

## Caso clínico

# Seudoobstrucción aguda del colon (síndrome de Ogilvie) en obstetricia crítica: notificación de un caso y revisión de la literatura

Rodríguez-Chávez J.L. (1, 3), Bañuelos-Franco A. (1, 2), Madrigal-Rodríguez V. M. (1), Alatorre-Salas M.Á. (4) Pérez-Galván A.L. (5)

(1) Unidad de Investigación en Ginecología y Alto Riesgo Obstétrico; (2) jefe de división de Ginecología y Obstetricia; (3) Coordinador de enseñanza y titular del posgrado de Ginecología y Obstetricia; Coordinador de investigación en Ginecología y Alto Riesgo Obstétrico y Subespecialista en Medicina Crítica en Obstetricia; (4) Médico Pasante en Servicio Social de la Licenciatura Médico, Cirujano y Partero. Hospital General de Occidente Zoquipan, Zapopan, Jalisco. Universidad de Guadalajara campus Tonalá. (5) Médica residente del posgrado en Ginecología y Obstetricia.

## Resumen

El Síndrome de Ogilvie (SO) es una condición caracterizada por marcada dilatación segmentaria o total de colon. Su etiología es desconocida, aunque se ha descrito la falta de coordinación entre la inervación simpática y parasimpática en el músculo liso del colon. Se observa en pacientes con patología como trastornos metabólicos, disfunción orgánica, estados postrauma o postoperatorio reciente. Inicialmente se diagnostica con radiografías simples de abdomen, donde el colon ascendente y transverso son las partes más afectadas, alcanzando dilataciones de 9-12 cm. El manejo es inicialmente conservador, aunque puede requerir cirugía. El pronóstico del SO es excelente, siempre y cuando el diagnóstico y tratamiento sean de manera temprana, de lo contrario tiene una alta morbi- mortalidad. Se presenta el caso de una paciente obstétrica de 39 años con SO en el postoperatorio tras intervención de cesárea urgencia concurrendo con preeclampsia grave.

**Palabras clave:** Síndrome de Ogilvie, obstetricia crítica.

## Background:

Ogilvie Syndrome (OS) is a condition characterized by marked segmental or total dilation of the colon. Its etiology is unknown, although the lack of coordination between sympathetic and parasympathetic innervation in the smooth muscle of the colon has been described. It is observed in patients with pathology such as metabolic disorders, organ dysfunction, post-trauma or recent postoperative states. Initially it is diagnosed with simple abdominal radiographs, where the ascending and transverse colon are the most affected parts, reaching dilations of 9-12 cm. The management is initially conservative although it may require surgery. The prognosis of the OS is excellent, as long as the diagnosis and treatment are early, otherwise it has a high morbidity and mortality. We present the case of a 39-year-old obstetric patient with OS in the postoperative period after cesarean section urgency concurrent with severe preeclampsia.

**Key Words:** Ogilvie syndrome, obstetric critical care.

## Introducción

El Síndrome de Ogilvie (SO), también denominado íleo adinámico, seudoobstrucción aguda del colon o seudoobstrucción intestinal idiopática,<sup>1-3</sup> se caracteriza por una dilatación masiva y aguda del colon, especialmente colon derecho, en ausencia de obstrucción mecánica del intestino. Quizás esta entidad fue descrita por primera vez en 1896 por Murphy, cuando, durante una laparotomía, encontró una distensión del colon proximal secundaria a lo que él consideró “un espasmo del intestino”. Después fue descrito por Sir William H. Ogilvie en 1948 y

publicado en el British Medical Journal,<sup>3-10</sup> quien reportó dos pacientes con obstrucción no mecánica del colon asociada con invasión maligna retroperitoneal del plexo celíaco.<sup>2</sup> Si no se trata precozmente puede conducir a la perforación, peritonitis y muerte, generalmente se presenta en enfermos con una condición médica o quirúrgica grave y en pacientes gineco-obstétricas.<sup>1</sup>

Se presenta durante la sexta década de la vida con mayor incidencia en hombres con una relación 2:1.<sup>6-16</sup> El 90% de

los casos se encuentra asociado a patología neurológica, infecciosa o cardiovascular. En el 50% se manifiesta tras intervenciones, siendo las más frecuentes las ortopédicas, urológicas u obstétricas. La contribución obstétrica a este síndrome se estima en el 10% y puede acontecer tras cesárea, parto eutócico o durante la gestación.<sup>3,11</sup> Las causas de este síndrome no están claras, aunque se postula que existe una alteración en la coordinación de los nervios autonómicos del colon, con una excesiva inhibición del parasimpático o una mayor actividad simpática. También se ha observado que una serie de narcóticos como los bloqueadores de canales del calcio pueden asociarse al síndrome. En el manejo se han utilizado tratamientos médicos, endoscópicos y quirúrgicos, dependiendo de la época analizada y de las complicaciones de la enfermedad, siendo en la actualidad, la descompresión por colonoscopia el tratamiento de elección en muchos hospitales.<sup>1,16</sup>

