

Manejo quirúrgico del Síndrome de Ogilvie

Ricardo Alarcón Gutierrez¹, Manuel Vélchez Zaldivar¹, Jhoanna H. Ferrando Sánchez²

1. Cirujano general del HEJCU

2. Médico residente de cirugía general del HEJCU

Correspondencia: cirgen.hbt@gmail.com

RESUMEN

El síndrome de Ogilvie es una pseudo-obstrucción intestinal caracterizado por presentar síntomas y signos de obstrucción intestinal con ausencia de causa mecánica. Reportamos el caso de una paciente de 94 años de edad con síntomas de dolor abdominal difuso, tipo cólico, asociado a náusea, vómitos y constipación. Al examen físico se observa a una mujer postrada, con presencia de distensión abdominal, timpánico, ausencia de ruidos hidroaéreos. Se procede a realizar exámenes de laboratorio e imágenes, revelando una radiografía de abdomen dilatación de marco colónico. Se instaura tratamiento médico pero al no ver mejoría clínica se realiza una cecostomía descompresiva. La paciente permaneció en el hospital por 3 semanas siendo dada de alta sin complicaciones.

Palabras claves: síndrome de Ogilvie, pseudo-obstrucción intestinal, cecostomía

ABSTRACT

Ogilvie's syndrome is an intestinal pseudo-obstruction characterized by symptoms and signs of intestinal obstruction with no mechanical cause. We report the case of a 94-year-old patient with symptoms of diffuse crampy abdominal pain associated with nausea, vomiting and constipation. On physical examination, a prostrate woman is observed, with the presence of abdominal and tympanic distension, and the absence of bowel sounds. Laboratory tests and images are carried out, the abdominal X-ray reveals colonic dilation. Medical treatment was established but in view of no clinical improvement, a decompressive cecostomy was performed. The patient remained in the hospital for 3 weeks and was discharged without complications.

Keywords: Ogilvie syndrome, intestinal pseudo-obstruction, cecostomy

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ogilvie o pseudo-obstrucción colónica aguda fue descrito en 1948 y se refiere a la presentación de dilatación masiva de colon sin obstrucción mecánica u otra causa orgánica. La pseudo-obstrucción intestinal aguda mayormente afecta ciego y hemicolon derecho, en algunas ocasiones se extiende hasta el recto. La pseudo-obstrucción intestinal mayormente afecta a personas mayores de 60 años de edad, pacientes hospitalizados, enfermedades graves, pacientes sometidos a cirugía cardíaca, pacientes quemados, pacientes luego de cirugías ortopédicas.

La patogénesis de la producción de pseudo-obstrucción intestinal todavía no está establecida,

está relacionada a la interrupción parasimpática de las fibras de S2 a S4 que conlleva a la dilatación atónica del colon produciendo una obstrucción proximal; esto conllevaría al incremento acelerado del diámetro colónico el cual incrementa la tensión de la pared del colon, incrementando el riesgo de isquemia y perforación. El riesgo de perforación incrementa cuando hay una dilatación de ciego que excede los 10 a 12cm de distensión cuando pasan los 6 días, la duración de la dilatación del colon es más importante que el diámetro en general.

La manifestación del síndrome de Ogilvie será la distensión abdominal, se instaura los primeros días y se hace evidente al 3er al 7mo día. Está asociada a náuseas, vómitos, dolor abdominal, constipación,

aunque también en algunos casos se pueden presentar con diarreas. En la mayoría de casos se evidencia un abdomen timpánico, tenso, presencia de fiebre y signos peritoneales en algunos casos

Para realizar el diagnóstico de la pseudo- obstrucción intestinal se realiza la correlación clínica entre el examen físico y los exámenes por imágenes, se complementa el estudio a través de exámenes de laboratorio.

La tomografía abdominal es el patrón de oro para establecer su diagnóstico ya que se evidencia la dilatación de marco colónico a predominio de lado derecho aunque en algunas ocasiones puede llegar a ser dilatación que abarca todo el marco colónico y se descartan otras etiologías que puedan estar condicionando obstrucción intestinal. De no contar con tomografía se podría utilizar enema contrastado que demostrarían la dilatación de marco colónico, está contraindicado en pacientes con peritonitis en sospecha de perforación intestinal.

La radiografía de abdomen decúbito y de pie revela también la dilatación del marco colónico del ciego hasta el ángulo esplénico que ocasionalmente podría llegar hasta el recto.

