

Botón de Gastrostomía Migrado como causa de Ulceración Duodenal y Sangrado Digestivo Alto

Simón Yriberry Ureña^{1,2,4}, Ricardo Prochazka Zárate³, Fernando Salazar Muelle^{1,4}, Víctor Monge Zapata¹, Fernando Salazar Cabrera^{1,4}, Eduardo Barriga Calle^{1,4}

RESUMEN

RESUMEN: La gastrostomía endoscópica percutánea: PEG o GEP, es una técnica ampliamente difundida. Con una adecuada metodología de colocación y seguimiento tiene pocas complicaciones tanto en el peri-procedimiento como en el seguimiento a largo plazo. Se describen en cifras bajas, retiro accidental, infección, desgaste, migración al tejido sub-cutáneo, entre otras. Presentamos el caso de una paciente con sonda varios meses que acude con Hemorragia Digestiva a la Emergencia de nuestra Institución.

Palabras clave: PEG, Gastrostomía Endoscópica, Migración de Gastrostomía, Hemorragia Digestiva Alta

Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30-2: 172-175

ABSTRACT

PEG or Percutaneous endoscopic gastrostomy is a well known and widely used procedure. With adequate methodology of instrumentation and follow up it has very low rate of complications directly related or non-related to the procedure. Such complications include accidental retirement, wound infection, deterioration of tube, migration to sub-cutaneous tissue and others. We present a case in which a patient with long history of PEG shows up at our ER with melena (upper GI bleeding).

Key Words: PEG, Endoscopic Gastrostomy. Gastrostomy migration, Upper GI bleed.

-
- 1 Unidad de Endoscopia Terapéutica. Servicio de Gastroenterología (Basamea SCRL). Clínica Ricardo Palma. Lima-Perú.
 - 2 Médico Gastroenterólogo. INEN. Lima-Perú.
 - 3 Médico Gastroenterólogo. En Diplomado. UPCH.
 - 4 Docente. Programa de Diplomado en GE. UPCH.

INTRODUCCIÓN

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG o GEP) es un procedimiento ampliamente difundido hoy en día. En el mundo ya tiene 30 años y en nuestro medio casi 20. Nosotros hemos publicado en el 2004, nuestra experiencia en 128 casos consecutivos con bajas tasas de complicaciones, donde destacan las inmediatas con infección del ostoma en 8.9%, reflujo gástrico en 7% y sangrado en 3% y menos de 2% de complicaciones a largo plazo por migración del botón al tejido sucutáneo^(1,2,3-5).

Estas cifras incluso con cerca de 400 colocaciones al 2008, en 12 años han bajado, con infección en 3%, Reflujo en 2.6% y hematoma en menos de 1%. Tenemos en los últimos 5 años cero mortalidad en colocaciones y a largo plazo una tasa de 2% de complicaciones como migración a sub-cutáneo o retiro de sonda, dependientes ya no del acto médico, más bien del manejo de la sonda por pacientes, familiares o personal a cargo.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente con demencia por Enf. Alzheimer de 82 años de edad, con 3 años de uso de PEG (2 recolocaciones). La paciente recibía medicación anti-parkinsoniana. No se reporta el uso de AINES o Corticoides.

Es traída a emergencia por cuadro de hemorragia digestiva alta (melena) con caída de HB de 11.8 a 7.8 gr/dl. Es compensada, estabilizada y se realiza a las 12 horas una endoscopia de urgencia. Llamó la atención del equipo médico que la sonda al comprobar su movilidad externamente, no se podía desplazar y había resistencia al querer correrla. Además no se veían los números y se asumió que los mismos se habían borrado por el tiempo.

RESULTADO DE LA ENDOSCOPIA

Al ingresar a la cámara gástrica se observa en cuerpo, que la sonda está "atravesada" en la cavidad y que el tope interno o botón está pasando el anillo pilórico. Se ve que el motivo por el cual no se observaban los números externamente era por la migración.

Se confirma entonces en el exterior de la pared abdominal de la paciente que efectivamente la sonda se había desplazado algunos centímetros hacia el interior. Se tracciona la sonda con apoyo del médico ayudante y se observa a la vez en visión endoscópica la retracción del antro y píloro con cierta resistencia a la salida del botón que intuíamos se encontraba en el bulbo duodenal.

Después de algunos intentos y tracción sostenida, se libera el botón de la sonda, el cual sale acompañado de coágulos y sangre fresca.

Se ingresa al bulbo, observando en cara anterior un gran coágulo, el cual se lava vigorosamente, lográndose remover. Una vez limpio el bulbo se observa una gran úlcera de unos 2 cms de diámetro, no muy profunda pero con sangrado en su extremo distal. Se aplica Argón plasma a bajo flujo logrando cohibir el sangrado.