Presentamos el caso de una paciente obstétrica que en su estancia posquirúrgica inmediata desarrollo pseudoobstrucción aguda del colon (SO). Se revisa el diagnóstico y tratamiento actual de esta patología.

### Presentación del caso

Paciente gestante de 39 años de edad que acude a consulta el 19/08/17 por referir embarazo de término y presentar algias obstétricas, la cual, al hacer la revisión obstétrica es ingresada con impresión diagnóstica de: embarazo de 39 semanas de gestación por fecha de última regla + plan de trabajo de parto en fase activa + preeclampsia con datos de severidad por crisis hipertensiva (180/100 torr) + edad materna biológica de riesgo + antecedente de conización por Virus Papiloma Humano (VPH). Paciente con antecedente de carga genética por rama materna para diabetes mellitus e hipertensión arterial; sin comórbidos presentes, refiere 1 transfusión hace 26 años sin respuesta adversa, 4 hospitalizaciones (3 obstétricas y 1 por RAFI de tibia derecha), grupo sanguíneo A Rh positivo, niega alergias, tatuajes y perforaciones. Menarca a los 11 años, ritmos regulares, 28x7, sangrado moderado con coágulos, sin dismenorrea. Niega dispareunia, ivsa a los 20 años, 1 pareja sexual aparentemente sana, presento VPH manejada con conización hace 10 años. DOC hace 5 años normal, FUM 19/11/16. Paciente Gesta 4 Partos 3 con control prenatal en centro de salud con 8 consultas, hierro, calcio y ácido fólico desde primer trimestre, VDRL y VIH no reactivas, infección de vías urinarias y cervicovaginitis en 1 ocasión, vacunas aplicadas con aumento ponderal de peso de 15 kg.

Embarazo normoevolutivo, hospitalizada con plan de control hemodinámico y plan parto; durante la conducción del mismo se detecta estado fetal no tranquilizante por lo que se realiza cesárea tipo Kerr + OTB Pomeroy modificada con complicación de hemorragia obstétrica grado III por desgarro de arteria uterina izquierda. Se obtiene producto del sexo masculino de 3,440 gramos, Apgar 9/9, Capurro 40, Silverman- Anderson 0/0, sin malformaciones aparentes. Durante posoperatorio, ayuno por 12 horas, líquidos parenterales, antibióticoterapia, normotensora base de biterapia (bloqueador de canales de calcio y betabloqueador) y analgesia intravenosa. El 20/08/17, 36 horas posterior al evento obstétrico inicia con cuadro de distensión abdominal, dolor cólico sin datos de irritación peritoneal, iniciando acercamiento clínico el servicio de Alto Riesgo Obstétrico documentando sospecha de síndrome de Ogilvie ante la presencia de "signo O" (Hinkson 2016). Este nuevo signo clínico abdominal (Imagen 1) para el síndrome de Ogilvie visto en el examen del abdomen, antes de que se rompa el límite de la distensión del intestino grueso y se produzca la ruptura; ayudará a hacer un diagnóstico rápido y definitivo; en la gestión de ahorro para reducir la mortalidad materna en el puerperio después de una cesárea. Una pronunciada distensión superior de la pared abdominal anterior en la unión del pecho se observa como el abdomen adopta una forma simétrica de "O". Este "Signo O" se demuestra claramente en vistas coincidentes en la tomografía axial computarizada. Esta simetría se explica por la presencia del útero posparto en la parte inferior del abdomen y la laxitud posparto de la fascia abdominal. En homenaje a Ogilvie lo llamamos el "signo O". El reconocimiento de este signo conduce a un diagnóstico rápido y a una intervención que salva vidas antes de que se produzca la rotura intestinal y la peritonitis. Iniciando protocolo diagnóstico y terapéutico en coadyuvancia a la polipatología obstétrica: hemorragia obstétrica y preeclampsia. Se realizó estudio radiográfico simple de abdomen donde se observa dilatación colónica hasta ángulo esplénico con presencia de niveles y edema de pared (figura 1) coincidental con "signo O"; se colocó sonda nasogástrica a derivación con mejoría parcial de cuadro abdominal y suspensión de posible detonante (Nifedipino) manejo medico expectante activo; el 22/08/17 debido a reagudización de cuadro clínico y a la aparición de náusea y vómito se solicita una tomografía axial computada (TAC) (Figura 2) y se interconsulta al servicio de cirugía general, los cuales deciden 24 horas después intervenir quirúrgicamente mediante una laparotomía exploradora por probable cuadro de obstrucción intestinal, realizando descompresión intestinal mediante sonda de Pezzer con apendicectomía incidental,

