

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Manejo del Síndrome de Ogilvie

Drs. RENÉ CÁRDENAS DE LA M, Ints. GONZALO CÁRDENAS L, CAROLINA HEREDIA P,
Dr. PATRICIO PIZARRO N

Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Talca, Universidad San Sebastián

RESUMEN

El Síndrome de Ogilvie es una condición caracterizada por marcada dilatación segmentaria o total de colon. Se observa en pacientes con patología médica o quirúrgica grave y en el postoperatorio de intervenciones obstétricas. El manejo es inicialmente conservador aunque puede requerir cirugía. Se revisan, retrospectivamente, las fichas clínicas de todos los enfermos tratados por un Síndrome de Ogilvie entre el 1 de julio de 1996 y el 31 de junio de 2002. La serie está constituida por 12 pacientes, el promedio de edad fue de 55 años. La patología de base que explicó el Síndrome de Ogilvie fue cardiovascular en 5 (41,7%), gineco-obstétrica en 2 (16,6%) y otras en 5 (41,7%), además se consideró como causa desencadenante al uso de nifedipino en 2 casos. El diagnóstico fue realizado por Rx de Abdomen simple en todos los casos, el manejo se realizó con colonoscopia, sonda rectal y suspensión de nifedipino cuando correspondió. No hubo complicaciones ni mortalidad atribuibles al síndrome de Ogilvie o a su manejo. Diez enfermos necesitaron sólo 1 colonoscopia y 2 requirieron de 2 procedimientos. Fallecieron 5 pacientes (41,7%) debido a su patología de base.

PALABRAS CLAVES: *Síndrome de Ogilvie, pseudoobstrucción de colon, colonoscopia*

SUMMARY

Ogilvie's syndrome is a condition characterized by marked segmental or total dilatation of the colon. It presents in patients with severe medical or surgical pathologies, and postoperatively in obstetric surgery. Initial management is conservative, although it may require surgery. Hospital charts of all patients treated for Ogilvie's syndrome between July 1 de 1996, and June 31 de 2002, were reviewed. The series includes 12 patients, with a mean age of 55 years. Baseline illness, which determined Ogilvie's syndrome, was cardiovascular in 5 (41.7%), obstetric in 2 (16.6%), and other in 5 (41.7%). Nifedipine use was thought to trigger Ogilvie's syndrome in two cases. Diagnosis was made by abdominal X-Rays in all cases. Management included colonoscopy, rectal tube, and suppression of nifedipine. There were no complications or mortality attributed to Ogilvie's syndrome, or its management. Ten patients required only one colonoscopy, and two required 2 procedures. Five patients died of their baseline illness. Ogilvie's syndrome appears in patients with severe medical or surgical pathologies. In all cases it was suspected at first evaluation. Colonoscopy was done at that time, and allowed to rule out other conditions, and decompress the colon. Only two patients required two procedures for treatment. Surgery was not necessary, and neostigmine was not used to improve abdominal peristalsis, as others have suggested.

KEY WORDS: *Ogilvie's syndrome, colon obstruction*

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Ogilvie o Seudo obstrucción aguda del colon fue descrito en 1948 por Sir Ogilvie. Se caracteriza por una dilatación masiva y aguda del colon, especialmente colon derecho, en ausencia de obstrucción orgánica del intestino. Si no se trata precozmente puede conducir a la perforación, peritonitis y muerte,¹ generalmente se presenta en enfermos con una condición médica o quirúrgica grave y en pacientes gineco-obstétricas.^{2,3}

Las causas de este síndrome no están claras aunque se postula que existe una alteración en la coordinación de los nervios autonómicos del colon, con una excesiva inhibición del parasimpático o una mayor actividad simpática,⁴ también se ha observado que una serie de drogas entre las que se encuentran los bloqueadores de canales del calcio pueden asociarse al síndrome.^{2,5} En el manejo se han utilizado tratamientos médicos, endoscópicos y quirúrgicos, dependiendo de la época analizada y de las complicaciones de la enfermedad, siendo en la actualidad, la descompresión por colonoscopia el tratamiento de elección en muchos centros.¹⁴

El objetivo de este trabajo es revisar la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital de Talca en el manejo del Síndrome de Ogilvie desde 1996 a la fecha.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan las fichas clínicas de todos los enfermos tratados por Síndrome de Ogilvie en el Hospital Regional de Talca, entre el 1 de julio de 1996 y el 31 de junio de 2002. Se realizó el diagnóstico considerando los siguientes aspectos: importante distensión abdominal, radiografía de abdomen simple con dilatación de colon de al menos 9 cm, ausencia de obstrucción mecánica del colon. Se evaluaron edad, sexo, días de hospitalización, patología de base, medicamentos, momento de aparición del síndrome, diagnóstico, radiología, manejo, complicaciones, morbilidad y mortalidad. Se diferenciaron las complicaciones y mortalidad atribuibles al síndrome y su tratamiento de aquellas derivadas de la enfermedad de base.

