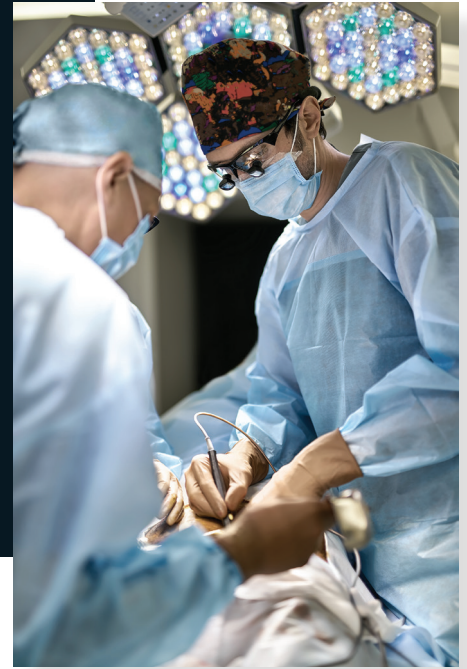


Síndrome de Ogilvie asociado a hospitalización prolongada en un paciente con evento vascular cerebral isquémico

Reporte de un caso

Lino Enrique Ramírez Sosa^{a,†,*}, Víctor Samuel Mora Muñoz^{a,‡}, María Fernanda Chimal Juárez^{b,§}, Juan Manuel Martín Bufajer^{c,Δ}, Omar González Méndez^{c,Φ}



Resumen

Introducción: El síndrome de Ogilvie o pseudoobstrucción colónica aguda es la dilatación aguda del colon, sin evidencia de obstrucción mecánica, y se atribuye a un desbalance autonómico de la innervación motora del colon. Es común en pacientes hospitalizados con comorbilidades importantes. Su manejo es escalonado, reservando el manejo quirúrgico para los casos refractarios al manejo médico inicial o con presencia de complicaciones como perforación y datos de sepsis.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente del sexo masculino, de 69 años de edad, quien acudió al servicio de urgencias en el contexto de evento vascular cerebral, quien cursó con intubación prolongada, iniciado a los 17 días de su ingreso, con distensión abdominal refractaria a manejo médico, con dilatación colónica importante, corroborada por tomografía de abdomen, por lo que se decidió manejo quirúrgico.

Conclusiones: Es importante hacer diagnóstico precoz de este síndrome para evitar complicaciones propias de la enfermedad, así como de la cirugía. Importante hacer diagnóstico con otras causas de oclusión y tener un alto índice de sospecha al tratarse de un diagnóstico de exclusión.

Palabras clave: Pseudoobstrucción colónica; colectomía; infarto cerebral; megacolon.

Ogilvie Syndrome Associated with Prolonged Hospitalization in a Patient with an Ischemic Cerebrovascular Event. Case Report Abstract

Introduction: Ogilvie's syndrome or acute colonic pseudo-obstruction is the acute dilation of the colon without evidence of mechanical obstruction and is attributed to an autonomic imbalance of motor innervation of the colon. It is

^a Residente de Cirugía General. Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret. Centro Médico Nacional La Raza. Ciudad de México, México.

^b Residente de Cirugía General. Hospital Ángeles Mocel. Ciudad de México, México.

^c Cirugía General. Hospital General Dr. Gaudencio González Garza. Centro Médico Nacional La Raza. Ciudad de México, México. ORCID ID:

[†] <https://orcid.org/0000-0003-0717-0339>

[‡] <https://orcid.org/0000-0002-2746-4003>

[§] <https://orcid.org/0000-0003-1848-7550>

^Δ <https://orcid.org/0000-0003-0614-0007>

^Φ <https://orcid.org/0000-0001-5019-5780>

* Autor para correspondencia: Lino Enrique Ramírez Sosa.

Correo electrónico: lers_123@hotmail.com

Recibido 07-enero-2020. Aceptado: 17-julio-2020.

common in hospitalized patients with significant comorbidities. Its management is staggered, reserving surgical management for cases refractory to initial medical management or with the presence of complications such as perforation and sepsis data.

Case report: We present the case of a 69-year-old male patient who went to the emergency service in the context of a cerebral vascular event. He underwent prolonged intubation, which began 17 days after his admission with abdominal distention refractory to medical management, with significant colonic dilation corroborated by abdominal tomography, so it was decided to manage it surgically.

Conclusions: It is important to make an early diagnosis of this syndrome to avoid complications of the disease, as well as surgery. It is important to make a differential diagnosis with other causes of occlusion and have a high index of suspicion since it is a diagnosis of exclusion.