encontrándose dilatación importante en las asas del colon de hasta 13 cm, con hiperemia y parche de fibrina escaso en asa ascendente, no reportándose hallazgo de obstrucción intestinal mecánica confirmando el diagnóstico de seudoobstrucción intestinal del colon (SO). El 24/08/17 la paciente inicio con restauración del tránsito intestinal, progresando de ayuno, dieta líquida a dieta blanda con apoyo del equipo de nutrición. Paciente con mejoría en puerperio quirúrgico, deambulando, micciones y evacuaciones presentes, tolerando dieta blanda, con adecuado control hemodinámico, sin datos de vasoespasmo y sin pérdidas vaginales fue dada de alta hasta el 30/08/17, dado que en su estancia

intrahospitalaria presentó varios picos febriles, descensos de hemoglobina, alcalosis respiratoria compensada y leucocitosis a consecuencia de infección de vías urinarias, tal como se muestra en el cuadro 1. El tratamiento de nuestra paciente abarcó descompresión colónica, sonda nasogástrica, líquidos parenterales, cefalosporina de tercera generación, lincosamida y macrólido con efecto enterocinético, imidazoles analgesia multimodal, procinéticos, inhibidor de la bomba de protones, antipiréticos, antihipertensivos (beta bloqueador en infusión continua Labetalol), espasmolítico, trombopprofilaxis, concentrados globulares y plasma fresco.

**cuadro 1.**  
**Exámenes laboratoriales**

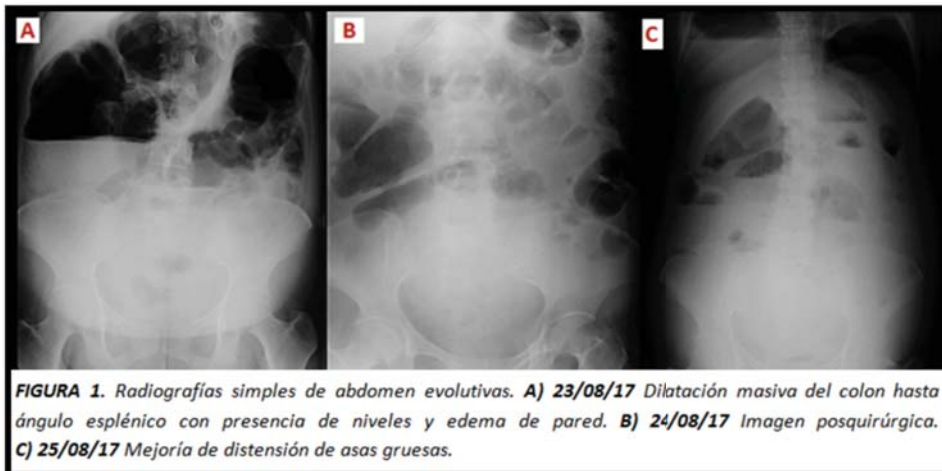
	AGOSTO 2017											
	Día 19	Día 20	Día 21	Día 22	Día 23	Día 24	Día 25	Día 26	Día 27	Día 28	Día 29	Día 30
<b>Biometría hemática</b>												
Hb	11.3	9.9	10.8	9.9	10.1	10.8	11.2	10.3	9	8.7	10.1	10.5
Hto	35.8	29.5	33.6	30.3	30.9	32.2	35.2	30.6	29.7	28.5	31.2	32.4
Plaq	235	155	186	241	265	288	332	350	387	394	382	358
Leuc	8.1	16.5	14.7	13.5	12.2	13.4	14.5	18.6	22.6	17.9	14.2	10.2
<b>Gasometría venosa</b>												
pH	7.44	7.47	7.35	7.33	7.46	7.43	7.40	7.48	7.38	7.32	7.33	7.35
pCO2	26	36	38	25	19	26	22	28	31	35	39	42
HCO3	16.1	22.3	20.4	19.1	13.5	17.3	17	15	19	24	26	25
Lact	3.9	2.5	4.5	2.4	0.7	0.7	3.7	3.4	4.0	1.1	0.2	1.0
<b>Examen general de orina</b>												
pH	5	7	5	5	5	5	5	6	5	5	5	5
Nitri-tos	250	250	Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	255	250	Neg	Neg	Neg
Bacterias	Mode- radas	Mode- radas	Esca- sas	Esca- sas	Esca- sas	Esca- sas	Esca- sas	Mode- radas	Mode- radas	Mode- radas	Esca- sas	Escasas

Imagen 1.