RESULTADOS

La serie está compuesta por 12 pacientes, 5 mujeres (41,7%) y 7 hombres (58,3%). La edad promedio fue de 55 años con un intervalo de 27 a 72 años. Once pacientes se encontraban hospitalizados en la Unidad de Tratamiento Intensivo de

Tabla 1

SÍNDROME DE OGILVIE CONDICIONES MÉDICO-QUIRÚRGICAS ASOCIADAS (n= 12)

Cardiovascular		5	41,7%
Ave	3*		
IAM**	1		
Fibrilación auricular	1		
Gineco-obstétrica		2	16,7%
Puérpera + sepsis**	1		
Ca cervicouterino op.**	1		
Trasplante renal		1	8,3%
Colecistectomía + sepsis**		1	8,3%
Cáncer de próstata + sepsis**		1	8,3%
Cirrosis hepática + HTA + DM		1	8,3%
Meningitis viral + HTA + DM		1	8,3%

*2 pacientes con nifedipino.

**Pacientes fallecidos.

Ave= Accidente vascular encefálico.

IAM= Infarto agudo del miocardio.

HTA= Hipertensión arterial.

DM= Diabetes mellitus.

nuestro Hospital, sólo uno (cursando con un Accidente Vascular Encefálico) estaba en sala. El promedio de días de hospitalización fue de 56 días (5-213).

La patología de base se muestra en la Tabla 1, a todos los enfermos se les solicitó evaluación por cirujano por una probable Obstrucción Intestinal debido a gran distensión abdominal, a todos ellos se les realizó radiografía de abdomen simple siendo el diámetro del ciego entre 9 y 12 cm, en todos los casos; la localización del segmento de colon dilatado se muestra en la Tabla 2.

En todos los casos el cirujano sospechó un Síndrome de Ogilvie por lo que se practicó en el mismo momento una colonoscopia, en 11 pacientes la colonoscopia fue total y en 1 se limitó al sigmoideas; en todos se logró una disminución significativa de la distensión abdominal. En 4 enfermos se repitió, después del procedimiento, la radiografía de abdomen simple, en ella se evidenció también una menor distensión después de la colonoscopia.

En 2 enfermos fue necesario repetir la colonoscopia debido a la recurrencia de la dilata-

Tabla 2

LOCALIZACIÓN DEL SEGMENTO DE COLON DILATADO (n= 12)

Colon derecho	3	25,0%
Todo el colon	8	66,7%
Colon + Int. delgado	1	8,3%

Tabla 3
CONDICIONES ASOCIADAS

<i>Pacientes quirúrgicos</i>	<i>Pacientes médicos</i>	
	%	%
Trauma	11,3	Infección 10,0
Gineco-obstétricas	9,8	Cardíaca 10,0
Cirugía pélvica	9,3	Neurológica 9,3
Cirugía traumatológica	7,3	Cáncer 6,0
Cirugía urológica	6,0	Pulmonar 5,8
Cirugía cardíaca y torácica	3,5	Metabólica 5,3
Neurocirugía	1,0	Renal 5,0
Misceláneas	1,0	Misceláneas 10,0
Total	49,2	61,4

Algunos pacientes tenían más de una condición.
Adaptación de Vanek, Dis Colon Rectum, 1986.

ción de colon. En el enfermo portador de una colecistomía con sepsis se repitió la colonoscopia a las 72 horas y en la paciente puérpera con sepsis a las 48 horas; ambos pacientes fallecieron.

Después de la colonoscopia inicial se dejó una sonda rectal en 10 de los 12 enfermos entre los cuales se encontraban los 2 en los que el síndrome recurrió. Todos los enfermos fueron controlados hasta el día de alta o hasta que fallecieron, ninguno de ellos tuvo nuevos episodios de distensión abdominal. La recuperación del tránsito se observó, en los enfermos que sobrevivieron, entre el 2º y 8º días después del tratamiento endoscópico.

