

CARRERA DE MEDICINA

Nombre del Ensayo

Síndrome de Ogilvie

Autor

Reyes Valencia Hector Ramon

Curso & Paralelo

4^{to} semestre "A"

Asignatura

Fisiopatología

Fecha

Sábado 10 de febrero de 2018

Manta- Manabí - Ecuador



Introducción

La pseudoobstrucción colónica o síndrome de Ogilvie es un desorden caracterizado por la dilatación del ciego y el hemicolon derecho, ocasionalmente se extiende hasta el recto, se produce en ausencia de una lesión anatómica que obstruye el flujo del contenido intestinal; fue descrita inicialmente en 1948 por Sir William Heneage Ogilvie a quien debe su nombre, posteriormente se denominó también como pseudoobstrucción colónica aguda.

El síndrome de Ogilvie se caracteriza por una dilatación masiva del colon y una clínica sugestiva de obstrucción intestinal mecánica, sin causa orgánica que justifique la obstrucción; La literatura médica señala diversos factores predisponentes o desencadenantes para el desarrollo del síndrome, las principales son: postquirúrgicas, enfermedades pulmonares, cardiovasculares, neurológicas, endocrinas, metabólicas y electrolíticas; el cáncer, las infecciones las condiciones autoinmunes y la administración de opiáceos.

Tiene una mayor incidencia en varones que cursan su sexto decenio de vida, y la mayoría de las ocasiones ésta asociada a una enfermedad subyacente, la cirugía cardiaca es una de las asociaciones más comunes; empero una asociación cada vez más reconocida es la quimioterapia.

Los síntomas del síndrome son: estreñimiento, náuseas, vómitos, pérdida de peso, distensión abdominal, que se asocia a dolor abdominal progresivo en la mayoría de los casos, cuando la enfermedad se hace crónica, y se presenta fiebre y un marcado incremento del dolor abdominal en la exploración, esto es indicador de una complicación, ya sea isquemia o perforación.

Introduction

Colonic pseudoobstruction or Ogilvie syndrome is a disorder characterized by dilation of the caecum and the right hemicolon, occasionally extends to the rectum, occurs in the absence of an anatomical lesion that obstructs the flow of intestinal content; It was initially described in 1948 by Sir William Heneage Ogilvie to whom it owes its name, later it was also named as acute colonic pseudoobstruction.

Ogilvie syndrome is characterized by a massive dilation of the colon and a clinical suggestive of mechanical intestinal obstruction, without organic cause that justifies the obstruction; The medical literature points out several predisposing factors or triggers for the development of the syndrome, the main ones are: postsurgical, pulmonary, cardiovascular, neurological, endocrine, metabolic and electrolyte diseases; cancer, infections, autoimmune conditions and opioid administration.

It has a greater incidence in males who are in their sixth decade of life, and most of the time it is associated with an underlying disease, cardiac surgery is one of the most common associations; However, an increasingly recognized association is chemotherapy.

Symptoms of the syndrome are: constipation, nausea, vomiting, weight loss, abdominal distention, which is associated with progressive abdominal pain in most cases, when the disease becomes chronic, and fever and a marked increase in pain occur abdominal examination, this is an indicator of a complication, either ischemia or perforation.

Síndrome de Ogilvie

Historia:

El síndrome de Ogilvie (SO) o Pseudoobstrucción aguda del colon, recibe el nombre de síndrome de Ogilvie debido a que sir William Heneage Ogilvie, cirujano inglés, nacido en la ciudad chilena de Valparaíso describió por primera vez en 1948, 2 casos subsiguientes a lesiones malignas del retroperitoneo con irrupción del plexo celíaco.

El síndrome de Ogilvie es un trastorno que tiene tanto la sintomatología, la semiología y el semblante radiológico de una obstrucción aguda del colon sin certeza de una causa mecánica. (Mearin y Balboa 2011)

Concepto

El SO es una entidad nosológica heterogénea de fisiopatología aún no definida, asociada a diversas condiciones médicas o quirúrgicas, caracterizado por dilatación aguda del colon, ya sea un segmento o el total, que en ausencia de obstrucción mecánica se ha denominado pseudoobstrucción. (Bucio, López y Bucio 2011)

Etiología

La pseudoobstrucción colónica aguda se asocia con una enfermedad subyacente en el 95% de los pacientes, tiene una mayor incidencia en varones mayores de 60 años; las asociaciones más comunes según Cagir 2018 son:

- Trauma 11%
- Enfermedad obstétrica o ginecológica 10%
- La cirugía abdominal/pélvica 9%
- Causas neurológicas 5%
 - Enfermedad de Parkinson
 - Lesiones de la médula espinal
 - Esclerosis múltiple
 - Enfermedad de Alzheimer

- Infección 5%
 - Neumonía
- Causas cardíacas 10%
 - infarto de miocardio
 - insuficiencia cardíaca
- Cirugía ortopédica 7%
- Otras condiciones médicas 31%
 - Metabólicas
 - Insuficiencia respiratoria
 - Cáncer
 - Insuficiencia renal
- Condiciones quirúrgicas 12%
 - Urológicas
 - Neurocirugía
 - Torácicas

En algunos casos, en la literatura se encuentra asociación con cesárea incluso sin lesión del intestino, parto vaginal normal y anestesia espinal utilizada durante el parto o cirugía; además se ha encontrado asociación del trastorno con la aplicación de opiáceos. La cirugía cardíaca es la asociación más común; la pseudoobstrucción aguda es una de las complicaciones más raras de la cirugía cardíaca, que tiene lugar durante el período postoperatorio y en tan sólo 3 de 5000 pacientes (0,06%). (Johnston, y otros 1992)

Una asociación cada vez más reconocida de la pseudoobstrucción colónica aguda es la quimioterapia, especialmente cuando se administra tratamiento con vincristina y otros medicamentos como, ácido transretinoico y metotrexato.

Fisiopatología

El síndrome de Ogilvie si bien no tiene una etiología bien sustentada, y algunos autores la consideran como desconocida; se supone que se debe a un desequilibrio entre la inervación simpática y parasimpática del colon y su dilatación producida por factores no mecánicos. Este concepto de que la pared del colon y recto puede relajarse en respuesta a estímulos fisiológicos y farmacológicos, propuesto por el mismo Ogilvie, que explica un desbalance autonómico del control intrínseco como base del síndrome; esta hipótesis ha sido comprobada al obtener un alivio sintomático por medio de un bloqueo adrenérgico conseguido de la estimulación colinérgica o bien por la aplicación de neostigmina sola.

Anamnesis

El dolor abdominal, la distensión, las náuseas y los vómitos son los síntomas más habituales, prácticamente constantes, que precisan la presencia de un síndrome obstructivo intestinal; con frecuencia existe estreñimiento e incluso deserción de la emisión de heces y gases por el conducto anal. El cierre intestinal no es constante, e incluso puede existir diarrea en el inicio de los síntomas, los mismos que aparecen de forma aguda, y se establece de tal manera el síndrome completo en reducidas horas.

El cambio de las características del dolor, de cólico a continuo, acompañado de fiebre y deterioro del estado general sugiere la posibilidad de estrangulación, algunos aspectos clínicos pueden distinguir la oclusión de la seudoclusión, aunque no siempre sea posible. En la oclusión mecánica, el padecimiento es típicamente cólico, muy intenso, reflejando el peristaltismo que en la primera fase del cuadro, pretende combatir la obstrucción. La intensidad de la distensión y los vómitos son variable, en función de la magnitud de la obstrucción, el cierre intestinal puede tardar en instaurarse, dado que con frecuencia tiene lugar primero la expulsión del contenido intestinal distal referente al punto de la oclusión.

En la seudoobstrucción, el dolor suele ser de menor intensidad, más generalizado, de carácter constante y no cólico, ya que se produce por la distensión de las asas; la distensión abdominal y los vómitos suelen ser evidentes, así como el cierre intestinal; eventualmente, la seudoobstrucción aguda aparece en un paciente ingresado, que ha sido intervenido actualmente o que padece una patología grave de instauración aguda que conlleva a sepsis, insuficiencia cardiorrespiratoria, etc., o porque presenta un trastorno hidroelectrolítico. A diferencia, la instauración de un síndrome oclusivo en un paciente no hospitalizado, sin patología asociada de interés, se debe sospechar una oclusión mecánica. (Maroto y Garrigues 2013)

Algunos datos clínicos ayudan a esclarecer el nivel de la obstrucción cuando es el caso de una oclusión mecánica, a su vez discernir, si se trata de una oclusión incompleta. La información es muy valiosa para orientar el diagnóstico etiológico y tomar decisiones apropiadas para ayudar al paciente.

En las oclusiones más altas, la distensión abdominal es menor a diferencia de las náuseas y vómitos que son más intensos. La existencia de vómitos fecaloideos indica oclusión baja. En los pacientes con oclusión incompleta, el cuadro clínico característico suele resolverse de forma espontánea una vez transcurridas unas horas desde el inicio.

Los antecedentes personales del paciente y en menor medida, los familiares pueden ayudar, para que el diagnóstico sea de afectivo precozmente y de tal manera poder identificar el agente etiológico. Una intervención quirúrgica muy reciente, de tipo abdominal, cardíaca u ortopédica apoya fuertemente que se trate de una seudooclusión. Del mismo modo, la coexistencia de una sepsis, un trastorno hidroelectrolítico o una insuficiencia cardiorrespiratoria sugieren una pseudoobstrucción aguda. El encamamiento prolongado, con mayor tasa en los adultos mayores, es un factor importante para que se produzca fecalomas, que posterior pueden producir obstrucción intestinal por impactación, que habitualmente es una obstrucción rectal.

