



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

P-10 - SÍNDROME DE "BURIED BUMPER";: PREVALENCIA, PRESENTACIÓN Y PRONÓSTICO DE ESTA COMPLICACIÓN ENDOSCÓPICA

Y.P. García de la Rosa, M.L. de Castro Parga, J.R. Pineda, F. Domínguez, L. Cid, P. Estévez, A. Rincón, B. Romero, N. Quintáns e I. Rodríguez-Prada

Hospital Álvaro Cunqueiro, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Resumen

Introducción: El síndrome de “Buried bumper” (SBB) es una complicación grave originada por la migración del tope interno de la sonda de gastrostomía en el interior de la pared gástrica, que se presenta en el 0,3-2,4% de las gastrostomías endoscópicas percutáneas (GEP). La triada sintomática típica consiste en la pérdida de permeabilidad de la sonda, presencia de fugas e incapacidad para movilizar la sonda de GEP. La gastroscopia está indicada siempre que se sospeche esta complicación y el método de liberación del tope interno dependerá del tipo de tope y de la profundidad de la migración de este en la pared gástrica (técnicas de disección, dilatadores de Savary, técnica pushpull T o técnica de NOTES).

Objetivos: Conocer la prevalencia de SBB en nuestra práctica diaria, describir sus formas de presentación clínica, tratamiento y pronóstico.

Métodos: Estudio de cohortes longitudinal. Se analizaron los datos de 357 pacientes sometidos a GEP entre 2003 y 2016 en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Resultados: La edad media de nuestra cohorte de pacientes con GEP fue 78,7 (6,8) años, formándola 134 hombres (37,5%) y 223 mujeres (62,5%). Durante el seguimiento 39 pacientes presentaron alguna complicación (10,9%), siendo el síndrome de Buried Bumper la segunda más frecuente (1,9%), habiéndose presentado en 7 pacientes (4 mujeres y 3 hombres), con una edad media de 85,8 (6,9) años. Cinco pacientes (71,4%) fueron diagnosticados de SBB en el momento de realizar el recambio programado por protocolo de la sonda de GEP, mientras que 2 presentaron síntomas. El tiempo medio de presentación del SBB fue de 16,7 (2,8) meses tras la colocación de la GEP. En 4 casos (43%) el tope interno estaba cubierto en más del 50% de su superficie. Respecto al tratamiento, un paciente fue manejado de manera conservadora manteniendo el tope en la pared gástrica, mientras que en los 6 restantes (85,7%) se realizó la extracción endoscópica de este, empleando diversos métodos: 2 casos con tracción con asa/pinza, 1 con tracción con dilatador Savary más asa/pinza y 3 de forma mixta empleando argón, dilatador Savary y asa/pinza. No se produjeron complicaciones graves y tan solo un paciente presentó sangrado leve durante el procedimiento.

Conclusiones: La prevalencia y los resultados terapéuticos en nuestra serie de SBB son similares a los comunicados en la literatura. La selección adecuada del paciente, el grado de recubrimiento del tope interno y la técnica endoscópica empleada son los principales determinantes para el éxito de la terapia.