No hubo morbilidad atribuible al Síndrome de Ogilvie ni a su tratamiento. La mortalidad fue de 41,7% (5 de 12) enfermos, todos debido a su grave patología de base.

DISCUSIÓN

El Síndrome de Ogilvie es una entidad caracterizada por una gran dilatación de colon, sin obstrucción mecánica, se presenta en distintas circunstancias, tanto médicas como quirúrgicas, con una proporción similar de cada una de ellas (2). En nuestra casuística las causas son las que menciona la literatura y se reproducen en la Tabla 3, en las publicaciones nacionales destaca la de Bannura⁶ en que el 63% está relacionado con el término del embarazo por operación cesárea comparado con el 8,4% de nuestra serie y con el 4,2% publicado por Vanek. Una de las causas que asociamos al desarrollo del síndrome fue el uso del nifedipino en 2 casos y, en uno de ellos, habría sido la causa de su recurrencia; la suspensión de la droga permitió evitar nuevas recurrencias. Además de esta droga existen otras que se asocian a esta condición y que

Tabla 4
DROGAS ASOCIADAS

Laxantes	Narcóticos
Anticolinérgicos	Benzodiazepinas
Clonidina	Bloqueadores canales del calcio
Vincristina	Interleukina
Anfetaminas	Anti-parkinsonianos
Fenotiacinas	Intoxicación plúmbica

se detallan en la Tabla 4. Es importante tener en cuenta esta situación puesto que deben suspenderse las drogas que potencialmente pueden desencadenar el síndrome.

Vanek publicó una revisión de la literatura quien incluyó 378 casos. Dentro de los síntomas de presentación se incluyen náuseas (63%), vómitos (57%), dolor abdominal (83%), constipación (51%), diarrea (41%) y fiebre (37%). La calidad de los ruidos intestinales es variable, pudiendo encontrarse ruidos normales o aumentados en frecuencia, disminuidos, ausentes o de tono alto; si existe perforación intestinal es frecuente la presencia de abdomen en tabla.

La radiografía de abdomen simple es el examen de elección para el diagnóstico,^{2,6,7,8} es sencillo, rápido y puede ser realizado en las Unidades de Cuidados Intensivos sin trasladar el paciente a Radiología. El diámetro del ciego se encuentra en la mayoría de los casos entre 9 y 12 cm. Como se observó en nuestra casuística; con diámetros mayores de 12 cm, la posibilidad de perforación aumenta en forma proporcional.² Por otra parte, el segmento de colon dilatado es variable, puede abarcar todo el colon, como también desde el ángulo esplénico, colon transversal o ángulo hepático a proximal; lo más frecuente (57%) es que la dilatación comprometa hasta el ángulo esplénico. Puede encontrarse, en forma simultánea, dilatación del intestino delgado.

La radiografía de abdomen simple practicada en las primeras horas después de una colonoscopia descompresiva muestra pequeñas disminuciones del diámetro del ciego,⁸ en promedio 2 a 4 cm, y que no se relacionan con una significativa disminución de la distensión clínica; es importante considerar estos aspectos para no catalogar de recurrencia un síndrome de Ogilvie sólo por la imagen radiológica, ya que ésta tarda días en resolverse.

El tratamiento de la Seudo obstrucción de colon puede ser médico, endoscópico o quirúrgico, dependiendo del momento y la certeza del diagnóstico.

El tratamiento médico general comprende reposo intestinal, sonda nasogástrica, reposición hidroelectrolítica y supresión de drogas potencialmente implicadas en el desarrollo de la pseudo obstrucción.^{2,6,7,9} Se han utilizado diversas drogas en un intento por resolver el cuadro médicamente, entre ellas, cisaprida^{10,11} que produce liberación de acetilcolina en los plexos mientéricos, la eritromicina¹² que tiene efecto procinético especialmente en intestino delgado; ambas con resultados insatisfactorios. La neostigmina se ha propuesto como la mejor droga para tratar este cuadro,^{4,13,14} su uso se basa en la teoría de que la pseudo obstrucción se debe a una excesiva inhibición parasimpática y no a una mayor actividad simpática, de esta manera, la neostigmina aumentaría la actividad excitatoria parasimpática con recuperación de la peristalsis intestinal; se ha reportado éxito entre el 80 y 100% de los casos con expulsión de gases por ano pocos minutos después de la administración del medicamento. El efecto colateral más importante fue la bradicardia que puede requerir de atropina. No tenemos experiencia con la neostigmina ya que nuestro esquema de tratamiento es otro.

