

Seudoobstrucción aguda del colon (síndrome de Ogilvie): reporte de un caso y tratamiento actual

Morfin-Meza KE, Gutiérrez-Alfaro C, Andrade-Arróniz LE, Evaristo-Méndez G

Resumen

ANTECEDENTES: la seudoobstrucción aguda del colon se caracteriza por distensión masiva del intestino grueso en ausencia de obstrucción mecánica. Presentamos un paciente con sepsis abdominal y esta colopatía también conocida como síndrome de Ogilvie.

CASO: hombre de 78 años de edad con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, presentó infección del sitio quirúrgico y de la malla utilizada para reparar una hernia posincisional. Posteriormente desarrolló un síndrome de Ogilvie que fue tratado de manera conservadora y luego sometido a tres intervenciones quirúrgicas. El paciente falleció a los dos meses de su internamiento hospitalario por neumonía nosocomial. En el caso que presentamos no se administró neostigmina ni se efectuó instrumentación endoscópica. El manejo de los pacientes con seudoobstrucción aguda del colon deberá efectuarse en hospitales con todos los recursos necesarios para tratar esta enfermedad.

CONCLUSIONES: el manejo conservador del síndrome de Ogilvie es satisfactorio en la mayoría de los pacientes, mientras que la descompresión colonoscópica es confiable cuando la terapia farmacológica falla en resolver la distensión intestinal. La intervención quirúrgica está indicada cuando las terapias anteriores fracasan o cuando hay evidencia de peritonitis e isquemia o perforación del colon.

PALABRAS CLAVE: seudoobstrucción aguda del colon, sepsis abdominal.

Rev Esp Méd Quir. 2016 Oct;21(4):165-171.

Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilivie's syndrome): case report and current management.

Morfin-Meza KE, Gutiérrez-Alfaro C, Andrade-Arróniz LE, Evaristo-Méndez G

Abstract

BACKGROUND: Acute pseudo-obstruction of the colon is characterized by massive distension of the large intestine in the absence of mechanical obstruction. We present a patient with abdominal sepsis and this colopathy, also known as Ogilvie's syndrome.

Departamento de Cirugía General, Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Zapopan, Jalisco, México.

Recibido: octubre 2015

Aceptado: junio 2016

Correspondencia

Karen Elizabeth Morfin-Meza
negritamorfin@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Morfin-Meza KE, Gutiérrez-Alfaro C, Andrade-Arróniz 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):165-171.

CLINICAL CASE: A man of 78 years old, with a history of chronic obstructive pulmonary disease, presented surgical site and the mesh infection used to repair a post-incisional hernia. He later developed Ogilvie's syndrome which was managed conservatively and then underwent three surgeries. The patient died two months of hospital admission for nosocomial pneumonia. In the case we presented no neostigmine was administered or endoscopic instrumentation was performed. The management of patients with acute pseudo-obstruction of the colon should be done in hospitals with all the resources necessary to treat this disease.

CONCLUSIONS: Conservative management of Ogilvie's syndrome is satisfactory in most patients, while colonoscopic decompression is reliable when drug therapy fails to resolve the intestinal distension. Surgery is indicated when previous therapies fail or when there is evidence of ischemia or peritonitis and perforation of the colon.

KEYWORDS: acute pseudo-obstruction of the colon; abdominal sepsis

Departamento de Cirugía General, Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Zapopan, Jalisco, México.

Correspondence

Karen Elizabeth Morfín-Meza
negritamorfin@hotmail.com

ANTECEDENTES

La seudoobstrucción aguda del colon (síndrome de Ogilvie) es una condición caracterizada por distensión masiva del intestino grueso en ausencia de obstrucción mecánica.¹ Su primera descripción fue de Sir William H. Ogilvie, en 1948,² quien reportó dos pacientes con obstrucción no mecánica del colon asociada con invasión maligna retroperitoneal del plexo celíaco. La prevalencia de esta entidad no es conocida pero su incidencia es aproximadamente de 18.5% en pacientes hospitalizados con discapacidad mental.³ Si los pacientes no son tratados adecuadamente las complicaciones que amenazan su vida, como la isquemia y perforación intestinal, ocurren en 15% de los casos con una mortalidad de 50%.⁴

El síndrome de Ogilvie es común en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos mayores, con enfermedad maligna avanzada e intervenciones ortopédicas (reemplazo total de cadera y rodilla), así como asociada con ciertas

condiciones clínicas como infecciones severas (neumonía y sepsis abdominal), cardiopatías (infarto agudo de miocardio e insuficiencia cardíaca congestiva), neuropatías e intervenciones neuroquirúrgicas, insuficiencia respiratoria y renal, así como en pacientes con descanso prolongado en cama o con alteraciones metabólicas (diabetes mellitus).⁵ Presentamos un caso de seudoobstrucción aguda del colon asociada con sepsis abdominal por infección de malla de polipropileno utilizada para reparar una hernia posincisional. Se discute el tratamiento en nuestro paciente con el de un equipo multidisciplinario actualmente descrito en la literatura medicoquirúrgica especializada.