El manejo básicamente es la descompresión de colon para así minimizar el riesgo de perforación de colon e isquemia, mayormente requiere un monitoreo estricto de controles cada 12 a 24 horas con exámenes de laboratorio sobretodo hemograma y electrolitos y controles radiológicos en donde se pueda determinar la medida del diámetro de colon.

Se recomienda en pacientes con diámetro de colon mayor a 12 cm o en los cuales ha fallado la terapia conservadora el uso de neostigmina o descompresión por colonoscopia.

Cuando falla el tratamiento médico, se plantea un manejo quirúrgico como en ausencia de peritonitis se podría realizar una cecostomía descompresiva; en casos de perforación colónica con peritonitis se recomienda realizar colectomía total con ileostomía con la opción a futuro de realizar una anastomosis ileorectal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos una paciente de sexo femenino de 94 años de edad que acude a emergencia por un cuadro de dolor abdominal difuso de 3 días de evolución el cual se intensifica antes de su ingreso por emergencia. El mismo se asocia a náuseas, vómitos y constipación. Paciente con antecedente de hipertensión arterial

controlada, post operada de colecistectomía laparoscópica y post operada de cadera bilateral por lo cual es postrada crónica.

El examen clínico revela una paciente en regular estado en general, mal estado de hidratación, mala informante, se encuentra con el abdomen distendido, dolor difuso a la palpación, timpánico, no se palpan masas, con ruidos hidroaéreos disminuidos que luego se vuelven ausentes. Dentro de los exámenes de laboratorio resalta la evidencia un hemograma con leucocitosis y desviación izquierda, electrolitos alterados con hiponatremia e hipokalemia.

En cuanto a los exámenes por imagen (Figuras 1 y 2) la radiografía simple de abdomen revela la dilatación masiva uniforme del todo el marco colónico con presencia de haustras.

La tomografía de abdomen (Figura 3) muestra dilatación masiva del marco colónico desde ciego hasta ampolla rectal sin evidencia de obstrucción mecánica.

Figura 1
Radiografía de abdomen de pie: dilatación de asas con evidencia de niveles hidroaéreos.



La paciente admitida en el servicio de emergencia, queda en observación con sonda nasogástrica y controles de exámenes de sangre y radiográficos. Al ver el alto residuo por sonda nasogástrica de más de 500 ml y al no ver variación del control de hemograma y radiografía se decide el tratamiento quirúrgico.

Figura 2
Radiografía de abdomen en decúbito: dilatación masiva de marco colónico hasta colon ascendente, diámetro llega a 10cm.



Figura 3
TEM abdominal con contraste. Dilatación masiva de marco colónico.



La paciente fue intervenida quirúrgicamente mediante una laparotomía exploratoria en donde se evidenció marcada distensión sin cambios de coloración de marco colónico, dolicomegacolon, con válvula ileocecal incompetente y líquido serosanguinolento; por lo cual se procede a realizar una cecostomía de descompresión con una sonda de cateterismo urinario N° 16 a través de la base

apendicular y se procede a dejar un dren laminar en fondo de saco de Douglas.

Paciente durante su estancia hospitalaria cursó con lleo los 7 primeros días. La paciente cursó también con disturbios en medio interno a predominio de hipokalemia, con distensión y residuo por sonda nasogástrica de cantidades variables que llegaban a 300 ml, cecostomía permeable con drenaje fecaloideo en escasa cantidad y el drenaje de dren laminar de aspecto serohemático el cual es retirado a los 7 días. Finalmente evolucionó en forma favorable. A los 30 días, desde la operación, acude al hospital para la reversión de la cecostomía, se realiza sin presentar complicaciones.

DISCUSIÓN

El síndrome de Ogilvie es una pseudo-obstrucción aguda de colon que genera una dilatación de marco colónico sin presentar una obstrucción mecánica evidente.

El tratamiento es la descompresión del colon para así minimizar el riesgo de perforación e isquemia, ya que eso se verá asociado a mayor mortalidad.

