

## Síndrome del botón de gastrostomía enterrado

M<sup>a</sup> del Rosario Domínguez-García\*, Enrique Murcio-Pérez, Gerardo Blanco-Velasco, Omar M. Solórzano-Pineda, Claudia Martínez-Camacho, Óscar V. Hernández-Mondragón y Raúl Zamarripa-Mottú

Departamento de Endoscopia, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

### Resumen

El síndrome de botón de gastrostomía enterrado (SGE), o *buried bumper syndrome*, es una entidad poco frecuente asociada a colocación de sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). La sospecha clínica inicia con aparición de datos de disfunción de la PEG. El diagnóstico idealmente se realiza con endoscopia, siendo necesaria para la extracción de la sonda y/o el «desenterramiento» de esta. Se presenta el caso de SGE en una paciente adulta mayor, realizando una revisión enfocada de factores de riesgo descritos y las características clínicas asociadas, con el objetivo de alertar al endoscopista de las recomendaciones para evitar esta complicación.

**Palabras clave:** Gastrostomía. Endoscopia. Nutrición enteral.

### Buried bumper syndrome

### Abstract

*Buried gastrostomy button syndrome (SGE), or “buried bumper syndrome” is a rare entity associated with percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tube placement. Clinical suspicion begins with the appearance of PEG dysfunction. The diagnosis is made with endoscopy, being necessary for the extraction of PEG. A case of SGE in an elderly patient is presented. A focused review on described risk factors and associated clinical characteristics is presented to alert the endoscopist how to avoid this complication.*

**Keywords:** Gastrostomy. Endoscopy. Enteral nutrition.

### Introducción

El síndrome de la sonda de gastrostomía enterrada (SGE), también conocido como *buried bumper syndrome*, es un evento adverso grave poco frecuente que se presenta en un 1.5% de los pacientes a los que se les coloca una sonda de gastrostomía percutánea asistida

por endoscopia (PEG). Puede ocurrir por diferentes mecanismos, entre los que está un botón externo apretado que ejerce presión excesiva del botón interno sobre la pared gástrica y la pared abdominal en el trayecto de la sonda de PEG, causando inflamación, edema y eritema del tejido circundante, así como necrosis de la pared gástrica, lo cual provoca alojamiento

### Correspondencia:

\*Ma del Rosario Domínguez-García  
E-mail: dra.dominguez.87@gmail.com  
0188-9893/© 2022. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 29-01-2022

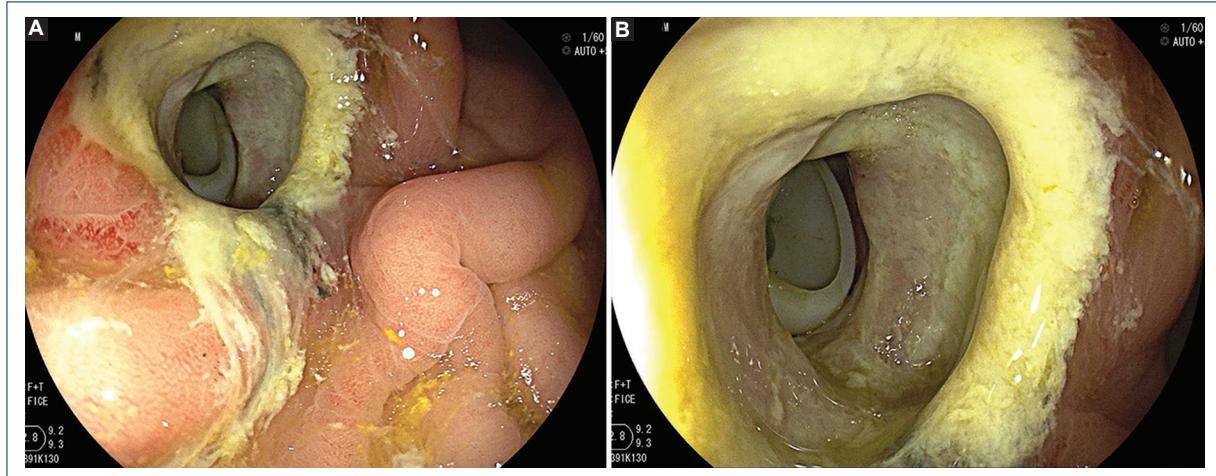
Fecha de aceptación: 18-02-2022

DOI: 10.24875/END.22000006

Disponible en internet: 14-10-2022

Endoscopia. 2021;33(4):152-154

[www.endoscopia-ameg.com](http://www.endoscopia-ameg.com)



**Figura 1.** Visión endoscópica de botón interno de gastrostomía enterrado (A) y del túnel interno (B).

del botón interno en el trayecto gastrocutáneo. La sospecha de SGE es con base en la exploración física, al ocurrir disfunción para la infusión de alimento, así como falta de movilidad/rotación de la PEG. La endoscopia es el método ideal para confirmar el diagnóstico y lograr la extracción de la sonda y/o el «desenterramiento» de esta<sup>1</sup>.

### Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 95 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial sistémica, que presentó evento vascular cerebral de tipo isquémico teniendo alteración asociada de la mecánica de deglución con imposibilidad de alimentación oral, por lo cual se realizó colocación de PEG sin eventualidades ni complicaciones inmediatas. Se verificó adecuada rotación de 360 grados de la sonda, quedando el botón externo en la marca de los 2 cm. Se dio seguimiento diario por 72 horas, verificando su adecuado funcionamiento.

Once días después de la colocación de la PEG, se solicitó revisión de la sonda por nuestro servicio debido a fuga de dieta por orificio de trayecto cutáneo y enrojecimiento de la piel circundante. En la exploración física se observaban gasas entre la piel y el botón externo, así como la salida de material purulento a través del estoma. Se intentó avanzar la sonda hacia el lado gástrico sin éxito, tampoco se logró rotación de esta a 360 grados. Finalmente, durante la realización de dichas maniobras se visualizó parcialmente el botón interno de la sonda a través de la



**Figura 2.** Imagen endoscópica después de la retirada del botón de gastrostomía.

herida externa. Se realizó endoscopia superior inmediata y se observó en cara anterior de cuerpo gástrico un trayecto ulcerado condicionado por el enterramiento del botón interno de la sonda asociado a material de fibrina y pus (Fig. 1). Se retiró la sonda mediante tracción con facilidad. Se observó trayecto de la fistula gastrocutánea adecuadamente epitelizado sin identificar otras complicaciones (Fig. 2). Se mantuvo con antibiótico de amplio espectro y aseo del estoma, ocurriendo cierre completo de este por segunda intención 14 días después. La paciente fue alimentada con sonda nasogástrica durante ese tiempo y por 14 días adicionales, siendo colocada nueva PEG sin eventualidades, dando instrucciones para revisión

diaria de la sonda a cuidador primario, teniendo adecuado funcionamiento.

## Discusión

El SGE es una complicación poco frecuente y la mayor parte de la información es producto de casos o series de casos<sup>1</sup>. Este es el primer caso de SGE detectado en nuestro servicio en los últimos 15 años.

Ocurre habitualmente en la edad avanzada, como sucedió en la paciente, aunque en la literatura el SGE se ha descrito incluso en infantes<sup>1</sup>, lo cual sugiere que puede ocurrir en cualquier edad. El condicionante del SGE es la tracción excesiva del botón interno<sup>2</sup>. En nuestro caso, a pesar de haber tenido funcionamiento adecuado de la PEG de forma inicial, ocurrió fuga de la infusión de alimento además de falta de movilidad de la sonda hacia pared gástrica y falta de rotación de esta a 360 grados, datos que sugieren que ocurrió presión excesiva entre el botón interno y el externo de la PEG, lo cual pudo haber sido favorecido por el uso inadecuado de gasas entre el botón externo de la PEG y la piel. De acuerdo con la literatura, las medidas que podemos implementar para prevenir la aparición del SGE son: a) el botón externo del tubo de gastrostomía debe colocarse aproximadamente de 0.5 a 1 cm de la pared abdominal para evitar una tracción/tensión excesiva; b) no deben colocarse gasas o apósticos debajo del botón externo; c) la sonda debe girarse 360° durante el cuidado diario, y d) la longitud de la parte externa sobresaliente de la PEG debe medirse periódicamente para reconocer la migración temprana. Es importante que el endoscopista mantenga comunicación constante con los cuidadores primarios del paciente con PEG y evitar complicaciones como la del caso del SGE<sup>3-5</sup>.

En conclusión, el SGE debe sospecharse cuando hay disfunción o fuga en sitio del estoma de gastrostomía asociada a imposibilidad para avanzar la sonda hacia pared gástrica o rotación adecuada de esta. Se deben

implementar y vigilar el cumplimiento de las medidas de prevención específicas después de la colocación de PEG para evitar el SGE.

## Agradecimientos

Los autores agradecen al personal administrativo de la Asociación Mexicana de Endoscopia por su valiosa ayuda.

## Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. Huynh G, Chan M, Huynh H. Buried bumper syndrome. Gastrointest Endosc. 2020;5(3):104-6.
2. Bennell J. Buried bumper syndrome: do we have enough evidence? Br J Community Nurs. 2018;1(23):S28-S30.
3. Blomberg J, Lagergren J, Martin L, Mattsson F, Lagergren P. Complications after percutaneous endoscopic gastrostomy in a prospective study. Scand J Gastroenterol. 2012;47:737-42.
4. Frascio F, Giacosa A, Piero P, Sukkar S, Pugliese V, Munizzi F. Another approach to the buried bumper syndrome. Gastrointest Endosc. 1996;43:263.
5. Hindryckx P, Dhooghe B, Wannhoff A. A novel device for the endoscopic management of buried bumper syndrome. Endoscopy. 2019;51:689-93.