

Síndrome de Ogilvie

Sandra Martínez Pizarro

Residencia Divina Pastora. Granada (España).

Correspondencia: Sandra Martínez Pizarro. Avda. Murcia, Km. 175, frente Hotel Robemar. 18800 Baza (Granada). España. Correo electrónico: mpsandrita@hotmail.com

Recibido el 14 de junio de 2019. Aceptado para su publicación el 22 de agosto de 2019.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

El síndrome de Ogilvie consiste en una seudobstrucción aguda del colon sin causa orgánica que lo justifique. Su etiología es desconocida, pero se ha asociado a trastornos neurológicos, cirugías, insuficiencia cardíaca, infecciones, enfermedades hidroelectrolíticas y uso de algunos fármacos como benzodiacepinas o antidepresivos tricíclicos.

Se presenta el caso de un hombre de 62 años con dolor abdominal, estreñimiento, náuseas, abdomen timpánico y distendido. Se le hace examen físico, radiografía y un enema opaco, y se le diagnostica síndrome de Ogilvie. Se empieza empleando un tratamiento conservador mediante ayuno, suero intravenoso y sonda rectal. Y al no producirse mejoría, se usa la neostigmina, a la cual responde satisfactoriamente. En Atención Primaria resulta fundamental un diagnóstico precoz mediante una adecuada recogida de antecedentes y una exploración física, conducida a detectar sus signos clínicos y factores de riesgo.

Palabras clave: Síndrome de Ogilvie, Seudobstrucción Colónica, Dolor Abdominal, Estreñimiento, Neostigmina.

ABSTRACT

Ogilvie syndrome consists of an acute pseudo-obstruction of the colon without a justifying organic cause. Its aetiology is unknown. However, it has been associated with neurological disorders, surgery, heart failure, infections, hydroelectrolytic disorders and use of some drugs such as benzodiazepines or tricyclic antidepressants. We report the case of a 62-year-old man with abdominal pain, constipation, nausea and distended and tympanic abdomen. We performed a physical examination, x-ray and opaque enema, whereby Ogilvie syndrome was diagnosed. Conservative treatment was begun with fasting, intravenous serum and rectal tube. Given the absence of improvement, it was necessary to use neostigmine, to which the patient responded satisfactorily. In primary care early diagnosis is essential by means of appropriate taking of history and physical examination performed to detect its clinical signs and risk factors.

Key words: Abdominal Pain. Colonic Pseudo-Obstruction. Constipation. Neostigmine. Ogilvie Syndrome.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ogilvie fue descrito por primera vez en 1948 en el *British Medical Journal* por William Heneage Ogilvie, de ahí su nombre. Consiste en una seudobstrucción aguda del colon sin una causa orgánica que lo justifique. Su etiología es desconocida, pero se ha asociado a trastornos neurológicos, procedimientos quirúrgicos, insuficiencia cardíaca, infecciones graves, enfermedades metabólicas y enfermedades hidroelectrolíticas^{1,2}.

Actualmente, su fisiopatología no se conoce bien, pero se sospecha que es por afectación indirecta del plexo parasimpático del colon, que provoca una pérdida del tono muscular que conduce a una distensión que genera la obstrucción del intestino. Sería, por tanto, un desequilibrio entre la inervación simpática y parasimpática del colon^{3,4}.

Este concepto de que la pared del colon y el recto puede relajarse en respuesta a estímulos fisiológicos y farmacológicos explica un desequilibrio autonómico del control intrínseco como base del síndrome. Esta hipótesis se ha comprobado al obtener un alivio sintomático por medio de un bloqueo adrenérgico, conseguido por la estimulación colinérgica o por el uso de neostigmina^{5,6}.

Entre sus síntomas, destaca la distensión abdominal moderada-grave, disnea, dolor abdominal, presencia de abdomen timpánico, dolor tipo cólico en hipogastrio, náuseas, fiebre y estreñimiento. En casos raros puede cursar con diarrea⁷.

Afecta principalmente a individuos mayores de 30 años de edad, siendo más frecuente después de los 60 años y en el sexo masculino⁸. Se trata de una enfermedad rara, poco habitual en la población (afecta a 1 de cada 2.000 personas), con un rango de mortalidad del 35-70%. Cuanto más temprano se inicie el tratamiento, mayor es el porcentaje de curación⁹.

CASO CLÍNICO

Hombre de 62 años de edad, de origen español, con antecedentes personales de estreñimiento crónico y depresión. En tratamiento con antidepresivos tricíclicos y laxantes orales. Acude a la consulta de Atención Primaria por distensión abdominal moderada y estreñimiento de 4 días de evolución. También presenta náuseas, pero no ha tenido ningún vómito ni fiebre.

