**EP-238 - "BURIED BUMPER SYNDROME" COMPLICADO COM ABCESSO DA PAREDE ABDOMINAL – UMA ABORDAGEM TERAPÊUTICA MENOS INVASIVA, MAS EFICAZ...**

Cunha I[1]; Almeida N[1,2]; Macedo C[1]; Agostinho C[1]; Tomé L[1]
1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Os autores apresentam o caso de um doente de 47 anos, com glossectomia parcial por carcinoma, submetido a colocação de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) em 2016, por apresentar dificuldades na deglutição. Dezasseis meses depois recorre ao serviço de Urgência por obstrução da PEG e dor intensa no local da fístula gastrocutânea. Foi tentada rotação e inserção adicional da PEG, que se revelou impossível por dor intensa, palpando-se o fixador interno da sonda no seio da parede abdominal. Realizou-se endoscopia alta que confirmou o diagnóstico de "Buried Bumper Syndrome" (BBS), com ausência completa do fixador interno, e registando-se drenagem de pus a partir de pequeno orifício, que se encontrava em comunicação com abcesso. Nestas circunstâncias, com anuência do doente, optou-se por tentar uma resolução endoscópica e não cirúrgica. Foi possível passar um fio-guia através do orifício supracitado até à cavidade gástrica e, sob controlo endoscópico, removeu-se a PEG anterior por tração e inseriu-se uma nova, pela técnica "push" habitual. Com recurso a cateter procedeu-se à lavagem do abcesso com soro fisiológico, por via transgástrica, recolocando-se a nova sonda sem qualquer tração nos fixadores (externo e interno). Após 7 dias de internamento, sob antibioterapia e pausa alimentar total pela PEG, foi possível reposicionar os fixadores na sua posição habitual e reintroduzir a alimentação enteral. Aos 3 meses de follow-up o doente encontrava-se bem, com a PEG funcionante e sem quaisquer problemas.
O BBS é uma complicação rara, mas potencialmente fatal. Têm sido descritas várias técnicas endoscópicas e/ou cirúrgicas para resolver esta intercorrência, mas o desbridamento cirúrgico está formalmente indicado quando está presente um abcesso da parede abdominal. Este caso, documentado iconograficamente, demonstra que, na ausência de sinais de peritonite, uma abordagem endoscópica mais agressiva é passível de resolver estas situações, evitando assim uma terapêutica mais invasiva e potencialmente deletéria para o doente.