

BURIED BUMPER SYNDROME: UM RELATO DE CASO

Ygor Rocha Fernandes¹

Amadeu Fernandes Filho²

INTRODUÇÃO

A buried bumper syndrome (BBS) é uma complicação decorrente da gastrostomia endoscópica percutânea. Consiste no crescimento de mucosa gástrica sobre o anteparo interno da gastrostomia com alojamento do mesmo em qualquer local no trajeto formado pela sonda, desde as camadas da parede gástrica até as da parede abdominal. Com incidência variando de 0,9% a 8,8%, é tipicamente tardia (após 3 a 6 meses), mas também foram descritos casos precoces, como após 15 a 30 dias da gastrostomia.

Clinicamente, caracteriza-se pelo sepultamento progressivo do anteparo da gastrostomia pela mucosa gástrica, com conseqüente dificuldade de passagem até cessação total da infusão da dieta, dor abdominal durante a infusão, dificuldade de mobilização e sinais flogísticos no orifício da pele, podendo ocorrer complicações locais como celulite. A tração excessiva é o principal fator causador, mas outros fatores como ganho de peso em resposta à alimentação enteral e tosse intensa também devem ser levados em consideração. Na presença de sinais e sintomas sugestivos, a endoscopia deve ser realizada para diagnóstico e planejamento terapêutico. Na maioria dos casos o septo interno soterrado é removido por meio de uma incisão externa onde a sonda penetra na pele sob anestésico local ou por laparotomia. Essa abordagem pode causar dor localizada, infecção da ferida ou fístula gastrocutânea. Várias alternativas endoscópicas têm sido propostas para o tratamento minimamente invasivo desses pacientes.

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, SJRP - SP.

² Faculdade de Medicina de Marília, Marília - SP.

O presente estudo foi relatado no Hospital de Base de São José do Rio Preto e tem como objetivo discutir uma rara complicação da gastrostomia endoscópica, expondo os principais fatores de risco, técnica, medidas de prevenção e conduta terapêutica.

RELATO DE CASO

Paciente de sexo feminino, 90 anos, hipertensa e acamada desde 2016 devido a fratura de fêmur, comparece ao Hospital de Base no final de setembro de 2022 acompanhada pela filha, cujo queixa na ocasião era de uma astenia e rebaixamento do estado clínico geral. Na ocasião, a paciente realizou rastreio infeccioso, constatando se tratar de uma pneumonia adquirida na comunidade associado a um quadro de infecção do trato urinário. Esteve internada aos cuidados da clínica médica e durante internação prolongada foi proposto a realização de gastrostomia endoscópica percutânea (GEP) a fim de garantir uma via alimentar definitiva, visto que paciente se encontrava em uso de sonda nasoenteral por mais de duas semanas e mantinha alteração de nível de consciência apesar do tratamento proposto. O procedimento ocorreu em 20 de outubro, sem intercorrências, seguindo a técnica de tração (Gauderer-Ponsky) e com posterior revisão endoscópica.

