



Síndrome de Ogilvie postcesárea que condicionó conflicto médico

Rafael Gutiérrez-Vega,* Germán Fajardo-Dolci*

RESUMEN

Caso clínico: Femenina que desarrolló síndrome de sepsis peritoneal posterior a cesárea, sometida a varias intervenciones quirúrgicas antes de diagnosticarle perforación de ciego originado por síndrome de Ogilvie, que condicionó el fallecimiento de la paciente y originó conflicto entre prestadores de servicios y familiares de la paciente. **Discusión:** Se presenta un análisis del síndrome de Ogilvie y el manejo del mismo, y las situaciones que condicionaron mala práctica médica que dieron origen al conflicto médico. **Conclusión:** El desapego a los principios del ejercicio de la medicina es una de las causas de mala práctica médica, y origina conflicto entre prestadores de servicios y usuarios.

Palabras clave: Mala práctica médica, síndrome de Ogilvie.

ABSTRACT

Case report: We report a case of a patient with peritoneal sepsis, submitted to many surgical procedures before identify a colonic perforation in relation to a Ogilvie's syndrome that conditioned that patient die. And originated a conflict between medical group and relatives. **Discussion:** An analysis about its pathology and treatment is presented and the situations that conditioned bad medical practices that originated conflict between medical group and relatives. **Conclusions:** The fact of not becoming attached itself to the principles of the medical practice, is one of the causes of bad medical practice and originates conflict between lenders of health services and users.

Key words: Bad medical practices, Ogilvie's syndrome.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ogilvie se define como una entidad nosológica asociada a diversas condiciones médicas o quirúrgicas, caracterizada por dilatación aguda del colon, sin presencia de obstrucción mecánica. Se ha publicado que la operación cesárea y la cirugía de cadera son los dos procedimientos quirúrgicos con los que más frecuentemente se asocia. Dentro de las causas médicas observadas con mayor frecuencia, se encuentran procesos infecciosos, cardiopatías, problemas urológicos y respiratorios.¹ Su diagnóstico no es fácil, por lo que debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de pacientes que desa-

rollan cuadro de abdomen agudo de causa inespecífica, ya que el retraso en su manejo se asocia a perforación colónica y alta tasa de morbilidad y mortalidad.

CASO CLÍNICO

Femenina de 39 años de edad, y embarazo de 38 semanas de gestación. Mediante ultrasonido se identificó oligohidramnios severo y circular de cordón al cuello; por lo que se indicó cesárea. A las 48 horas del postoperatorio, la paciente fue dada de alta, aparentemente con buena evolución. Reingresa ese mismo día, al referir náusea, vómito, dolor tipo cólico intenso localizado en hipogastrio, irradiado a todo el abdomen, así como ausencia de evacuación y de canalización de gases. Exploración física mostró femenina pálida y deshidratada,

* Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

taquicárdica, con distensión abdominal importante, timpanismo generalizado, dolor a la palpación abdominal, signo de descompresión positivo, distensión abdominal, tacto vaginal sin datos patológicos. Se establecieron los diagnósticos de puerperio quirúrgico mediato, complicado con síndrome abdominal doloroso, oclusión intestinal y descartar textiloma. Se manejó con base en succión nasogástrica, líquidos parenterales y antimicrobianos. Las placas simples de abdomen mostraron gran distensión de estómago y asas de intestino delgado, y reportan no observar gas libre en cavidad peritoneal. Al día siguiente se agrega hipertermia, sin mejoría del cuadro clínico, disnea, hipoventilación basal bilateral; realizan laparotomía exploradora ante la sospecha de perforación de víscera hueca. Reportan los siguientes hallazgos: al abrir cavidad peritoneal se identifica salida de gas fétido, se extrae abundante líquido amarillo fétido de la cavidad, útero y ovarios con datos de inflamación y tejido muy friable, histerorrafia indemne. Realizan histerectomía total abdominal y salpingooforectomía bilateral, estableciendo el diagnóstico postquirúrgico de proceso pélvico séptico. En su evolución postoperatoria persiste en estado de choque, por lo que es valorado el caso por un segundo grupo quirúrgico, diagnostican perforación de víscera hueca; al abordar cavidad peritoneal observan abundante líquido libre en la cavidad peritoneal, realizan revisión de la misma, identificando perforación en la base del ciego de 2 cm aproximadamente, salida de material intestinal; realizan hemicolectomía derecha e ileostomía con lavado de cavidad. La paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos, evoluciona con deterioro progresivo, falleciendo a los 10 días de postoperatorio. Esta situación origina conflicto entre los prestadores de los servicios médicos y los familiares de la paciente. Se solicita la intervención de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Del análisis de la información contenida en el expediente clínico, la CONAMED consideró que existía razonable evidencia pericial para establecer las siguientes conclusiones: 1) El grupo quirúrgico que realizó la primera laparotomía exploradora, quien ante la evidencia de gas y líquido libre en cavidad abdominal, soslayó la posibilidad de víscera perforada, en estos términos observó mala práctica. A consecuencia de su negligencia, el problema evolucionó a sepsis peritoneal, lo que originó menor posibilidad para la supervivencia de la paciente. No se apegaron a la *lex artis*, pues debieron efectuar una minu-

