

M.^a Moreno-Cid¹
E. Rodríguez¹
A. I. Pascual¹
P. S. González²
J. Picazo³
M. Chereki¹

Síndrome de Ogilvie y gestación

Ogilvie's syndrome and pregnancy

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia

²Servicio de Gastroenterología

³Servicio de Cirugía General

Hospital La Mancha Centro.
Alcázar de San Juan (Ciudad Real)

Correspondencia:

Dra M.^a Moreno-Cid García-Suelto
San Juan, 8, 1.º B
28320 Pinto (Madrid)

Fecha de recepción: 2/3/00

Aceptado para publicación: 17/7/00

Moreno-Cid García-Suelto M^a, Rodríguez Rodríguez E, Pascual
Pedreño AI, González Carro PS, Picazo Yeste J, Chereki Kaloup M.
Síndrome de Ogilvie y gestación. *Prog Obstet Ginecol*
2000;43:481-483.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ogilvie, o pseudoobstrucción intestinal aguda, se caracteriza por la distensión del colon, sobre todo del tramo ascendente, en ausencia de lesión orgánica obstructiva intrínseca o extrínseca. Es un caso particular de íleo paralítico⁽¹⁾.

Este síndrome predomina en el sexo masculino (57-70%) en la sexta década de la vida⁽¹⁾.

En casi el 90% de los casos se encuentra asociado a infecciones, enfermedades cardiovasculares o neurológicas⁽²⁾ y en el 50% de las ocasiones en que se manifiesta lo hace tras una intervención quirúrgica que suele ser cirugía abdominal no cólica, cirugía ortopédica, urológico-pélvica u obstétrica⁽¹⁾.

La contribución de la obstetricia a esta patología es de un 10%⁽¹⁾ y suele ser tras un parto eutócico o una cesárea⁽³⁾.

Su aparición en el curso de la gestación es muy poco frecuente, considerándose como casos aislados dentro de esta patología.

CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años, primigesta sin antecedentes de interés y curso normal de embarazo. Consulta a

las 26 semanas de amenorrea por dolor tipo cólico en hemiabdomen derecho de 12 horas de evolución.

El reconocimiento obstétrico se encuentra dentro de la normalidad, con útero relajado y cérvix sin modificar.

La ecografía muestra una biometría fetal acorde con amenorrea, placenta normoinsera, líquido amniótico en cantidad adecuada, actividad cardíaca y movimientos fetales positivos.

El registro cardiotocográfico informa de la reactividad fetal y la ausencia de dinámica uterina.

La paciente permanece ingresada en observación, produciéndose un empeoramiento del cuadro y un aumento importante de la distensión abdominal, con ausencia de peristaltismo.

La radiografía simple de abdomen muestra una dilatación severa del colon (aproximadamente 11 cm) con ausencia de neumoperitoneo.

La ecografía abdominal confirma la dilatación de asas intestinales, sin otros hallazgos.

Con el diagnóstico de sospecha de pseudoobstrucción intestinal se procede a la realización de una colonoscopia, que visualiza recto y sigma normal y dilatación uniforme de todo el colon, sobre todo a nivel de ángulo esplénico, sin anomalías en la mucosa intestinal. Se realiza aspiración endoscópica de gas.

Tras esta primera actuación se procede a la aplicación de enemas y sonda rectal para favorecer la expulsión de heces y se pauta cisaprida a dosis de 10 mg, vía oral, cada 6 horas, obteniéndose una importante mejoría a la paciente.

Transcurridas 24 horas el cuadro recidiva, por lo que se procede a la realización de una nueva colonoscopia, objetivándose una dilatación menor a la encontrada en la exploración previa. En el transcurso de ésta se aspira aire, siendo el colon resultante de calibre normal.

Tras la segunda descompresión por endoscopia se produce una mejoría progresiva de la paciente que hace innecesaria una nueva colonoscopia.

Durante todo el proceso se mantiene una sonda nasogástrica, dieta absoluta, reposición hidroelectrolítica y se instaura nutrición parenteral al tercer día de evolución.

Finalmente, la gestante comienza tolerancia a líquidos a los 8 días del inicio del cuadro, resolviéndose éste en 2 semanas.

Al alta se mantiene tratamiento con cisaprida durante quince días.

No se produce ninguna otra complicación, ni la recidiva del cuadro en el resto de la gestación, finalizando ésta a las 39 + 4 semanas de forma espontánea y mediante parto eutócico. El puerperio también evolucionó sin incidencias.

DISCUSIÓN

Ogilvie en 1948 fue quien describió las características del síndrome al cual da su nombre⁽⁴⁾.

La patogenia de este síndrome no está clara y se han postulado diferentes hipótesis:

- Disinergia de la innervación parasimpática del colon⁽⁴⁾.
- Bloqueo temporal del parasimpático sacro⁽⁵⁾.
- Exceso de prostaglandinas circulantes⁽⁶⁾.
- Reflejo colocolico por la activación del ganglio prevertebral con efecto inhibitorio sobre la actividad motora intrínseca⁽⁷⁾.

Se acepta que por la inhibición parasimpática y la hipertonia simpática relativa se genera una pseudo-obstrucción del colon con dilatación, fundamentalmente de su tramo proximal.

Esta dilatación puede provocar, en última instancia, un bloqueo del retorno venoso e isquemia arte-

rial con perforación de la pared por necrosis y sobreinfección bacteriana⁽⁸⁾.

Normalmente es una noxa patógena la que desencadena esta disregulación motora. En el campo obstétrico es una cesárea o un trabajo de parto prolongado el detonante de la clínica⁽⁹⁾. También se ha descrito la posible relación de este síndrome y su recidiva con el empleo de determinados agentes tcolíticos como la nifedipina, agentes β -adrenérgicos y sulfato de magnesio cuando se combinan entre sí. Se piensa que la causa puede estar en el bloqueo neuromuscular reversible ocasionado por esta medicación⁽¹⁰⁾. Estos factores no existen en el curso de una gestación normal como es nuestro caso.

La radiografía simple de abdomen es un recurso importante en la orientación diagnóstica inicial del cuadro⁽⁹⁾ y muestra una importante dilatación del colon. A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los casos de síndrome de Ogilvie, en las pacientes obstétricas la dilatación del colon suele ser global más que segmentaria⁽⁶⁾. Nuestra paciente presentó una dilatación de colon global.

Frecuentemente presenta un diámetro de 10-12 cm, siendo de 11 cm en nuestro caso, lo que hace necesario un estrecho seguimiento para evitar el riesgo de perforación⁽¹⁾.

La terapia médica incluye una serie de medidas generales como son la colocación de una sonda nasogástrica y rectal, restablecer el equilibrio hídrico y electrolítico y algunos autores aconsejan fármacos que estimulan el peristaltismo⁽⁶⁾. Se ha ensayado tanto neostigmina como cisaprida. Este último es una molécula de aparición más reciente con una acción estimulante sobre músculo liso y por tanto produce un aumento del índice de motricidad en el colon. La cisaprida ha resultado muy eficaz en los casos en los que se ha empleado, incluso en aquellos en los que la neostigmina no lo fue. No se conoce el motivo de la efectividad de este fármaco en relación a otros procinéticos que actúan sobre el colon al carecer de estudios amplios en la literatura por la rareza de síndrome que nos ocupa⁽¹¹⁾. En nuestro caso utilizamos todas las medidas de soporte junto con cisaprida.

Para el diagnóstico y sobre todo para el tratamiento es fundamental la colonoscopia. La descompresión endoscópica seriada del colon está indicada cuando su diámetro supera los 10-12 cm. Incluso hay autores que colocan una sonda en colon que actúa como drenaje

de gas una vez finalizada la técnica⁽⁸⁾. En el caso presentado no fue necesario al requerir únicamente dos colonoscopias para la resolución del cuadro.

