

Síndrome de ogilvie. Informe de un caso

The Ogilvie's syndrome. A case report

Dr. Enrique Flores Miranda; Dr. Enrique Flores Delgado; Dra. Mayte Flores Delgado Dra. Mirtha Delgado Vega

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se reporta el primer caso en Cuba de un síndrome de Ogilvie con antecedentes de una afección renal bilateral, el riñón derecho hipoplásico y un absceso perinefrítico filtrante a cavidad peritoneal del riñón izquierdo.

DeCS: SEUDOObSTRUCCIÓN COLÓNICA; INFORME DE CASO.

ABSTRACT

It is presented the first case of a carrier of Olgivie's syndrome in our country, with antecedent of bilateral kidney affection, hypoplastic right kidney and a perinephritic absceso filtering to peritoneal cavity of the left kidney.

DeCS: COLONIC PSEUDO-OBSTRUCTION; CASE REPORT.

INTRODUCCIÓN

La dilatación aguda del colon proximal, principalmente del ciego, sin obstáculo mecánico distal, fue observada y publicada por primera vez en 1948 en el British Medical Journal por Heneage Ogilvie.¹

Desde entonces han aparecido varias comunicaciones médicas sobre esta enfermedad y su sinonimia ha crecido, pero los nombres que se emplean comúnmente son pseudoobstrucción aguda del colon y síndrome de Ogilvie.²⁻³

En la literatura revisada no se encontró ningún caso con este síndrome, lo que fue motivo para realizar esta investigación.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 62 años, masculino, negro, que ingresó en el servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech de Camagüey, con antecedentes de dos intervenciones quirúrgicas en el riñón derecho para extracción de cálculos y litiasis coleriforme en el riñón izquierdo. Presentó dolor abdominal moderado, vómitos, fiebre con escalofríos, distensión abdominal y no expulsó heces ni gases por el recto.

Al examen físico se encontró un abdomen distendido asimétricamente hacia el lado derecho, quieto, doloroso difusamente a la palpación sin que se advirtieran tumores ni visceromegalias y ausencia de ruidos hidroaéreos. Al tacto rectal se encontró ampolla rectal vacía. Presentó además pulso de 108/min, presión arterial de 150/ 100 mmHg y frecuencia respiratoria de 28/min. En la radiografía simple del abdomen se observó una marcada dilatación del colon derecho con nivel hidroaéreo, además de claras imágenes de litiasis en la proyección del riñón izquierdo. El colon por enema mostró detención de la columna de bario a nivel del ángulo hepático del colon, con una marcada dilatación del segmento proximal. Otros complementarios realizados a su ingreso fueron hemoglobina: 136 gr/L, creatinina: 480 mmol/L. y parcial de orina con abundantes leucocitos sin albúmina.

El paciente fue valorado por especialistas en nefrología, los cuales determinaron una oclusión del intestino grueso por neoplasia o vólvulo de ciego y una insuficiencia renal aguda con litiasis renal, por lo que se decidió operarlo de urgencia.

Durante el acto quirúrgico se encontró gran dilatación del ciego y colon ascendente, sin lesión orgánica en esta zona ni del resto del intestino, sin señales de isquemia o perforación inminente del segmento distendido y presentó una peritonitis moderada por un absceso perinefrítico filtrante a cavidad peritoneal. Ante la insuficiencia renal ya conocida, se decidió realizar drenaje y limpieza del absceso y se dejó además una sonda rectal al término de la operación. Durante el postoperatorio se compensó su balance hidroelectrolítico y ácido básico, se mantuvo la aspiración por sonda nasogástrica y la descompresión a través de la sonda rectal, se realizaron además repetidas diálisis, lo que permitió mejorar rápidamente su insuficiencia renal. La evolución del enfermo hasta los once días de operado fue satisfactoria en todos los sentidos, posteriormente presentó un cuadro agudo nocturno sugestivo de infarto del miocardio que lo llevó a la muerte en pocos minutos. La necropsia confirmó los hallazgos quirúrgicos y diagnósticos clínicos planteados.

DISCUSIÓN

El síndrome de Ogilvie fue descrito por éste como una dilatación del colon proximal sin causa obstructiva mecánica, demostrable en dos casos portadores de invasión neoplásica retroperitoneal con compromiso del plexo celiaco, como una dilatación severa debido a un desequilibrio entre la inervación simpática /parasimpática del colon, etiopatogenia que no es aún totalmente conocida.^{4, 2} Este cuadro se observa en múltiples procesos médicos y quirúrgicos como infarto agudo del miocardio, angina de pecho, accidente cerebrovascular, enfermedad de *Alzheimer*, *Parkinson*, demencia senil, insuficiencia renal, amiloidosis, feocromocitoma, herpes zoster, infecciones víricas, infecciones bacterianas severas, diabetes mellitus descompensada, desbalances hidroelectrolíticos, uso de drogas del tipo de los narcóticos, bloqueadores H₂, fenotiazidas, antidepresivos tricíclicos, antagonistas cálcicos, operaciones ginecológicas, cesáreas, urológicas y ortopédicas, quemaduras, hematomas retroperitoneales, fracturas, trauma de cráneo, trasplante renal, colecistectomía videoendoscópica por litiasis, pseudoquiste de páncreas, pancreatitis aguda, y se reportan idiopáticas hasta un 12 %.^{2, 3, 5-7}

Esta enfermedad afecta sobre todo a personas mayores de 50 años sin predominio de sexo, que presentan como signo más frecuente un abdomen distendido y timpánico, acompañado en grado variable de dolor abdominal, náuseas, vómitos, no expulsión de heces, ni gases y ruidos hidroaéreos aumentados o disminuidos, los que se asocian a la enfermedad de base que origina el síndrome.^{3,8}