En la exploración, el paciente está consciente, se muestra colaborador, con una leve disnea, bien hidratado y perfundido. El pulso, la saturación de oxígeno, la presión arterial y su temperatura se encuentran dentro de los límites de la normalidad. Se le hace un examen físico, donde se observa una grave distensión del abdomen, con dolor difuso a su palpación, abdomen timpánico y globuloso y carencia de ruidos intestinales hidroaéreos. También se le realiza un tacto rectal y no se aprecian masas ni impactación fecal.

En el diagnóstico diferencial se puede sospechar una neoplasia de colon, enfermedad de Chagas íleo mecánico, hernias, vólvulo de sigmoides, enfermedad de Hirschsprung, síndrome adherencial, apendicitis aguda, síndrome de Chilaiditi y síndrome de Ogilvie.

Para hacer el diagnóstico, se le hace una radiografía. Las características radiográficas que presenta el paciente son: aumento del calibre del colon ascendente y trasverso, y niveles hidroaéreos en distintos niveles. También se le realiza una colonoscopia, y no se observan masas ni obstrucciones que justifiquen la obstrucción clínica. Los hallazgos de la radiografía podrían confundirse con tumores de colon obstructivos, por lo que se recomienda un enema opaco o un escáner. Con el enema opaco, se confirma el diagnóstico de síndrome de Ogilvie.

Se opta por un tratamiento conservador, ya que no hay datos de gravedad ni riesgo de complicaciones. Se mantiene al paciente en ayunas, se hace una reposición hidroelectrolítica por vía intravenosa, se le retiran los antidepresivos tricíclicos y se le coloca una sonda rectal con enema.

Tras 48 horas con el tratamiento conservador, no se observa mejoría importante, por lo que se opta por la administración de neostigmina en bolo intravenoso a

única dosis de 2-2,5 mg, administrada en 3-5 minutos. A las 24 horas, el cuadro comienza a remitir y el paciente va mejorando.

DISCUSIÓN

Para el tratamiento de este síndrome, resulta fundamental la detección precoz, excluir la obstrucción mecánica y otras causas de obstrucción, identificar síntomas de peritonitis o síntomas de perforación, iniciar lo antes posible el tratamiento y prevenir recidivas¹⁰. El médico de familia debe tener en cuenta que al comienzo del cuadro clínico no hay signos peritoneales y el recuento de leucocitos es normal, especialmente en los casos con una evolución progresiva, hospitalaria secundaria a una cirugía o tratamiento médico. También existe una presentación súbita (24-48 horas), en la que se presenta desequilibrio electrolítico que se acompaña con náuseas y vómitos, y en la que, además, se pueden apreciar signos de irritación peritoneal por perforación, posibilidad de neumoperitoneo y peritonitis¹¹.

En el caso concreto de este paciente, cabe destacar que presenta cuatro síntomas típicos del síndrome de Ogilvie: distensión abdominal moderada, estreñimiento, dolor abdominal y náuseas. Sin embargo, no se observa fiebre, ni disnea grave, ni dolor tipo cólico en hipogastrio.

En Atención Primaria también se ha de tener en cuenta que este síndrome es más frecuente en pacientes con alguna de las siguientes características: estreñimiento crónico, deshidratación, trastornos hidroelectrolíticos, administración de antidepresivos tricíclicos, benzodiacepinas, tratamientos psiquiátricos, traumatismos, encamamiento prolongado, edad de más de 60 años, enfermedad de Parkinson o enfermedad de Alzheimer¹².

En este caso clínico en concreto, se encontraron los siguientes factores de riesgo: ser hombre de más de 60 años de edad y tener antecedentes de estreñimiento crónico.

En cuanto al tratamiento del síndrome de Ogilvie en individuos sin datos de gravedad ni riesgo de complicaciones como se trata en este caso clínico, se recomienda tratamiento conservador en las primeras 24-48 horas. Este consiste en tener al paciente en ayunas, reposición de líquidos y electrolitos por vía intravenosa, retirada de fármacos que hayan podido desencadenar el cuadro, reposición de iones, colocación de sonda nasogástrica para disminuir la cantidad de aire ingerido y de sonda rectal con la introducción de enemas de limpieza. Son recomendables los cambios posturales frecuentes. Este tratamiento es eficaz en el 85% de las personas que padecen este síndrome¹³.