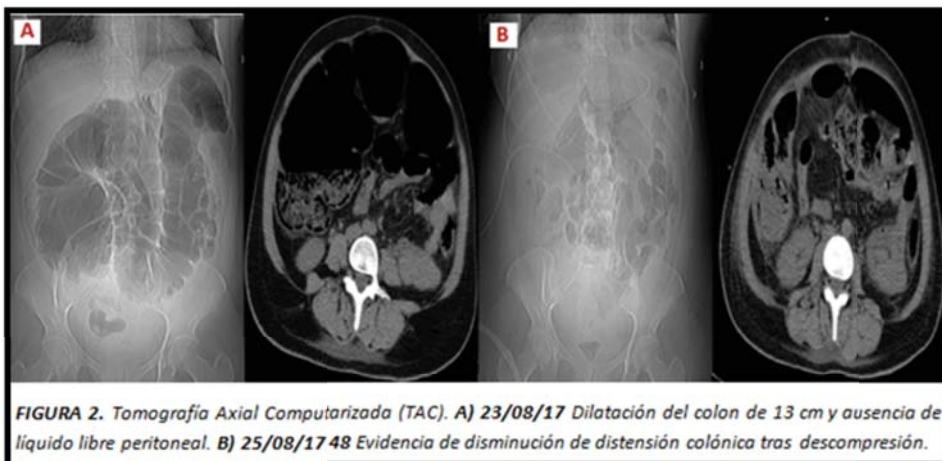
**Imagen 1.-** Lo que llama la atención es la dramática y simétrica forma de "O" de globo aerostático. En la inspección clínica clásica desde el pie de la cama, este hallazgo físico es evidente, y también arrodillado en la cabecera para la inspección lateral del abdomen en forma de "O" hinchándose puede ser apreciado.

Figura 1.



**FIGURA 1.** Radiografías simples de abdomen evolutivas. **A)** 23/08/17 Dilatación masiva del colon hasta ángulo esplénico con presencia de niveles y edema de pared. **B)** 24/08/17 Imagen posquirúrgica. **C)** 25/08/17 Mejoría de distensión de asas gruesas.

Figura 2.



**FIGURA 2.** Tomografía Axial Computarizada (TAC). **A)** 23/08/17 Dilatación del colon de 13 cm y ausencia de líquido libre peritoneal. **B)** 25/08/17 48 Evidencia de disminución de distensión colónica tras descompresión.

## Discusión

El Síndrome de Ogilvie es una entidad caracterizada por una gran dilatación de colon, sin obstrucción mecánica, se presenta en circunstancias médicas como quirúrgicas. En su etiopatogenia se han descrito los siguientes mecanismos: disiner-gia de la inervación parasimpática del colon, bloqueo temporal del parasimpático sacro (S2, S3, S4).<sup>5</sup> Estos nervios pasan debajo del plexo hipogástrico en estrecha proximidad con el cuello del útero, de la vagina, de los ligamentos anchos y terminan inervando

el colon izquierdo y el recto siendo éstos los responsables del vaciamiento colónico, lo cual puede explicar la asociación entre los procedimientos ginecoobstétricos y el síndrome de Ogilvie,<sup>11,14</sup> exceso de prostaglandinas circulantes y reflejo colocolico por activación del ganglio prevertebral con efecto inhibitor sobre la actividad motora intrínseca<sup>10,17</sup>. El SO se ha asociado a condiciones previas de tipo médicas quirúrgicas e idiopáticas, tales como se muestran en la Tabla 1.<sup>3,9</sup>

Tabla 1.

TABLA 1. CONDICIONES PREVIAS ASOCIADAS AL SÍNDROME DE OGILVIE	
MÉDICAS	PREVALENCIA DE PRESENTACIÓN EN SO
Infeciosas, angina de pecho, afecciones neurológicas (ACV, Alzheimer, Parkinson, demencia senil), insuficiencia renal, amiloidosis intestinal, feocromocitoma, herpes zoster, diabetes mellitus, hipotiroidismo, infección vírica postransplante y drogas de tipo narcóticos.	56%
Bloqueantes H2, antidepresivos tricíclicos, antagonistas cálcicos, fenotiacidas, desequilibrios hidroelectrolíticos (Ca, K, Na).	83%
QUIRÚRGICAS	
Cirugía previa abdominal, traumatológica, urológica, cardíaca, torácica, neurológica y ginecoobstétrica (parto, cesárea, histerectomía).	52%
ETIOLOGÍA IDIOPÁTICA	12%

FUENTE: (Zepeda Zaragoza J, Madrigal García I, Naranjo Ramírez E, Hernández Hernández K. Síndrome de Ogilvie. A propósito de un caso. Rev Gastroenterol Méx. 2004; 62 (2): 132-139).

El SO debe sospecharse ante la aparición de distensión abdominal progresiva asociada a dolor abdominal (80% de los casos)<sup>13</sup>. Hasta casi la mitad de los pacientes presentan el antecedente de haber sido sometidos a un tratamiento con opiáceos y en casi dos tercios se detectan anomalías electrolíticas.<sup>4</sup>

Dentro de los síntomas de presentación se incluyen náuseas (63%), vómitos (57%), dolor abdominal (83%), constipación (51%), diarrea (41%) y fiebre (37%).<sup>9,18</sup> Si se presentara dolor permanente en fosa iliaca derecha

puede ser indicio de riesgo de perforación cecal, cuya frecuencia se ha estimado en un 14% y la mortalidad por esta causa de un 45%.<sup>9,16</sup> La calidad de los ruidos intestinales es variable, pudiendo encontrarse ruidos normales o aumentados en frecuencia, disminuidos, ausentes o de tono alto; si existe perforación intestinal es frecuente la presencia de leucocitosis y abdomen en tabla2.

Comúnmente el cuadro se desarrolla en 3-7 días, si bien puede aparecer de forma muy rápida (menos de 24 h).<sup>4,17</sup>

Tabla 2.

Diferencias entre pseudoobstrucción. Íleo paralítico y obstrucción mecánica simple			
	seudoobstrucción.	Íleo paralítico	obstrucción mecánica simple
síntomas	Náusea, vómito, obstipación, dolor abdominal, constipación.	Náusea, vómito, obstipación, leve dolor abdominal, hinchazón, constipación.	Náusea, vómito, obstipación, dolor abdominal, constipación.
Examen físico	Signo "O", sonidos intestinales hipo o hiperactivos, distensión, sensibilidad localizada, sonidos intestinales agudos, borborigmos, ondas peristálticas	abdomen silencioso, distendido y timpánico	Distensión, sensibilidad localizada, sonidos intestinales agudos, borborigmos, ondas peristálticas
Radiografía de abdomen	Dilatación aislada del intestino grueso con elevación de hemidiafragma	Dilatación del intestino delgado y grueso con elevación de hemidiafragma.	Niveles de aire-líquido, bucles en forma de arco, ausencia de gas colónico distal a la lesión, diafragma ligeramente elevado
Waqas Khan (2016). Ogilvie's Syndrome. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan Vol. 26 (12): 989-991			

## Diagnóstico

El SO debe sospecharse en pacientes hospitalizados, con o sin cirugía previa o con alguna de las múltiples entidades a las que se le asocia. En los resultados de laboratorio puede haber una leucocitosis en un 27% (aumenta en perforación cecal), además una hiponatremia, hipopotasemia o una hipercalcemia.<sup>8</sup> La radiografía simple de abdomen es el estudio de gabinete de elección para el diagnóstico<sup>17</sup>, la cual muestra como característica una dilatación gaseosa masiva del colon hasta el ángulo esplénico, distensión moderada del intestino delgado, ausencia de niveles y edema en la pared<sup>7,10</sup>, donde la medición de su diámetro es esencial, encontrándose en la mayoría de los casos entre 9 y 12 cm.<sup>2,15,17</sup> En el caso que presentamos, el diagnóstico se hizo evidente por la clínica (Signo "O") y la radiografía simple. A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los casos de SO, en las pacientes obstétricas la dilatación del colon suele ser global más que segmentaria.

El enema baritado a baja presión permite junto con la colonoscopia determinar la ausencia de lesión en la luz del colon, descartando así causas mecánicas de obstrucción.<sup>4,6,7</sup> Si el cuadro clínico es de presentación paulatina (3 a 7 días), se pueden tomar radiografías simples seriadas de abdomen para valorar el posible aumento de volumen del colon derecho. Las técnicas de la colonoscopia para el diagnóstico y tratamiento han sido modificadas de acuerdo a los casos.