Los estudios radiológicos son muy importantes para el diagnóstico, en el abdomen simple se observa una gran dilatación de las asas del colon proximal, el ciego alcanza diámetros entre 8 y 12 cm. Sin dilatación habitual del intestino delgado, en el colon por enema se observa con frecuencia detención de la columna de bario en el límite de la zona distendida, pero su empleo puede propiciar o agravar la perforación del colon por el aumento de la presión intracolónica y dificultar además la realización de una colonoscopia, procedimiento que ha ganado valor en los últimos años pues permite corroborar el diagnóstico y facilitar la descompresión del colon.⁷

Hacer el diagnóstico diferencial con procesos obstructivos mecánicos agudos como el vólvulo de ciego, tumores e impacto fecal entre otros, resulta difícil en ocasiones.²

La necrosis y perforación del colon por sobredistensión son graves complicaciones que aparecen cuando el diámetro del ciego es mayor de 12 cm y elevan su mortalidad a un 30-40 %.^{7,9,10}

El tratamiento de esta afección puede ser médico o quirúrgico, en dependencia de la presencia de complicaciones y la enfermedad de base del paciente. El tratamiento médico consiste en reposición hidroelectrolítica, sonda nasogástrica, sonda rectal, supresión de fármacos que inhiben la motilidad colónica como narcóticos anticolinérgicos, bloqueantes cálcicos y antidepresivos, y de aquellos que aumentan la entrada de aire al colon como los antagonistas H₂, algunos autores recomiendan el uso de diversos medicamentos como la Neostigmina, Cisapride, Eritromicina, Metoclopramida, Domperidona, Naloxona, Guanetidina y Misoprostol, sobre todo los tres primeros, y otros proponen colocar al paciente en prono con la almohada bajo la pelvis o decúbito lateral derecho ya que ayuda a expulsar los gases. Los enemas evacuantes antiguamente usados pueden producir perforación del colon por lo que no se recomiendan en la actualidad. La colonoscopia descompresiva, utilizada por Kukora por primera vez en 1977, a la que se le agregó posteriormente el uso de un tubo multiperforado, es un método terapéutico y diagnóstico de utilidad. La cecostomía

percutánea bajo control tomográfico, con punción por vía posterior, se ha utilizado después del fallo de la colonoscopia o como alternativa de ésta. Los procedimientos quirúrgicos varían, desde una cecostomía hasta una colectomía de acuerdo al estado del colon. ²⁻⁶

En los casos tratados conservadoramente debe hacerse un estrecho seguimiento clínico y radiológico ya que se han reportado recurrencias desde un 20 hasta un 50 %. ⁵

Los factores que determinan el pronóstico de estos pacientes son la edad, enfermedad de base, el diámetro cecal y la presencia de necrosis o perforación.

7

La mortalidad intrahospitalaria global reportada es del 30 %, varía desde el 20 % con intestino viable al 40 % con necrosis o perforación. ⁵

En este paciente se constató la presencia del síndrome de Ogilvie, a partir de un proceso retroperitoneal, con manifestaciones intraabdominales; esta enfermedad a pesar de ser una entidad rara en nuestro medio, es más frecuente de lo que se diagnostica, por lo que todo cirujano debe tenerla en cuenta ante pacientes seniles con clínica de obstrucción del colon proximal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ogilvie H. Large intestine colic due to sympathetic deprivation. A new clinical syndrome. Br Med. 1948;2:671-3.
2. Cross JM, Marvin RG. Acute colonic pseudo-obstruction in a patient with a significant closed head injury. J Eme Int Car Med. 2000;4(1):524-28
3. Matas FA, García MA, Menchén TB, Campano CI, Sánchez-Bustos CF, Quadros BM, et al. Síndrome de Ogilvie secundario a cesárea. Cir Española. 2001;69(6):625-6.
4. Pliego PA, Cárdenas SL, Rodríguez BR. Descompresión con sonda rectal en la pseudoobstrucción colónica (síndrome de Ogilvie). Informe de un caso y revisión de la literatura. Ginecol Obstet Mex. 2000;68(1):39-41.
5. Avalos JN, León CJ, Miguieles CR, Oyanedel SP, Sabah TS, Uribe AS. Síndrome de Ogilvie ¿ qué hay de nuevo? Rev Chil Cir. 2000;53(2):220-5.

6. Peñalongo B, Balleza R. Seudoobstrucción colónica aguda (Síndrome de Ogilvie): complicación inusual después de colecistectomía videolaparoscópica. Rev Guatemalteca Cir. 1999;8(2):73-6.
7. Loren L. Management of acute colonic Pseudo-obstruction. N England J Med. 1999;341(3):192-3.
8. OMalley KJ, Flechner SM, Kapoor A, Rhodes RA, Modlin C, Goldfarb DA, et al. Acute colonic pseudoobstruction (Ogilvie Syndrome) after renal transplantation. Am J Surg. 1999;177:492-6.
9. Lenharo S, Hara M, Fiore M, Mendes L, Viegas M, Araujo J, et al. Pseudo-obstrução aguda do cólon (Síndrome de Ogilvie): relato de caso e revisão da literatura. J Bras Méd. 2001;81(2):56-7.
10. Franca L, López A, Pinto R. Síndrome de Ogilvie. Folha Méd. 2000;119(2):43-4.

Recibido: 26 de junio de 2003.

Aceptado: 27 de abril de 2004.

Dr. Enrique Flores Miranda. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular. Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.