

## **Seudoobstrucción colónica aguda o síndrome de Ogilvie en una anciana**

### **Acute colonic pseudo-obstruction or Ogilvie syndrome in an old woman**

**Dra. Iliana Guerra Macías**

Hospital Universitario "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

#### **RESUMEN**

La seudoobstrucción colónica aguda o síndrome de Ogilvie es una afección en la cual hay apariencia clínica e imagenológica de obstrucción intestinal sin bloqueo mecánico. Se describe el caso clínico de una anciana de 65 años de edad, quien sufría esta condición clínica, por lo cual fue atendida en el Servicio de Cirugía del Hospital N´Gola Kimbanda, provincia Namibe en Angola e intervenida quirúrgicamente. La paciente evolucionó favorablemente y egresó sin dificultad.

**Palabras clave:** seudoobstrucción colónica aguda, síndrome de Ogilvie, obstrucción intestinal, anciana.

#### **ABSTRACT**

The acute colonic pseudo-obstruction or Ogilvie syndrome is a disorder in which there is a clinical and imagenologic appearance of intestinal obstruction without mechanic blockade. The case report of a 65 years old woman who suffered from this clinical condition is described, reason why she was assisted and surgically intervened in the Surgery Service of N´Gola Kimbanda Hospital, Namibe province in Angola. The patient had a favorable clinical course and she was discharged without difficulty.

**Key words:** acute colonic pseudo-obstruction, Ogilvie syndrome, intestinal obstruction, old woman.

#### **INTRODUCCIÓN**

La seudoobstrucción colónica aguda o síndrome de Ogilvie es un trastorno de la motilidad intestinal, caracterizado por dilatación del intestino grueso, de inicio rápido y progresivo, especialmente del lado derecho, pero puede ser segmentaria o masiva.<sup>1</sup> Es una enfermedad médico-quirúrgica rara, de baja incidencia, con una morbilidad de 3 % y alta mortalidad si el paciente no es tratado oportunamente (entre 25-50 %).<sup>1,2</sup>

Teniendo en cuenta lo anterior, se describe el caso clínico de una anciana asistida y operada en el Servicio de Cirugía del mencionado centro hospitalario, quien tuvo excelente recuperación. La inusual presentación de esta afección justificó la realización de este estudio, para aportar así un caso más a la literatura científica en general.

#### **CASO CLÍNICO**

Se describe el caso clínico de una anciana de 65 años de edad, con antecedentes de constipación crónica desde su infancia y trastorno psiquiátrico (neurosis depresiva), para lo cual llevaba tratamiento irregular con antidepresivos tricíclicos.

La paciente fue asistida e internada de urgencia en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial N´gola Kimbanda, provincia Namibe, en Angola, por presentar dolor

abdominal de tipo cólico desde hacía 4 días, de localización difusa, de moderada intensidad y sin irradiación, así como dificultad para defecar (aunque sí expulsaba gases) a pesar de utilizar diferentes métodos tradicionales para lograrlo.

- Examen físico
  - Estado nutricional deficiente, moderada deshidratación y gran distensión abdominal con dibujo del colon a través de las cubiertas abdominales.
  - Palpación profunda dolorosa, pero sin reacción peritoneal.
  - Hipersonoridad generalizada con ruidos hidroaéreos disminuidos.
  - Signos vitales normales.
- Exámenes complementarios
  - Hemograma completo: Hemoglobina: 100 g/L; hematocrito: 0,33 L/L; leucocitos:  $11,3 \times 10^9/L$ ; neutrófilo: 86 %; linfocitos: 14 %.
  - Coagulograma: Plaquetas:  $255 \times 10^9/L$ , coágulo retráctil; tiempo de sangrado: 1 minuto; tiempo de coagulación: 7 minutos; fibrinógeno:  $\pm 135$  mg %.
  - Radiografía simple de abdomen: Se observó gran dilatación del colon derecho y transversal sin patrón oclusivo; asimismo, mediante la radiografía de colon por enema se visualizó el recorrido del contraste sin dificultad por todo el marco cólico, además de gran dilatación colónica y heces fecales abundantes (figura 1).
  - Radiografía de tórax: Elevación de ambos hemidiafragmas, sin alteración pulmonar y pleuroparietal.
  - Electrocardiograma: normal.