La tomografía axial computada (TAC), recurso de imagen más detallado para el diagnóstico, y la radiología intervencionista han revolucionado el tratamiento médico para el SO, sin recurrir a la cirugía, aunque ésta se tenga que realizar sobre todo en los casos complicados o recidivantes.<sup>8,16</sup> Aunque se ha recomendado el ultrasonido abdominal, en nuestra paciente no se realizó. Además de las pruebas radiológicas, se suele realizar un análisis de sangre que permite detectar la presencia de alteraciones tiroideas o en niveles de potasio, calcio o magnesio y por otro realizar recuento leucocitario, que suele estar elevado si hay complicaciones asociadas, tal y como sucedió con nuestra paciente.

Se tendrá que hacer el diagnóstico diferencial con patologías como íleo adinámico, apendicitis aguda, dilatación gástrica aguda,<sup>8</sup> impactación fecal, vólvulos cecal o del sigmoides, obstrucción orgánica del colon, isquemia intestinal, adherencias por carcinoma, diverticulitis, hernias, megacolon tóxico y colitis ulcerativa.<sup>6,8</sup> (tabla 2)

## Medidas de soporte inicial

El tratamiento de los pacientes con SO debe realizarse de forma escalonada y progresiva.<sup>4</sup> La mayoría de los pacientes con distensión cecal < 12 cm son tratados inicialmente de manera conservadora, esto comprende reposo intestinal mediante ayuno, sonda nasogástrica para descompresión

(solo en caso de vómitos), reposición hidroelectrolítica, evitar fármacos que comprometan la motilidad digestiva, como opiáceos, anticolinérgicos o antagonistas de los canales del calcio,<sup>4,10</sup> no usar laxantes y ante la sospecha o evidencia de infección, administrar antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa.<sup>2,13</sup> Resulta aconsejable la movilización, activa o pasiva, así como la postura con las rodillas encogidas hacia el pecho, con la intención de favorecer la expulsión de los gases, aunque estas medidas no ha sido demostradas científicamente.<sup>4</sup> Es posible obtener una respuesta satisfactoria a estas medidas 2-6 días en el 77-96% de los casos.<sup>4,16</sup> En todos los casos debe realizarse un seguimiento analítico y radiológico diario, y si existiera evidencia de isquemia o perforación intestinal, establecer consulta quirúrgica de urgencia.<sup>2,9</sup>

### Tratamiento Farmacológico

Si en un plazo de 48- 72 horas el paciente no mejora y presenta un diámetro cecal > 12 cm en su primera evaluación radiológica es preciso realizar descompresión farmacológica<sup>4,10</sup>. Se han utilizado diversas drogas como la cisaprida, que produce liberación de acetilcolina en los plexos mientéricos, la eritromicina, que tiene efecto procinético especialmente en intestino delgado, ambas con resultados no concluyentes.<sup>2,15</sup> Actualmente la neostigmina se ha propuesto como el mejor parasimpaticomimético para tratar este cuadro,<sup>14</sup> su uso se basa en la teoría de que la seudoobstrucción se debe a una excesiva inhibición parasimpática y no a una mayor actividad simpática, de esta manera, la neostigmina aumentaría la actividad excitatoria parasimpática con recuperación de la peristalsis intestinal; se administra en bolos de 2 a 2.5 mg por vía intravenosa en un periodo de 3 a 5 minutos, la eficacia de este tratamiento es cercana al 90%, con aparición de recidiva en el 7%.<sup>4,7,8</sup> Los efectos adversos más frecuentes son el dolor abdominal (17%), la hipersalivación (13%), la bradicardia (6%), las náuseas o vómitos (4%) y la hiperhidrosis (4%).<sup>4,9</sup> La administración de neostigmina está contraindicada en pacientes con obstrucción intestinal, isquemia o perforación, embarazo, arritmias cardíacas no controladas, broncoespasmo grave o insuficiencia renal (creatinina >3 mg/dl).<sup>4</sup> Aunque se considera un fármaco seguro, es importante seguir algunas recomendaciones: a) administrar con el paciente tumbado en la cama; b) monitorización cardíaca para tratar una posible bradicardia y disponer de atropina en todo momento, y c) valoración clínica durante los 15-30 min después de la administración.<sup>4,12</sup>

