

## Imagen del mes

# SÍNDROME DE ENTERRAMIENTO DEL BOTÓN GÁSTRICO DE LA SONDA DE GASTROSTOMÍA (BURIED SYNDROME)

P. Cordero-Ruiz<sup>1</sup>, P. Hergueta-Delgado<sup>1</sup>, E. Domínguez-Adame<sup>2</sup>

Servicio de Aparato Digestivo<sup>1</sup>. Servicio de Cirugía General<sup>2</sup>. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

## Descripción del caso clínico

Varón de 65 años, con antecedentes de accidente cerebro vascular previo con hemiparesia derecha residual, así como disfagia orofaríngea de origen neurológico. Se coloca sonda de gastrostomía con tope gástrico de tipo trébol para nutrición enteral. Seis meses después, la hemiparesia tiene una evolución favorable, permitiendo la deambulación con ayuda de andador.

Sin embargo, la disfagia no mejora, decidiéndose sustituir la sonda de gastrostomía. Al intentar movilizar la sonda, se observa que no es posible girarla ni introducirla, estando fijada a planos profundos. Se decide realizar endoscopia digestiva alta con la intención de valorar el estado del botón interno gástrico de la sonda y su permeabilidad. Se evidencia entonces todo el tope gástrico de la sonda enterrado en mucosa gástrica, de tal manera que no se visualiza parte alguna de silicona del mismo (Figuras 1 y 2). Existía una mínima apertura en el centro recubierta también de mucosa, por la que pasa agua, pudiéndose introducir una guía. Se intenta por varios procedimientos (pinza de biopsia, pinza de ratón y asa de Polipectomía) liberar el tope gástrico de la mucosa, no siendo posible. Con los movimientos de la sonda desde el exterior se observa que la misma está fijada firmemente a la pared gástrica.

Se consulta con Cirugía decidiéndose retirar la sonda por cirugía laparoscópica (Figura 3) y en el mismo acto realizar una nueva gastrostomía (Figura 4).

## Comentarios a la imagen

La gastrostomía endoscópica percutánea en un método fácil y seguro para la nutrición enteral a largo plazo de los enfermos incapaces de alimentarse vía oral. Se han descrito distintas complicaciones relacionadas con esta técnica, entre ellas el síndrome de enterramiento o "buried bumper".



Figura 1

Sonda de gastrostomía fijada a la pared gástrica, con imposibilidad para introducirla o girarla.



Figura 2

Sonda de gastrostomía recubierta por mucosa gástrica en las proximidades del botón interno, tras ser retirada por cirugía laparoscópica.



**Figura 3**

Sonda de gastrostomía fijada a la pared gástrica. Introducción de pinza de biopsias a través del orificio de la PEG.

El síndrome de enterramiento en gastrostomía, es una complicación poco frecuente en la gastrostomía endoscópica percutánea, con una prevalencia del 0.3 – 2.4%. Se caracteriza por una migración del botón interno de la sonda de gastrostomía, en la pared gástrica, ocasionada por un aumento de presión entre tope interno y externo. Esto origina una necrosis isquémica y ulceración de la mucosa gástrica, con epitelización progresiva del tope gástrico. Las causas habituales de esta lesión son el excesivo ajuste de los topes, un cuidado inadecuado de la sonda (la sonda debe ser empujada aproximadamente 1 cm y suavemente girada, antes de reposicionar el tope externo durante la limpieza de la ostomía, para evitar adherencias), tiempo de sustitución prolongado (habitualmente se precisan cuatro meses para su aparición), y aumento de peso (aumenta la presión entre el botón interno y externo).

Además también influyen las características físicas del botón interno, como es la disposición en palas del mismo (como en el caso que presentamos), a diferencia de las sondas actuales tipo hongo, en las que disminuye la superficie de contacto con la mucosa gástrica y por tanto la posibilidad de aparición de esta complicación. La extravasación periostomal de la alimentación es la manifestación más común, otras son dificultad para el flujo, infección de la piel periostomal, presencia de dolor abdominal a la manipulación de la sonda<sup>1,2</sup>.

Se han descrito distintas técnicas para resolver esta complicación, sin embargo no existe un protocolo clínico estandarizado para su manejo. Su abordaje puede realizarse por tracción externa, métodos endoscópicos o vía quirúrgica, dependiendo de la profundidad de la migración del tope interno y del tipo de sonda de gastrostomía.

Cuando la sonda no sea removible por tracción, se describen varias modalidades para retirarla. Algunos autores buscan el tope interno a través de varias incisiones radiales sobre la mucosa que recubre el tope, utilizando un esfinterotomo de punta y al encontrar el tope interno, este es retirado con un asa de polipectomía (técnica de Needle-Knife). Otra alternativa es realizar una incisión cutánea periostomal, bajo anestesia local e introducir dilatadores a través de una guía por la sonda de gastrostomía. Una vez dilatada, se retira la sonda y se cambia. Otro método utiliza un asa de polipecto-



**Figura 4**

Elaboración de una nueva gastrostomía, vía quirúrgica.

mía que se pasa a través del orificio gástrico de la gastrostomía. Cuando el asa está por fuera, se captura el extremo proximal de la gastrostomía y se retrae hacia el estómago (técnica de T).

El problema de estos métodos es que la profundidad de la migración del tope interno se valora endoscópicamente, por lo que no es exacta, pudiendo ocasionar errores y complicaciones (hemorragia, perforación y peritonitis). Para solventar este problema algunos autores han propuesto la utilización de la Ecoendoscopia para determinar la localización del botón gástrico. Cuando sea extramural (entre pared abdominal y la gástrica) se recomienda un abordaje quirúrgico mediante laparoscopia. Mientras que si se localiza dentro de capa muscular, mucosa o submucosa sería por vía endoscópica<sup>3</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lee TH, Lin JT. Clinical manifestations and management of buried bumper syndrome in patients with percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastrointest Endosc.* 2008 Sep; 68(3):580-4.
2. Kejarawal D, Aravinthan A, Bromley D, Miao Y. Buried bumper syndrome: cut and leave it alone! *Nutr Clin Pract.* 2008 Jun-Jul; 23(3):322-4.
3. Moreno N, Otero W, Gómez M, Bula R, Otero E. "Buried bumper" syndrome (internal button buried of the gastrostomy): "unearthing the solution". *Rev Col Gastroenterol / 22 (1) 2007.*