

# Obstrucción intestinal por balón de sonda vesical por sitio de gastrostomía

## Bowel obstruction by bladder catheter balloon by gastrostomy site

Juan I. Ramírez<sup>1</sup>, Estefanía Mc Cormack<sup>1</sup>, Fiorela Laudani<sup>1</sup>, Camila Bosch<sup>1</sup>, Vanesa Y. Pantano<sup>1</sup>, Marco Bonilha Zocatelli<sup>2</sup>, Julio E. Bruetman<sup>1</sup>, Bárbara C. Finn<sup>1</sup>, Pablo Young<sup>1</sup>

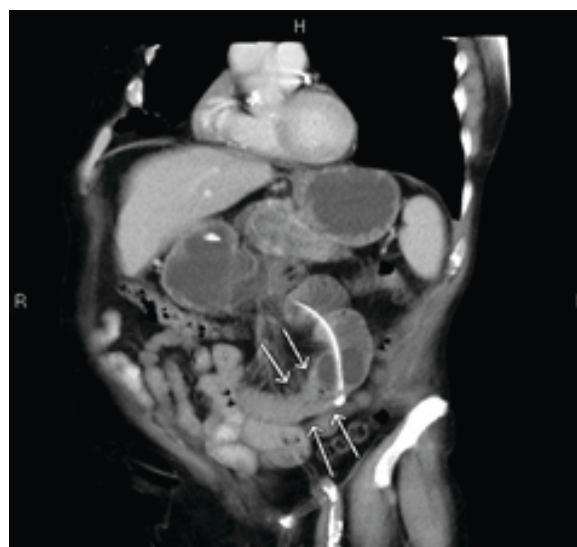
Fronteras en Medicina 2020;15(3):190-191. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202003/0190-0191>

Paciente masculino 75 años con antecedentes de cardiopatía isquémica con colocación de *stent* liberador de drogas en descendente anterior, cáncer escamoso de lengua recaído posterior a ciclo de quimioterapia y radioterapia, por lo que se realizó hemiglosectomía tres meses previo a la consulta, con vaciamiento ganglionar cervical. Requirió traqueostomía y gastrostomía. Los 15 días previos a la consulta se produjo desplazamiento accidental de sonda de gastrostomía por lo que requirió recambio de urgencia con colocación de sonda vesical para mantener la fístula y continuar con alimentación. Consultó por astenia, adinamia y deposiciones diarreas no disintéricas escasas, pero con aumento en la frecuencia sin dolor abdominal. Al examen físico presentó hipotensión ortostática y en laboratorio se evidenció insuficiencia renal aguda de origen prerrenal por depleción de volumen. Ingresó a sala donde comenzó con hidratación endovenosa y agua por gastrostomía además de nutrición enteral. Evolucionó con mejoría de los parámetros laboratorio, sin ortostatismo. A las 24 horas de internación desarrolló dolor abdominal en hipocóndrio derecho y luego en flanco izquierdo constante 6/10 asociado a vómitos biliosos (y pérdida por gastrostomía) y falta de eliminación de gases, se colocó bolsa colectora a decúbito por gastrostomía sin dé-

bito. Al examen físico, signos vitales conservados, afebril. Dolor a la palpación en flanco izquierdo con defensa sin reacción peritoneal, ruidos hidroaéreos ausentes. Se realizó ecografía abdominal y radiografía de abdomen sin hallazgos relevantes. Ante la sospecha de suboclusión intestinal se realizó tomografía de abdomen con doble contraste que evidenció distensión y dilatación de estómago, duodeno e intestino delgado con abundante contenido propio, previo al balón de la sonda vesical de gastrostomía, posterior a la misma buen pasaje de contraste sin distensión de asas sin patología inflamatoria (**Figuras 1 a 3**).

Se interpretó como oclusión intestinal de delgado por balón de sonda de Foley por sitio de gastrostomía, por lo que se desinfló y se retiró 10 cm, con mejoría del cuadro clínico como lo reportó la literatura<sup>1-5</sup>.

