



ISSN: 2230-9926

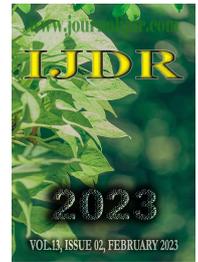
Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 13, Issue, 02, pp. 61573-61575, February, 2023

<https://doi.org/10.37118/ijdr.26229.02.2023>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

BURIED BUMPER SYNDROME PRECOCE: RELATOS DE CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

Lara Paraguassú Demes França*¹ and Fábio Gomes Teixeira²

¹Médica residente do Programa de Gastroenterologia do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA); ²Médico Gastroenterologista e Endoscopista do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA)

ARTICLE INFO

Article History:

Received 10th January, 2023

Received in revised form

27th January, 2023

Accepted 09th February, 2023

Published online 25th February, 2023

KeyWords:

Buried Bumper Syndrome.
Gastrostomia endoscópica percutânea.
Complicação. Retentor interno.

*Corresponding author:

Lara Paraguassú Demes França

ABSTRACT

Introdução: A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é um método amplamente utilizado para fornecer suporte nutricional enteral à longo prazo. Embora seja considerado um procedimento seguro, complicações podem ocorrer. A Buried Bumper Syndrome (BBS) é uma complicação rara desse método, que ocorre quando o retentor interno da sonda de PEG migra através da parede gástrica. **Caso 1:** Paciente do sexo feminino, 90 anos, portadora de carcinoma de células escamosas oral, submetida à ressecção da lesão tumoral, evoluindo com fistula submentoniana, com necessidade de confecção de PEG. Evolui 3 dias após procedimento com dor abdominal e dificuldade de progressão da dieta, com endoscopia realizada posteriormente evidenciando sepultamento do retentor interno da sonda de PEG. **Caso 2:** Paciente do sexo feminino, 85 anos, portadora de Alzheimer em estágio avançado, com baixo peso e dificuldade de deglutição, sendo realizado confecção de PEG. Depois de 5 dias da realização da PEG, paciente tracionou a sonda. Na endoscopia, notou-se área correspondente ao óstio interno da gastrostomia em presença de fixador interno. **Discussão/Conclusão:** Embora a BBS geralmente corresponda a uma complicação tardia após a inserção da sonda de PEG, também pode ocorrer em um cenário agudo. A escolha do tratamento é guiada principalmente pelas complicações apresentadas. Medidas preventivas podem ser utilizadas para evitar essa complicação.

Copyright©2023, Lara Paraguassú Demes França and Fábio Gomes Teixeira. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Lara Paraguassú Demes França and Fábio Gomes Teixeira. 2023. "Buried bumper syndrome precoce: relatos de casos e revisão da literatura". *International Journal of Development Research*, 13, (02), 61573-61575.

INTRODUCTION

A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é um método amplamente utilizado para fornecer suporte nutricional enteral à longo prazo, em pacientes que são incapazes de manter a ingestão oral adequada, como portadores de déficit neurológico, disfagia, câncer de cabeça e pescoço, grandes traumas, queimaduras e síndrome do intestino curto (Cyrani et al, 2016) (Ayas; Hoilat; Affas, 2020). Embora a colocação de uma sonda de PEG seja considerada segura, apresenta riscos e complicações potenciais que variam entre 0,4 a 22,5%. As complicações menores são três vezes mais frequentes, sendo a infecção periostomal a mais comum (Cyrani et al, 2016). A Buried Bumper Syndrome (BBS) é uma complicação grave desse método, na qual ocorre crescimento da mucosa gástrica sobre o retentor interno da gastrostomia, com alojamento do mesmo em qualquer local do trajeto formado pela sonda, desde as camadas da parede gástrica até as da parede abdominal. A incidência é estimada de 1%, sendo a tração excessiva o principal fator causal. Em geral, é uma complicação tardia, ocorrendo tipicamente 3-6 meses após procedimento (Khalil; Kibria; Akram, 2010).

