

Gastrostomia Endoscòpica Percutània als infants. La nostra experiència

X. Molina², J. F. Mulet¹, J. Bregante, A. Rosell³

Introducció

L'any 1980 Gauderer i Ponsky¹ publicaren una nova tècnica de gastrostomia amb la qual introduïen una sonda tipus Pezzer sense necessitat de practicar una laparotomia. Aquesta tècnica que denominà Gastrostomia Endoscòpica Percutània (PEG) consisteix en situar una sonda d'alimentació directament a l'estómac per punció Percutània i sota control endoscòpic.

Aquesta tècnica és possiblement avui el procediment d'elecció quan un infant necessita una gastrostomia per alimentació.⁽²⁾

La tècnica representa una millora en la relació cost- benefici, permet una millora en la qualitat de vida respecte a la alimentació per sonda Nasogàstrica, ja que evita complicacions mecàniques i estètiques d'aquesta última.

Les indicacions principals de la PEG son les següents: Impossibilitat de deglutir (Lesions del SNC etc.) Ajut Nutricional (Fibrosi Quística, cremats etc.) Anorèxies. Patologia esofàgica i/o digestiva (estenosi esofàgica, Síndrome de budell curt Etc.) Altres com puguin ésser administració de fàrmacs o dietes desagradables.

Material i Mètode

Des de l'1 de gener de 1998 fins el 31 de desembre del 2003 el servei de Cirurgia Pediàtrica amb col·laboració de l'unitat de Gastroenterologia Pediàtrica ha col·locat 26 PEG.

Servei de Cirurgia General. Servei de Cirurgia Pediàtrica. Servei de Pediatria. Hospital Universitari Son Dureta Palma de Mallorca.

¹Servei de Cirurgia Pediàtrica.

²Servei de Cirurgia General.

³Gastroenterologia Pediàtrica.

Analitzem retrospectivament les dades dels pacients sotmesos a aquesta tècnica dins l'esmentat període.

Tots els malalts reberen el tractament baix anestèsia general a quiròfan excepte 2 que foren tractats a l'unitat de Cures intensives (UCI) amb el mateix protocol i equip que a Quiròfan.

Tots els malalts reberen una dosi profilàctica d'antibiòtic (Monocid a 50 mg./Kg) o be ja estaven amb tractament antibiòtic per altre patologia.

El material emprat va ésser un fibroscop pediàtric de 7,8 cm. i equips de gastrostomia Percutània de 10 a 18 Fr.

La tècnica seguida va ser en tots ells la descrita per Gauderer el 1980 : Fibroscopia fins estómac. Insuflació gàstrica i enfoca de la llum a un punt del quadrant superior esquerra de la paret abdominal. En aquest punt i sobre camp estèril introducció del trocar de punció de l'equip de gastrostomia que es controla amb el fibroscop. Pas de fiador i llaç que és agafat per la pinça del fibroscop i exterioritzat per boca. Procés invers d'extracció per paret abdominal de la sonda que es fa abaixar amb el llaç per tracció del mateix. Amb aquesta maniobra queda la sonda en posició, comprovada amb el fibroscop. Fixació de la sonda amb el baló i els topes cutanis.

Inici de l'alimentació per la PEG a les 6-8 hores i alta per aquesta causa a les 24 hores després de comprovar bon funcionament i ensenyament del pares. A tots ells es fa el canvi de la sonda per una altre o un botó cada tres mesos, si no hi ha cap problema que obligui a una actuació més precoç.

Les indicacions a la nostra sèrie ve a la Taula I.

Resultats

Dels 26 malalts han estat excluits 3 pacients per òbit abans dels tres mesos, causada per la seva patologia de base, però sense cap complicació amb la implantació de 1 PEG, i 4 més, per no tenir seguiment al servei, malgrat passaren uns primers controls (3 i 6 mesos sense problemes).

Un malalt va ésser operat de reflux gastroesofàgic sever abans de la PEG.