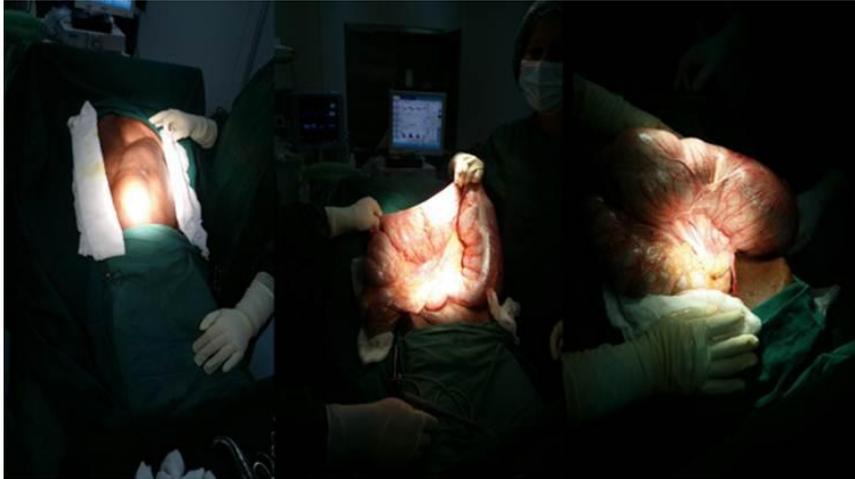


**Fig.1.** Observe gran dilatación del colon derecho y transversal sin patrón oclusivo.

La paciente fue ingresada con el diagnóstico de megacolon adquirido no tóxico, por lo cual se inició tratamiento médico de inmediato, suspensión de la vía oral, fluidoterapia, administración de antimicrobianos, neostigmina y descompresión gastrointestinal (inserción de sonda nasogástrica y rectal, previa dilatación anal forzada). El estado general de la paciente mejoró notablemente, aunque las características del abdomen se mantuvieron idénticas.

Al no disponerse de otros medicamentos procinéticos y ante la imposibilidad de realizarle la colonoscopia como segunda medida conservadora, se decidió operarla de urgencia. Se encontró enorme dilatación del ciego, colon ascendente y transversal,

además de unos pocos centímetros de colon descendente, sin afectación vascular y lleno de heces fecales pastosas (figura 2).



**Fig.2.** Colon derecho, transverso y algunos centímetros de colon descendente, enormemente dilatado.

Por otra parte, resultó muy notoria la gran diferencia de diámetro colónico, con una zona limítrofe entre el megacolon y el colon distal normal, con heces fecales abundantes y ausencia evidente de obstrucción mecánica (figura 3). Se realizó colectomía parcial y anastomosis colocolica, monoplano, extramucosa, con sutura irreabsorbible. La paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó a los 10 días.



**Fig.3.** Zona limítrofe del colon descendente conaire y heces fecales en el colon distal sin obstrucción mecánica evidente.

## COMENTARIOS

Este síndrome fue descrito por vez primera en 1948 por el doctor chileno William Heneage Ogilvie. También llamado pseudoobstrucción intestinal primaria, íleo colónico agudo, pseudoobstrucción colónica, pseudoobstrucción intestinal idiopática y pseudoobstrucción intestinal crónica. Es más frecuente en la séptima década de la vida, principalmente en hombres, con una relación de 2:1.<sup>3</sup>

Es una enfermedad nosológica heterogénea, de fisiopatología aún no bien definida, caracterizada por una dilatación aguda del colon, segmentaria o total, con ausencia de obstrucción mecánica. Se asocia a múltiples condiciones médicas (hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, infecciones, infarto agudo del miocardio, síndrome de insuficiencia respiratoria en el adulto, neumonía, diabetes *mellitus* complicada, apoyo ventilatorio mecánico y anormalidades electrolíticas); quirúrgicas (traumatismos, cirugía cardíaca, abdominal, procedimientos obstétricos, ginecológicos y ortopédicos); farmacológicas (antipsicóticos, antidiarreicos, digitálicos y opiáceos); afecciones neurológicas como enfermedad de Parkinson, así como a la gravidez y a determinadas anormalidades relacionadas con las prostaglandinas; también pueden ser idiopática.<sup>4-6</sup>