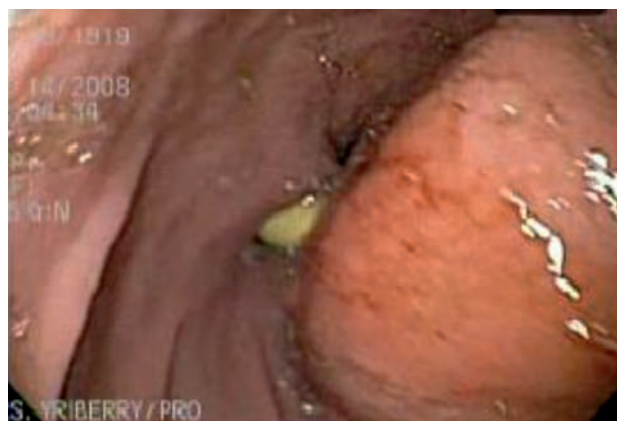
Se toman muestras del cuerpo y antro para detección de ureasa del *Helicobacter pylori*, reportado como negativo. Se lava zona del ostoma y deja la sonda bien colocada y permeable.

Posteriormente la paciente permanece en observación, con supresión de ácido, medidas de soporte general. Se reinicia vía oral con líquidos claros a las 24 horas y dieta a las 48 horas por PEG. Es dada de alta a las 72 horas del procedimiento estable y sin resangrado.

IMÁGENES



Fotografía 1. Sonda "atravesada" en cavidad gástrica. A la derecha el píloro y a través de él, la sonda con su botón interno.



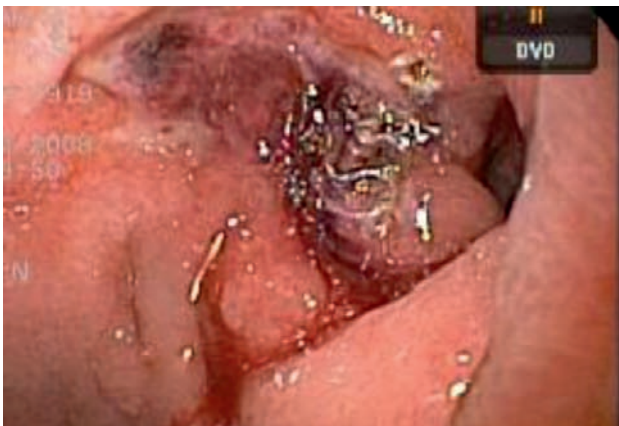
Fotografía 2. Tracción de la sonda desde el exterior. Nótese la retracción antral.



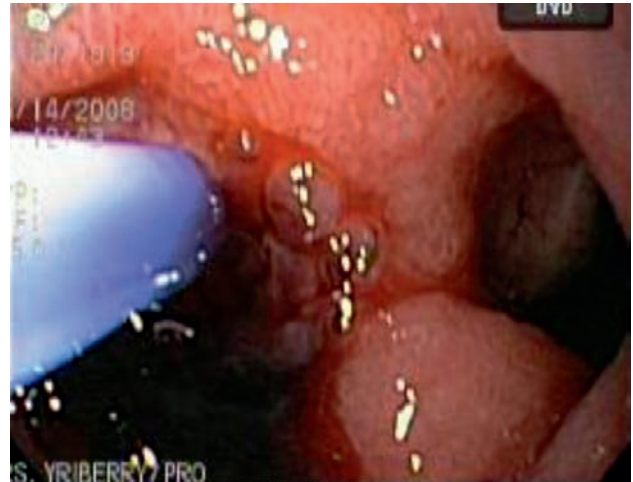
Fotografía 3. Se libera el "botón" o tope, saliendo del bulbo después de ejercer tracción importante. Se observa un gran coágulo que acompañó a la sonda al salir del bulbo.



Fotografía 4. Se ingresa a bulbo donde se ve una gran úlcera en cara anterior de paredes gruesas, borde netos, todavía con coágulo. Zona donde estaba adherido el botón de la sonda.



Fotografía 5. Después de lavar el coágulo se observa úlcera con sangrado en napa y fibrina sucia



Fotografía 6ª y 6b. Aplicación de argón plasma a bajo flujo sobre zona sangrante con buen efecto.

DISCUSIÓN

Es el primer caso en nuestra experiencia en cerca de 400 casos, seguidos y controlados en los que tenemos este interesante tipo de evento adverso.

Se ha reportado efecto ulcerativo del botón en la periferie de la colocación o en la pared gástrica posterior, usualmente contraria a donde está la sonda, por efecto mecánico del mismo cuando el estómago se encuentra vacío. Este es un evento crónico ^(6,7).