CASO CLÍNICO

Hombre de 78 años de edad que ingresó al hospital con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y de laparotomía exploradora por enfermedad diverticular complicada de sigmoides cuatro años antes de su internamiento, la cual fue tratada mediante sigmoidectomía,

colostomía y procedimiento de Hartmann. Se efectuó reinstalación intestinal termino-terminal y reparación de una hernia abdominal ventral posincisional con malla de polipropileno seis meses antes de su ingreso hospitalario. Dos meses después de colocar la malla el paciente refirió dolor y salida de pus por la herida quirúrgica, así como malestar abdominal, por lo que buscó atención médica. A su ingreso al departamento de urgencia su exploración física reveló presión arterial de 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 75 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto y temperatura corporal de 36.5°C. La herida quirúrgica, en línea media suprainfraumbilical, presentó eritema en toda su extensión y material purulento sobre una sección de la malla expuesta en el tercio superior de la incisión (Figura 1). En el paciente se manifestó importante distensión abdominal secundaria a gas intestinal con auscultación de ruidos peristálticos de características normales, timpanismo generalizado a la percusión digital



Figura 1. Malla de polipropileno (flecha) expuesta en el tercio superior de la herida quirúrgica abdominal

y sin palpación de masas ni datos de irritación peritoneal local o generalizada. El examen rectal digital reveló un recto vacío. Los estudios de laboratorio mostraron hemoglobina de 12.2 g/dL, hematocrito de 36.3%, cuenta de leucocitos en sangre de 8,450/mm³, neutrófilos de 70% y cuenta plaquetaria de 184,000/mm³. La relación normalizada internacional fue de 1.2, el tiempo parcial de tromboplastina activada de 52 segundos y el tiempo de protrombina de 17.5 segundos. La radiografía simple (Figura 2) y la tomografía axial computada de abdomen (Figura 3) demostraron dilatación importante del colon con un diámetro aproximado de 10 cm. Se decidió manejar conservadoramente al paciente ante la sospecha clínica de obstrucción intestinal secundaria a adherencias, mediante descompresión con sonda nasogástrica, sonda rectal, reanimación hidroelectrolítica y antibióticos intravenosos. Dos días después persistía la distensión abdominal agregándose dificultad respiratoria, ausencia de ruidos peristálticos

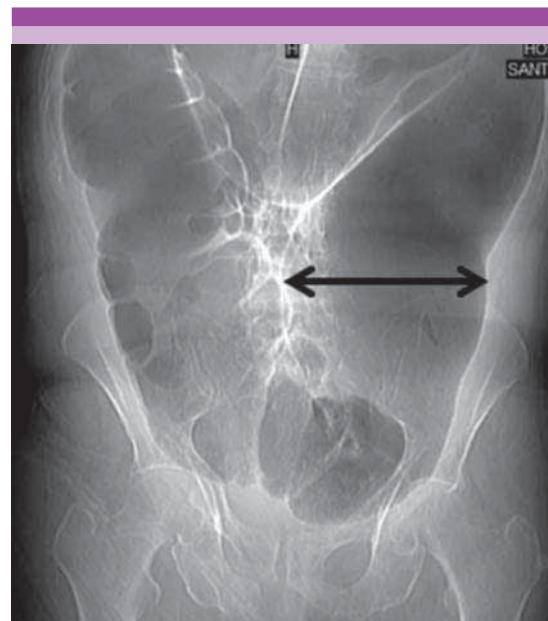


Figura 2. Radiografía simple de abdomen en posición supina que muestra dilatación de colon.