Nuestra conducta es iniciar el tratamiento con una colonoscopia completa, tiene la ventaja de lograr una descompresión inmediata evitando la perforación y permite, lo que es fundamental para nosotros, descartar patología orgánica causante del cuadro clínico. Con este criterio, hemos logrado la resolución del cuadro en el 83,3% con una y en el 100% con dos colonoscopias, sin morbilidad ni mortalidad atribuible al procedimiento. La literatura menciona porcentajes de éxito entre el 66 y el 100% de los casos; las complicaciones incluyen perforación en el 2% y mortalidad entre el 2 y 5%; se describen recurrencia entre el 15 y 22%.^{2,6,7,9,14} La instalación de una sonda descompresiva en el ciego o en el recto no ha demostrado claramente disminuir la recurrencia por lo que su uso es optativo.¹⁴

La cirugía es necesaria en alrededor del 18% de los casos² y está reservada para los pacientes en que, a pesar de la terapia médica o endoscópica, la distensión del colon no cede o aumenta, cuando existe perforación inminente (diámetro cecal mayor de 12 cm o isquemia intestinal) o cuando ésta ya se ha producido; esta última complicación se presenta entre el 10 al 40% de los casos. La técnica más aceptada es la cecostomía descompresiva con sonda; en los casos de múltiples perforaciones o isquemia extensa, la colectomía es la cirugía indicada.

La mortalidad asociada a la pseudo obstrucción del colon es del 10 al 14% para tratamiento conser-

vador y del 40 a 50% cuando ha ocurrido perforación.^{1,2,6,7,9,14}

En resumen, la pseudo obstrucción de colon es una entidad poco frecuente, se presenta en pacientes con patología médica grave o en el postoperatorio de cirugía de envergadura u obstétricas, debe sospecharse cuando existe marcada dilatación del colon en ausencia de obstrucción mecánica. El tratamiento inicial es conservador, siendo la neostigmina o la descompresión por colonoscopia las medidas indicadas, dejando la cirugía para los casos de fracaso a la terapia médica y para la isquemia o perforación de colon.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dorudi S, Berry AR, Kettlewell MG: Acute colonic pseudo-obstruction. *Br J Surg* 1992; 79: 99-103.
2. Vanek VW, Al-Salti M: Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome): An Analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 203-10.
3. Bannura G: Pseudoobstrucción de colon postcesárea. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1985; 50: 21-5.
4. Trevisani G, Hyman N, Church J: Neostigmine, safe and effective treatment for acute colonic pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 599-603.
5. Avalos N, León J, Miguieles R, Oyanedel P, Sabah S, Uribe S: Síndrome de Ogilvie: ¿Qué hay de nuevo? *Rev Chil Cir* 2001; 53: 220-5.
6. Bannura G, Portalié P: pseudoobstrucción aguda del colon (Síndrome de Ogilvie). *Rev Chil Cir* 1994; 46: 265-71.
7. Laine L: Management of acute colonic pseudo-obstruction. *NEJM* 1999; 341: 192-3.
8. Pham T, Cosman B, Chu P, Savides T: Radiographic changes after colonoscopic decompression for acute pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1586-91.
9. Vantrappen G: Acute colonic pseudo-obstruction. *Lancet* 1993; 341: 152-3.
10. MacColl C, MacConell KL, Baylis B, Lee SS: Treatment of acute colonic pseudoobstruction (Ogilvie's syndrome) with cisaprida. *Gastroenterology* 1990; 98: 773-6.
11. Pelckmans PA, Michelson PP, Jorens PG, Van Maercke YM: Cisapride in Ogilvie's syndrome. *Gastroenterology* 1990; 99: 1194-5.
12. Bonacini M, Smith OI, Pritchard T: Erythromycin as therapy in acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *J Clin Gastroenterol* 1991; 13: 475-6.
13. Turégano F, Muñoz F, Del Valle E, Pérez D, Calvo M, De Tomas J, De Fuenmayor ML, Quintans A: Early Resolution of Ogilvie's Syndrome with Intravenous neostigmine. A simple, effective treatment. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1357-7.
14. Geller A, Peterson B, Gostout Ch: Endoscopic decompression for acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc* 1996