

Síndrome de Ogilvie: Revisión de la literatura

José R. Santamaría Aguirre,* Roberto C. Rebollar González,*
Ulises Rodríguez Wong,** Juventino López López,* Rubén Trejo Téllez,* Carlos E. López Zavala*

RESUMEN

El Síndrome de Ogilvie o de seudo obstrucción colónica se presenta como una entidad que afecta principalmente a personas mayores de 50 años sin que exista una causa orgánica reconocible, de manera reversible y transitoria. Se relaciona en la mayor parte de las veces con alguna enfermedad adyacente. La mayoría de las veces el padecimiento se puede manejar de manera conservadora con medidas generales y de sostén; sin embargo, en un pequeño porcentaje se presenta como alguna complicación que amerita tratamiento invasivo e incluso quirúrgico.

Palabras clave: Síndrome de Ogilvie, obstrucción colónica, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

Ogilvie's Syndrome or of colonic pseudo obstruction appears as an entity that affects principally 50 year old major persons without an organic recognizable reason, in a reversible and transitory way. It relates in most of the times to some adjacent disease. The majority of the times the suffering can manage in a conservative way with general measures and of support; nevertheless, in a small percentage it appears as some complication that deserves invasive and even surgical treatment.

Key words: Ogilvie's Syndrome, colonic pseudo obstruction, surgery treatment.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Ogilvie (SO) o de seudo obstrucción colónica es una dilatación masiva del colon sin presencia de una obstrucción mecánica, que puede presentarse después de alguna enfermedad concomitante severa, traumatismos, procedimientos obstétricos, enfermedad neurológica o posterior a alguna cirugía,¹⁻³ sin causa orgánica, reversible y transitoria.⁴ Se presenta en pacientes mayores de los 50 años de edad sin predominio de sexo. La mayoría de los pacientes responden con el tratamiento conservador;⁵ sin embargo, el riesgo de perforación espontánea es de 3% con un incremento de la mortalidad a 50%.⁶ Este riesgo de perforación se presenta cuando el diámetro colónico excede los 12 cm y cuando la distensión ha estado presente por más de seis días.^{3,7} El sitio que más frecuentemente se perfora es el ciego a la altura de la tenia antimesentérica cecal.³

Aun cuando la fisiopatología del Síndrome de Ogilvie todavía no es bien entendida, se piensa que resulta del

inbalance en la regulación de la actividad motora del colon por el sistema nervioso autónomo. En 1948 Ogilvie describió dos pacientes con seudo obstrucción resultado de la infiltración del plexo celíaco atribuyendo a este síndrome la deprivación simpática.⁸ En la actualidad es entendida de mejor manera la actividad autonómica del colon: el sistema nervioso parasimpático incrementa la contractilidad mientras que el sistema simpático la disminuye.¹ La hipótesis de Ogilvie pudo ser demostrada al obtenerse un alivio de la sintomatología al realizar un bloqueo adrenérgico seguido por la estimulación colinérgica o neostigmina.^{9,10} Múltiples fármacos y factores metabólicos, así como la lesión espinal y retroperitoneal pueden alterar la regulación autonómica de la función colónica, ocasionando una supresión parasimpática excesiva, estimulación simpática o ambas.

La sintomatología suele presentarse de manera aguda y consiste en distensión abdominal (80%), náusea, vómito (80%) y fiebre (37%), se puede presentar también estreñimiento (40%) o diarrea.²

El diagnóstico suele realizarse con los antecedentes del paciente, así como de manera clínica apoyada en placas simples de abdomen (Figuras 1-3).

* Residente del Servicio de Cirugía General, HJM.

** Médico Adscrito del Servicio de Cirugía General, HJM.

Los diagnósticos diferenciales son: impactación fecal, tumor de colon o recto, volvulo cecal o sigmoideo y megacolon tóxico.¹¹

El tratamiento inicial es conservador, logrando una mejoría clínica sustancial en tres días.⁶ El protocolo de manejo propuesto se indica en la figura 4.



Figura 1. Rx AP de abdomen de pie en donde se observa dilatación de colon transverso y descendente con diámetro mayor de 12 cm.