A BBS precoce ocorre com menos de 4 semanas após a confecção da PEG, sendo considerada rara, com poucos casos descritos na literatura (Kadah; Khoury; Sbeit, 2020). Se não for reconhecida precocemente, a BBS pode levar ao desenvolvimento de sangramento gástrico, perfuração, peritonite e sepse. Portanto, o reconhecimento e diagnóstico imediato desta condição é fundamental para evitar complicações ainda mais graves (Dhannoon et al, 2021).

CASO CLÍNICO 1

Paciente, 90 anos, sexo feminino, hipertensa, diabética, coronariopata, ex-tabagista e com sobrepeso. Apresentava história de lesão úlcero-infiltrativa em gengiva inferior, com invasão para pele e mandíbula. A tomografia evidenciava lesão de 3 cm na região mentoniana esquerda, com infiltração de osso e linfonodos proeminentes medindo 2 cm à direita e 1 cm à esquerda. A paciente realizou internação hospitalar eletiva para abordagem cirúrgica, sendo submetida à madibulectomia de arco central, seguida de reconstrução com placa, parafusos e retalhos de mucosa e pele, além de esvaziamento cervical

supra-omo-hioideo à direita e submentoniano bilateral. O exame histopatológico identificou lesão tumoral medindo 4,0 x 3,5 cm, compatível com carcinoma de células escamosas, variante usual e bem diferenciada. O estadiamento da lesão foi estabelecido em pT4a pN2b (PTMN, AJC 8th Edition). Após a cirurgia, evoluiu com deiscência da ferida operatória e formação de fistula cutânea, em região submentoniana, sendo realizado gastrostomia endoscópica percutânea, pela técnica de Gauderer-Ponsky, sem intercorrências, a fim de acelerar o processo de cicatrização da fistula. Paciente foi reinternada, 17 dias após a realização da PEG, com relato que há duas semanas vinha apresentando dor no orifício da gastrostomia e dificuldade de progressão da dieta pela sonda. Ao exame físico, a sonda encontrava-se mal ajustada, com sinais flogísticos ao redor do óstio. Realizado endoscopia digestiva alta, que evidenciou sepultamento total do fixador interno da sonda de gastrostomia, com saída de secreção purulenta pelo óstio (Fig. 1 e 2). Avaliada pela equipe de cirurgia geral, que realizou retirada da sonda, sem intercorrências. Posteriormente, paciente recebeu alta, com dieta via oral, visto que a fistula já estava cicatrizada.

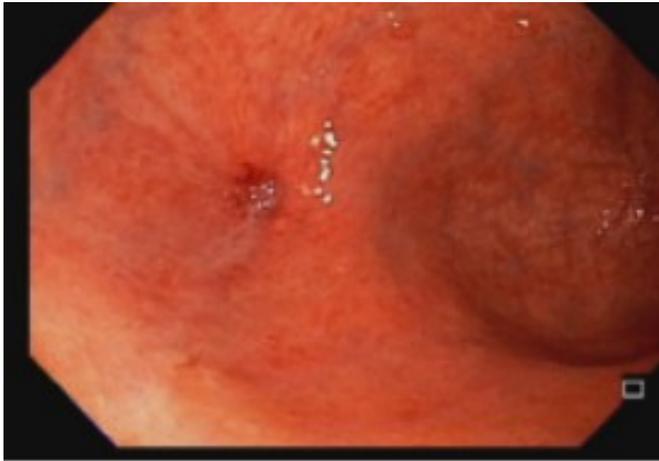


Fig. 1. Sepultamento do retentor interno



Fig. 2. Sepultamento do retentor interno

CASO CLÍNICO 2

Paciente, 85 anos, sexo feminino, hipertensa, portadora de Alzheimer em estágio avançado e fibrilação atrial crônica. Deu entrada na emergência com quadro de hipoglicemia, rebaixamento do nível de consciência e dessaturação. TC de tórax evidenciando pneumonia broncoaspirativa e urocultura com presença de E.Coli. Após resolução do quadro infeccioso, devido à demência avançada, com dificuldade de deglutição e baixo peso (IMC 18), decidiu-se realizar gastrostomia endoscópica percutânea. Procedimento realizado sem intercorrências, pela técnica de Gauderer-Ponsky. Depois de 5 dias da realização da PEG, paciente apresentou episódio de agitação,

