

7. Kwon JH, Kim MD, Han K, et al. Transcatheter arterial embolisation for acute lower gastrointestinal haemorrhage: A single-centre study. *Eur Radiol.* 2019;29:57–67.
8. Noh SM, Shin JH, Kim HLL, et al. Clinical outcomes of angiography and transcatheter arterial embolization for acute gastrointestinal bleeding: Analyses according to bleeding sites and embolization types. *Korean J Gastroenterol.* 2018;71:219–28.
9. Shi ZX, Yang J, Liang HW, et al. Emergency transcatheter arterial embolization for massive gastrointestinal arterial hemorrhage. *Medicine (Baltimore).* 2017;96:e9437.

T. Valdés-Delgado\*, V.A. Jiménez-García  
y M.D. Galván-Fernández

Unidad de Gastroenterología y Endoscopia. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

\* Autor para correspondencia. Departamento de Gastroenterología, Av. Dr. Fedriani s/n, Sevilla 41009, España. Teléfono: +34-680239587; Fax: +34-955008805. Correo electrónico: [teresavaldes4@hotmail.com](mailto:teresavaldes4@hotmail.com) (T. Valdés-Delgado).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2021.03.006>  
0375-0906/ © 2021 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Un caso inusual de obstrucción intestinal más allá de íleon proximal debido a migración interna de una gastrostomía endoscópica percutánea



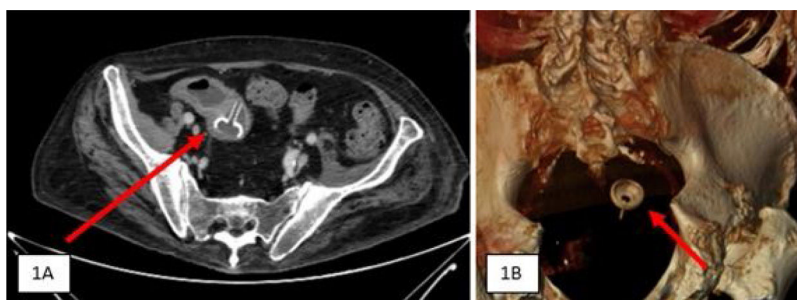
### An unusual case of intestinal obstruction beyond the proximal ileum due to the internal bumper of a percutaneous endoscopic gastrostomy

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es una técnica popular, utilizada para colocar endoscópicamente una sonda flexible en el estómago para la administración de alimentos. El objetivo de la GEP es mantener la alimentación y el suministro de medicamentos en pacientes que no pueden utilizar la vía oral<sup>1-3</sup>. Es un procedimiento simple, con baja incidencia de complicaciones. Cuando las complicaciones aparecen, el cuadro clínico suele ser atípico, por lo que es necesaria una adecuada sospecha clínica para su diagnóstico<sup>1-4</sup>. Además, el cuidado óptimo del dispositivo puede prevenir el desarrollo de complicaciones dañinas asociadas<sup>4</sup>.

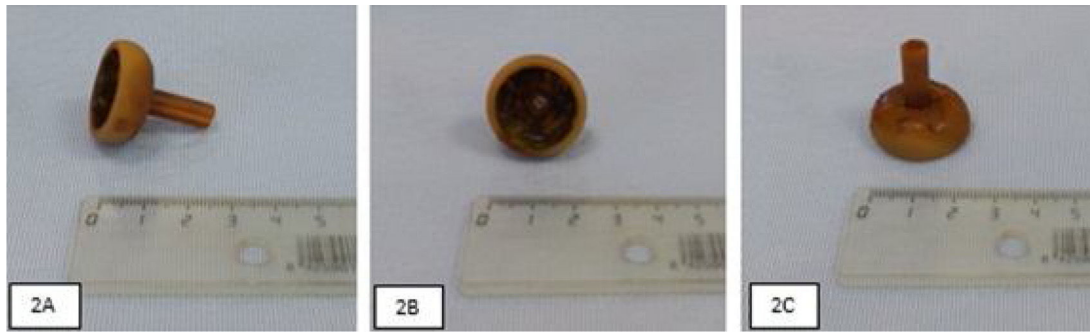
Se presenta el caso de un hombre de 74 años con antecedentes de hemofilia A. Un mes antes, el paciente recibió atención médica por traumatismo occipital y en una tomografía computarizada (TC) se identificó una fractura