Keywords: *Colonic pseudo-obstruction; colectomy; cerebral stroke; megacolon.*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ogilvie, también llamado pseudo-obstrucción colónica aguda, se define como una dilatación aguda del colon en ausencia de obstrucción mecánica distal¹. Descrito por primera vez en 1948 por Sir William H. Ogilvie, quien observó obstrucción no mecánica en 2 pacientes con invasión maligna del plexo celíaco².

Las causas son poco claras, sin embargo, se atribuye a una falta de coordinación entre la actividad simpática y parasimpática colónica; se presenta en pacientes hospitalizados, y las causas más comunes son evento vascular cerebral, infarto agudo de miocardio, puerperio patológico y sepsis³.

Los pacientes con esta patología desarrollan distensión abdominal con presencia de dolor en el 83%, náusea en 63%, vómito en 57%. La complicación principal que se reporta es la perforación espontánea, con una mortalidad mayor del 50%⁴.

El tratamiento generalmente debe ser escalado y de acuerdo con las condiciones del paciente, el tiempo de evolución y el riesgo de ruptura; la primera opción es la descompresión nasogástrica y el reposo intestinal⁵. Si no hay respuesta en 24 a 48 horas, la siguiente opción es el uso intravenoso de

Las causas de la pseudoobstrucción colónica aguda son poco claras, pero se atribuye a una falta de coordinación entre la actividad simpática y parasimpática colónica; se presenta en pacientes hospitalizados, y las causas más comunes son EVC, infarto agudo de miocardio, puerperio patológico y sepsis. Los pacientes con esta patología desarrollan distensión abdominal con presencia de dolor en el 83%, náusea en 63%, vómito en 57%. La complicación principal que se reporta es la perforación espontánea, con una mortalidad mayor del 50%.

neostigmina, la cual aumenta la actividad colinérgica mejorando la actividad motora del colon⁶. En casos en los que la dilatación persista por más de 3 días, el método de elección es la descompresión colonoscópica, la cual puede causar perforación y complicación en un 3%⁵. Se reserva el manejo quirúrgico abierto para aquellos casos en los que hay inminencia de perforación y mala respuesta o complicación secundaria al manejo endoscópico, así como pacientes con perforación y signos de sepsis^{5,6}.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino, de 69 años, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de 10 años de diagnóstico en tratamiento con losartán de 50 mg cada 12 horas, dislipidemia en tratamiento higiénico-dietético, tabaquismo desde los 20 años de edad a razón de 1 cigarrillo/día (IT = 1 cajetilla/año). Sin antecedentes quirúrgicos. Resto de antecedentes negados.

Inició el padecimiento con pérdida repentina del estado de alerta con movimientos clónicos en extremidad torácica y pélvica izquierda. Fue llevado por familiares al servicio de urgencias, con evidencia de insuficiencia respiratoria y deterioro neurológico, por lo que se realizó manejo avanzado de la vía aérea, con signos vitales estables; se realizó tomografía simple de cráneo y electrocardiograma, integrando diagnósticos de evento vascular cerebral isquémico y fibrilación auricular de respuesta ventricular



Imagen: Ramírez Soa et al.

Figura 1. Tomografía de abdomen simple. Sin evidencia de alteración estructural

rápida, para la cual se inició manejo antiarrítmico con respuesta adecuada.

Ese mismo día ingresó a piso de medicina interna, posterior a lo cual presentó nuevamente fibrilación auricular, por lo que se realizó cardioversión eléctrica y recuperó el ritmo sinusal. En días posteriores cursó con mala evolución a nivel respiratorio sin ser posible la progresión de la ventilación. Una semana después de su ingreso continuó bajo sedación, así como apoyo ventilatorio, se inició nutrición enteral a través de sonda nasogástrica.

Al cumplir el día 10 con nutrición enteral, presen-

tó distensión abdominal y se indicó ayuno, nuevamente dejándose sonda nasogástrica a derivación sin presentar mejoría, por lo que se realizó tomografía abdominopélvica urgente, en la cual no se reportó alteración estructural ni hallazgos patológicos (**figura 1**), únicamente con datos sugerentes de íleo. Cinco días después, pese a la suspensión de la nutrición enteral, persistió con distensión abdominal y ausencia de evacuaciones, y se le solicitó nueva tomografía abdominopélvica, que reportó importante dilatación de colon ascendente y a nivel de ciego con dato sugestivos de probable vólvulo mesentero-axial de ciego (**figura 2**). De igual forma se solicitaron estudios de laboratorio, que reportaron: hemoglobina, 11.5 g/dL; leucocitos, 11.1; neutrófilos, 87%; plaquetas, 255,000; glucosa, 150 mg/dL; creatinina, 0.65 mg/dL; urea, 39; potasio, 2.98; sodio, 151; cloro, 114; tiempo de protrombina, 15.6; tiempo de tromboplastina, 27.4; INR, 1.13.