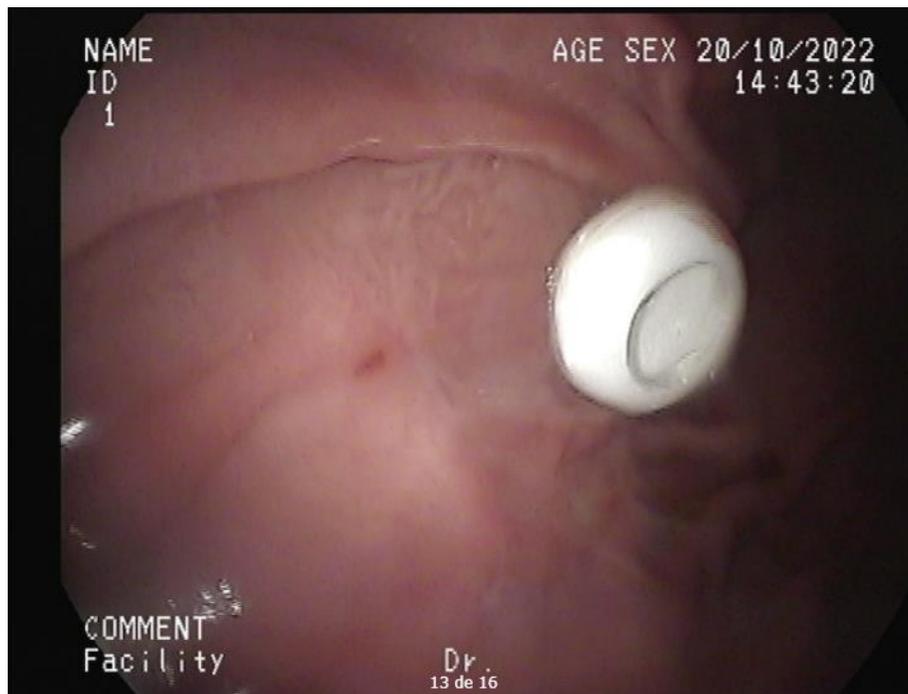


Figura 1: Visualização do anteparo em parede gástrica após GEP.

Paciente apresentou boa resposta clínica e compensação do quadro inicial, recebendo alta médica ao final do mês. Porém, retorna após 23 dias da confecção da gastrostomia endoscópica apresentando extravasamento de secreção ao redor da gastrostomia e queixa de obstrução, apresentando dificuldade em progredir dieta enteral. Em exame físico, encontrava-se em regular estado geral, febril e foi evidenciado a presença de hiperemia em parede abdominal em região de hipocôndrio esquerdo se estendendo até região dorsal, mal definida, levemente endurecida. Foi diagnosticada com infecção de partes moles, sendo iniciado antibioticoterapia de amplo espectro, solicitado tomografia de abdome e pelve, além de avaliação da equipe da cirurgia geral quanto a necessidade de abordagem cirúrgica e drenagem.

Em exame de imagem após internação, foi evidenciado coleção gasosa na tela subcutânea profunda no hemiabdomen à esquerda, adjacente à gastrostomia, de difícil mensuração pelo método, sem alteração quanto órgãos e estruturas intracavitárias.

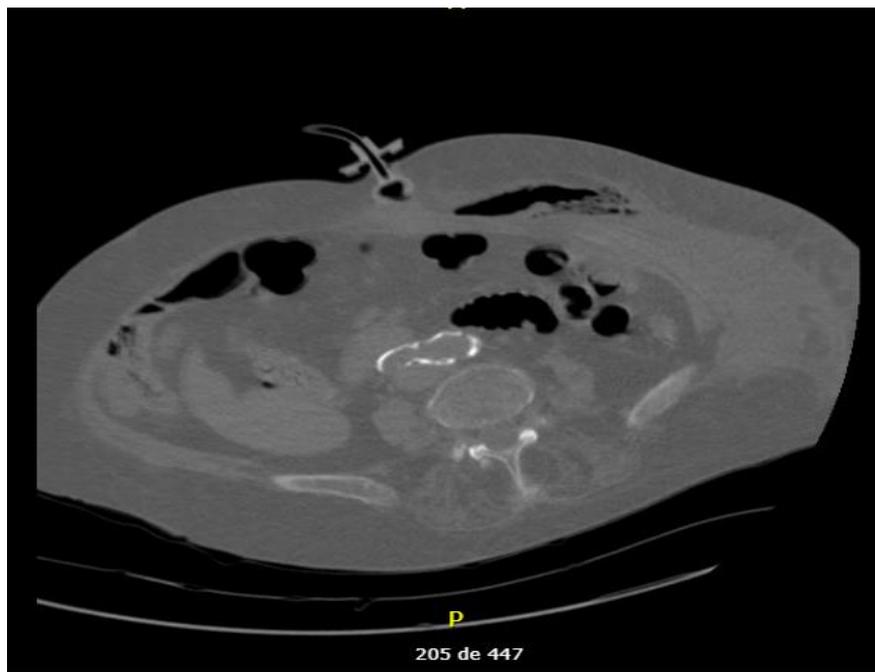
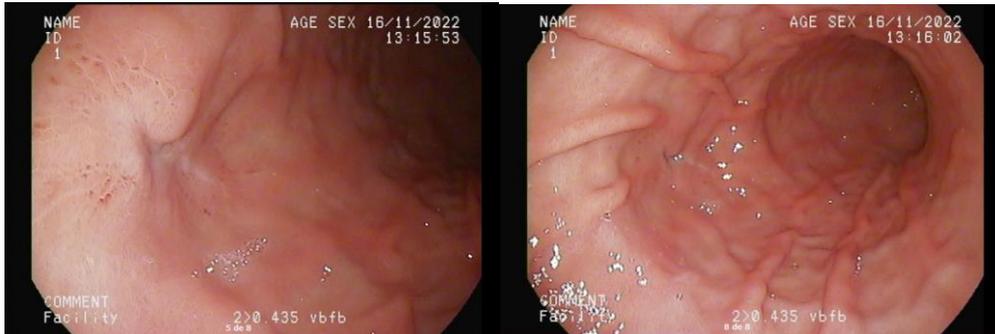