parietal/temporal, sin signos de sangrado intracraneal. Un mes después, acudió al servicio de urgencias de otro centro hospitalario debido a una disminución aguda de su estado de alerta. El examen físico reveló desviación de ojos y cabeza hacia la derecha, hemianopsia homónima izquierda, parálisis muscular facial izquierda y hemiplejía izquierda. La TC de cerebro mostró hemorragia intraparenquimal en los lóbulos frontal y temporal, con desviación de la línea media. El paciente fue transferido a la unidad de cuidados intensivos después de una craneotomía descompresiva parietal derecha. Se consideró necesaria la inserción de una sonda GEP para fines alimenticios y de administración de medicamentos. Tras una prolongada estancia hospitalaria (2 meses), el paciente recuperó un nivel adecuado del estado de alerta. Se intentó quitar la sonda GEP por tracción externa, sin éxito tras varios intentos. Aunque la recomendación para casos de imposibilidad de extracción por tracción es quitarlo de forma endoscópica, se decidió seccionar la sonda GEP con tijeras y se informó al paciente de que la sonda sería expulsada del cuerpo por medio de evacuaciones. Fue dado de alta.

Seis meses después, el paciente llegó a nuestro departamento de urgencias debido a dolor abdominal generalizado, vómito fecaloide y fiebre con progresión de 3 días. El paciente también describió episodios previos de dolor abdominal tipo cólico en varias regiones, durante los 5 meses anteriores. La TC abdominal reveló inflamación regional y ectasia de íleon proximal debido a la impactación de un cuerpo extraño redondo de 2 cm de diámetro en el íleon



**Figura 1** A) Tomografía computarizada (TC) que muestra inflamación regional y ectasia de íleon proximal debido a impactación de cuerpo extraño redondo de 2 cm de diámetro en el íleon terminal. B) una imagen de reconstrucción con TC 3D que muestra un cuerpo extraño redondo, de 2 cm de diámetro, en el íleon terminal.



**Figura 2** Fotografía de un cuerpo extraño redondo, de 2 cm de diámetro, correspondiente a la migración interna de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea.

terminal (fig. 1). No hubo signos de abscesos ni de perforación intestinal. Debido a que la remoción endoscópica de una pieza interna de la sonda GEP no fue factible, el paciente fue transferido al quirófano y se realizó una laparotomía. Un cuerpo extraño, congruente con la migración interna de una pieza interna de la sonda GEP, fue retirado del íleon terminal (fig. 2) por medio de enterotomía. Tras recuperar la peristalsis intestinal y la tolerancia oral, el paciente fue dado de alta.

La GEP es un procedimiento simple y costo-efectivo, tiene una tasa de mortalidad baja y asegura la administración de alimentos y medicamentos. La GEP se ha vuelto cada vez más popular, especialmente en el manejo de pacientes tras derrame cerebral<sup>2</sup>. A consecuencia de su creciente uso, se ha dado también un incremento en las complicaciones asociadas<sup>1,3</sup>. La migración interna de la GEP es una complicación poco frecuente, con pocos casos descritos en la literatura científica. La peristalsis intestinal puede movilizar la migración ante la ausencia o disfunción del soporte externo, lo que resulta en úlceras o incluso en perforaciones<sup>2,3</sup>. Las características clínicas son inespecíficas y los pacientes buscan atención médica en servicios de urgencias cuando ocurre la obstrucción mecánica, a pesar de que el dolor abdominal y el vómito son síntomas que se presentan frecuentemente, incluso meses antes del episodio agudo<sup>1-6</sup>.

El examen físico y las exploraciones complementarias entre episodios pueden aparecer normales, lo cual hace que la sospecha diagnóstica precisa sea crucial. Existen casos en la literatura que describen fuga gástrica y obstrucción duodenal como complicaciones debidas a una sonda de gastrostomía desplazada<sup>5,6</sup>, al igual que pancreatitis debida a la obstrucción de la ampulla de Vater<sup>7</sup>. Sin embargo, hasta donde sabemos, este es el primer reporte de un caso de una migración interna más allá del íleon proximal<sup>1</sup>. El manejo adecuado de la GEP resolverá la mayoría de dicho tipo de complicaciones, pero es más probable que los desplazamientos distales requieran manejo quirúrgico.

