

**M. Rubio<sup>a</sup>**  
**N. González<sup>a</sup>**  
**J. Luna<sup>a</sup>**  
**C. Escrich<sup>b</sup>**  
**E. Castro<sup>b</sup>**  
**A. Prades<sup>a</sup>**

### **Síndrome de Ogilvie poscesárea**

51

#### *Ogilvie's syndrome after cesarean section*

<sup>a</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa. Tarragona.

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa. Tarragona. España.

#### **Correspondencia:**

Dr. M. Rubio.  
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.  
Esplanetes, s/n. 43500 Tortosa. Tarragona.  
Correo electrónico: mestevéz@comt

Fecha de recepción: 29/04/03

Aceptado para su publicación: 12/06/03

---

#### **RESUMEN**

Presentamos un caso de síndrome de Ogilvie poscesárea en una gestación gemelar. La mala evolución posquirúrgica de la paciente, junto con la distensión abdominal progresiva, nos llevó a realizar una radiografía de abdomen en la que se observó una dilatación masiva del colon que fue confirmada por colonoscopia, que descartó la existencia de obstrucción mecánica.

Optamos por el tratamiento conservador manteniendo a la paciente con sonda nasogástrica y nutrición parenteral hasta la normalización de la función intestinal. La evolución de la paciente fue favorable tal y como muestra el caso.

#### **PALABRAS CLAVE**

Ogilvie. Cesárea. Pseudoobstrucción. Gestación.

#### **ABSTRACT**

We present a case of postcesarean Ogilvie's syndrome after a twin pregnancy. The patient's poor postsurgical clinical course, together with progressive abdominal distension, prompted us to perform abdominal x-ray, revealing massive dilation of the colon. Colonoscopy confirmed the dilation and ruled out mechanical obstruction.

Conservative treatment was initiated with nasogastric tube and parenteral nutrition until intestinal function returned to normal. Outcome was favorable.

#### **KEY WORDS**

Ogilvie's syndrome. Cesarean. Pseudoobstruction. Pregnancy.

## 52 INTRODUCCIÓN

El síndrome de Ogilvie es una rara, pero grave complicación, que puede aparecer en el postoperatorio de una cesárea, y que se caracteriza por una dilatación masiva del intestino grueso de instauración progresiva y sin obstrucción mecánica evidente. En la patogenia parece estar implicado un desequilibrio entre los sistemas nerviosos simpático y parasimpático en el colon.

Se ha relacionado con la perfusión de oxitocina (por su influencia sobre la motilidad intestinal) y con la anestesia epidural. Esta última, sin embargo, se ha utilizado como primera opción anestésica en los casos en que es precisa la intervención quirúrgica para resolver el cuadro, debido a que provoca un bloqueo del nervio simpático. Entre las complicaciones del síndrome se incluyen perforación intestinal (3%), peritonitis y shock. El pronóstico dependerá del diámetro cecal, el tiempo de evolución y la presencia o no de perforación.

Presentamos un caso de síndrome de Ogilvie ocurrido en nuestro servicio en el postoperatorio de una cesárea practicada en una gestación gemelar.

## CASO CLÍNICO

Primigesta de 29 años, sin antecedentes personales de interés, gestación gemelar, a la que se le practica en la semana 40 de gestación cesárea segmentaria, tras inducción fallida del parto con oxitocina.

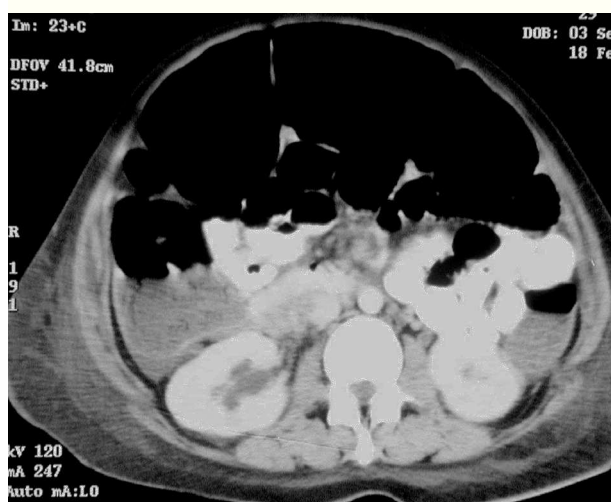
La intervención cursa sin incidencias, obteniéndose un recién nacido varón de 2.730 g y un recién nacido mujer de 3.750 g. Durante el acto quirúrgico no hay manipulación intestinal.