La migración inducida por peristaltismo de esta son-



**Figura 1.** Las flechas indican el sitio de transición con dilatación previa y posterior calibre conservado del yeyuno.

1. Servicio de Clínica Médica.
2. Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Hospital Británico de Buenos Aires. CABA.

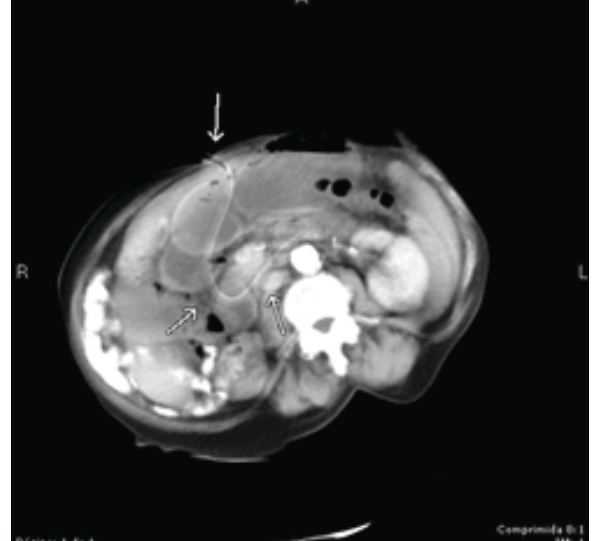
Correspondencia: Pablo Young. Servicio de Clínica Médica. Hospital Británico de Buenos Aires. Perdriel 74, C1280AEB CABA. Rep. Argentina. Fax (54-11) 43043393. [pabloyoung2003@yahoo.com.ar](mailto:pabloyoung2003@yahoo.com.ar)

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 26/07/2020 | Aceptado: 13/09/2020



**Figura 2.** Las flechas indican dilatación del intestino previo al sitio de obstrucción (sonda balón).



**Figura 3.** El orificio de gastrostomía y parte del recorrido del catéter.

da se ha implicado en casos de obstrucción de la salida gástrica, duodeno o intestino delgado como en nuestro caso. Se ha reportado su traslado por el peristaltismo hasta el colon inclusive<sup>2,3</sup>. Puede, además, refluir hacia el esófago donde pueden alojarse y causar ruptura esofágica, neumotórax y mediastinitis. Se han reportado, casos de pancreatitis, ictericia (por obstrucción biliar a nivel de ampolla de Vater) e intususcepción por sonda Foley utilizado como tubo de alimentación, a menudo causados por la migración del catéter<sup>4,5</sup>.

A su vez, al igual que los tubos de gastrostomía, la sonda vesical puede erosionar la mucosa del tracto gastrointestinal, lo que lleva a úlceras, fistulas, neumatosis intestinal y perforación<sup>5</sup>.

Por último, y como ocurrió en nuestro caso, se debe estar alerta ante la fuga por la gastrostomía de contenido gástrico que puede preceder al vómito y ser una pista temprana de la migración del tubo con la obstrucción resultante.

## BIBLIOGRAFIA

1. Guida Filho B, Mirra AP. Minimal gastrostomy with the Foley catheter. *Rev Assoc Med Bras* 1962;8:89-90.
2. Cmorej P, Barbat S, Sugawa C. Complication of dislodged gastrostomy Foley catheter: antegrade migration into small bowel. *BMJ Case Rep* 2018;11(1).
3. Vu S, Lewis AB, Moore B. Gastric Outlet Obstruction Caused by Foley Catheter: A Complication when Substituting for Commercial Gastrostomy Tubes. *Clin Pract Cases Emerg Med* 2018;2(1):35-8.
4. Fonseca J, Nunes G, Patita M, Barosa R, Santos CA. Catheter traction and gastric outlet obstruction: a repeated complication of using a Foley catheter for gastrostomy tube replacement. *Nutr Hosp* 2017;34(2):499-501.
5. Cassaday M, Kadakia SC, Yamamoto K, Parker A. Foley feeding catheter migration into the small bowel. *J Clin Gastroenterol* 1992;15(3):242-4.