

Cartas al Director

Fascitis necrotizante secundaria a inserción de sonda de gastrostomía endoscópica percutánea

Palabras clave: Gastrostomía endoscópica percutánea. Fascitis necrotizante. Nutrición enteral.

Key words: Percutaneous endoscopic gastrostomy. Necrotizing fasciitis. Enteral nutrition.

Sr. Director:

La gastrostomía endoscópica percutánea es una técnica relativamente sencilla, segura y eficaz para la alimentación enteral a largo plazo. La mayoría de sus complicaciones son de carácter leve, si bien en ocasiones aparecen cuadros que ensombrecen el pronóstico del paciente. Describimos el caso de una mujer que falleció como consecuencia de una fascitis necrotizante, a pesar de que la técnica se realizó con todas las garantías necesarias.

Caso clínico

Mujer de 89 años con antecedentes personales de HTA, DM tipo 2 y varios accidentes cerebrovasculares de repetición a consecuencia de los cuales presentaba hemiplejía derecha y alteraciones deglutorias que habían requerido nutrición enteral a través de sonda nasogástrica en los últimos 3 años. De acuerdo con su familia y geriatra habitual se indicó la colocación de sonda de gastrostomía percutánea con control endoscópico. El procedimiento fue realizado bajo sedación profunda por un anestesiólogo y siguiendo las pautas de profilaxis antibiótica recomendadas actualmente. La técnica de colocación por tracción se llevó a cabo con set comercializado por dos endoscopistas expertos. Se realizó una estricta

desinfección de la zona, colocando la presilla externa de la sonda a una distancia entre 2-3 cm de la superficie de la piel a través de una incisión de aproximadamente 1 cm. A las 12 horas del proceso se inició alimentación a través de la PEG y a las 24 horas la paciente fue dada de alta sin complicaciones aconsejándose los cuidados domiciliarios habituales. Transcurridas 48 horas la paciente ingresa en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital por deterioro del estado general; eritema, edema e induración en pared abdominal con supuración de líquido purulento a través y alrededor del orificio de gastrostomía. En la exploración física destacaban un claro empeoramiento del estado general, tiraje intercostal y signos de hipoperfusión periférica. La pared abdominal presentaba extensa crepitación, edema y eritema en región perigastrostomía con supuración espontánea y a la presión de material purulento por orificio de gastrostomía. La analítica mostraba intensa leucocitosis con desviación izquierda, plaquetopenia y alteraciones en los tiempos de protrombina y cefalina. Se decidió realizar TAC abdominal urgente que demostró la presencia de extenso enfisema subcutáneo en pared abdominal (Fig. 1); imagen compatible con abscesificación en región subyacente a gastrostomía; importante ileo paralítico y pneumoperitoneo (Fig. 2). Se inició tratamiento con antibióticos de amplio espectro, desbridamiento quirúrgico del absceso abdominal y estrictos cuidados locales de la herida. Pese a todo la paciente falleció una semana después del inicio del tratamiento. El cultivo de las muestras tomada en la región resultó positivo a los diez días del ingreso para *Pseudomonas putrida* y *Acinetobacter*.

Discusión

El mantenimiento de un buen estado nutricional constituye una de las bases terapéuticas fundamentales en numerosas patologías (1). Su finalidad no sólo es prolongar el tiempo de supervivencia sino también mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes (1). El desarrollo de la técnica de gastrostomía endoscópica percutánea y la comercialización de diversos kits estándar, ha transformado esta técnica en una vía de acceso útil para

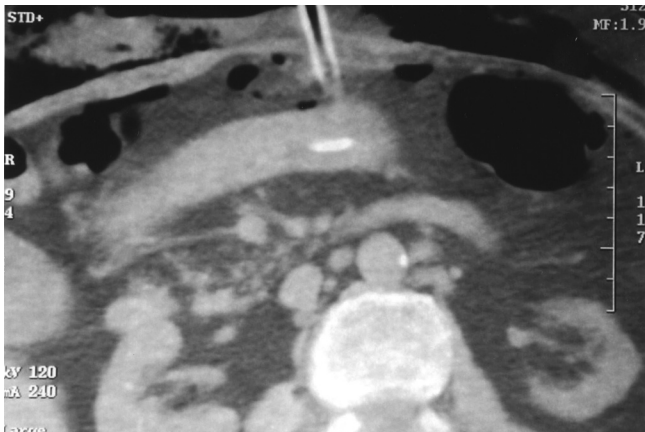


Fig. 1. Sonda de gastrostomía endoscópica. Imagen de abscesificación en región perigastrostomía. Presencia de aire en pared abdominal.