Inicialmente, Ogilvie propuso que existía un desequilibrio en la actividad del sistema nervioso autónomo, de predominio parasimpático, que llevaba a la dilatación excesiva del colon, y postuló un espasmo regional en el intestino grueso debido a una interrupción de la inervación simpática causada por un tumor maligno retroperitoneal que infiltraba el plexo celíaco en 2 casos estudiados. Hoy en día su verdadera causa sigue siendo desconocida y como única hipótesis se acepta la interrupción de la inervación sacral y, como consecuencia, la atonía del colon; también se plantea un aumento del tono simpático o disminución de la actividad parasimpática, lo que conlleva a una pseudoobstrucción del colon distal y la dilatación del proximal, conocido como colon adinámico.<sup>7</sup>

La incidencia del síndrome de Ogilvie es incierta y se ha estimado una mortalidad hospitalaria de 50 %, que aumenta en función del diámetro cecal. Se señala que con una dilatación cecal entre 9-12 cm, el riesgo de perforación es inminente, unido a los días de evolución del cuadro clínico (más de 5 días).<sup>3,6,7</sup>

Desde el punto de vista clínico, es difícil de diferenciar de un íleo paralítico, pues los pacientes acuden al facultativo por constipación de varios días y distensión abdominal progresiva, pero casi siempre niegan el dolor abdominal de tipo cólico. Así, los estudios de imágenes como la radiografía simple de abdomen, la de colon por enema (con 80 y 100 % de sensibilidad y especificidad, respectivamente) y la tomografía axial computarizada (con 96 y 93 %, en el mismo orden) son indispensables para diferenciar entre una oclusión mecánica y un íleo paralítico. Todas ellas muestran signos de dilatación colónica, muy marcado en ciego y colon ascendente, sin evidencia de obstrucción mecánica identificada en los estudios con medio de contraste baritado.<sup>7,8</sup>

El tratamiento de los pacientes con esta afección es conservador y este incluye:

- Medidas generales (sustitución hidromineral, descompresión intestinal, antimicrobianos).
- Tratamiento farmacológico, consistente en el uso de diferentes agentes procinéticos como la neostigmina (medicamento de elección, con 91 % de positividad) en dosis única de 2 mg por vía intravenosa durante 3-5 minutos.
- Descompresión colonoscópica con una efectividad de 69-80 %.
- Tratamiento quirúrgico cuando la falta de mejoría en 48-72 horas indica deterioro físico por isquemia intestinal, necrosis, perforación y peritonitis.<sup>3,8,9</sup>

Entre los procedimientos que pueden realizarse se encuentra la cecostomía por sonda, la hemicolectomía derecha o la colectomía parcial. La elección depende del estado del ciego y del colon ascendente, así como también del grado de contaminación fecal de la cavidad peritoneal.<sup>9,10</sup> El pronóstico depende de las comorbilidades del paciente y del desarrollo de las complicaciones ya descritas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gamarra RM. Acute megacolon. Medscape. 2016 [citado 22 Dic 2016].
2. Floch MH. Megacolon. En: Netter Gastroenterología. Madrid: Elsevier, Masson; 2006.
3. Alonso Araújo SE, Ferreira Novaes de Almeida F, De Paris Caravatto PP, Blanco Dumarco R, Shigerara Yamakami LY, Tércio G, *et al.* Diagnóstico e tratamento da pseudo-obstrução aguda do colon (síndrome de Ogilvie), 2013 [citado 22 Dic 2016].
4. Síndrome de Ogilvie [citado 22 Dic 2016].
5. Síndrome de Ogilvie [citado 22 Dic 2016].
6. Arpana J, Vargas HD. Advances and challenges in the management of acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie Syndrome). Clin Colon Rectal Surg. 2012;25(1):37-45.
7. Rendón Medina MA. Síndromes dismórfico neonatal y síndrome de Ogilvie. Cirugía y Cirujanos. 2017 [citado 22 Dic 2016]; 85(2).
8. Andrews JM, Brierley SM, Blackshaw LA. Small intestinal motor and sensory function and dysfunction. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10<sup>th</sup>. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016.
9. Camilleri M. Disorders of gastrointestinal motility. In: Goldman L, Schafer AI. Goldman's Cecil Medicine. 25<sup>th</sup>. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016.
10. Syndrome d'Ogilvie [citado 22 Dic 2016].

Recibido: 9 de agosto de 2017.

Aprobado: 10 de enero de 2018.

*Iliana Guerra Macías.* Hospital Universitario "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Carretera Central, km 21 ½, Melgarejo, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: [guerrailiana178@gmail.com](mailto:guerrailiana178@gmail.com)