Clínica

El síndrome de Ogilvie se debe predecir ante la sospecha de la aparición de distensión abdominal progresiva asociada a dolor abdominal en el 80% de los casos, fundamentalmente si logra identificarse un factor precipitante. Eventualmente la mitad de los pacientes presentan el antecedente de haber sido sometidos a un tratamiento con opiáceos y en casi dos tercios se detectan anomalías electrolíticas.

Otros factores predisponente incluyen traumatismos, infecciones, enfermedades cardíológicas, cirugía de la cadera y cesárea; en muchos casos logran identificarse varios de los factores que se hace mención. Frecuentemente el cuadro se desarrolla en un lapso de 3 a 7 días, si bien puede aparecer de forma muy rápida en menos de 24 h. Pese a la apariencia de un cierre abdominal, hasta un 40% de los pacientes mantienen emisión de heces y gases y a la auscultación se suele descubrir ruidos abdominales, los que pueden ser identificados a pesar de la distensión. (Mearin y Balboa 2011)

La presencia de fiebre, el aumento del dolor o bien la aparición de defensa abdominal en la exploración, deben apuntar a la aparición de una complicación, lo que puede estar precedido por una isquemia o perforación de la pared intestinal; tal suceso ocurre en

alrededor del 3% a 15% de los casos y que comporta una tasa de mortalidad superior al 50%. Lo mismo ocurre con la aparición de leucocitosis o de un neumoperitoneo en la radiografía simple de abdomen. (Mearin y Balboa 2011)

Tratamiento

El manejo de la pseudoobstrucción aguda del colon se sustenta en los siguientes:

- ❖ Identificar precozmente el problema
- ❖ Exclusión de una obstrucción mecánica y otras causas de pseudoobstrucción
- ❖ Evaluación de signos de peritonitis o perforación intestinal
- ❖ Inicio inmediato de un tratamiento racional y escalonado
- ❖ Prevención de la recidiva

El pronóstico y por lo tanto, las decisiones que se deben tomar están relacionados con diversos factores, incluyendo la condición general del paciente, lo que involucra su edad, el grado de dilatación cólica y el tiempo de evolución. No existe unanimidad en relación con el diámetro del colon que comporta un claro riesgo de perforación que va de 10 a 12cm; el riesgo de perforación aumenta considerablemente cuando el diámetro cecal es superior a 12 cm o la distensión ha estado presente durante más de 6 días. (Mearin y Balboa 2011)

Conclusiones

La motilidad colónica es controlada principalmente por el sistema nervioso entérico, con fuerte influencia de los sistemas simpático y parasimpático; el sistema simpático se origina en los ganglios lumbares y torácicos inferiores e inervan los intestinos y actúan disminuyendo la motilidad; el sistema parasimpático es el encargado de aumentar la motilidad, y proviene de los nervios vagos originados en el tallo cerebral, los cuales inervan la mitad derecha del colon hasta la flexura esplénica, mientras que la inervación parasimpática del colon izquierdo y el recto la proveen las raíces de los nervios sacros S2 a S5.

La edad avanzada, el diámetro cecal máximo mayor de 12 centímetros, el retardo en la descompresión y distensión del intestino por un tiempo prolongado son los factores que influyen la mortalidad, la tasa de mortalidad aumenta notoriamente cuando se produce isquemia o perforación en comparación con el de aquellos pacientes cuyo intestino se encuentra en una etapa de lesión reversible.

El síndrome de Ogilvie presenta importantes dificultades al momento de establecer un diagnóstico, clínicamente se puede confundir con otros procesos que también conllevan a una obstrucción del intestino; un diagnóstico oportuno se logra con una historia clínica bien indagada además del examen físico y los hallazgos radiológicos en una radiografía simple de abdomen.

El tratamiento conservador está indicado si el ciego tiene menos de 12 centímetros de diámetro y debe ser comprobada con una radiografía simple de abdomen en decúbito; si hay un incremento progresivo del diámetro del colon o el cuadro clínico se va agravando, entonces se debería realizar descompresión colónica lo más pronto posible con el objetivo de evitar que se complique el cuadro obstructivo, y así además evitarle al paciente el dolor característico de este síndrome obstructivo agudo o síndrome de Ogilvie.

Bibliografía

Bucio, Gabriel, Salvador López, y Luisa Bucio. «Síndrome de Ogilvie.» *Revista mexicana de coloproctología*, 2011: 17-24.

Cagir, Burt. «Pseudoobstrucción intestinal.» *Medscape*, 2018: 13.

Johnston, G, K Vitikainen, R Knight, L Annet, y C Garcia. «Cambio de perspectiva sobre complicaciones gastrointestinales en pacientes sometidos a cirugía cardíaca.» *PubMed*, 1992.

Maroto, Nuria, y Vicente Garrigues. «Asociación Española de Gastroenterología.» 12 de Diciembre de 2013. http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/27_Oclusion_y_seudoocclusion.pdf (último acceso: 10 de Febrero de 2018).

Mearin, Fermín, y Agustín Balboa. «Seudoobstrucción aguda del colon.» *Servicio de aparato digestivo, centro médico Teknon*, 2011: 5.