



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Síndrome de Ogilvie: una complicación poscesárea

Belén Moliner Renau*, Francisco Raga Baixauli, Cristina Ruiz Aguilar,
Lorena Camps Selva y Fernando Bonilla-Musoles

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Recibido el 27 de marzo de 2009; aceptado el 26 de noviembre de 2010

Accesible en línea el 12 julio 2011

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Ogilvie;
Seudoobstrucción
aguda de colon;
Cesárea

KEYWORDS

Ogilvie's syndrome;
Acute colonic
obstruction;
Caesarea

Resumen El síndrome de Ogilvie es una pseudoobstrucción aguda de colon en ausencia de obstrucción mecánica, se trata típicamente de una complicación que aparece tras cirugías, sobretodo de cadera y cesáreas. Es de difícil diagnóstico, sobre todo por tener clínica similar al íleo paralítico, aunque con una gravedad muy superior. Sus complicaciones por excelencia son la isquemia y la perforación, que cuando se establecen pueden tener una mortalidad de hasta el 50%.

Se trata de un caso con evolución tórpida poscesárea y que, a pesar del tratamiento médico, se complicó con perforación de ciego, acabando en una hemicolectomía derecha.

© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Ogilvie's syndrome, a caesarean complication

Abstract Ogilvie's syndrome is acute colonic pseudo-obstruction without mechanical obstruction, is a typical complication of caesareans and hips surgery. It is difficult to diagnose, mainly, by having clinic similar to paralytic ileus, but with a much higher gravity. Its complications are ischemia and perforation, which can have when establishing a mortality rate of up to 50%. This is a case with bad evolution after caesarea and that despite the medical treatment is complicated with cecal perforation, finishing in a right hemicolectomy.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de Ogilvie es una pseudoobstrucción aguda de colon que cursa con una dilatación masiva de colon sin obstrucción mecánica. Tiene una prevalencia del 0,01% tras

la cirugía¹. Existe una serie de 400 casos con este síndrome, en el que se observa que el 9% son tras cirugías por cesárea². Debido a esta asociación encontrada con este tipo de cirugías, se piensa que puede haber una relación entre este síndrome y el uso de oxitocina y anestesia epidural combinadas³. Las complicaciones a las que pueden estar sometidas estas pacientes son la perforación y la isquemia intestinal pudiendo aumentar la mortalidad, que sin complicaciones se establece entre un 12-30% hasta el 40-50% cuando existe una complicación¹.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: belmolren@hotmail.com (B. Moliner Renau).



Figura 1 Radiografía abdominal. Distensión del área cecal típico de síndrome de Ogilvie.

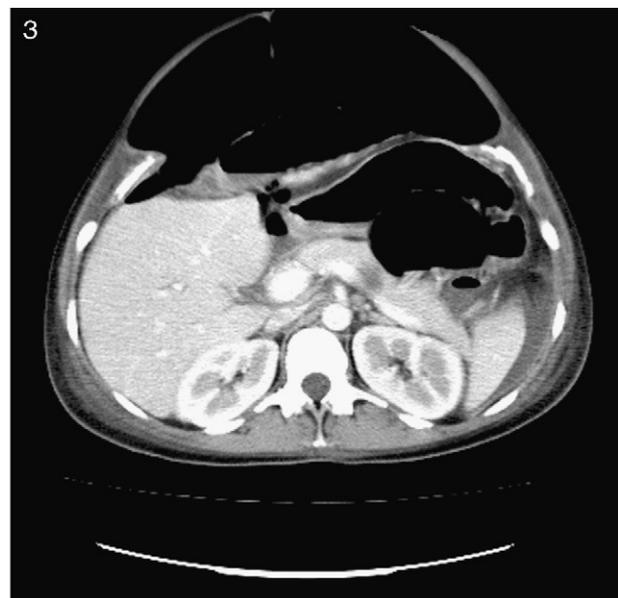
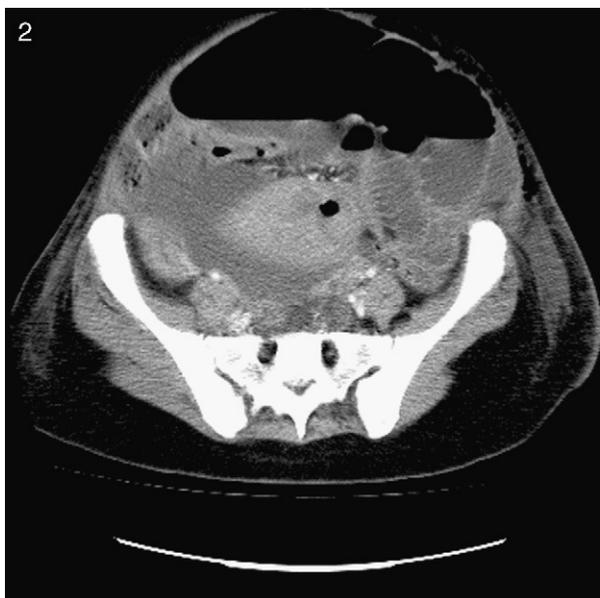
La presentación clínica es como la de un cuadro de suboclusión intestinal⁴, por lo que tras la cirugía la paciente presentará dolor abdominal, distensión abdominal, ausencia de expulsión de heces y gases, y vómitos. A la exploración abdominal se observa timpanismo a la percusión, y aunque es típica la presencia de ruidos intestinales, puede aparecer con ausencia de éstos. Cuando aparece la complicación es común la aparición de fiebre con datos analíticos de leucocitosis⁴.