No obstante, en este caso, el paciente no responde adecuadamente y se precisa la administración de neostigmina (estimulante del sistema nervioso au-

tónomo parasimpático) para restablecer el peristaltismo. Se usa en bolo intravenoso a única dosis de 2-2,5 mg, administrada en 3-5 minutos. Este fármaco permite descomprimir el colon en el 80-100% de los casos, con un riesgo bajo de reaparición de los síntomas posteriormente. Cabe destacar que, si después de 48 horas la distensión no disminuye, se puede administrar una segunda dosis¹⁴. En este caso clínico, a las 24 horas el cuadro comienza a remitir y el paciente va mejorando. La neostigmina no se deberá administrar en el caso de embarazo, perforación intestinal, arritmias incontroladas, obstrucción intestinal mecánica e insuficiencia renal aguda¹⁴.

Si el paciente continuara sin mejorar, ha de aplicarse una descompresión por medio de colonoscopia, con colocación de un tubo de drenaje para aspirar el contenido aéreo y fecal, y dejar colocada, si es posible, una sonda colónica¹⁵. La última opción terapéutica, si lo anterior falla o si aparece perforación o isquemia, es una cecostomía, que es la comunicación del ciego con la pared abdominal a través de una sonda, por vía endoscópica o radiológica¹⁶.

Cabe destacar que el porcentaje de recidiva se sitúa en torno al 6-14%; de estos, solo el 20% llegan a ser casos quirúrgicos.

En esta patología, cuanto más temprano se inicie el tratamiento, más alta es la posibilidad de curación. En Atención Primaria resulta, por tanto, fundamental un diagnóstico precoz mediante una adecuada recogida de antecedentes y una exploración física, para detectar sus signos clínicos y factores de riesgo.

En un futuro se debería investigar más sobre la etiopatogenia de este síndrome, ya que hoy en día no es aún muy clara. De esta manera, se podrían identificar técnicas y estrategias más eficaces tanto para la prevención como para su tratamiento, y administrar cuidados sanitarios más apropiados, basados en la evidencia científica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Espinoza SS. Síndrome de Ogilvie o pseudoobstrucción aguda del colon. *Rev Med Hondur*. 2014;82(2):71.
2. De Giorgio R, Knowles CH. Acute colonic pseudo-obstruction. *Br J Surg*. 2009;96(3):229-39.
3. Bucio Velázquez G, López Patiño S, Bucio Ortega LD. Síndrome de Ogilvie: Conceptos actuales en diagnóstico y tratamiento. *Rev Mex Colopro*. 2011;17:17-24.
4. Deng B, Cui W, Liu P. A man with intermittent abdominal pain, liver injury, and renal impairment. *Gastroenterology*. 2017;153(2):e7-e9.
5. Tsirlina VB, Zemlyak AY, Avery MJ, Colavita PD, Christmas AB, Heniford BT, et al. Colonoscopy is superior to neostigmine in the treatment of Ogilvie's syndrome. *Am J Surg*. 2012;204(6):849-55.
6. Riesco JM, Manzano R. Síndrome de Ogilvie. *Rev Esp Enferm Dig*. 2013;105(3):175.
7. Nwanguma OR, Matsushima K, Grunfeld R, Frankel HL. Colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) evolving into cecal bascule. *J Trauma*. 2011;71(4):1082-4.
8. Hsu HL, Wu YM, Liu KL. Ogilvie syndrome: acute pseudo-obstruction of the colon. *CMAJ*. 2011;183(3):E162.
9. Montero Leal C, Hormeño Bermejo RM, González Moreno E, Gordillo Morera B. Síndrome de Ogilvie o pseudoobstrucción aguda del colon: una causa rara de abdomen agudo, de elevada mortalidad y asociada a patologías frecuentes en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)*. 2006;23(9):435-7.
10. Jain A, Vargas D. Advances and challenges in the management of acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie syndrome). *Clin Colon Rectal Surg*. 2012;25(1):37-45.
11. Pereira P, Djeudji F, Leduc P, Fanget F, Barth X. Ogilvie's syndrome-acute colonic pseudo-obstruction. *J Visc Surg*. 2015;152(2):99-105.
12. Wells CI, O'Grady G, Bissett IP. Acute colonic pseudo-obstruction: a systematic review of aetiology and mechanisms. *World J Gastroenterol*. 2017;23(30):5634-44.
13. Peker KD, Cikot M, Bozkurt MA, Ilhan B, Kankaya B, Binboga S, et al. Colonoscopic decompression should be used before neostigmine in the treatment of Ogilvie's syndrome. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2017;43(4):557-66.
14. Khan MW, Ghauri SK, Shamim S. Ogilvie's syndrome. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2016;26(12):989-91.
15. Haj M, Haj M, Rockey DC. Ogilvie's syndrome: management and outcomes. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(27):e11187.
16. López Valle RG, López Godoy F. Neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction: A meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond)*. 2014;3(3):60-4.