Los beneficios potenciales del control endoscópico al extraer la sonda GEP han sido propuestos<sup>4</sup>. Sin embargo, el cuidado diario y la manipulación óptima parecen ser los mejores métodos para evitar complicaciones<sup>1,3</sup>. Con la finalidad de evitar complicaciones, se recomienda obtener toda la información sobre las características de la GEP y registrar

la cronología de su manipulación. La sospecha temprana y el diagnóstico evitarán los desplazamientos distales y, en consecuencia, incrementarán la probabilidad de un manejo endoscópico exitoso.

En conclusión, la GEP se ha convertido en una técnica de rutina con beneficios potenciales, pero no está libre de riesgos. Presentamos aquí un reporte de caso único de oclusión de intestino delgado distal debido a migración interna de una GEP. Los médicos deben conocer las complicaciones yatrogénicas potenciales de los dispositivos GEP para optimizar el cuidado de los pacientes.

## Responsabilidades éticas

Se solicitó el consentimiento informado del paciente para participar en la investigación descrita. El trabajo cumple con las regulaciones de investigación bioética. Los autores declaran que el presente artículo no contiene información personal que pueda identificar al paciente.

## Financiación

No existió financiamiento relacionado con el presente artículo.

## Autoría/colaboración

SML, AAGA y LSR obtuvieron los datos y escribieron el manuscrito. PDR, FGV y FDF revisaron y aprobaron el manuscrito. Todos los autores aprobaron el borrador final para entrega. PDR es el garante del artículo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Fahad M, Sher NB, Bhavin P, et al. Unusual complication of a percutaneous gastrostomy tube. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2019;9:325–6, <http://dx.doi.org/10.1080/20009666.2019.1650410>.

2. Shah J, Sunkara T, Yarlagadda KS, et al. Gastric outlet and duodenal obstruction as a complication of migrated gastrostomy tube: Report of two cases and literature review. *Gastroenterology Res.* 2018;11:71–4, <http://dx.doi.org/10.14740/gr954w>.
  3. Gravito-Soares M, Gravito-Soares E, Almeida N, et al. Distal migration of percutaneous endoscopic gastrostomy tube causing gastric outlet obstruction. *J Food Nutri Disorders.* 2017;6:4, <http://dx.doi.org/10.4172/2324-9323.1000233>.
  4. Bert F, Rossol S. Rare cause of recurrent subileus. *Dtsch Med Wochenschr.* 2015;140:670–2, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-101519>.
  5. Barosa R, Santos C, Fonseca J. Gastric outlet obstruction: An unusual adverse event of percutaneous endoscopic gastrostomy. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108:53–4. PMID: 26765241.
  6. Fonseca J, Nunes G, Patita M, et al. Catheter traction and gastric outlet obstruction: A repeated complication of using a Foley catheter for gastrostomy tube replacement. *Nutr Hosp.* 2017;34:499–501, <http://dx.doi.org/10.20960/nh.693>.
  7. Hawatmeh A, Alkhateeb A, Arqoub AA, et al. Gastrostomy tube migration complicated with acute pancreatitis: Two case reports with review of literature. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2016;6:48–50, <http://dx.doi.org/10.4103/2229-5151.177360>.
- S. Moragón-Ledesma<sup>a</sup>, A.A. Gurjián-Arena<sup>a</sup>, F. Díaz-Fontenla<sup>b</sup>, F. Galeano-Valle<sup>a,c,d</sup> y P. Demelo-Rodríguez<sup>a,c,d,\*</sup>
- <sup>a</sup> *Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*  
<sup>b</sup> *Sección de Gastroenterología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España*  
<sup>c</sup> *Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Madrid, España*  
<sup>d</sup> *Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España*
- \* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [pbdemelo@hotmail.com](mailto:pbdemelo@hotmail.com)  
(P. Demelo-Rodríguez).
- <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2021.03.005>  
0375-0906/ © 2021 Asociación Mexicana de Gastroenterología.  
Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).