Para el diagnóstico se requiere una radiografía de abdomen que muestra típicamente una dilatación masiva del ciego y el colón derecho, así como, ausencia de imágenes compatibles con obstrucción. Si la evolución o la radiografía de abdomen no son confirmatorias, se debería recurrir a la TC abdómino-pélvica o a enema baritado⁴.

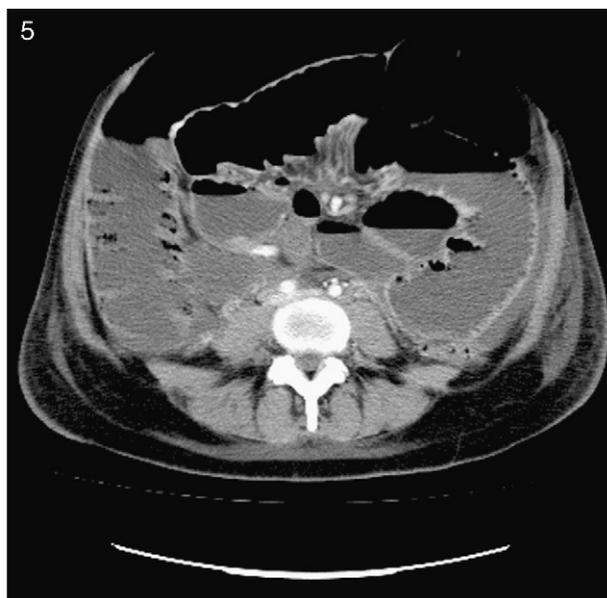
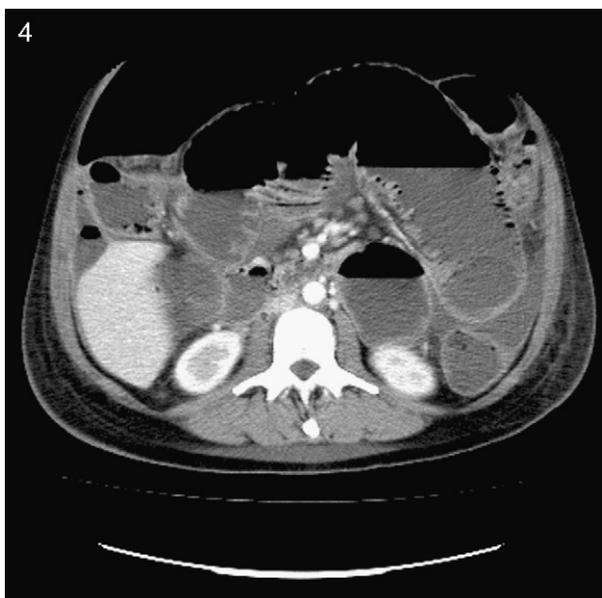
Caso clínico

Presentamos el caso clínico de una paciente de 31 años sin antecedentes de interés, colecistectomizada y sin alergias conocidas. Paciente secundigesta con parto anterior de 40 semanas, que acude a nuestro centro en fase activa de parto con feto en presentación podálica, con variedad pies y un peso fetal estimado de 4.000 g, por lo que según protocolos establecidos se indica cesárea segmentaria transversa, que se realiza bajo anestesia raquídea.

Tras las 48 h siguientes a la cesárea la paciente presenta distensión abdominal, ausencia de expulsión de heces y gases e intolerancia a líquidos y sólidos. Se realiza radiografía de abdomen (fig. 1), que se informa como íleo paralítico con distensión más prominente en ciego, sin ser más concluyente. Se mantiene a la paciente en ayunas, se le coloca una sonda nasogástrica y perfusiones de mantenimiento. Tras 48 h de no mejoría de la paciente se le administran fármacos procinéticos. Tras 24 h con tratamiento médico, la paciente inicia expulsión de gases y se realiza la defecación 48 h más tarde, con una mejoría del estado general, a pesar de no disminuir la distensión abdominal. Se retiran la SNG y el tratamiento médico tras la defecación. Tras las 24 h siguientes, la paciente presenta un empeoramiento brusco de su estado general, con dolor abdominal y exploración peritónica. Se realiza una TC abdómino-pélvica (figs. 2–5) que informa de abundante líquido libre en la cavidad peritoneal con neumoperitoneo, por lo que, confirma la perforación intestinal. Se realiza laparotomía exploradora de urgencia con hemicolectomía derecha. La paciente posteriormente requiere ser



Figs. 2 y 3 TC abdómino-pélvica. Importante líquido libre intraabdominal de localización perihepática, periesplénica y en la pelvis.



Figs. 4 y 5 TC abdómino-pélvica. Marcada dilatación de asas de intestino delgado y colon por íleo reflejo.

hospitalizada en la UCI durante 5 días, y durante el postoperatorio se diagnostica de abscesos intraabdominales que requieren la colocación de drenaje percutáneo. La paciente presenta posteriormente una evolución favorable, dándose de alta tras 41 días de ingreso hospitalario.

Discusión

El síndrome de Ogilvie siempre ha de tenerse en cuenta tras la realización de una cesárea, puesto que su dificultad diagnóstica y su similar cuadro con el íleo paralítico nos pueden resultar engañosos. El diagnóstico diferencial con el íleo paralítico se realiza mediante las técnicas de imagen en la que este último muestra una afectación generalizada del intestino, y a la exploración es característica la ausencia de ruidos intestinales. El tratamiento correcto⁵⁻⁷ de este síndrome pasa desde las medidas de soporte, como son ayuno, sonda nasogástrica, sonda rectal y perfusión de líquidos y electrolitos, hasta el tratamiento médico, de descompresión no quirúrgica y el quirúrgico. Se indica la descompresión mediante colonoscopia, con colocación con tubo de descompresión en aquellas pacientes con distensión colónica o cecal mayor de 12 cm durante más de 3-4 días^{5,8}. Cuando la descompresión mediante colonoscopia no ha sido efectiva, la cecostomía se considera el tratamiento de elección si no ha existido ninguna otra complicación.

En este caso, no se llegó al diagnóstico real hasta la aparición de la complicación con la perforación intestinal, a pesar de ello la actuación con las medidas de soporte y el tratamiento médico fueron los correctos. Esta dificultad diagnóstica en este caso en concreto también pudo ser por la evolución tan rápida de la complicación y del síndrome en

sí. Esperamos que la publicación de este caso sea útil a los obstetras, para poder valorar esta patología en el diagnóstico diferencial ante un íleo poscesárea, y ser así considerada a la hora de tratar las complicaciones postoperatorias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Srivastava G, Pilkington A, Nallala D, Wolson DW, Holt E. Ogilvie's syndrome: a case report. *Arch Gynecol Obstet.* 2007;276:555-7.
2. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum.* 1986;29:203-10.
3. Rubio M, González N, Luna J, Escrich J, Castro E, Prades A. Síndrome de Ogilvie poscesárea. *Prog Obstet Gynecol.* 2004;47:51-4.
4. Saunders MD, Kimmey MB. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;22:915-25.
5. Eisen GM, Baron TH, Dominitz JA, Faigel DO, Goldstein JL, Johanson JF, et al. Standards of Practice Committee of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc.* 2002;56:789-92.
6. Tung CS, Zigelboim I, Gardner MO. Acute colonic pseudoobstruction complicating twin pregnancy: a case report. *J Reprod Med.* 2008;53:52-4.
7. Luna J, Escrich C, Prades A, González N, Castro E, Rubio M. Síndrome de Ogilvie poscesárea. *Prog Obstet Gynecol.* 2004;47:51-4.
8. Laine L. Management of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med.* 1999;341:192-3.