

“BURIED BUMPER SYNDROME” COMPLICADO COM ABCESSO DA PAREDE ABDOMINAL – UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA MENOS INVASIVA, MAS EFICAZ...

Autores: Cunha I (1); Almeida N (1,2); Macedo C (1); Agostinho C (1); Tomé L (1)

Filiações: 1 – Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

INTRODUÇÃO

O “Buried Bumper Syndrome” (BBS) é uma complicação que pode ocorrer após colocação de Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG). Apesar de raro, este síndrome é potencialmente fatal, sendo que têm sido descritas várias técnicas endoscópicas e/ou cirúrgicas para resolver esta intercorrência. Contudo, o desbridamento cirúrgico está formalmente indicado quando está presente um abscesso da parede abdominal.

CASO CLÍNICO

Doente de 47 anos, com glossectomia parcial por carcinoma, submetido a colocação de PEG em 2016, por apresentar dificuldades na deglutição.

Dezasseis meses depois recorre ao serviço de Urgência por obstrução da PEG e dor intensa no local da fístula gastrocutânea. Após tentativa de rotação e inserção adicional da PEG, que se revelou impossível por dor intensa, palpando-se o fixador interno da sonda no seio da parede abdominal, realizou-se endoscopia alta que confirmou o diagnóstico de BBS, com ausência completa do fixador interno, e registando-se drenagem de pus a partir de pequeno orifício, que se encontrava em comunicação com abscesso (**Fig. 1**).

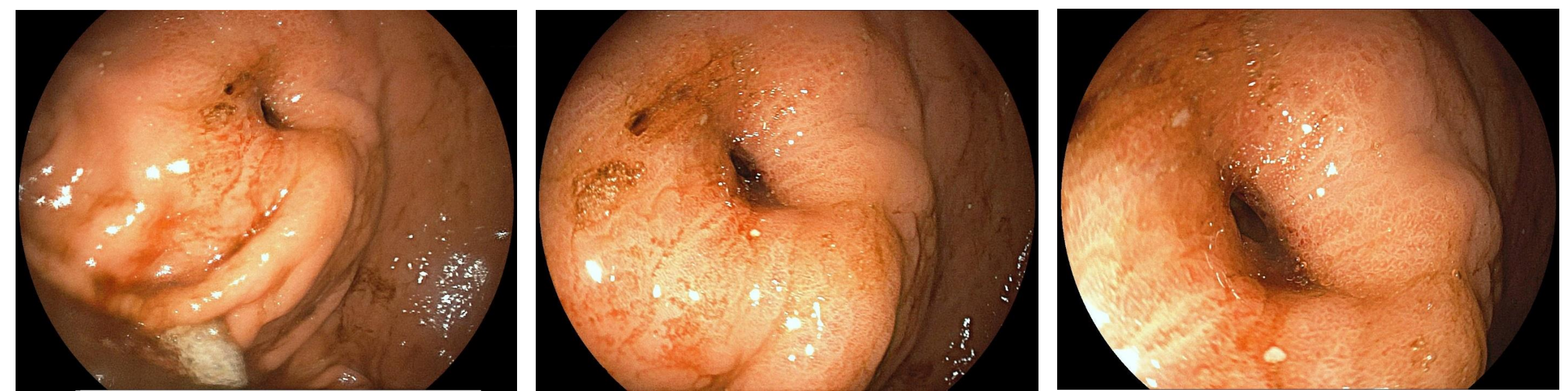


Fig. 1 - Fixador interno da sonda no interior da parede abdominal e pequena drenagem de pus a partir de pequeno orifício em comunicação com abscesso.

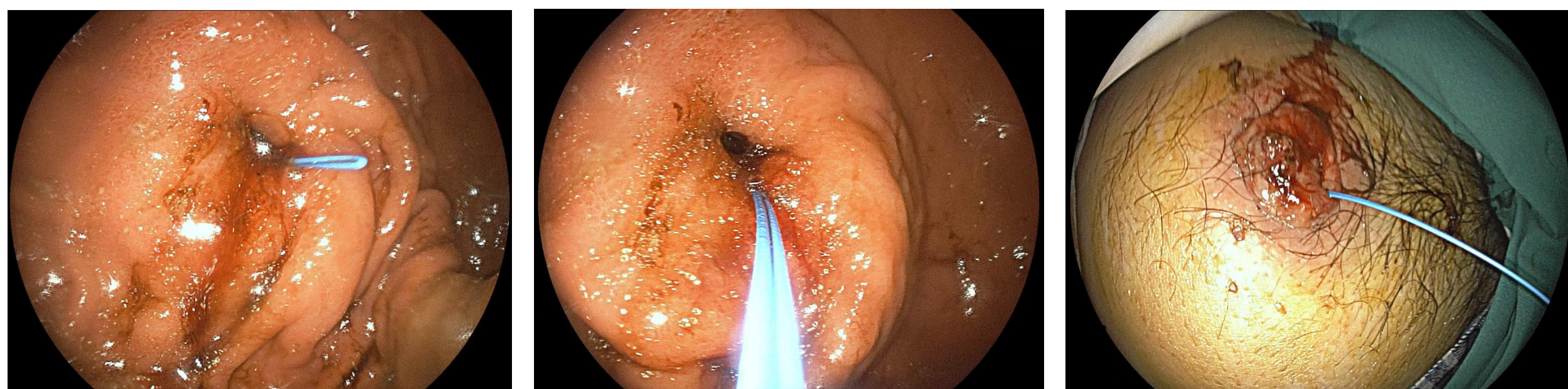


Fig. 2 – Remoção da PEG após passagem do fio-guia pelo orifício gastrocutâneo.