Cuando evaluamos al paciente con signos de obstrucción intestinal, primero se tendría que valorar el tipo de etiología y al descartar una obstrucción de tipo mecánica, cuando determinamos que se trata de una pseudo-obstrucción intestinal se procede a manejo médico para así evitar medidas invasivas, cuando no responde al manejo médico ya detallado anteriormente o la respuesta es parcial podemos añadir al tratamiento médico neostigmina que conllevará en la mayoría de veces a la resolución de la patología, de lo contrario se procede a realizar una colonoscopia descompresiva y de no responder se procede al tratamiento quirúrgico.

Como ya detallado anteriormente la paciente del presente caso permaneció en observación por dos días, en los cuales se procedió a darle manejo médico conservador, a través de controles de laboratorio y de imágenes. Se evidenció que no había mejoría clínica por lo cual se procedió a realizar una laparotomía exploratoria para así asegurar que no se haya producido una perforación colónica y al descartar esa posibilidad se realiza con éxito una cecostomía descompresiva.

Si bien es cierto la etiología del síndrome de Ogilvie no está totalmente establecida, se tiene que tomar en cuenta los criterios necesarios para así determinar la conducta quirúrgica para evitar o minimizar el riesgo de la perforación o isquemia colónica ya que está relacionado a alta mortalidad.

La conducta quirúrgica en el síndrome de Ogilvie o pseudo-obstrucción intestinal debe ser establecida cuando no hay respuesta al tratamiento conservador; una opción quirúrgica en ausencia de perforación

colónica es realizar una cecostomía descompresiva; en presencia de perforación colónica se plantea la realización de una colectomía con ileostomía con la opción de una futura anastomosis ileorectal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burt Cagir, MD, Intestinal Pseudo Obstruction Jul 23, 2018 , Medscape.
2. Camilleri M. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) 2019. En uptodate
3. Johnston G, Vitikainen K, Knight R, et al. Changing perspective on gastrointestinal complications in patients undergoing cardiac surgery. Am J Surg 1992
4. Lee JW, Bang KW, Jang PS, et al. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction (ACPO) in pediatric hematologic malignancies. Korean J Hematol 2010
5. Sloyer AF, Panella VS, Demas BE, et al. Ogilvie's syndrome. Successful management without colonoscopy. Dig Dis Sci 1988
6. Bazerbachi F, Haffar S, Szarka LA, et al. Secretory diarrhea and hypokalemia associated with colonic pseudo-obstruction: A case study and systematic analysis of the literature. Neurogastroenterol Motil 2017
7. V.F. Moreira, E. Garrido, Síndrome de Ogilvie, Rev. Esp, vol105 n°3 Madrid Mar 2013
8. Roberto M Gamarra, MD; Chief Editor: BS Anand, MD, Acute Colonic Pseudoobstruction, Jan 24, 2020
9. Burt Cagir, MD, FACS; Chief Editor: John Geibel, MD, Intestinal Pseudo- Obstruction Treatment and Management. Jul 23, 2018
10. Ponc RJ, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. N Engl J Med 1999
11. Giovanoli C, Staerke RF, Leu S, Fink L, Soll C, Gaukel S, Vuille-dit- Bille, Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudoobstruction (Protocol), Cochrane Database of Systematic Reviews 2017
12. Morfín-Plascencia Luis Miguel. Síndrome de Ogilvie 2018 9(2):170- 176pp Publicado en línea 01 de febrero, 2018; revista medica Barcelona
13. Zepeda-Zaragoza J, Madrigal- García I, NaranjoRamírez E., Hernández-Hernández K. Síndrome de Ogilvie. A propósito de un caso. Clin Invest Obst 2003
14. Craig S. F., John S. G. Nonoperative Management of Acute Idiopathic Colonic Pseudo- Obstruction (Ogilvie's Syndrome). Clinical Medicine. The Western Journal of Medicine
15. Malloney N., Vargas D., Acute Intestinal Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome). Clinical in colon and rectal surgery. 2005
16. Bucio-Velázquez G, López-Patiño S, Bucio-Ortega L. Síndrome de Ogilvie: Conceptos actuales en diagnóstico y tratamiento. Revista Mexicana de Coloproctología. 2011
17. Palma E., Ramírez J., Pradel J. Ogilvie's syndrome. Report of a case and a review of the literatura, Vol. 36. Núm. 4, páginas 232-238 (Octubre 2014)
18. The colon in the pseudoobstructive syndrome. Clin Gastroenterol. 1986;15:745-62 Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome): presentation of 14 of our own cases and analysis of 1027 cases reported in the literature. Surg Endosc. 1987;1:169- 74.