Un altre pacient ja diagnosticat de reflux va ésser operat – Nissen- als dos mesos de portar la PEG.

No hem patit complicacions greus (fistules, perforacions còliques, etc), éssent les complicacions de caracter lleu: 5 granulomes, abcés de paret un cas, dermatitis per fuites de suc gàstric un altre malalt, i una petita necrosi cutània per excessiva pressió dels topalls de la sonda que tampoc va precisar cap altre acció quirúrgica.

La tolerància ha estat bona a tots els casos. S’han presentat explosions de balons i sortida de sonda en 8 casos atribuïbles a manca de pràctica per part de la família, sense que ocasionessin cap tipus de trastorn excepte l’ensurt.

A tres malalts se els ha pogut retirar la PEG per millorar o desaparèixer la patologia de base.

A la Taula II resumim: la Patologia de base, l’evolució i les complicacions dels nostres malalts.

Discussió

La coloració d’una PEG a l’edat pediàtrica en els casos en que està indicada proporciona una autonomia i una millora en la qualitat de vida del malalt i els seus cuidadors molt important³

Estudis retrospectius mostren una disminució de la morbimortalitat envers la gastrostomia quirúrgica.⁴

L’utilització de la PEG és més econòmica, dismi-
nuïx el temps d’intervenció així com el temps d’in-
grés.

Diverses sèries i nosaltres coincidim han com-
provat que la millora en el pes i estat nutricional, és
molt millor amb la PEG que amb la Sonda
Nasogàstrica mantinguda de manera perllongada i
sense la problemàtica associada al sondatge nasal
(lesions a fosses nasals, arrencaments nombrosos de
la sonda etc.⁵

Conclusions

És una tècnica adequada a l’edat pediàtrica per
realitzar una gastrostomia.

És una tècnica senzilla i fàcil d’aprendre amb
baixa morbiditat i mortalitat.

Tècnica d’elecció en els casos d’impossibilitat
d’alimentació via oral de no poder administrar tots
els requeriments nutricionals per boca.

TAULA I
INDICACIÓ DE GASTROSTOMIA

Incoordinació Deglutorià	.....14.
Augment de necessitats energètiques	... .2.
Necessitat d’alimentació continuada	.... .2.
Estenosi esofàgica severa	.....1.

TAULA II
PATOLOGIA DE BASE:

Neurològica	.....11.
Miopatia	.....3.
Oncologia	.....1.
Síndrome Budell Curt	.....1.
Cardiopatía	.....1.
Metabolopatía	.....1.
Ingesta de càustic	.....1.

COMPLICACIONS:

Granuloma	5.
Abscés de paret	1.
Fuga alimentària	2.
Necrosi cutània	

2. Stiegman GV, Goff Js, Silas D, Peralman N, Sun J, Norton L. “ Endoscopic vs. Operative gastrostomy: Final results of a prospective randomized trial”. *Gastrointestinal Endosc.* 1990; 36: 1 – 5.
3. Seguel JC, Ollero P, Rollán V, Alvarez M. “ Experiencia en la colocación de la Gastrostomia Percutanea Endoscópica en 60 niños”. *Cirugía Pediátrica.* Vol 16, 3; 2003, 125 – 127.
4. Norton B, Horner-Ward M, Donnelly MT, Long RG, Holmes GKT. “ A randomised prospective comparison of PEG and nasogastric tube feeding after acute disphagic stroke”. *British Medical Journal.* 1996; 312: 13 – 16.
5. Espinós Perez JC. “ Gastrostomia Endoscópica Percutanea (GEP) Indicaciones clínicas y resultados”. *Gastroenterologia Hepatologia* 1999; 22 : 408 – 414.

Bibliografia

1. Gauderer ML, Ponsky JL, Izant RJ. “ Gastrostomy without laparotomy: a Percutaneous endoscopic technique”. *Journal Pediatric Surgery* 1980; 15: 872 – 875.