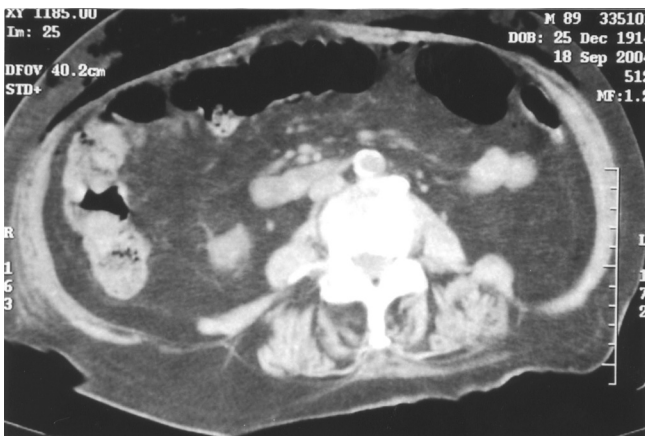


Fig. 2. Pneumoperitoneo extenso en pared abdominal.

la administración de medicación y nutrición enteral a largo plazo (2). La verdadera efectividad de la PEG en mejorar el estado funcional y nutricional de los pacientes es difícil de valorar. La mayoría de los estudios controlados acerca de su beneficio real incluyen grupos muy heterogéneos de pacientes, con patologías variopintas, corta esperanza de vida y estado basal muy deteriorado. Sin embargo, en general, parece demostrarse una clara tendencia a conseguir aumento de peso, mejora en niveles de albúmina sérica y aumento de supervivencia (3-6).

Por todo lo anterior, el uso de la PEG es cada vez más extenso, potenciándose incluso en áreas con dudoso beneficio clínico. Actualmente, se recomienda su colocación en pacientes con disfagia de larga evolución y estado mental conservado, descompresión gástrica y en tratamiento de tumores de cabeza y cuello. Además su uso parece razonable como medida de cuidado en pacientes con disfagia y alteraciones del estado mental o estado vegetativo, de acuerdo con los deseos de la familia (1,2,4,5).

Por otro lado, se trata de una técnica relativamente segura y eficaz. La tasa de mortalidad a corto plazo se correlaciona fundamentalmente con la gravedad de la enfermedad subyacente,

la edad avanzada y la presencia de infecciones concurrentes o antecedentes de aspiración, más que con el procedimiento en sí. Actualmente la supervivencia global a los 30 días se sitúa en torno al 80-90% según algunos estudios (6,7). En cuanto a la mortalidad a largo plazo es alta, reflejando la importante comorbilidad de estos pacientes (2,8). Estudios comparativos no han encontrado diferencias entre la gastrostomía quirúrgica y la PEG en términos de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, el procedimiento endoscópico es más económico y ahorra tiempo, por lo que se reserva la cirugía para pacientes en los que no sea técnicamente posible el acceso endoscópico o vayan a ser sometidos a intervención por otra patología (9).