ciosa revisión durante la laparotomía exploradora, para determinar el sitio de la perforación, realizar la cirugía correctiva y con esto mejorar el pronóstico de la paciente. 2) El personal médico que intervino a la paciente de cesárea cumplió con la *lex artis*. 3) El grupo quirúrgico que realizó la segunda laparotomía exploradora, efectuó correctamente el diagnóstico de perforación de ciego, cumplieron con lo establecido por la *lex artis*.

DISCUSIÓN

El síndrome de Ogilvie o pseudoobstrucción colónica aguda fue descrito por primera ocasión en 1948 por el cirujano William Heneage Ogilvie.¹ Actualmente, el epónimo es empleado para describir todos los casos de pseudoobstrucción aguda colónica. El padecimiento es más frecuente en pacientes masculinos y en pacientes mayores de 60 años de edad. Se han identificado factores predisponentes, que incluyen padecimientos quirúrgicos, médicos y fármacos.²⁻¹² La motilidad colónica es controlada primariamente por el sistema nervioso entérico, con fuerte influencia del sistema simpático y parasimpático. El intestino delgado y el hemicolon derecho se encuentran bajo control vagal parasimpático que se origina en tallo cerebral; sin embargo, la motilidad del hemicolon izquierdo y del recto está bajo control parasimpático que se origina en la columna intermedio lateral del cordón espinal. La fisiopatología de este padecimiento es poco conocida, varios autores consideran que la causa es un aumento en el tono simpático; otros postulan un desbalance de las influencias autonómicas, con disminución del tono parasimpático o un incremento del tono simpático.^{1,2,13} El cuadro clínico puede instalarse de forma aguda o paulatinamente; se caracteriza por náusea, vómito, dolor y distensión abdominal, constipación, timpanismo generalizado, disminución o ausencia de ruidos peristálticos y dolor a la palpación abdominal; signos de irritación peritoneal están ausentes a menos que ocurra perforación intestinal.¹³⁻¹⁵ El tratamiento debe iniciarse con medidas conservadoras, incluyen: atender el padecimiento subyacente que se considere factor desencadenante, administración de líquidos parenterales, ayuno, succión nasogástrica e inserción de sonda transrectal para descompresión. Si no se observa respuesta después de 24 a 48 horas, con dilatación progresiva del colon y agudización de la sintomatología, se requieren medidas más agresivas. Éstas incluyen colonoscopia para descompre-

sión, con el riesgo de perforación, por lo que debe ser realizada por personal médico capacitado en el procedimiento. Diversos reportes han mostrado que el empleo de neostigmina es efectivo para favorecer una rápida descompresión.¹⁶ También se ha empleado eritromicina, antimicrobiano del grupo de los macrólidos, ya que también es un agonista de la motilina con efecto sobre el músculo liso del tracto gastrointestinal.¹⁷ Mashour reporta el caso de una paciente que respondió a la administración intratecal de bupivacaina isobárica al 0.5%, a nivel de T4, manejo que había sido reportado desde la década de 1920 tanto en literatura en América como en Europa.^{2,18,19} La identificación temprana del padecimiento y el tratamiento conservador inmediato puede reducir la morbimortalidad; el tratamiento quirúrgico sólo debe indicarse en los casos en los cuales existe riesgo de perforación de ciego, que se incrementa de acuerdo al grado de isquemia de la mucosa, por lo que si se observan datos de isquemia durante la colonoscopia descompresiva se sugiere suspender el procedimiento y realizar abordaje quirúrgico. Otro parámetro que debe considerarse como indicador de riesgo de perforación es el diámetro cecal, reportándose que un diámetro cecal mayor de 14 cm, con evolución prolongada del padecimiento, se asocia de 15 al 73% con la presentación de perforación.^{20,21}