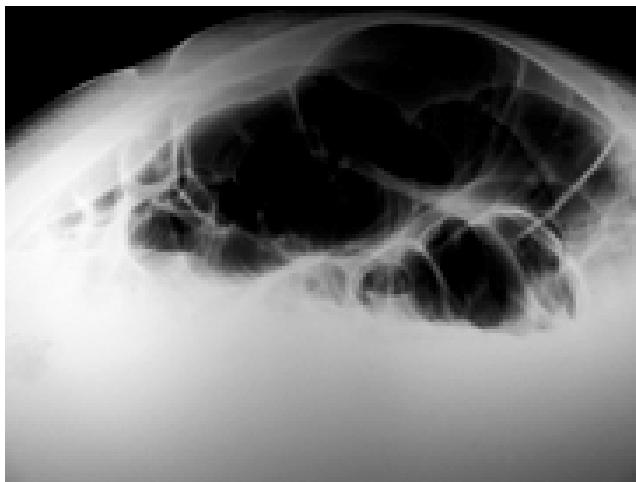


Figura 2. Rx lateral de abdomen en donde se observa dilatación de colon transverso y descendente con diámetro mayor de 12 cm.

Dentro del manejo inicial también está establecido el uso de neostigmina^{1,2,4,11,12} y eritromicina para la estimulación de la actividad colónica.¹³

El tratamiento quirúrgico debe implementarse cuando se presente deterioro clínico, así como la presencia de fie-

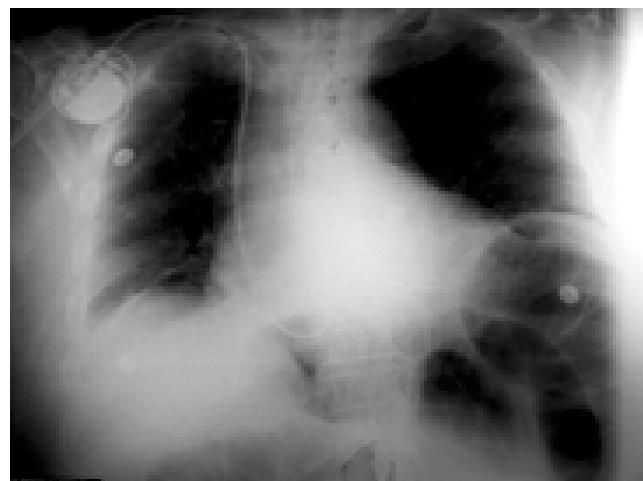


Figura 3. Tele de tórax con elevación de hemidiaphragma izquierdo.

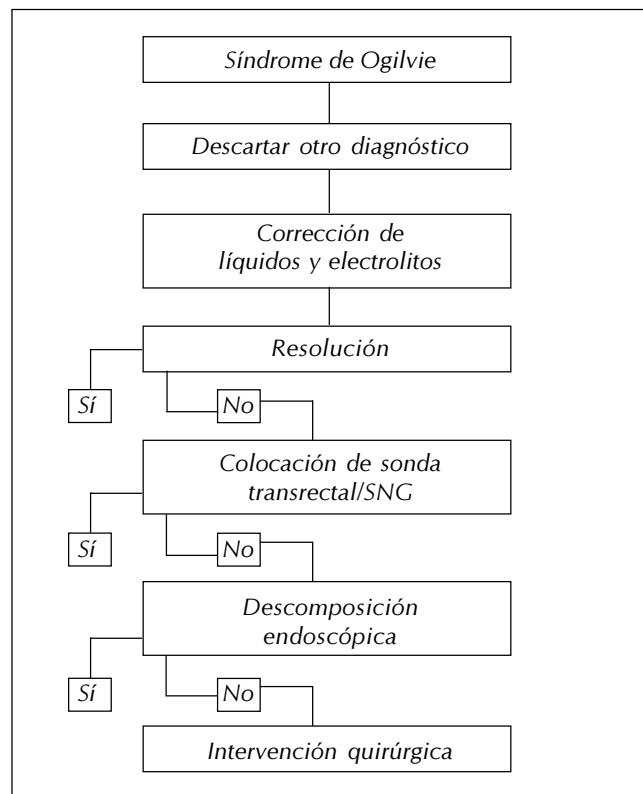


Figura 4. Protocolo de manejo.

bre, aumento de la distensión abdominal y un diámetro mayor o igual a 12 cm.¹⁴ Los tratamientos preferidos son la cecostomía y la hemicolecctomía derecha (Figuras 5 y 6).²

DISCUSIÓN

Aun cuando la fisiopatología del Síndrome de Ogilvie no está completamente entendida, se ha dado importancia a la regulación de la actividad motora colónica por el sistema nervioso autónomo, ya que se explican los siguientes mecanismos disinergia de la inervación simpática del colon. El factor más importante para el desarrollo de esta enfermedad sigue siendo la cirugía, los traumatismos severos, alteraciones neurológicas y edad mayor de 50 años.