Si bien habíamos observado por factores de paciente, familia o personal, retiro accidental de la sonda o migración a espacio sub-cutáneo abdominal, la migración de la sonda, que añadida al peristaltismo hace que el botón se aloje en bulbo duodenal, es un evento no reportado en nuestro medio ^(1,2).

El efecto de presión permanente del artefacto en las paredes duodenales, altera la circulación de la zona, provocando una ulceración. Más aún si se reporta estudio de Helicobacter negativo y ausencia de uso de AINES o corticoides en la paciente. Las complicaciones del procedimiento y su seguimiento se muestran en la tabla 1 ^(1-6,7-10).

Tabla I. COMPLICACIONES DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. (Referencia 1,7-10)

Complicaciones mayores
Neumonía por aspiración
Fasceitis necrosante
Peritonitis aguda
Fístula gastrocolocutánea
Hemorragia digestiva/ peritoneal
Metástasis en orificio de gastrostomía
Complicaciones menores
Infección de los bordes del estoma
Fuga del contenido gástrico
Extrusión parcial de la sonda
Desplazamiento distal de la sonda
Hematoma de la pared abdominal / gástrica
Íleo paralítico
Neumoperitoneo
Reflujo gastroesofágico
Fiebre
Obstrucción / rotura de la sonda

Es importante tener en cuenta la migración de la sonda que puede pasar inadvertida a la familia o personal a cargo. El describirles en que número desde el botón interno se fija el tope externo, es un buen consejo. Usualmente el tope externo, se coloca entre 3 a 5 cms del botón interno. El verificar esto con relativa frecuencia y recolocarlos con sumo cuidado es una medida importante diaria o interdiaria, junto con el lavado del exterior^(7,8).

Por ello, resaltamos que al colocar un PEG, debe existir una orientación adecuada a familia y personal y además el paciente debe contar con la logística necesaria, para un cuidado riguroso ya sea que se encuentre este en una institución médica, casa de reposo o en domicilio.

Hay que orientar al personal y familia que con relativa frecuencia (diario) se percaten en la sonda y los números en el exterior (abdomen), para predecir o impedir que esta vaya migrando inadvertidamente.

REFERENCIAS

1. YRIBERRY UREÑA S, MONGE ZAPATA V, SALAZAR CABRERA F, BARRIGA CALLE E, VESCO MONTEAUDO E. Gastrostomía endoscópica percutánea: Experiencia prospectiva de un centro privado nacional. *Rev Gastroenterol Perú* 2004; 24: 314-322.
2. GAUDERER MWL, PONSKY JL, IZANT RJ JR. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous technique. *J Pediatr Surg* 1980;15:872-875.
3. PONSKY JL, GAUDERER MWL. Percutaneous endoscopic gastrostomy: a nonoperative technique for feeding gastrostomy. *Gastrointest Endosc* 1981;27:9-11.
4. PONSKY JL, GAUDERER MWL. Percutaneous endoscopic gastrostomy: indications, limitations, techniques, and results. *World J Surg* 1989; 13: 165.
4. VARGO JJ, PONSKY JL. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: Clinical Applications. *Medscape General Medicine* 2(4),2000.
5. PARK RH, ALLISON MC, LANG J, SPENCE E, MORRIS AJ, DANESH BJ, et al. Randomised comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding in patients with persisting neurological dysphagia. *BMJ* 1992; 304 (6839): 1406-9.
6. NICHOLSON FB, KORMAN MG, RICHARSON MA. Percutaneous endoscopic gastrostomy: a review of indications, complications and outcome. *J Gastroenterol Hepatol* 2000; 15 (1): 21-5.
7. KAWM, SEKASG. Long-term follow-up of consequences of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubes in nursing home patients. *Dig Dis Sci*. 1994;39:738-743.
8. YAMAZAKI T, SAKAI Y, HATAKEYAMA K, HOSHIYAMA Y. Colocutaneous fistula after percutaneous endoscopic gastrostomy in a remnant stomach. *Surg Endosc* 1999; 13 (3): 280-2.
9. PATEL PH, THOMAS E. Risk factors for pneumonia after percutaneous endoscopic gastrostomy. *J Clin Gastroenterol* 1990; 12 (4): 389-92
10. GREIF JM, RAGLAND JJ, OCHSNER MG, RIDING R. Fatal necrotizing fasciitis complicating percutaneous endoscopic gastrostomy. *Gastrointest Endosc* 1986; 32 (4): 92-4.
12. DANZI JT. Two cases of acute pancreatitis due to a foreign body. *Gastrointest Endosc* 1986; 32: 360-1.
13. RICKES S, UHLE C, KOLFENBACH S, MONKEMULLER K, EFFENBERG O, MALFERTHEINER P. Echo Enhanced Ultrasound: A new valid initial imaging approach for severe acute pancreatitis.