Após anuência do doente, optou-se por tentar uma resolução endoscópica e não cirúrgica desta intercorrência, sendo que foi possível passar um fio-guia através do orifício externo até à cavidade gástrica e, sob controlo endoscópico, removeu-se a PEG anterior por tração (**Fig. 2**).

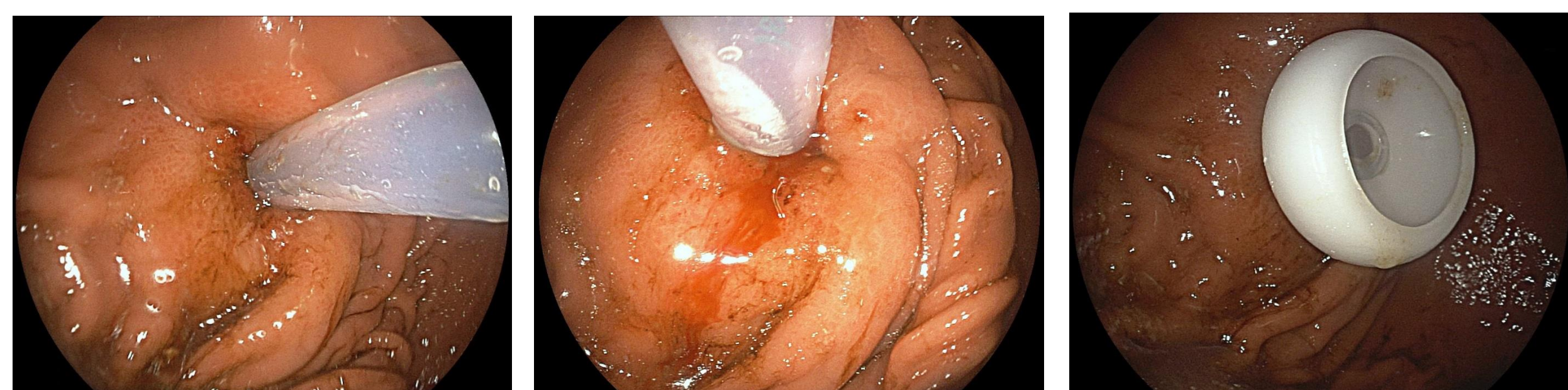


Fig. 3 – Colocação da nova PEG através do mesmo orifício, colocando o fixadores (interno e externo) sem qualquer tração.

Inserção de nova PEG (**Fig. 3**), pela técnica “push” habitual e com recurso a cateter procedeu-se à lavagem do abscesso com soro fisiológico, por via transgástrica, recolocando-se a nova sonda sem qualquer tração nos fixadores (externo e interno).

Após sete dias de internamento, sob antibioterapia e pausa alimentar total pela PEG, foi possível colocar os fixadores na sua posição habitual e reintroduzir a alimentação enteral. Aos 3 meses de follow-up o doente encontrava-se bem, com a PEG funcionante e sem quaisquer problemas (**Fig. 4**).



Fig. 4 – Nova PEG funcionante.

CONCLUSÕES

Este caso demonstra que, na ausência de sinais de peritonite, uma abordagem endoscópica mais agressiva é passível de resolver estas situações, evitando assim uma terapêutica mais invasiva e potencialmente deletéria para o doente.

REFERÊNCIAS

- Gauderer MW, Ponsky JL, Izant RJ JR. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous technique. *Journal of Pediatric Surgery*. 1980; 15:875-875
- Rahnemai-Azar AA, Rahnemai-Azar AA, Nagshizadian R, et al. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, technique, complications and management. *World Journal of Gastroenterology*. 2014; 20 (24): 7739-7751
- G. H. Pop. Buried bumper syndrome: can we prevent it?. *Practical Gastroenterology*. Vol 34; no 5; pp 8-13, 2010.
- Anagnostopoulos GK, Kostopoulos P, Arvanitidis DM. Buried bumper syndrome with a fatal outcome, presenting early as gastrointestinal bleeding after percutaneous endoscopic gastrostomy placement. *J Postgrad Med* 2003; 49:325-7.
- Cyrany J, Rejchrt S, Kopacova M, et al. Buried bumper syndrome: A complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *World Journal of Gastroenterology* 2016; 22(2): 618-627.
- Ma MM, Semlacher EA, Pedorak RN, et al. The buried gastrostomy bumper syndrome: prevention and endoscopic approaches to removal. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1995;41:505-508.