

Diarrea en paciente con sonda de gastrostomía endoscópica percutánea

J. Vega Sánchez^a, J. I. Ramos-Clemente Romero^b, E. Hoyos Pablos^c, F. Gamboa Antiñolo^a
y R. López Alonso^a

^aServicio de Medicina Interna. Unidad de Continuidad Asistencial. Hospital El Tomillar. Sevilla. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva. ^cServicio de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de 76 años con antecedentes de demencia tipo Alzheimer, anemia multifactorial e hipertensión arterial (HTA), con importante grado de dependencia. Se procedió a la colocación de sonda de gastrostomía para nutrición enteral mediante técnica de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). La colocación de la sonda se realizó sin complicaciones inmediatas.

A las 24 horas se inicia dieta por la sonda PEG con buena tolerancia, sin fiebre ni otras alteraciones destacables, y durante siete meses la paciente mantiene nutrición enteral por la sonda PEG sin incidencias.

Desde el día en que se procedió al primer recambio de dicha sonda, la paciente presenta diarrea líquida que coincide con la administración de la nutrición, que sólo aparece en relación con ésta y que presenta un aspecto similar al de la propia alimentación. La paciente se ingresa para evaluación del cuadro, encontrándose afebril, sin alteraciones destacables en la exploración salvo por la presencia de exudado amarillento por los bordes del área de implantación de PEG sin signos inflamatorios locales. El hemograma y la bioquímica básica son normales. Se realiza estudio baritado con introducción de contraste a través de la sonda PEG y se demuestra la localización del extremo distal de la sonda PEG en el tercio medial del colon transverso (figs. 1 a 3).



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.

Discusión

La indicación principal de colocar una sonda de gastrostomía es mantener una nutrición enteral en pacientes con sistema digestivo indemne e imposibilidad para la alimentación oral, y en los que es previsible que su dificultad nutricional se vaya a mantener por un período prolongado. La causa más frecuente (el 90% de las indicaciones) es la disminución de la capacidad de ingesta debido a procesos neurológicos que producen disfagia neuromotora, como demencia o accidente cerebrovascular, entre otras¹.

La aparición de complicaciones en relación con la técnica es baja, siendo la más frecuente la infección de los bordes del estoma. El empleo de antibióticos de forma profiláctica antes de iniciar el procedimiento reduce el riesgo de esta complicación².

La formación de fistulas es poco frecuente y por lo general de aparición tardía, meses después de la colocación de la sonda, siendo las gastrocutáneas las de mayor prevalencia. La aparición de fistulas gastrocómicas está descrita en la literatura aunque suele ser excepcional³.

En nuestro caso, el mecanismo de aparición se relacionó con la interposición del colon transversal entre la pared abdominal y el estómago durante el procedimiento de colocación de la sonda, provocando la perforación del colon y formación de una fistula gastrocólica iatrogénica. Inicialmente el extremo distal de la sonda PEG quedó alojado en la cámara gástrica, por lo que no hubo incidencias hasta que se procedió al primer recambio de la sonda. La segunda sonda no encontró la fistula gastrocólica y quedó alojada en el colon.

Por lo general, los pacientes permanecen asintomáticos hasta que se procede al primer recambio de la sonda, que debe realizarse entre los primeros 6-12 meses. Es entonces cuando aparece diarrea a los pocos minutos de introducir la alimentación por el tubo re-

cient colocado (como ocurrió en el presente caso). En ocasiones se observa presencia de material fecal que refluye por la sonda o vómitos fecaloideos asociados⁴. El diagnóstico de esta complicación puede hacerse mediante un estudio radiológico administrando contraste hidrosoluble a través de la sonda PEG, observándose el paso de contraste a colon. Por lo general, la visualización directa de la fistula es difícil o suele pasar inadvertida. Una alternativa eficaz puede ser la realización de un enema opaco⁵.

La asociación de estos eventos con complicaciones mayores como la peritonitis es baja, y suele producirse por la fuga de contenido gástrico antes de que se consolide adecuadamente el trayecto fistuloso, generalmente por tracción externa o arrancamiento precoz de la sonda. Las fistulas no complicadas suelen cerrarse espontáneamente a los 7-10 días con la retirada de la sonda⁶.

Unos días después de la retirada de la sonda PEG nuestra paciente recibió la nutrición a través de una sonda nasogástrica y unas semanas después se practicó un estudio gastroduodenal que no mostró la fistula gastrocólica, si bien persistió en el orificio de la PEG una fistula colocutánea sobre la que se colocó una bolsa recolectora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sebastián JJ. Gastrostomía endoscópica percutánea. Técnica e indicaciones. *Endocrinol Nutr.* 2004;51(4):158-62.
2. Schapiro GD, Edmundowicz SA. Complications of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* 1996;6:409-22.
3. Smyth GP, McGreal GT, McDermott EWM. Delayed presentation of a gastric colcutaneous fistula after percutaneous endoscopic gastrostomy. *Nutrition.* 2003;19:905-6.
4. Pitsinis V, Roberts P. Gastrocolic fistula as a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Eur J Clin Nutr.* 2003;57(7):876-8.
5. Huang S, Levine M, Raper S. Gastrocolic fistula with migration of feeding tube into transverse colon as a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *AJR.* 2005;148:665-6.
6. Kinoshita Y, Udagawa H, Kajiyama Y, Tsutsumi K, Veno M, Nakamura T, et al. Gastrocolic fistula and colonic perforation as a complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 1999;9:220-2.