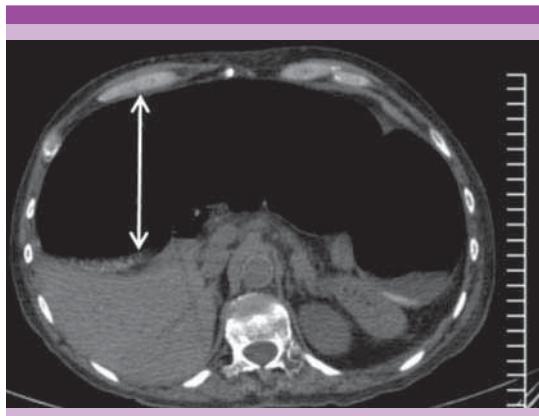


Figura 3. Tomografía axial computada de abdomen que muestra distensión del colon transverso con diámetro aproximado de 10 cm.

intestinales, ausencia de evacuaciones y sin poder canalizar gases por recto, por lo que se practicó laparotomía exploradora bajo la sospecha de una obstrucción intestinal mecánica completa no resuelta. La malla de la pared abdominal se retiró por encontrarse en su totalidad embebida en líquido purulento y por extensión de la infección a la cavidad peritoneal. Estómago e intestino delgado fueron normales, así como el funcionamiento de la válvula íleo-cecal. El colon se encontró dilatado desde esta válvula hasta el recto (Figura 4), con un diámetro aproximado de 10 cm a nivel del ciego y sin evidencia de obstrucción mecánica. Bajo el diagnóstico de seudoobstrucción aguda del colon y por considerar no estar indicada la administración de neostigmina por un bloqueo de rama izquierda en el monitoreo electrocardiográfico intraoperatorio, y el antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, se efectuó lavado de la cavidad abdominal y descompresión mediante punción-aspiración en la tenia antimesentérica del colon transverso con una aguja Fr-12 hasta obtener un diámetro normal para facilitar el cierre primario de la pared abdominal. Se retiró la sonda rectal y se dejó colocada la nasogástrica para continuar el

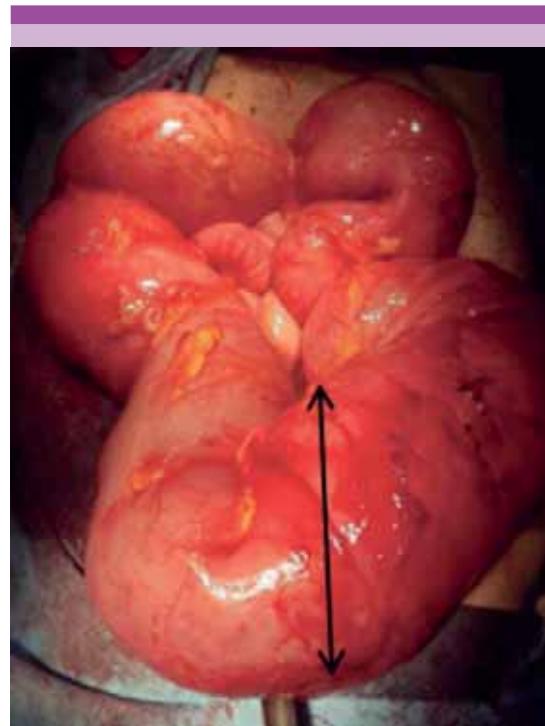


Figura 4. Colon con dilatación masiva fuera de la cavidad abdominal compatible con síndrome de Ogilvie.

manejo conservador antes descrito además de apoyo nutricional parenteral. Dos días después de la operación hubo dehiscencia de la herida quirúrgica, por lo que se realizó reintervención para el cierre de la pared abdominal mediante puntos totales de Smead-Jones con sutura de nailon no. 2. Ante la recurrencia de la distensión abdominal a las 36 horas de esta segunda operación, asociada con manifestaciones clínicas de síndrome compartimental abdominal, se sometió a un tercer procedimiento quirúrgico con colectomía total e ileostomía terminal. El paciente evolucionó sin complicaciones pero falleció a los dos meses de su internamiento hospitalario por neumonía nosocomial. El reporte histopatológico fue de megacolon con colitis crónica, isquémica y enfermedad diverticular en colon sigmoideo residual.