Figura 2: Gastrostomia alojada em subcutâneo, com coleção gasosa em hemiabdomen esquerdo.

Em discussão conjunta da equipe da cirurgia geral com equipe da endoscopia digestiva foi optado por realização de nova endoscopia digestiva para avaliação gastrostomia e retirada da mesma.



Figuras 3 e 4: Não visualizado anteparo interno de sonda de gastrostomia no meio intragástrico, visualizado em parede anterior do corpo distal, cicatriz branca de 5mm (pértuito prévio da gastrostomia).

Em endoscopia digestiva não foi visualizado anteparo interno de sonda de gastrostomia no meio intragástrico, o que pode corresponder a sepultamento do anteparo na parede gástrica, sendo realizado o diagnóstico de Buried bumper syndrome. Optado por passagem de sonda nasoenteral pós-pilórica para garantir via alimentar e retirada da gastrostomia, observando celulite importante ao redor da mesma, com saída de secreção purulenta após retirada.

Paciente evoluiu em leito de enfermaria, aos cuidados da equipe da clínica médica, porém, apesar do tratamento proposto para celulite de parede abdominal com Tazocin e Vancomicina a paciente persiste com parede abdominal dolorosa e endurecida à palpação e elevação de provas inflamatórias, com presença de coleção de 460cm³ evidenciada em ultrassom, sendo optado por drenagem à beira-leito da coleção pela Cirurgia Geral com colocação de dreno de penrose e reintroduzido antibioticoterapia com Tazocin.



Figuras 5 e 6: Hemiabdome esquerdo apresentando ferida operatória com saída de secreção seropurulenta e dreno de penrose em região prévia do abscesso de parede.

A mesma apresentou boa evolução do quadro de celulite e abscesso, apresentando alta do acompanhamento em conjunto com equipe da cirurgia geral, segue até o presente momento com via alimentar garantida sonda nasoenteral guiada por endoscopia.

DISCUSSÃO

A Buried Bumper Syndrome (BBS), apesar de representar uma complicação pouco frequente da gastrostomia endoscópica percutânea, cuja incidência varia na literatura de 0,9 a 8,8%, ainda trata-se de uma complicação importante e grave. Esta decorre do crescimento da mucosa gástrica ao redor do orifício interno na cânula de gastrostomia, onde o mesmo migra ao longo do estoma até para fora do estômago, podendo alocar o botton interno em qualquer local entre a mucosa gástrica e a pele.

Originalmente descrita em 1986 por Ponsky, já era sabido a relação entre BBS e a tração excessiva da gastrostomia, além dele, outros autores como Schwartz colaboraram para os estudos desta afecção ao descrever sua tríade, composta por obstrução, vazamento e incapacidade de progressão.

A fisiopatologia baseia-se na isquemia e consequente necrose da mucosa gástrica secundária à pressão excessiva exercida pelos anteparos internos e externos que fixam a sonda na mucosa. Entre os fatores envolvidos que favorecem esse fenômeno estão: ajuste excessivo dos bottons internos e externos na colocação da sonda; recuperação do peso do paciente e até obesidade que com o tempo fazem com que o comprimento que separa as duas camadas comprima a mucosa; tração excessiva da sonda pelo paciente ou seus cuidadores ou pelas características do material do botton interno.