En el postoperatorio inmediato la paciente presenta metrorragia importante, hipotensión y atonía uterina, que no cede con el tratamiento con oxitócicos y masaje externo, lo que obliga a nueva laparotomía en la que se aprecia hematoma y sangrado en sutura anterior uterina. Se realiza limpieza de coágulos de la cavidad, masaje uterino directo y resuturación de todo el segmento.

Entre las 48 y 72 h postintervención, la paciente comienza un cuadro de distensión abdominal dolorosa, náuseas y vómitos. En la exploración se muestra orientada, colaboradora, con palidez de piel y mucosas. La temperatura corporal es de 38,5 °C, la



**Figura 1.** Radiografía de abdomen que muestra el colon distendido.



**Figura 2.** Tomografía axial computarizada abdominal que muestra dilatación del colon y ausencia de líquido libre peritoneal.

presión arterial es de 130/75 mmHg, la frecuencia cardíaca (FC) es de 80 lat/min y presenta un buen estado de perfusión periférica. Los tonos cardíacos son rítmicos y regulares. La ventilación está conservada en ambos hemitórax, no crepitantes. El abdomen se encuentra distendido, timpánico, con dolor a la palpación difusa, y con peristaltismo conservado. Además, se observa expulsión de gases y defecación espontánea.

En la analítica destaca la presencia de leucocitosis (14.000 l/ l); hematocrito, 25,1%; hemoglobina, 8,6 g/dl; plaquetas, 109.000 l; glucosa, 120 mg/dl; creatinina, 1 mg/dl; Na<sup>+</sup>, 140 mEq/l; K<sup>+</sup>, 4,5 mEq/l; albúmina sérica, 1,8 g/l.

La radiografía simple de abdomen muestra dilatación importante de colon de aproximadamente 11 cm (fig. 1). Seguidamente, se practica colonoscopia que confirma el dolico colon y ausencia de obstrucción mecánica. En el mismo acto se aspira abundante líquido retenido. La ecografía abdominal y la tomografía axial computarizada (TAC) (fig. 2) permitieron descartar la presencia de líquido libre abdominal.

A pesar de que la paciente tardó en recuperar la motilidad intestinal, se optó por tratamiento conservador, que incluyó sonda nasogástrica, nutrición parenteral, soporte con líquidos y control de electrolitos. Recibió antibióticos por la presencia de fiebre y leucocitosis, hasta que los resultados de los hemocultivos, cultivo de orina y cultivo de secreciones vaginales, demostraron ausencia de crecimiento bacteriano. La presencia de fiebre elevada, hipoalbuminemia y manifestaciones clínicas de obstrucción intestinal persistente obligó al traslado de la paciente a la unidad de cuidados intensivos para un control más adecuado.

La evolución fue progresivamente favorable hasta la normalización de la función digestiva. Se realizaron nuevos controles ecográficos y TAC abdominal para asegurar la ausencia de complicaciones. En la actualidad la paciente se encuentra totalmente recuperada y no ha precisado ningún reingreso ni tratamiento especial.

## DISCUSIÓN

El síndrome de Ogilvie es una dilatación aguda del colon en ausencia de obstrucción mecánica.

Descrito en 1948<sup>1</sup>, se sugirió un desequilibrio entre la innervación simpática y parasimpática del colon<sup>2</sup>. Puede ocurrir en el período postoperatorio de algunas intervenciones quirúrgicas, aunque se ha asociado con más frecuencia a la cesárea<sup>3</sup>. Se presenta normalmente con un cuadro de distensión abdominal con ruidos intestinales conservados o incluso aumentados. Con frecuencia otros síntomas, como náuseas y vómitos, se dan en menor intensidad de la esperada para el grado de distensión.