DISCUSIÓN

En 1958, Dudley y sus colaboradores⁶ utilizaron por primera vez el término de seudoobstrucción aguda del colon para describir la obstrucción colónica sin evidencia de enfermedad orgánica durante la laparotomía; es el nombre prevalente en la literatura médica para describir esta colopatía. Su etiología es desconocida, aunque se ha descrito la falta de coordinación entre la inervación simpática y parasimpática en el músculo liso del colon, ya que la respuesta a la administración de neostigmina sugiere que, específicamente, la disminución del tono parasimpático tiene un papel importante en el origen del síndrome de Ogilvie.⁷ Los pacientes con seudoobstrucción aguda del colon son habitualmente hombres en la sexta década de la vida, hospitalizados por una enfermedad sistémica o un problema quirúrgico no abdominal. La perforación espontánea del colon se ha reportado entre 3 y 15% de los casos, principalmente cuando el diámetro del ciego es > 14 cm, con una tasa de mortalidad entre 50 y 71% (en comparación con el 8% de mortalidad en los pacientes sin perforación)⁵ aunque recientemente se ha sugerido que con un diámetro cecal entre 9 y 12 cm puede presentarse la perforación intestinal.⁷ Los estudios radiológicos simples de abdomen suelen mostrar distensión colónica, con frecuencia limitada a ciego y colon derecho, donde la medición de su diámetro es evidentemente esencial.⁸ Por otro lado, la tomografía computada es utilizada para descartar causas mecánicas de obstrucción en el colon, la cual deberá ser efectuada preferentemente con medio de contraste intravenoso y luminal para documentar la posibilidad de perforación o isquemia de la pared intestinal.⁹ Por último, un enema con medio de contraste hidrosoluble también puede utilizarse para descartar la obstrucción mecánica que, además de ser diagnóstica, puede ser terapéutica en 78% de los pacientes como una alternativa no invasiva para descomprimir el colon en pacientes

con contraindicación para la administración de neostigmina.¹⁰

La mayoría de los pacientes con síndrome de Ogilvie y distensión cecal < 12 cm son tratados inicialmente de manera conservadora. Esto consiste en corregir cualquier factor precipitante sospechoso de producir la seudoobstrucción del colon (administración de narcóticos), ayuno y colocación de sonda nasogástrica para descompresión, reanimación con líquidos y electrólitos y, ante la sospecha o evidencia de infección, administrar antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa.¹¹ En ocasiones un tubo rectal puede ayudar en la descompresión del colon distal y facilitar la evacuación espontánea de gases, la posición del paciente en cama con las caderas elevadas sobre una almohada, alternando con cambios frecuentes del decúbito lateral derecho al izquierdo cada hora de ser posible, suele ser de ayuda.⁸ En general, es posible obtener una respuesta satisfactoria a estas medidas en 2 a 4 días, realizando exámenes físicos y de laboratorio regularmente y estudios radiológicos abdominales cada 12 horas, a menos que se presente evidencia de isquemia o signos de perforación intestinal, lo que manda la intervención quirúrgica de urgencia.¹² La terapia farmacológica se reserva para pacientes en quienes las medidas conservadoras han fallado o tienen un diámetro cecal > 12 cm en su primera evaluación radiológica.¹ La mayor evidencia actual para utilizar este tipo de tratamiento es para la neostigmina,¹³ la cual promueve la actividad motora del colon y es administrada en bolos de 2 a 2.5 mg por vía intravenosa en un periodo de 3 a 5 minutos, con una tasa de recurrencia reportada para la distensión colónica de 17 a 38%.¹² Los pacientes deberán ser vigilados electrocardiográficamente durante la infusión de la neostigmina para el tratamiento oportuno con atropina de la posible aparición de una bradicardia severa. Además, serán excluidos de la terapia farmacológica aquéllos que presenten hipersensibilidad conocida al medicamento,

obstrucción mecánica urinaria o intestinal, infarto de miocardio reciente, acidosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad activa por úlcera péptica, aquéllos bajo terapia con β -bloqueadores, frecuencia cardiaca < 60, presión arterial sistólica < 90 mmHg o con signos de perforación intestinal.¹² La neostigmina puede ser repetida en una o dos ocasiones más cuando la respuesta es incompleta o no hay respuesta a la primera dosis, así como cuando hay recurrencia de la distensión colónica. Si la segunda o tercera dosis de neostigmina falla en resolver la dilatación intestinal deberán ser aplicadas medidas más agresivas de descompresión.⁴ A este respecto, la descompresión colonoscópica del colon derecho está indicada, cuando no hay evidencia de isquemia o perforación intestinal, en quienes han fallado las medidas conservadoras y si la neostigmina está contraindicada o no ha resuelto la distensión, aunque las tasas de recurrencia con esta instrumentación se han reportado en 10 a 65% de los casos.¹⁴ La colostomía percutánea del ciego bajo guía con tomografía computada puede ofrecer un medio alternativo para la descompresión en pacientes que no toleran la anestesia general.¹⁴ El síndrome de Ogilvie permanece como una de las pocas indicaciones para la cecostomía con sonda, ya sea por vía laparoscópica, percutánea o mediante una pequeña incisión, cuando no hay respuesta a otras terapias. La laparotomía formal es reservada cuando hay sospecha o evidencia de isquemia intestinal, peritonitis o perforación intestinal. Los procedimientos pueden variar desde la cecostomía hasta la hemicolecctomía derecha o colectomía total con estoma funcional y fístula mucosa, evitando la anastomosis intestinal.¹

