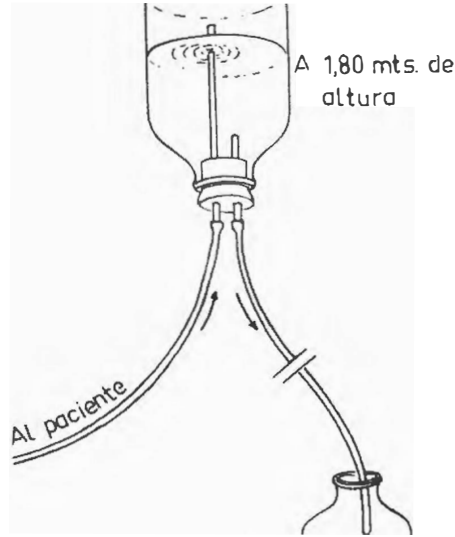


Fig. 1.

COMPLICACIONES

No hemos tenido complicaciones por el empleo de la gastrostomía. Las complicaciones más graves descritas son: la peritonitis consecutiva a la extracción del tubo y la hemorragia (16). Esto se obvia con la extracción tardía del tubo, la fijación del estómago a la pared abdominal y la ligadura de las venas gástricas submucosas.

En más de 3.000 gastrostomías, Smith y Farris no tienen mortalidad ni complicaciones graves imputables a este procedimiento profiláctico (17).

SUMARIO

Se realiza la valoración de la gastrostomía, como recurso profiláctico de la oclusión intestinal postoperatoria.

Se analizan los inconvenientes de la intubación intestinal, de eficacia dudosa y no siempre inocua.

Se establecen las indicaciones, los cuidados postoperatorios y la profilaxis de las complicaciones de la gastrostomía temporaria.

En nuestra limitada experiencia, es un procedimiento eficaz, seguro, sin mortalidad. Ocupará, creemos, un lugar definitivo en el arsenal terapéutico del cirujano.

BIBLIOGRAFIA

1. ALLEN, A. W. and DONALDSON, G.—Jejunostomy for Decompression of the Postoperative Stomach. "Surgery", 15: 565-569; 1942.
2. BARTHE, E. y NEGRIN, G. H.—"Intubación intestinal y oclusión". Ed. Intermédica, Buenos Aires, 1958, págs. 114-128.
3. BERGER, L. and ACHS, S.—Perforation of the Small Intestine by the Miller-Abbott Tube. "Surgery", 22: 648-650; 1947.
4. CUNHA, F.—Gastrostomy: its Inception and Evolution. "Am. J. Surg.", 72: 610-634; 1946.
5. DE PEISTER, F. A. and GILCHRIST, R. K.—Matching the Operative Procedure to the Patient in Carcinoma of the Colon. "S. Clin. North America", 38: 1343-1351; 1958.
6. DORTON, H. E.—A Multipurpose Gastrostomy Tube. "Surg. Gynec. and Obst.", 112: 122-125; 1961.
7. FARRIS, J. M. and SMITH, G. K.—An Evaluation of the Practice of Temporary Gastrostomies a Substitute for Nasogastric Suction. "Ann. Surg.", 144: 475-483; 1956.
8. GILCHRIST, R. K.—Postoperative Decompression of the Stomach and Jejunum by Gastrostomy. "J. A. M. A.", 152: 232; 1953.
9. GILCHRIST, R. K.—Gastrostomy Tubes. "Surg. Gynec. and Obst.", 106: 631-633; 1958.
10. GILLEBY, W. J.—Gastrointestinal Decompression in Reconstructive Bowel and Biliary Surgery. "S. Clin. North America", 42: 231-248; 1962.
11. GRANT, G. N.; ELLIOT, D. W. and FREDERICK, P. L.—Postoperative Decompression by Temporary Gastrostomy or Nasogastric Tube. "Arch. Surg.", 85: 844-851; 1962.
12. HORSLEY, J. S.—Peptic Ulcers Perforating into the Pancreas. "Ann. Surg.", 110: 606-613; 1939.
13. HURTWITZ, A.—A new dual-purpose Gastrostomy Tube. "Arch. Surg.", 77: 79-81; 1958.
14. MARTIN, L. W. and FULTZ, C. T.—Use of Gastrostomy in Pediatric Surgery. "Arch. Surg.", 78: 904-907; 1959.

15. RIPSTEIN, C. B. and SCHNEIDER, K. M.— An Appraisal of Temporary Gastrostomy and Enterostomy. "Am. J. Surg.", 96: 90-93; 1958.
16. SENTER, K. L.— Complications of Temporary Tube Gastrostomy. "Arch. Surg.", 81: 103-106; 1960.
17. SMITH, G. K. and FARRIS, J. L.— Re-Evaluation of Temporary Gastrostomy as a Substitute for Nasogastric Suction. "Am. J. Surg.", 102: 168-176; 1961.
18. WANGENSTEEN, O. H.— "Intestinal obstruction". Springfield, Ill., Charles C. Thomas, Third Edition, 1955.