



## CASO CLÍNICO

doi: 10.35366/103712



# Síndrome de Ogilvie en un paciente quemado

## Ogilvie syndrome in a burned patient

Dr. Luis Tamez-Pedroza,\* Dr. Edgar Peñarrieta-Daher,†  
Dr. José Ángel Facio-Treviño,\* Dr. Mauricio Manuel García-Pérez‡

**Palabras clave:**  
Síndrome de Ogilvie,  
dilatación aguda de  
colon, quemaduras.

**Keywords:**  
*Ogilvie syndrome,  
acute dilation of the  
colon, burns.*

### RESUMEN

La pseudoobstrucción aguda de colon, conocida como síndrome de Ogilvie, es una condición rara caracterizada por dilatación aguda de colon en ausencia de obstrucción mecánica. Esta presentación de pseudooclusión intestinal se asocia a varias etiologías y se ha reportado asociación a quemaduras y pacientes graves, por lo que es importante conocer esta enfermedad y su manejo. Se presenta el caso de una mujer de 39 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión e hipotiroidismo. Acudió a urgencias con quemaduras superficiales y profundas de segundo y tercer grado en cara, brazo derecho y extremidades inferiores circunferenciales, con una extensión de quemadura de 24% de la superficie corporal total. A las 48 horas de hospitalización comenzó con dolor abdominal y distensión. Se tomaron radiografías que evidenciaron distensión intestinal, por lo que se realizó tomografía axial computarizada de abdomen contrastado, que mostró distensión del colon, sin evidencia de alguna obstrucción mecánica. Se manejó de manera conservadora con buenos resultados.

### ABSTRACT

*Acute pseudo-obstruction of the colon, known as Ogilvie syndrome, is a rare condition characterized by acute dilation of the colon in the absence of mechanical obstruction. This presentation of intestinal pseudo-occlusion is linked to with several etiologies and a connection with burns and severe patients has been reported; hence, it is important to know this disease and its management. The case of a 39-year-old woman with a history of type 2 diabetes mellitus, hypertension and hypothyroidism is presented. She went to the emergency room with superficial and deep second and third degree burns on her face, right arm, and circumferential lower extremities, with a 24% extent of burns of the total body surface. After 48 hours of hospitalization, she began with abdominal pain and bloating. X-rays were taken that showed intestinal distention, which was the reason for performing a contrasted abdominal computed tomography. This showed colon distention, without any evidence of mechanical obstruction. She was managed conservatively, with good results.*

## INTRODUCCIÓN

La pseudoobstrucción aguda del colon (POAC), conocida como síndrome de Ogilvie, es una condición rara caracterizada por dilatación colónica aguda en ausencia de obstrucción mecánica. Sir Heneage Ogilvie describió por primera vez dos casos en dos pacientes con infiltración maligna de los ganglios prevertebrales en 1948.<sup>1</sup> Se caracteriza por distensión colónica masiva en ausencia

de obstrucción mecánica (80-90%), dolor abdominal (80%), sensibilidad abdominal (62%), náuseas y/o vómitos (60%), estreñimiento (40%) y fiebre (37%) en 400 casos revisados por Vanek en 1986.<sup>2</sup>

La pseudoobstrucción aguda del colon da como resultado síntomas compatibles con obstrucción intestinal y se asocia a enfermedades sistémicas como postinfarto de miocardio, hipotiroidismo, intervenciones quirúrgicas o traumatismos no quirúrgicos.<sup>3</sup>

\* Residente de Cirugía General.

† Residente Cirugía Plástica.

‡ Jefe del Servicio Cirugía Plástica.

Hospital Universitario de Monterrey «Dr. José Eleuterio González».

Recibido: 08 noviembre 2020  
Aceptado: 19 abril 2021

**Citar como:** Tamez-Pedroza L, Peñarrieta-Daher E, Facio-Treviño JÁ, García-Pérez MM. Síndrome de Ogilvie en un paciente quemado. *Cir Plast.* 2021; 31 (3): 107-110. <https://dx.doi.org/10.35366/103712>



## CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión e hipotiroidismo, acudió a urgencias con quemaduras superficiales y profundas (segundo y tercer grado) en la cara (*Figura 1*), brazo derecho y extremidades inferiores circunferenciales (*Figuras 2 y 3*). Se realizó fibronasoesndoscopia por otorrinolaringología y se descartó quemadura de la vía aérea. Se calculó la superficie corporal total quemada en 24%, se administró líquidos con la fórmula de Parkland con solución Hartmann 950 mL/h durante las primeras ocho horas, con diuresis a 0.5 mL/kg/h. La paciente fue ingresada en el piso de cirugía plástica para seguimiento. Al segundo día se quejó de dolor y distensión abdominal, por lo que se tomaron radiografías de abdomen (*Figura 4*) que revelaron distensión intestinal. Se decidió realizar tomografía computarizada que mostraba distensión de hasta 8.5 cm en colon (*Figura 5*), sin evidencia de obstrucción mecánica. Los electrolitos séricos eran normales. Se decidió dar manejo conservador en piso por 72 horas, con mejoría clínica. Se retiró la sonda nasogástrica y toleró la dieta. Se vigiló por 48



**Figura 1:** Cara de la paciente, vista anterior.



**Figura 2:** Extremidades inferiores.

horas y se decidió su egreso por mejoría clínica. Acudió a consulta 10 meses después, negando cuadros de dolor abdominal y tolerando la vía oral. Se encontraba en rehabilitación por las quemaduras.