El diagnóstico se basa principalmente en el cuadro clínico y la radiografía abdominal que muestra una dilatación masiva del colon, sobre todo del ciego y el colon ascendente<sup>4</sup>. Diversos autores defienden el uso de bario y colonoscopia como parte del diagnóstico<sup>2,5</sup>. En el caso que presentamos el diagnóstico parecía evidente por la clínica y la radiografía simple, y se efectuó colonoscopia con fines diagnósticos y terapéuticos.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con el íleo paralítico, en el que está afectado por lo general todo el intestino, hay ruidos conservados, sin evacuación espontánea y es autolimitado<sup>1</sup>.

La mortalidad se estima en aproximadamente un 12-30% si no existe perforación, y en un 43% en caso de existir ésta<sup>4</sup>. Aunque los factores etiológicos son en parte poco conocidos, el uso de oxitocina y anestesia epidural es aceptado como probable desencadenante<sup>6</sup>. En el caso presentado la paciente había sido perfundida con oxitocina, ya que se intentó inducción del parto previo a la cesárea<sup>7</sup> y se utilizó anestesia epidural tanto durante la inducción como durante la laparotomía<sup>5,8</sup>. Los diferentes autores parecen estar de acuerdo en optar por el tratamiento conservador cuando el diámetro cecal es menor de 9-12 cm<sup>2,5,6</sup>. La dilatación superior a los 12 cm, la perforación intestinal o si el cuadro no se soluciona tras 48 h sugieren la posibilidad de otro tipo de tratamiento como colonoscopia de descompresión o tratamiento quirúrgico<sup>6</sup>.

El tratamiento conservador se basa en: dieta absoluta, sonda nasogástrica, reposición de fluidos y electrolitos, retirar narcóticos y fármacos que inhiban la función intestinal, cambios posturales frecuentes y sonda rectal<sup>5</sup>.

Aunque se han propuesto varios fármacos como terapia en el síndrome de Ogilvie, entre ellos cisapride, eritromicina y neostigmina, ninguno de ellos ha mostrado evidencia científica suficiente<sup>5</sup>.

**54** En nuestro caso, después de la realización de colonoscopia el cuadro clínico no se resolvió; aun así, a pesar de la importante dilatación del colon, se optó por continuar el tratamiento conservador, con soporte médico avanzado, tratamiento cuidadoso de las funciones vitales y nutrición parenteral. La pa-

ciente evolucionó lentamente hacia la normalidad. Se realizaron ecografías y TAC abdominales de control que consideramos que pueden ser muy efectivas para descartar mínimas complicaciones peritoneales y evitar el uso de métodos quirúrgicos no exentos de riesgos.

---

### BIBLIOGRAFÍA

1. Reece EA, Petrie RH, Hutcherson H. Ogilvie's syndrome in the post-cesarean section patient. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144:849-50.
2. Rodríguez-Ballesteros R, Torres-Bautista A, Torres-Valadez F, Ruiz-Moreno JA. Ogilvie's Syndrome in the postcesarean section patient. *Int J Gynaecol Obstet* 1989;28:185-7.
3. 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.
4. Quintero SI, Cachafeiro VM, Valdovino DMA. Síndrome de O'Gilvie o pseudoobstrucción colónica aguda. Conceptos actuales en diagnóstico y tratamiento. *Rev Gastroenterol Méx* 1997;62:119-27.
5. Roberts CA. Ogilvie's syndrome after cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000;29:239-46.
6. Laine L. Management of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med* 1999;34:192-3.
7. Cornier JL, Batila J, Lahaye C, Favier M, Malinas Y. Acute idiopathic dilatation of the right colon or Ogilvie's syndrome. Apropos of a case encountered after cesarean section. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1990;85:194-8.
8. Weber P, Heckel S, Hummel M, Dellenbach P. Ogilvie's syndrome after cesarean section. Apropos of 3 cases. Review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1993;22:653-8.