El paciente que presentamos tuvo factores de riesgo conocidos para el desarrollo de seudoobstrucción aguda del colon, esto es, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, sepsis abdominal y reposo prolongado en cama. Fue claro que las recomendaciones actuales para el manejo médi-

co y quirúrgico de esta colopatía no se aplicaron de manera estricta en nuestro departamento de cirugía, pues las alternativas farmacológicas y endoscópicas, con base en definiciones obtenidas de estudios radiológicos, no se ofrecieron inicialmente en el caso que reportamos. Lo anterior fue debido, así lo consideramos, a que las tres intervenciones quirúrgicas en el paciente se realizaron por diferentes cirujanos y, por tanto, con criterios no uniformes en relación con el tratamiento del síndrome de Ogilvie; pero también a que existieron contraindicaciones relativas en el paciente para su manejo farmacológico. Además, durante los períodos de decisiones los cirujanos no contaron con los servicios de radiología y endoscopia, esenciales, como hemos visto, para la evaluación y probable resolución de este síndrome sin la intervención quirúrgica como tratamiento primario y su concomitante morbilidad. Si bien cada centro hospitalario debe realizar protocolos de manejo para los diversos problemas quirúrgicos que afronta de acuerdo con sus recursos materiales y humanos es necesario considerar el traslado de los pacientes con sospecha o confirmación de seudoobstrucción aguda del colon a hospitales con todos los medios necesarios para el tratamiento adecuado de esta entidad patológica, lo cual implica la disponibilidad en todo momento de un equipo médico multidisciplinario.

CONCLUSIONES

La seudoobstrucción aguda del colon requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico, así como del uso apropiado de estudios radiológicos y endoscópicos con el fin de descartar la obstrucción mecánica del intestino grueso. El tratamiento conservador inicial es satisfactorio en la mayoría de los pacientes, mientras que las alternativas de descompresión colonoscópica son confiables en los casos donde la terapia farmacológica ha fallado en resolver la distensión intestinal. La intervención quirúrgica está

indicada cuando las terapias anteriores fracasan o ante la evidencia de peritonitis e isquemia o ante perforación del colon.

REFERENCIAS

1. Maloney N, Vargas HD. Acute intestinal pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Clin Colon Rectal Surg* 2005;18(2):96-101.
2. Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation; a new clinical syndrome. *Br Med J* 1948;2(4579):671-673.
3. Khalid K, Al-Salamah SM. Spectrum of general surgical problems in the developmentally disabled adults. *Saudi Med J* 2006;27(1):70-75.
4. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, et al. Acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc* 2002;56(6):789-792.
5. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome): an analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986;29(3):203-210.
6. Dudley HA, Sinclair IS, McLaren IF, McNair TJ, Newsam JE. Intestinal pseudo-obstruction. *J Roy Coll Surg Edinb* 1958;3:206-217.
7. Jain A, Vargas HD. Advances and challenges in the management of acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie syndrome). *Clin Colon Rectal Surg* 2012;25(1):37-43.
8. Moons V, Coremans G, Tack J. An update on acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Acta Gastroenterol Belg* 2003;66(2):150-153.
9. Godfrey EM, Addley HC, Shaw AS. The use of computed tomography in the detection and characterisation of large bowel obstruction. *N Z Med J* 2009;122(1305):57-73.
10. Schermer CR, Hanosh JJ, Davis M, Pitcher DE. Ogilvie's syndrome in the surgical patient: a new therapeutic modality. *J Gastrointest Surg* 1999;3(2):173-177.
11. Saunders MD, Kimmey MB. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22(10):917-925.
12. De Giorgio R, Knowles CH. Acute colonic pseudo-obstruction. *Br J Surg* 2009;96(3):229-239.
13. Hutchinson R, Griffiths C. Acute colonic pseudo-obstruction: a pharmacological approach. *Ann R Coll Surg Engl* 1992;74(5):364-367.
14. Harrison ME, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, Ben-Menachem T, Cash BD, et al. The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc* 2010;71(4):669-679.