

Cartas al Director

Neumoperitoneo gigante secundario a gastrostomía percutánea endoscópica

Palabras clave: Gastrostomía endoscópica percutánea. Nutrición enteral. Neumoperitoneo.

Key words: Percutaneous endoscopic gastrostomy. Enteral nutrition. Pneumoperitoneum.

Sr. Director:

Desde la aparición de la gastrostomía percutánea endoscópica (PEG) en 1980 sus indicaciones han ido aumentando, representando un gran impacto en las técnicas de nutrición enteral. Los pacientes con neoplasia de cabeza y cuello requieren frecuentemente aportes nutricionales. La nutrición enteral es fácil de administrar y se asocia con una baja tasa de infección. La PEG es un procedimiento seguro que se puede realizar incluso de manera ambulatoria con anestesia local y sedación (1). Presentamos un paciente de 68 años con antecedente de HTA, carcinoma de amígdala intervenido, y portador de traqueotomía; que tras colocación de sonda de gastrostomía vía percutánea presenta cuadro de mal estado general, dolor y distensión abdominal. Ante el riesgo quirúrgico del paciente se decide solicitar TAC abdominal en el que se objetiva gran neumoperitoneo, decidiéndose intervención quirúrgica urgente (Fig. 1). Durante la intervención se observa desprendimiento de la sonda de gastrostomía con apertura del estómago a cavidad abdominal. Se recoloca la sonda y se realiza lavado de cavidad. La tasa de complicaciones de la PEG oscila entre el 4-20% (2) en pacientes con neoplasia de cabeza y cuello, siendo la más frecuente la infección (8,8-20%). El neumoperitoneo es una rara complicación que ocurre en un 0-1,2% de los pacientes (3) y está relacionado con el momento de la colocación de la PEG o provocado por el arrancamiento precoz de la sonda antes de que se forme el trayecto fistuloso (antes de los primeros 14-20 días). El diagnóstico puede

realizarse por diferentes estudios de imagen, la radiografía simple es la exploración más rentable (4); la TAC es más sensible y al mismo tiempo puede sugerir la causa del neumoperitoneo. En el tratamiento lo más importante es decidir si requiere un tratamiento conservador o es necesario realizar una laparotomía exploradora. Podemos concluir que la PEG es una técnica sencilla de realizar, fácil de aprender, con poca morbilidad y baja mortalidad inmediata (5). Debe considerarse como técnica de elección en pacientes incapaces de alimentarse o mantener sus necesidades nutricionales por vía oral con sistema digestivo indemne.

Z. Valera Sánchez, F. Pareja Ciuró, F. Docobo Durantez,
D. Molina García y J. García Moreno.

*Departamento de Cirugía General. Hospitales Universitarios
Virgen del Rocío. Hospital General. Sevilla*



Fig. 1. Gran neumoperitoneo secundario a PEG.

Bibliografía

1. Pereira Cunill JL. La gastrostomía endoscópica percutánea. Realidad en la práctica nutricional clínica intra y extrahospitalaria. *Rev Clin Esp* 2005; 205 (10): 472-7.
2. Beaver ME, Myers JN, Griffenberg W. Percutaneous fluoroscopic gastrostomy tube placement in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 124: 1141-4.
3. Socas Macías M, Ibáñez Delgado F, Álamo Martín JM, Cruz Villalba C, Alcántara Gijón F, Hernández de la Torre JM. Neumatosis intestinal masiva asociada a nutrición enteral por catéter de yeyunostomía. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97 (7): 531-7.
4. Dolfo W, Vetencourt T, Bombala I, Fernandez C, Fuentes D, Monserat R, et al. Percutaneous endoscopy gastrostomy in patients with head and neck neoplasms. Evaluation of a new gastrostomy. *GEN* 1995; 49 (4): 278-85.
5. Espinós Pérez JC. Gastrostomía endoscópica percutánea (GEP): indicaciones clínicas y resultados. *Gastroenterol Hepatol* 1999; 22: 408-14.