## DISCUSIÓN

La pseudoobstrucción aguda de colon (POAC) es más frecuente en pacientes críticamente enfermos con alteraciones médicas o quirúrgicas subyacentes y es una causa importante de morbilidad y mortalidad.<sup>3</sup> En 1995 Kadesky y colaboradores<sup>4</sup> reportaron ocho casos de POAC en 2,703 pacientes críticamente enfermos con quemaduras. La POAC a menudo se asocia con otras alteraciones como traumatismos, cesáreas, sepsis, insuficiencia respiratoria, trasplante renal, trastornos metabólicos, enfermedad cardíaca, hipotiroidismo, uremia y uso de narcóticos. Este autor concluyó que la POAC parece estar relacionada con otra condición médica en lugar de quemaduras.



**Figura 3:** Extremidad superior derecha.

La fisiopatología de esta enfermedad no se comprende bien, a menudo se asocia con un desequilibrio en la inervación autónoma colónica.<sup>5</sup> El síndrome de Ogilvie ocurre raramente en pacientes quemados y aumenta su mortalidad. Se estima que la incidencia de este síndrome es menor de 1% en los centros de quemados en pacientes con más de 15% de la superficie corporal afectada por las quemaduras.<sup>6</sup>

Los síntomas más comunes en una POAC son distensión abdominal e hipertimpanismo, taquicardia, fiebre, leucocitosis y dolor abdominal severo.<sup>7</sup> Los analgésicos y sedantes utilizados en pacientes quemados pueden también relacionarse con este padecimiento y se dice que es secundario a la depresión del sistema nervioso vagal. La lesión del plexo sacro parasimpático S2-S4 inerva la flexura esplénica del colon y el daño de estos nervios en cirugía pélvica se ha asociado al síndrome de Ogilvie, principalmente la cirugía de cadera y las cesáreas.<sup>8</sup>

Los pacientes con síndrome de Ogilvie se manejan por lo regular con tratamiento conservador cuando la distensión es menor de 12 cm y no muestran ninguna evidencia de isquemia intestinal o perforación. El tratamiento se proporciona con sonda nasogástrica y sonda transrectal para descompresión durante 48-72 horas, junto con la corrección de desbalance hidroelectrolítico, se descontinúan los sedantes y se tratan las infecciones.<sup>3</sup> El manejo satisfactorio con el tratamiento conservador durante los primeros dos a seis días suele ser de 83-96% desde el inicio del tratamiento.<sup>9</sup>

En caso de deterioro o presentar dilatación mayor de 12 cm, se recomienda manejo médico o quirúrgico, dependiendo del paciente.

Se recomienda el uso de neostigmina intravenosa, que es un inhibidor reversible de la acetilcolinesterasa que frena indirectamente los receptores muscarínicos y promueve la actividad motora en el colon.<sup>10</sup>

## CONCLUSIÓN

Como cirujanos plásticos y reconstructivos es importante conocer las causas relacionadas con la pseudoobstrucción de colon aguda para



**Figura 4:** Radiografía simple de abdomen.



**Figura 5:** Tomografía axial computarizada de abdomen contrastado corte axial.

sospechar de esta entidad, ya que el reconocimiento temprano y buen manejo de esta patología reducirá la morbimortalidad de nuestros pacientes. El manejo conservador es el de elección en el síndrome de Ogilvie. El estudio de imagen ideal es la tomografía contrastada de abdomen para valorar un posible sitio de oclusión o complicación. En nuestro caso, la paciente tuvo un buen resultado con el manejo conservador. Es importante conocer esta etiología y reportarla en pacientes quemados.

#### REFERENCIAS

- Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation a new clinical syndrome. *Br Med J* 1948; 2 (4579): 671-673.
- Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). *Dis Colon Rectum* 1986; 29 (3): 203-210.
- Navas Nadukkandiyil, Hanadi Khamis Alhamad, Luay Abdel Wahab, Essa Mubarak Al Sulaiti AS. Acute intestinal pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome): a case report. *J Clin Gerontol Ger* 2014; 5 (4):140-142.
- Kadesky K, Purdue GF, Hunt JL. Acute pseudo-obstruction in critically ill patients with burns. *J Burn Care Rehabil* 1995; 16 (2): 132-135.
- Wells CI, O'Grady G, Bissett IP. Acute colonic pseudo-obstruction: a systematic review of aetiology and mechanisms. *World J Gastroenterol* 2017; 23 (30): 5634-5644.
- Tsoutsos D, Tsakou EG, Lykoudis E, Stamatopoulos C, Tatoulis R, Ioannovich J. Acute colonic pseudo obstruction (Ogilvie's syndrome) - a rare complication of severe thermal injury. Report on two cases. *Ann Burn Fire Dis* 1999; 12 (2): 1-6.
- Siah S, Seddik H, Ababou K, Ihrari H, Drissi Kamili N. The Ogilvie syndrome in a severely burned patient. *Ann Burn Fire Dis* 2011; 24 (3): 157-159.
- Caner H, Bavbek M, Albayrak A. Ogilvie's syndrome as a rare complication of lumbar disc surgery. *Can J Neurol Sci* 2000; 27 (1): 77-78.
- MacColl C, MacCannell KL, Baylis B, Lee SS. Treatment of acute colonic pseudoobstruction (Ogilvie's syndrome) with cisapride. *Gastroenterology* 1990; 98 (3): 773-776.
- Saunders MD, Kimmey MB. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22 (10): 917-925.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

#### Correspondencia:

**Dr. Luis Tamez Pedroza**

Gonzalitos S/N, Mitras Centro,

64460, Monterrey, N.L. México.

E-mail: luis687@hotmail.com