tracionando a sonda. Ao exame físico, o retentor interno encontrava-se algo exteriorizado, com presença de sangue no óstio da gastrostomia. Na endoscopia, notou-se área correspondente ao óstio interno da gastrostomia com enantema local, sem presença de fixador interno, em cujo centro se observava óstio puntiforme, sugerindo avulsão de sonda de gastrostomia recente (Fig. 3). Realizada retirada da sonda por tração, seguida da passagem de sonda nasoenteral em posição pos-pilórica e após 22 dias, realizou-se nova gastrostomia.



Fig. 3. Óstio Interno com enantema e ausência de retentor interno

DISCUSSÃO

A gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) é considerada a melhor escolha para nutrição enteral de médio e longo prazo, pois é custo-efetiva, minimamente invasiva e geralmente não requer anestesia geral. Embora a inserção da sonda de PEG seja segura, esta técnica também está associada a complicações menores (infecção da ferida) ou maiores (Buried Bumper Syndrome, fascíte necrosante e fístula colocolocutânea) (Afifi et al, 2016). A Buried Bumper Syndrome (BBS) é uma complicação incomum, que ocorre quando o fixador interno da sonda de PEG migra através da parede gástrica. A incidência varia de 0,3 a 2,4% (Cyrany et al, 2016). Pode se manifestar com complicações menores, como dificuldade/parada completa na infusão da dieta, vazamento periestomal, dor, edema no local de inserção da sonda, infecção do estoma e obstrução da sonda, enquanto complicações maiores, incluindo peritonite, perfuração, sangramento gastrointestinal, abscessos da parede abdominal ou sepse, raramente podem ocorrer. Os pacientes relatados apresentaram apenas complicações menores, incluindo dor abdominal e dificuldade de progressão da dieta (Afifi et al, 2016). A fisiopatologia da BBS 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. Existem múltiplos fatores que podem estar envolvidos no desenvolvimento dessa complicação, dentre eles, fatores técnicos cirúrgicos, como o aperto excessivo do fixador externo durante a inserção da sonda de PEG e o material da sonda.

Fatores relacionados ao paciente também podem contribuir, como técnicas inadequadas de manuseio, falta de higiene, tração externa excessiva, tosse crônica, agitação e comorbidades como obesidade (Dhannoon et al, 2021). No relato de caso 2, a BBS foi secundária a episódio de agitação intensa, em que a paciente tracionou a sonda. Embora a BBS geralmente corresponda a uma complicação tardia, meses a anos após a inserção da sonda de PEG, também pode ocorrer em um cenário agudo (<30 dias). Em nossos pacientes, foi observado como uma complicação aguda. Azevedo et al. e Pinho et.al relataram também casos de BBS precoce, ocorrendo 7 dias após a inserção da