La mayoría de los pacientes responden al tratamiento médico conservador; sin embargo, 3% presentan una com-

plicación como la perforación que requiere tratamiento quirúrgico, pero es referido que un diámetro colónico mayor de 12 cm y cuando la distensión ha estado presente por más de 6 días.^{1,3,6,8,10}

Dentro del tratamiento conservador se han descrito varios procedimientos como la descompresión endoscópica y el uso de medicamentos como la neostigmina. Es importante mencionar que la tasa de recurrencia varía de 18 hasta 30% con este manejo.^{1,12,13}

El diagnóstico de Síndrome de Ogilvie se hace por exclusión y como se mencionó anteriormente se diagnostica en pacientes de edad con otras enfermedades o en el postoperatorio. Los síntomas son de comienzo agudo y consisten en distensión abdominal, náuseas y vómito. Puede ir acompañada con estreñimiento y/o diarrea. Al examen físico es de notar el abdomen distendido, timpánico, peristaltismo disminuido y en algunas ocasiones fiebres; sus diagnósticos diferenciales son impactación fecal, tumor de colon o recto, volvulo cecal o sigmoideo y megacolon tóxico.^{1,2,4,7,10}

REFERENCIAS

1. Ponec R, Saunders M, Kimmey M. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *New Eng J Med* 1999; 341(Pt 3): 137-41.
2. Montero L, Hormeño BR, González ME, Gordillo MB. The acute pseudobstruction of the colon or Ogilvie's syndrome. *Ann Med Int* 2006; 23: 435-7.
3. Vanek VW, Al Salti M. Acute pseudos obstruction of the colon (Ogilvie's Syndrome): an analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 203-10.
4. Perez BF, Dominguez VJ, Fernandez GC. Ogilvie's Syndrome: A motility Disturbance? *Rev Esp Enf Digest* 1990; 78: 106-10.
5. Rex DK. Colonoscopy and acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc Clin Noorth Am* 1997; 7: 499-508.
6. Sloyer AF, Panella VS, Demas BE, et al, Ogilvie's syndrome: successful management without colonoscopy. *Dig Dis Sci* 1988; 33: 1391-6.
7. Johnson CD, Rice RP, Kelvin FM, Foster WL, Williford ME. The Radiographic evaluation of gross cecal distention: emphasis on cecal ileus. *AJR Am J Roentgenol* 1985; 145: 1211-17.
8. Ogilvie H. Large intestine colic due to sympathetic deprivation: a new clinical syndrome. *BMJ* 1948; 2: 671-3.
9. Trevisani GT, Hyman NH, Church JM. Neostigmine: Safe and effective treatment of acute pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1454.
10. Delgado AS, Camilleri M. Clinical management of acute colonic pseudo-obstruction in patient: a systemic review of literature. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26: 646-55.



Figura 5. Exposición transoperatoria con gran dilatación del colon transverso.



Figura 6. Exposición transoperatoria frontal en donde se aprecia diámetro del colon transverso.



11. Cross JM, Marvin RG. Acute colonic Pseudo-obstruction in a Patient with a Significant Closed Head Injury. The Int Jour of Emerg and Int Care Med 2000; 4 (Pt 1).
12. Fuentes T, Muñoz J, Del Valle HE, Perez DD, Calvo SM, et al. Early resolution of Ogilvie's Syndrome with intravenous neostigmine: a simple, effective treatment. Dis Colon Rectum 1997; 40: 1353-7.
13. Stephenson BM, Morgan AR, Salaman JR, Wheeler MH. Ogilvie's Syndrome: A new approach to an old problem. Dis Colon Rectum 1995; 38: 424-7.
14. Ponsky JL. Ogilvie's Syndrome. In: Cameron JL (ed.). Current Surgical Therapy. Mosby Inc.; 1998, p. 190-1.

Solicitud de sobretiros:

Dr. José R. Santamaría Aguirre
Servicio de Cirugía General
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160
Col. Magdalena de las Salinas
Del. Gustavo A. Madero
C.P. 07760, México, D.F.