Se solicitó valoración al servicio de Cirugía General, por los hallazgos tomográficos y por el diámetro del ciego se catalogó como alto riesgo de perforación, y debido a la falta de respuesta y al manejo conservador por parte de medicina interna. Se decidió ingresar a quirófano para laparotomía exploradora. Se realizó incisión en línea media supra e infraumbilical (**figura 3**), teniendo como hallazgos colon ascendente dilatado, a tensión y con paredes muy delgadas hasta flexura hepática, con diámetro máximo de 14 cm, ciego de 10 cm de diámetro (**figura 4**), sin evidencia de obstrucción de tipo mecánico a ningún nivel, colon transverso de 10 cm de diámetro. En la serosa de colon ascendente y ciego a tensión se encontraron múltiples despulimientos así como parches necróticos con inminencia de perforación. Se realizó hemicolectomía derecha (**figura 5**), así como ileostomía tipo Brooke, y se manejó el colon distal con técnica de Hartmann.

Egresó de quirófano con asistencia mecánica ventilatoria y sedación, presentando a las 48 horas posoperatorias gasto de tipo intestinal a través de ileostomía, sin datos de distensión abdominal. El paciente cursó con adecuada evolución posoperatoria, se reinició dieta enteral por sonda nasogástrica con adecuada tolerancia y se dio de alta de cirugía general una semana después del evento quirúrgico.

Se obtuvo reporte histopatológico 5 días después, el cual reportó serosa despulida, con placas fibrinopurulentas con datos de isquemia, solución de continuidad de 2 mm de bordes irregulares en ciegos, con espesor colónico de 4 mm promedio y de 1 mm adyacente a la perforación.

Sin embargo, derivado de la estancia prolongada, inició con deterioro respiratorio, diagnosticándose neumonía asociada a ventilación mecánica, y falleció en piso 3 semanas después de haber sido dado de alta por cirugía general.

DISCUSIÓN

El síndrome de Ogilvie es una entidad rara, con una incidencia de aproximadamente 100 casos por cada 100,000 pacientes hospitalizados. Se presenta como oclusión colónica con dilatación importante y por lo general proximal al ángulo esplénico^{7,2}.

El estudio de imagen de elección es la tomografía computada abdominopélvica con contraste intravenoso, con una sensibilidad de 96% y especificidad de 93%, además de que permite el estudio de otras causas de oclusión intestinal⁸.

A pesar de un adecuado manejo y respuesta al tratamiento, esta entidad es una importante causa de morbilidad, debido a que se presenta en pacientes graves y de edad avanzada con comorbilidades importantes, por lo que es importante un manejo integral apropiado para prevenir otro tipo de complicaciones propias de este grupo de pacientes⁹.

En cuanto al manejo quirúrgico, una vez que se ha decidido efectuarlo, se realizará laparotomía exploradora con la intención de evaluar las condiciones del colon, siendo candidato a cecostomía descompresiva cuando no hay datos de isquemia o perforación, y en los casos en los que si se evidencian la colectomía o hemicolectomía será lo indicado¹⁰.

CONCLUSIONES

El síndrome de Ogilvie es un diagnóstico de exclusión, para el cual se debe tener un alto índice de sospecha, en el contexto de un paciente hospitalizado con patología cardiovascular o neurológica de base. El manejo inicialmente deberá ser conservador, reservando manejo quirúrgico para casos seleccionados.