sonda (Pinho et al, 2018; Azevedo et al, 2018). Em relação ao tratamento, não há padrão-ouro definido para o manejo de BBS. O aspecto mais importante do tratamento dessa condição é o reconhecimento precoce. Richter-Schrag sugeriu uma classificação baseada nos achados endoscópicos para planejamento terapêutico. Segundo a classificação de Richter-Schrag, quando o fixador interno da sonda de PEG encontra-se localizado na região extracorporeal (IA-extracorporeal parcial, IB- extracorporeal total), como no caso clínico 2 (grau IA), indica-se incisão para retirada, com cicatrização e conduta dependendo da presença ou não de fístula gastrocutânea. Quando o fixador interno encontra-se na submucosa gástrica (grau II e III), propõem-se tratamento endoscópico, em que a retirada é possível com enrijecimento da sonda (guia ou balão) e pressão para o lúmen gástrico. Por fim, quando o fixador interno localiza-se fora da parede gástrica (grau IV), como no caso clínico 1, sugere-se tratamento cirúrgico, devido à localização profunda e muitas vezes imprecisa, com alto risco de complicações no tratamento endoscópico (perfuração, sangramento de difícil controle, etc) (Richter-Schrag; Fischer, 2015). Entretanto, nos últimos anos houve aprimoramento dos materiais e desenhos das sondas de PEG. A maioria dos modelos disponíveis no mercado hoje apresentam como característica o retentor interno macio e colapsável, permitindo sua retirada por tração externa. Assim, geralmente não é mais necessário a abordagem endoscópica ou cirúrgica para retirada das sondas de gastrostomia. Dessa forma, nos casos de sepultamento total ou completo, a medida mais simples é a retirada do cateter original sepultado, por tração externa e a realização de um novo procedimento de gastrostomia. A regastrostomia pode ser realizada no mesmo tempo da retirada do cateter sepultado, se não houver infecção periestomal significativa ou alguns dias depois, após tratamento do processo infeccioso (Chong, 2019). Para prevenção da BBS, deve-se deixar o anteparo externo da sonda de PEG aproximadamente 0,5 cm a 1 cm da pele para evitar tração excessiva. Além disso, deve-se realizar cuidados diários com a sonda, com higienização local e verificando se a sonda se move para dentro e para fora por no mínimo 1 cm e que realiza movimentos rotacionais com mínima resistência (Sehmus et al, 2019).

CONCLUSÃO

Embora a Buried Bumper Syndrome seja conhecida por ser uma rara complicação tardia da inserção da sonda PEG, ela pode ocorrer na fase aguda, como demonstrado nesses dois relatos de caso. A remoção imediata da sonda de PEG é indicada para evitar complicações adicionais.

A escolha do tratamento é guiada principalmente pelas complicações apresentadas, que vão desde a simples substituição endoscópica até a laparotomia cirúrgica. Medidas preventivas podem ser utilizadas para evitar essa complicação.

REFERÊNCIAS

- AFIFI, Ibrahim et al. The Challenging Buried Bumper Syndrome after Percutaneous Endoscopic Gastrostomy. *Case Reports in Gastroenterology*, v.10, p.224-232, 2016.
- AYAS, Mohamad; HOILAT, Guilles; AFFAS, Saif. An Early Presentation of Buried Bumper Syndrome. *The Cureus Journal of Medical Science*, vol. 12, n.10, p. 10969, 2020
- AZEVEDO, Richard et al. Early presentation of Buried Bumper Syndrome. *Portuguese Journal of Gastroenterology*, v.25, p.154-156, 2018.
- CHONG, Vui Heng. Management of buried bumper syndrome. *QJM: An International Journal of Medicine*, v.112, p.153, 2019.
- CYRANY, Jiri et al. Buried bumper syndrome: A complication of percutaneous endoscopic gastrostomy. *World Journal of Gastroenterology*, v. 22, n.2, p. 618-627, 2016.
- DHANNOON, Amenah et al. Buried bumper syndrome: a case report of an early PEG gastrostomy-associated complication in a patient with gastric volvulus. *Journal of Surgical Case Reports*, v.7, p.1-14, 2021.
- KADAH, Ana; KHOURY, Tawfik; SBEIT, Wisam. Early Buried Bumper Syndrome Treated by Bedside Replacement. *Israel Medical Association Journal*, v.22, p. 313-317, 2020.
- KHALIL, Qasim; KIBRIA, Rizwan; AKRAM, Salma. Acute buried bumper syndrome. *South Med Journal*, v.103, p. 1256-1258, 2010.
- PINHO, Juliana et al. The Challenging Acute Buried Bumper Syndrome: A case report. *Portuguese Journal of Gastroenterology*, v.25, p.151-153, 2018.
- RICHTER-SCHRAG, Hans-Jurgen; FISCHER, Andreas. Buried bumper syndrome: a new classification and therapy algorithm. *Chirurg*, vol.86, n.10, p. 963-969, 2015.
- SEHMUS OLMEZ, MD et al. Acute Buried Bumper Syndrome: a rare entity. *The official journal of the society of gastroenterology nurses and associates*, v.42, p. 388-390, 2019.