O enfraquecimento da mucosa é progressivamente agravado pelo ácido clorídrico e pepsina, facilitando e agravando a necrose inicial da mucosa que se iniciou por pressão excessiva e que posteriormente se aprofunda, favorecendo a migração do orifício interno até ficar finalmente "enterrado". O botton interno pode migrar por todo o trajeto fistuloso, o que em conjunto com a lesão da mucosa favorece a presença de sintomas. A epiteliação anteparo interno e do estoma ocorre em alguns pacientes, produzindo obstrução completa do orifício. No entanto, uma avaliação endoscópica precoce pode revelar uma fissura irregular que permite a passagem de nutrição, não dando qualquer manifestação, como aconteceu no nosso caso. O extravasamento da alimentação periestomal é a manifestação

mais comum, seguida da dificuldade de fluxo e, às vezes, da presença de dor abdominal ao manipular a sonda, podendo até evoluir para peritonite.

Independentemente da presença ou ausência de sintomas, a migração do orifício interno requer a troca da gastrostomia, pois pode continuar migrando em direção à parede gástrica e até mesmo causar perfuração gástrica, que pode ser fatal devido às condições precárias desses pacientes.

Existem vários métodos para tratar esta complicação e cada autor que a relata tem seu próprio método de escolha. No entanto, as diferentes opções dependerão de dois fatores: o tipo de sonda de gastrostomia e a profundidade de migração do botton interno. Se for colapsável, a sonda de gastrostomia pode ser retirada por tração externa sem a necessidade de incisões ou métodos endoscópicos. Em uma modificação dessa técnica, o tubo é cortado 3 centímetros acima da pele e um fio-guia é passado pelo tubo até a cavidade gástrica, onde é retirado pela boca e conectado a um novo tubo. O fio-guia e a nova sonda são puxados para dentro da cavidade gástrica através da parede abdominal, deslocando o batente interno da sonda anterior para fora da cavidade gástrica. Quando o orifício interno é rígido e a sonda não é removível por tração, são descritas várias formas de removê-lo, dependendo de cada autor, mas em última instância todas se baseiam na profundidade de migração do batente interno.

CONCLUSÃO

É primordial ter em mente que a principal maneira de evitar tal complicação está associado a evitar o uso excessivo de tração, deixando o anteparo externo fixado justo à pele, porém, mantendo uma distância suficiente para que seja possível o movimento de rotação avaliando o botton interno por visão direta via endoscopia, após a confecção, o orifício externo deve ser afastado aproximadamente 5 a 10 mm da pele a fim de evitar isquemia. Sendo assim, é necessário a correta orientação e informação aos pacientes e cuidadores, para que seja evitado o uso de tração excessiva, mantendo sempre uma distância de segurança, além de orientá-los quanto aos sinais de alarme como a interrupção do fluxo de dieta, vazamento e dor local, sendo imprescindível a avaliação de um profissional qualificado para correta interpretação e condução do caso para evitar possíveis complicações.

REFERÊNCIAS

1. Christiaens P, Bossuyt P, Cuyle P-J et al (2014) Buried bumper syndrome: single-step endoscopic management and replacement. *Gastrointest Endosc* 2014;80:336.
2. Venu RP, Brown RD, Pastika BJ, Erikson LF: The buried bumper syndrome: a simple management approach in two patients. *Gastrointest Endosc* 2002; 56: 582-4.
3. Vives LA, Alarcón T, Faúndez R, Miquel I, Tassara R: Migración recurrente del botón de gastrostomía "Síndrome del Buried Bumper". *Rev Chil Pediatr* 2005; 76: 173-6.
4. Venu RP, Brown RD, Pastika BJ, Erikson LW (2002) The buried bumper syndrome: a simple management approach in two patients. *Gastrointest Endosc* 56:582-584.
5. Gumaste VV, Krachman M, Pottipati A, Dave P. Removal of an embedded PEG bumper. *Gastrointest Endosc* 1993;93:598-9.
6. Lee TH, Lin JT. Clinical manifestations and management of buried bumper syndrome in patients with percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastrointest Endosc.* 2008;68:580-584.
7. McClave S, Chang WK. Complications of enteral access. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 739-51.
8. Richter-Schrag H J, Fischer A. Buried bumper syndrome: a new classification and therapy algorithm. *Chirurg* 2015;86(10):963-9