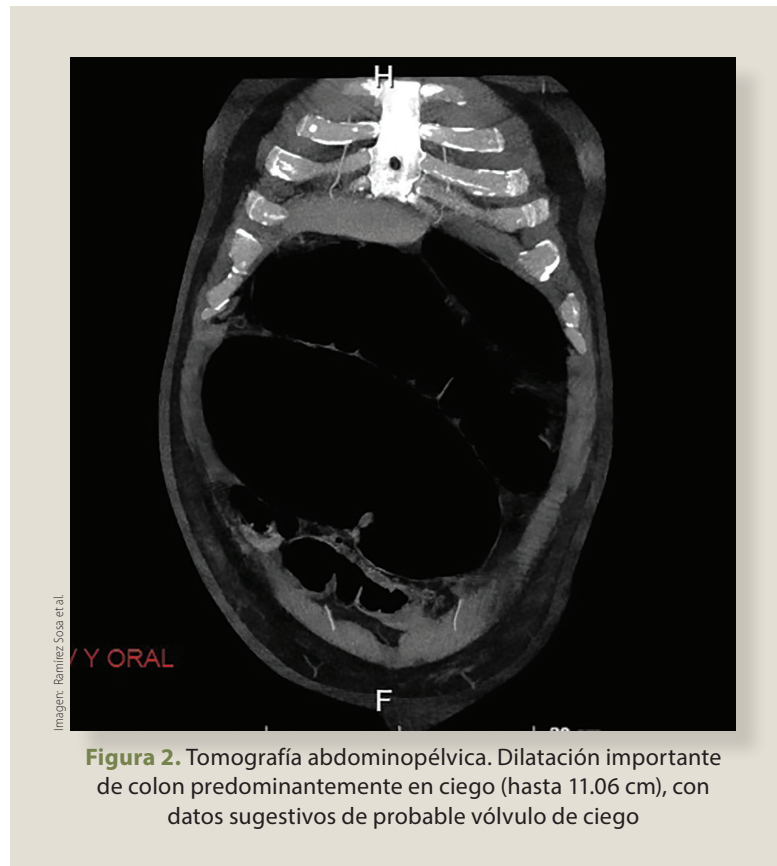


Figura 2. Tomografía abdominopélvica. Dilatación importante de colon predominantemente en ciego (hasta 11.06 cm), con datos sugestivos de probable vólvulo de ciego

En nuestro paciente se decidió manejo quirúrgico por los hallazgos tomográficos, al evidenciar un colon francamente dilatado con alto riesgo de perforación, lo cual se comprobó con el reporte histopatológico. Se deberán controlar las patologías de base, ya que estos pacientes pueden fallecer por otras complicaciones no relacionadas con la pseudoobstrucción colónica, como fue el caso de nuestro paciente.

El diagnóstico temprano es fundamental para evitar la progresión de la patología y sus complicaciones, y para evitar la morbilidad que conlleva el procedimiento quirúrgico. ●

REFERENCIAS

1. Quintero Samudio I, Cachafeiro Vilar M, Valdovinos Díaz MA. Síndrome de Ogilvie o pseudo-obstrucción colónica aguda. Conceptos actuales en diagnóstico y tratamiento. *Rev Gastroenterol Mex.* 1997;62(2):119-27.
2. Morfin-Meza KE, Gutiérrez-Alfaro C, Andrade-Arróniz



Figura 3. Protrusión de ciego a través de herida de laparotomía



Figura 4. Ciego y segmento de colon ascendente dilatados, con adelgazamiento importante de su pared



Figura 5. Pieza quirúrgica, segmento de íleon distal, ciego y colon ascendente

LE, Evaristo-Méndez G. Seudoobstrucción aguda del colon (síndrome de Ogilvie): reporte de un caso y tratamiento actual. *Rev Esp Med Quir.* 2016;21(4):165-71.

3. Cárdenas de la Maza R, Cárdenas G, Heredia C, Pizarro P. Manejo del síndrome de Ogilvie. *Rev Chil Cir.* 2004;56(2):103-6.
4. Palma Ramírez EJ, Pradel Mora JJ, López Montero M, Hernández Ortega JL, Hernández Aguilar S, Nogueira Fernández JM. Síndrome de Ogilvie. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Cir Gen.* 2014;36(4):232-8.
5. Guerra Mesa JL, Silveira Pablos M. Pseudoobstrucción aguda de colon o síndrome de Ogilvie y evisceración. *Rev Cubana Cir.* 2016;55(1):85-91.
6. Frankel A, Gillespie C, Lu CT, Hewett P, Wattchow D. Subcutaneous neostigmine appears safe and effective for acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *ANZ J Surg.* 2019 Jun;89(6):700-5. DOI: 10.1111/ans.15265.
7. Wells CI, O'Grady G, Bissett IP. Acute colonic pseudo-obstruction: A systematic review of aetiology and mechanisms. *World J Gastroenterol.* 2017 Aug 14;23(30):5634-44. DOI: 10.3748/wjg.v23.i30.5634.
8. Pereira P, Djeudji F, Leduc P, Fanger F, Barth X. Ogilvie's syndrome-acute colonic pseudo-obstruction. *J Visc Surg.* 2015 Apr;152(2):99-105. DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2015.02.004.
9. Puente-Gutiérrez JJ, Marín-Moreno MA, Domínguez-Jiménez JL, Bernal-Blanco E. Pseudoobstrucción intestinal aguda. *Rev Andal Patol Dig.* 2017;40(1):22-34.
10. Bucio Velázquez G, López Patiño S, Bucio Ortega LD. Síndrome de Ogilvie: conceptos actuales en diagnóstico y tratamiento. *Rev Mex Coloproctol.* 2011;17(1):19-24.