El porcentaje de complicaciones descritas secundarias a PEG es aceptable (6,7). La mayoría son de carácter leve: infección o sangrado de la herida, ulceraciones cutáneas o gástricas, pneumoperitoneo o íleo paralítico. No obstante, también se ha descrito la aparición de otras complicaciones más graves: perforaciones del tracto gastrointestinal, fistulas colocolónicas, aspiraciones alimentarias y necrosis fascial (fascitis necrotizante) (6,7). La fascitis necrotizante se caracteriza por la destrucción fulminante de tejido celular subcutáneo y adipocitos, extendiéndose en ocasiones a la piel. Se asocia a toxicidad sistémica y a alta mortalidad. El diagnóstico precoz del cuadro es fundamental para el pronóstico del paciente. Con frecuencia el dolor inexplicable es el primer signo de un cuadro cutáneo y sistémico más florido (10). La TAC puede confirmar el diagnóstico pero la exploración quirúrgica es indispensable: facilita el desbridamiento de los tejidos afectados y la obtención de material para cultivo microbiológico. El tratamiento debe completarse en todos los casos con medidas de soporte básico y amplia cobertura frente a bacilos gram negativos, anaerobios y microorganismos productores de lactamasa (10,11). En la literatura médica, la aparición de esta complicación se ha asociado a factores dependientes del paciente (diabetes, infecciones cutáneas, desnutrición e inmunosupresión), y a factores dependientes de la técnica (incorrecta profilaxis antibiótica, ausencia de enjuague de la cavidad oral con soluciones antisépticas, déficit en la esterilización de la zona quirúrgica, incisiones excesivamente pequeñas en la pared, excesiva tensión en la colocación de la sonda, etc.) (10-13). Sin embargo, como ocurre en el caso que describimos esta complicación aparece en ocasiones sin que se hayan podido identificar factores de riesgo técnicos, clínicos o de cuidado.

En conclusión, la gastrostomía endoscópica percutánea es actualmente una técnica de rutina en los servicios de endoscopia que permite el aporte de nutrición enteral a largo plazo en muchos pacientes. Generalmente su mortalidad se asocia a la enfermedad subyacente, pero no debemos olvidar que puede presentar cierto número de complicaciones, algunas de las cuales precisan un diagnóstico precoz y medidas terapéuticas agresivas ya que pueden comprometer la vida de nuestros pacientes.

E. Gómez Domínguez, A. J. del Pozo García, C. Corella Malo, S. García Garzón, E. Sanz de Villalobos y A. Bienvenido

Sección de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Guadalajara

Bibliografía

1. Dormann AJ, Huchzermeyer. Endoscopic techniques for enteral nutrition: Standard and innovations. *Dig Dis* 2002; 20: 145-53.
2. Nicholson FB, Korman MG, Richardson MA. Percutaneous endoscopic gastrostomy: a review of indications, complications and outcome. *Gastroenterol Hepatol* 2000; 15: 21-5.
3. Bannerman E, Pendlebury J, Phillips F, Ghosh S. A cross-sectional and longitudinal study of health-related quality of life after percutaneous gastrostomy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12: 1101-9.
4. Kobayashi K, Cooper GS, Chak A, Sivak MV jr, Wong RC. A prospective evaluation of outcome in patients referred for PEG placement. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 500-6.
5. Callahan CM, Haag KM, Buchanan NN, Nisi R. Decision-making for percutaneous endoscopic gastrostomy among older adults in a community setting. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47 (9): 1105-9.
6. Schapiro GD, Edmundowicz SA. Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastrointes Endosc Clin N Am* 1996; 6 (2): 409-22.
7. Taylor CA, Larson DE, Ballard DJ, Bergstrom LR, Silverstein MD, Zinsmeister AR. Predictors of outcome after percutaneous gastrostomy: A community-based-study. *Mayo Clin Proc* 1992; 67: 1042-9.
8. Finocchiaro C, Galletti R, Rovera G, Ferrari A, Todros L, Unolc A, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: A long term follow up. *Nutrition* 1997; 13: 520-3.
9. Stiegmann GV, Goff JS, Silas D, Pearlman N, Sun J, Norton L. Endoscopic vs operative gastrostomy: final results of a prospective randomized trial. *Gastrointest Endosc* 1990; 36 (1): 1-5.
10. Martindale R, Witte M, Hodges G, Kelley J, Harris S, Andersen C. Necrotizing fasciitis as a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *J Parenter Enteral Nutr* 1987; 11 (6): 583-5.
11. Chung RS, Shertzer M. Pathogenesis of complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Am Surg* 1990; 56 (3): 134-7.
12. Harris A, Chan AC, Torres-Viera C, Hammett R, Carr-Lache D. Meta-analysis of antibiotic prophylaxis in endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Endoscopy* 1999; 31 (9): 718-24.
13. Sharma VK, Howden CW. Meta-analysis of randomized, controlled trials of antibiotic prophylaxis before percutaneous endoscopic gastrostomy. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1951-2.