### Tratamiento endoscópico

La descompresión colonoscópica con colocación de un tubo de drenaje 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.<sup>2,11,15</sup> Debe ser realizada por especialistas, ya que la tasa de perforación asciende al 3%.<sup>4,9</sup> Las evaluaciones retrospectivas indican una respuesta clínica satisfactoria en el 25-50% de los pacientes, con recidiva en la mitad de los enfermos.<sup>8,11</sup> La probabilidad de éxito aumenta si se respetan los siguientes principios: a) no administrar laxantes orales ni anales para la preparación; b) utilizar colonoscopios con canales accesorios de tamaño grande o de doble canal para favorecer la aspiración de gas y heces; c) baja insuflación de aire; d) es aconsejable avanzar lo más posible, pero no es preciso llegar hasta el ciego; por lo general, es suficiente con alcanzar la flexura hepática; e) debe evaluarse el estado de la mucosa durante el procedimiento, y f) debe colocarse un tubo de descompresión en el colon derecho, con la ayuda de una guía y bajo control fluoroscópico.<sup>4,8</sup>

### Bloqueo epidural

Se realizará un bloqueo epidural anestésico a nivel de D11 - D12; provocando un bloqueo simpático y así estimular el peristaltismo, esto reforzaría la hipótesis que señala como causa de este síndrome un incremento de la actividad simpática.<sup>2,4,8</sup> Pero se deberá tener en cuenta el posible enmascaramiento de una irritación peritoneal, lo que exigirá la valoración del estado de la mucosa colónica.<sup>8,12</sup>

### Tratamiento quirúrgico y cecostomía

Si el tratamiento médico y endoscópico fracasan, se debe recurrir al tratamiento quirúrgico o a la realización de una cecostomía percutánea.<sup>10,14</sup> La laparotomía formal es reservada cuando hay sospecha o evidencia de isquemia intestinal, peritonitis o perforación intestinal, siendo necesaria en alrededor del 18% de los casos.<sup>2,4</sup> La técnica más aceptada es la cecostomía descompresiva con sonda; en los casos de múltiples perforaciones o isquemia extensa, la colectomía es la cirugía indicada.<sup>7</sup> La mortalidad asociada a la seudoobstrucción del colon es del 10 al 14% para tratamiento conservador y del 40 a 50% cuando ha ocurrido perforación.<sup>1,4,18</sup>

### Prevención de la recidiva

Para intentar prevenir la recidiva después del tratamiento médico o endoscópico está indicada la administración oral de polietilenglicol (PEG).<sup>4</sup> Así, en un ensayo clínico paralelo y aleatorizado en 30 pacientes con síndrome de Ogilvie, la recidiva durante los 7 días a la resolución inicial se produjo en el 33% de los que recibieron placebo y en ninguno con PEG (29,5 g/día).<sup>5</sup>

## Conclusión

La pseudoobstrucción de colon es una entidad poco frecuente, se presenta en pacientes con patología médica grave o en el postoperatorio de cirugía de envergadura u obstétricas, debe sospecharse cuando existe marcada dilatación del colon en ausencia de obstrucción mecánica. La pseudoobstrucción aguda del colon requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico (Signo O), así como del uso apropiado de estudios radiológicos y endoscópicos con el fin de descartar la obstrucción mecánica del intestino grueso. La compresión de los plexos parasimpáticos por un útero grávido ha sido sugerida como una causa de SO en el embarazo. 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, isquemia o perforación del colon.

Nuestra paciente presentó una evolución clínica correcta y obtuvo una resolución satisfactoria del cuadro de manera inter y multidisciplinar; con la particularidad de la presentación en el curso de un puerperio con morbilidad preecláptica con debut clínico tardío que además es un estado de hiperactividad simpática vasoconstrictora que a la par

la farmacopea antihipertensiva juega papel sustancial como detonante.

La contribución ginecoobstétrica a este síndrome se estima en el 10%, se piensa que puede haber una relación entre este síndrome y el uso de oxitocina y anestesia epidural combinadas, aunque no se ha demostrado científicamente. El SO debe estar presente en la mente de todo cirujano ginecoobstetra, dado que puede presentarse posterior a un parto, cesárea, histerectomía y otros procedimientos, ya que los índices de morbilidad nos dicen que entre más temprano se inicie el tratamiento, el porcentaje de curación es mayor hasta un 80%.

Es el retraso en el diagnóstico y la indecisión de la intervención lo que resulta en altas tasas de mortalidad. El diagnóstico tardío ha resultado en un riesgo del 3 al 15% de rotura del intestino grueso con peritonitis fulminante y una alta tasa de mortalidad del 50%.

Fuentes de financiamiento: Propias institucionales.