Gracias a la endoscopia, los casos de síndrome de Ogilvie que precisan tratamiento quirúrgico son muy escasos, lo que ha mejorado notablemente la evolución de este cuadro dada la baja morbilidad de esta técnica (0,2-2%)^(2,12). El tratamiento quirúrgico más habitual consiste en una colectomía total que asegura la curación de la enfermedad y se reserva para los casos con numerosas recidivas en los que ha sido ineficaz el tratamiento conservador, tanto las colonoscopias descompresivas como el tratamiento médico⁽¹³⁾.

El pronóstico de este cuadro en el terreno de la obstetricia es mejor que en el resto al no existir enfermedad de base o concomitante⁽¹⁴⁾.

Nuestro caso presentó una clínica y evolución semejantes a otros síndromes de Ogilvie, con una buena respuesta al tratamiento y resolución satisfactoria del cuadro, pero con la particularidad de la presentación en el curso de una gestación normal.

Destacar la importancia de un diagnóstico precoz que posibilite la instauración de la terapia adecuada que en la gran mayoría de los casos es conservadora. Esto cambia radicalmente el pronóstico ya que evita una perforación intestinal en una gestante.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Guyvarch J, Rouillet-Audy J, Boche O. Syndrome d'Ogilvie. Pseudo-obstruction primitive du colon. *Chirurgie* 1986;112: 555-7.
- 2 Vanek VW, Al-Slti M. Acute pseudo obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) an analysis of 400 case. *Dis Col Rect* 1986; 29:203-10.
- 3 Tang P, Collopy B, Somerville M. Ogilvie syndrome with caecal perforation in the post-caesarean patient. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1995;35:104-6.
- 4 Ogilvie H. Large intestine colic due to sympathetic deprivation a new clinical syndrome. *Br Med J* 1948;2:671-2.
- 5 Mandarano B, Ciccone A, Rossi S, Doria U. Una rara causa di pseudo ostruzione intestinale: la sindrome di Ogilvie. *Minerva Chir* 1994;49:853-8.
- 6 Vitale G, Mancuso P, Linciano M, Binotto F, Tinti S, Torresin L, Ferrari P. Ogilvie syndrome after cesarean section. A clinical contribution. *Minerva Ginecol* 1990;42:69-72.
- 7 Romeo D, Solomon G, Hover A. Acute colonic pseudo-obstruction: a possible role for the colonic reflex. *J Clin Gastroenterol* 1985;7:235-61.
- 8 Cantiello L, Laghi A, Ferrara I, Lauro C. Ogilvie syndrome. Report of two cases. *Minerva Ginecol* 1996;48:211-4.
- 9 Vercoustre L, Palayret D, Eckhauser F. Le syndrome d'Ogilvie en obstetrique; revue de literature à propos de 1 cas. *J Gynecol Obstet Biol Rep* 1985;14:507-14.
- 10 Pecha R, Danilewitz M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) resulting from combination tocolytic therapy. *Am J Gastroenterol* 1996;91:1265-6.
- 11 Bourhis F, Rolachon A, Bost R, Rais A, Hostein J. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome): treatment with cisapride. *Gastroenterol Clin Biol* 1991;15:559-60.
- 12 Hamed A, Dare, F. Ogilvie's syndrome. *Int J Gynaecol Obstet* 1992;37:47-50.
- 13 Cougard P, Dramard J, Frexinos J, Richon M. Acute recurrent colonic pseudo-obstruction. Report of a case occurring during and following pregnancy and treated by total colectomy. *Ann Chir* 1991;45:61-2.
- 14 Weber P, Heckel S, Hummel M, Dellenbach P. Ogilvie's syndrome after cesarean section. A propos of 3 cases. Review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1993; 22:653-8.