En el análisis realizado en la CONAMED, atendiendo a la correcta interpretación de la *lex artis* médica, se ponderó que, si bien pueden plantearse objetivos médicos para cada etapa del proceso de atención e incluso a título de finalidad del tratamiento, no puede hablarse de la exigibilidad de resultados. En efecto, la medicina es una ciencia rigurosa, pero no exacta; por ello, es imprescindible establecer si los medios empleados son los exigibles en términos de la literatura médica y si del análisis se identifican elementos que sugieran buena o mal *praxis*. Es necesario enfatizar que la normatividad aplicable sólo obliga a adoptar las medidas necesarias para alcanzar el objetivo planteado, en términos de la literatura médica, mas no a obtener el objetivo, esto es un criterio universalmente aceptado en el derecho sanitario y la *lex artis* médica. Así, tanto la normatividad aplicable como la interpretación jurídica aceptada, coinciden en las obligaciones de medios o diligencias, vinculan, no la promesa de un resultado, sino la exigibilidad de atención médica como tal. El paciente espera el resultado y podrá obtenerlo, pero no exigirlo, aunque sí tiene derecho a que la aten-

ción médica sea prestada con pericia y diligencia. En las obligaciones de medios, como el personal de salud no puede prometer un resultado, sólo se observará omisión cuando obró sin la pericia, diligencia o el cuidado que la naturaleza de la obligación exige tener. Siempre existe un riesgo inherente al acto médico, quizás perfectamente evaluable estadísticamente, pero imprevisible en lo individual. Hay una zona progresiva de certidumbre que la diligencia y la pericia del médico logran vadear; pero existe, así mismo, una zona de incertidumbre en la cual se mantiene el riesgo, sin existir por ello mal *praxis*.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quintero SI, Cachafeiro VM, Valdovinos DM. Síndrome de Ogilvie o pseudo-obstrucción colónica aguda. Conceptos actuales en diagnóstico y tratamiento. *Gastroenterol Mex* 1997; 62: 119-127.
2. Mashour GA, Peterfreund RA. Spinal anesthesia and Ogilvie's syndrome. *J Clin Anesth* 2004; 122-123.
3. Nelson JD. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) after arthroplasty in the lower extremity. *J Bone Joint Surg* 2006; 88: 604-610.
4. Karatosun V. A case of acute colonic pseudo-obstruction following total hip arthroplasty. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2005; 39: 263-265.
5. Attarbashi S. Intestinal pseudo obstruction (Ogilvie's syndrome) following cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 94: 133-134.
6. Nguyen HT. Chronic colonic pseudo-obstruction associated with recurrent congestive heart failure. *Am Geriatr Soc* 2005; 53: 171-172.
7. Stack PS. Ogilvie's syndrome. Would you recognize it? *Postgrad Med* 1991; 89: 131-134.
8. Longacre AV. Acute colonic pseudo-obstruction after colonoscopy in a young woman on narcotics. *J Clin Gastroenterol* 2006; 40: 225.
9. Kalu E. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) following caesarean section for triplets. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25: 299-300.
10. Singh S. Post-cesarean section acute colonic pseudo-obstruction with spontaneous perforation. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 89: 144-145.
11. Jani PG. Acute colonic pseudo obstruction (Ogilvie's syndrome): Case report. *East Afr Med J* 2005 82: 325-328.
12. Montero LC. The acute pseudobstruction of the colon, or Ogilvie's syndrome: A rare cause of acute abdomen, high mortality and associated pathologies in an internal medicine department. *An Med Interna* 2006; 23: 435-437.
13. Hsiao E, Charles R, Magid C, Nivatpumin P. Diagnostic dilemma. An usual development. *Am J Med* 2005; 118: 609-611.
14. Mongardini M. Adhesion ileus in patient with previous diagnosis of Ogilvie's syndrome. *G Chir* 2005; 26: 318-320.

15. Aslan S. Amitraz: An unusual aetiology of Ogilvie's syndrome. *Hum Exp Toxicol* 2005; 24: 481-483.
16. Ponc RJ, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med* 1999; 341: 137-141.
17. Jiang DP. Treatment of pediatric Ogilvie's syndrome with low-dose erythromycin: a case report. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 2002.3.
18. Markowitz J, Campbell WR. The relief of experimental ileus by spinal anaesthesia. *Am J Physiol* 1927; 81: 101-106.
19. Simini B. Spinal anesthesia in acute colonic pseudo-obstruction (Letter). *Anaesthesia* 1995; 50: 1103.
20. Vanek VW, Al-Sahi M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 203-209.
21. Carcoforo P. A new approach to the cure of the Ogilvie's syndrome. *Ann Ital Chir* 2005; 76: 65-70.

Correspondencia:

Rafael Gutiérrez-Vega
Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Mitla 250 piso 4.
Col. Narvarte,
03020 México, D.F.
Tel: 5420 7116
E-mail: gutierrezvega@conamed.gob.mx