### Contacto:

**Dr. José Luis Rodríguez Chávez, ID de orcid: [orcid.org/0000-0002-8121-2253](https://orcid.org/0000-0002-8121-2253)**

Avenida Zoquipan 1050 colonia Zoquipan, Zapopan, Jalisco, México.

Código postal 45170 teléfono 01 33 3030 6300

Correo electrónico: [unidad.inv.obgyn.aro.hgo.2015@gmail.com](mailto:unidad.inv.obgyn.aro.hgo.2015@gmail.com)

## Referencias bibliográficas

1. Cárdenas R, Cárdenas G, Heredia C. Manejo del Síndrome de Ogilvie. *Revista Chilena de Cirugía*. 2004; 56 (2): 103-106.
2. Morfín Meza K, Gutiérrez Alfaro C, Andrade Arróniz L, 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.
3. Zepeda Zaragoza J, Madrigal García I, Naranjo Ramirez E, Hernández Hernández K. Síndrome de Ogilvie. A propósito de un caso. *Rev Gastroenterol Méx*. 2004; 62 (2): 132-139.
4. Mearin F, Balboa A. Seudoobstrucción aguda del colon: síndrome de Ogilvie. *Gast H*. 2011; 10 (4): 196-200.
5. Sgouros S, Vlachogiannakos J, Vassiliadis K, Bergele C, Stefanidis G, Nastos H, et al. Efecto de la solución equilibrada de electrolito de polietilenglicol en pacientes con pseudoobstrucción aguda de colon después de la resolución de la dilatación colónica: un ensayo prospectivo, aleatorizado, controlado con placebo. *Intestino*. 2006; 55: 638-642.
6. Zamora Zamora D, Soto Pernudi S, Sánchez Cabo A, Montero Carvajal R. Síndrome de Ogilvie. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2004; 61 (569): 163-168.
7. Bucio Velázquez G, López Patiño S, Bucio Ortega L. Síndrome de Ogilvie: Conceptos actuales en diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Coloproctología*. 2011; 17: 17-24.
8. Inca Tapia A, Guillen Baquerizo L, Vanegas Vélez A, Gómez Basilio J, Potes Duque J, Salcedo arana A, et al. Síndrome de Ogilvie en Gineco-Obstetricia. *Revista "Medicina"*. 1999; 5 (2): 147-151.
9. Gutiérrez Vega R, Fajardo Dolci G. Síndrome de Ogilvie postcesárea que condicionó conflicto médico. *Revista Médica del Hospital General de México*. 2008; 71 (2): 99-102.
10. Jain a, Vargas H. Avances y desafíos en el manejo de la pseudoobstrucción aguda del colon (Síndrome de Ogilvie). *Rev Cir Colon-Rectal*. 2012; 25 (1): 37-43.



11. Sosa M, Pausides E, Cardozo M. Síndrome de Ogilvie postcesárea: una rara forma de complicación puerperal inmediata. *Boletín Médico de Postgrado*. 1996; 12 (1): 13-17.
12. Ortiz Hernández L, Vera Pérez M, Piñeiro Mora O. Síndrome de Ogilvie poscesárea: presentación de un caso clínico. *Revista Médica Granma*. 2016; 20 (6): 1:13.
13. Rubio M, González N, Luna J, Escrich C, Castro E, Prades A. Síndrome de Ogilvie poscesárea. *Prog Obstet Ginecol*. 2004; 47 (1): 51-54.
14. Hernández Pinzón J, Castillo Zamora M, Rodríguez C. Síndrome de Ogilvie poshisterectomía: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colom Obstet Ginecol*. 2009; 60 (3): 286-292.
15. Moliner Renau B, Raga Baixauli F, Ruiz Aguilar C, Camps Selva L, Bonilla Musoles F. Síndrome de Ogilvie: una complicación poscesárea. *Prog Obstet Ginecol*. 2011; 54 (10): 537- 539.
16. Aguilar Espinoza S. Síndrome de Ogilvie o Pseudoobstrucción Aguda del Colon. *Rev Med Hondur*. 2014; 82 (2): 71-75.
17. Flores Miranda E, Flores Delgado E, Flores Delgado M, Delgado Vega M. Síndrome de Ogilvie: Informe de un caso. *AMC*. 2005; 9(2): 128-133.
18. Amourak S, Tayae M, Jayi S, Alaoui F, Bouguern H, Chaara H, et al. Síndrome de Ogilvie postcesárea: una complicación misteriosa, a propósito de un caso. *Pan Afr Med J*. 2014; 10 (19): 368-373.

