CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):761

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-388 - SÍNDROME DE OGILVIE SECUNDARIO A MIOPATÍA MIOFIBRILAR. UNA PATOLOGÍA DE DIFÍCIL MANEJO

Romera Barba, Elena; Lage Laredo, Ana; Rodríguez García, Pablo; Navarro García, María Inmaculada; Maestre Maderuelo, María; Gálvez Pastor, Silvia; Sánchez Pérez, Ainhoa; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: El síndrome de Ogilvie o pseudo-obstrucción colónica aguda es un trastorno de la motilidad que se caracteriza por dilatación idiopática y progresiva del colón, sin evidencia de obstrucción mecánica. Predomina en varones de edad avanzada y se asocia a patologías médicas o quirúrgicas, principalmente a traumatismos, cirugía, procedimientos obstétricos o enfermedad neurológica. El tratamiento es la descompresión colónica precoz mediante medidas generales y fármacos para disminuir la distensión del colon; si estas no son efectivas se debe recurrir a técnicas endoscópicas y cirugía.

Caso clínico: Paciente varón de 70 años con miopatía miofibrilar en estadio avanzado, con tetraparesia e insuficiencia respiratoria severa mixta secundaria a la afectación neuromuscular y a EPOC avanzado, con oxigenoterapia domiciliaria y BiPAP. Ingresó por aumento progresivo de su disnea habitual hasta hacerse de reposo, asociado a estreñimiento crónico. La exploración abdominal mostraba una gran distensión abdominal con timpanismo, y en la radiografía de abdomen y TC se apreció distensión del colon sin evidenciar una causa obstructiva mecánica. Con diagnóstico de síndrome de Ogilvie se inició tratamiento conservador mediante medidas de soporte, colonoscopia descompresiva y cecostomía percutánea, que no fueron efectivas, con lo que se planteo tratamiento quirúrgico. Debido al alto riesgo quirúrgico el paciente solo pudo ser intervenido mediante anestesia raquídea, realizando una cecostomía quirúrgica. Inicialmente la evolución fue satisfactoria, pero al mes de la cirugía comenzó con episodios, cada vez más frecuentes, de prolapso del colon a través de la cecostomía que precisaban reducción en urgencias. Se reintervino realizando cerclaje a nivel de aponeurosis e inserción de prótesis periestomal, pero a las pocas semanas recidivó el prolapso. Fue valorado por el servicio de anestesia para realizar una cirugía resectiva, siendo desestimado por el alto riesgo quirúrgico. En la actualidad presenta episodios de prolapso diarios que le obligan a acudir a urgencias varias veces por semana.

Discusión: Si tanto el tratamiento médico como el endoscópico fracasan, se debe recurrir al tratamiento quirúrgico, que debe ser lo menos invasivo posible, ya que se asocia con importantes morbilidad y mortalidad (del 30 y el 6%, respectivamente). El tipo de cirugía depende tanto del estado del paciente como del colon. Si no hay isquemia ni perforación, la técnica de elección es la cecostomía. Sin embargo, la cecostomía no está exenta de complicaciones y el manejo puede ser difícil, sobre todo en pacientes de alto riesgo, como ocurre en nuestro caso.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados