



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



424/2758 - SÍNDROME DE OGILVIE

S. Moreno López de Lerma

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Varón 89 años. Vida basal activa e independiente. Funciones cognitivas preservadas. Antecedentes personales: Suboclusión intestinal en 2007. Anemia multifactorial en 2016, con estudio normal. Diabetes mellitus, dislipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrilación auricular y cardiopatía dilatada estable. Presenta cuadro de aumento de disnea habitual junto con vómitos, malestar abdominal y estreñimiento de varios días de evolución, por lo que acude a consulta de Atención Primaria.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, taquipneico sin trabajo respiratorio, palidez cutáneo-mucosa. Saturación basal del 86%. Auscultación: arritmico, con soplo en foco mitral; y murmullo vesicular disminuido de forma generalizada con roncus dispersos y crepitantes mínimos bibasales. Abdomen distendido con molestia generalizada a la palpación difusa y peristaltismo disminuidos, sin signos de irritación peritoneal. En radiografía abdominal se observa dilatación de asas, niveles hidroaéreos e imagen sugerente de vólvulo. Es derivado a Urgencias hospitalarias, donde se realiza TAC abdominal donde se confirma vólvulo de sigma, ante lo cual se realiza colonoscopia urgente y desvolvulación, con mejoría clínica inmediata.

Orientación diagnóstica: Suboclusión intestinal por vólvulo de sigma, recidivante.

Diagnóstico diferencial: Es importante diferenciar la clínica compatible con reagudización de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El paciente presenta aumento de su disnea habitual que en este caso es secundaria a la presión que la dilatación abdominal ejerce a nivel de diafragma, dificultando la expansión pulmonar y, por tanto, el correcto intercambio de gases del paciente.

Comentario final: El paciente presentó durante su estancia hospitalaria varias recidivas de suboclusión intestinal secundaria a vólvulo, siendo resuelto de forma endoscópica. Valorado por cirugía que desestiman tratamiento quirúrgico definitivo dado el alto riesgo quirúrgico del paciente. Junto con el servicio de Digestivo se establece diagnóstico de pseudoobstrucción intestinal crónica, secundaria a megacolon que presenta el paciente (presente en pruebas previas) que provocan pseudoobstrucciones colónicas agudas (síndrome de Ogilvie). Se pauta tratamiento con procinéticos, laxantes y enemas para mantener la motilidad intestinal, y en casos de suboclusión pudiendo colocarse sonda nasogástrica y reposo digestivo para facilitar su resolución.

Bibliografía

1. Mearin F, Balboa A. Seudoobstrucción aguda del colon: síndrome de Ogilvie. GH Continuada. 2011;10(4):196-200.

Palabras clave: Pseudoobstrucción colónica. Síndrome de Ogilvie.