

DOI: 10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.608-620

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2257>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de investigación

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 608-620







Manejo quirúrgico del Síndrome de Ogilvie. Enfoques y desafíos en cirugía general

Surgical management of Ogilvie Syndrome: Approaches and challenges in general surgery

Tratamiento cirúrgico da Síndrome de Ogilvie: Abordagens e desafios em cirurgia geral

John Eduardo Camino Benavides¹; Tania Isabel Chacón Muñoz²; Estela Belen Tipantiza Conde³; Luis Daniel Rueda Luna⁴

RECIBIDO: 10/01/2024 **ACEPTADO:** 15/02/2023 **PUBLICADO:** 25/07/2024

1. Médico Especialista en Cirugía General y Laparoscópica; Cirujano General Hospital Santa Inés Ambato; Docente de la Universidad Autónoma Regional de Los Andes; Ambato, Ecuador; johnecb@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5362-5862>
2. Médica; Médica General en Consultorio Privado Clínica Montesinai; Cuenca, Ecuador; taisa_2892@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0004-1242-0691>
3. Médica; Médica General en Consultorio Privado Dra. Estela Tipantiza; Quito, Ecuador; estelabtipantiza@outlook.com;  <https://orcid.org/0000-0001-7658-5568>
4. Médico Cirujano; Residente de Cirugía General en Hospital Regional de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia ISSSTE; Tultitlan, Estado de México; ruedaniel@live.com.mx;  <https://orcid.org/0009-0001-4988-819X>

CORRESPONDENCIA

John Eduardo Camino Benavides

johnecb@hotmail.com

Ambato, Ecuador

RESUMEN

El síndrome de Ogilvie, o pseudo-obstrucción colónica aguda (ACPO), es una condición poco común caracterizada por la dilatación del colon sin una obstrucción mecánica evidente. Descrito por William Ogilvie en 1948, su fisiopatología no está completamente clara, pero se cree que involucra un desequilibrio en la inervación autonómica del colon, resultando en una obstrucción funcional. La ACPO afecta predominantemente a personas de edad avanzada y puede estar asociada con múltiples condiciones subyacentes, incluyendo enfermedades cardiovasculares, infecciones, y el uso de ciertos fármacos. El diagnóstico de ACPO se basa en la sospecha clínica y la confirmación mediante estudios radiológicos, como la radiografía simple y la tomografía computarizada. La presentación clínica varía, pero típicamente incluye dolor abdominal, distensión, y ausencia de ruidos hidroaéreos. Los estudios deben descartar obstrucciones mecánicas y otras patologías similares. El manejo de la ACPO se inicia con un enfoque conservador que incluye la aspiración nasogástrica, corrección de desequilibrios electrolíticos y tratamiento de comorbilidades. Si el tratamiento conservador falla, la neostigmina puede ser utilizada, y la descompresión endoscópica mediante colonoscopia es efectiva en la mayoría de los casos. Para casos graves, se puede recurrir a la cirugía, como la cecostomía percutánea o la intervención quirúrgica convencional, dependiendo del estado del paciente y de la respuesta a tratamientos previos.

Palabras clave: Pseudo-obstrucción colónica aguda (ACPO), Síndrome de Ogilvie, Diagnóstico diferencial, Descompresión endoscópica, Manejo conservador.

ABSTRACT

Ogilvie Syndrome, or Acute Colonic Pseudo-Obstruction (ACPO), is a rare condition characterized by colonic dilation without an evident mechanical obstruction. Described by William Ogilvie in 1948, its pathophysiology is not fully understood, but it is believed to involve an imbalance in the autonomic innervation of the colon, leading to a functional obstruction. ACPO predominantly affects elderly individuals and may be associated with various underlying conditions, including cardiovascular diseases, infections, and the use of certain medications. The diagnosis of ACPO is based on clinical suspicion and confirmed through radiological studies such as plain X-rays and computed tomography (CT) scans. Clinical presentation varies but typically includes abdominal pain, distension, and absence of bowel sounds. Studies must rule out mechanical obstructions and other similar pathologies. Management of ACPO begins with a conservative approach that includes nasogastric aspiration, correction of electrolyte imbalances, and treatment of comorbidities. If conservative treatment fails, neostigmine may be used, and endoscopic decompression via colonoscopy is effective in most cases. For severe cases, surgical intervention may be necessary, such as percutaneous cecostomy or conventional surgery, depending on the patient's condition and response to previous treatments.

Keywords: Acute Colonic Pseudo-Obstruction (ACPO), Ogilvie Syndrome, Differential Diagnosis, Endoscopic Decompression, Conservative Management.

RESUMO

A Síndrome de Ogilvie, ou Pseudo-Obstrução Aguda do Cólon (PCA), é uma doença rara caracterizada por dilatação do cólon sem obstrução mecânica evidente. Descrita por William Ogilvie em 1948, a sua fisiopatologia não é totalmente conhecida, mas acredita-se que envolva um desequilíbrio na inervação autonômica do cólon, levando a uma obstrução funcional. A ACPO afecta predominantemente indivíduos idosos e pode estar associada a várias condições subjacentes, incluindo doenças cardiovasculares, infecções e a utilização de determinados medicamentos. O diagnóstico da ACPO baseia-se na suspeita clínica e é confirmado através de estudos radiológicos, como radiografias simples e tomografias computadorizadas (TC). A apresentação clínica é variável, mas tipicamente inclui dor abdominal, distensão e ausência de ruídos intestinais. Os estudos devem excluir obstruções mecânicas e outras patologias semelhantes. O tratamento da ACPO começa com uma abordagem conservadora que inclui aspiração nasogástrica, correção de desequilíbrios electrolíticos e tratamento de comorbilidades. Se o tratamento conservador falhar, pode ser utilizada neostigmina e a descompressão endoscópica por colonoscopia é eficaz na maioria dos casos. Nos casos graves, pode ser necessária intervenção cirúrgica, como cecostomia percutânea ou cirurgia convencional, dependendo da condição do paciente e da resposta aos tratamentos anteriores.

Palavras-chave: Pseudo-obstrução aguda do cólon (PCA), Síndrome de Ogilvie, Diagnóstico diferencial, Descompressão endoscópica, Tratamento conservador.

Introducción

El síndrome de Ogilvie fue descrito por primera vez en 1948 por William Heneage Ogilvie en el *British Medical Journal*. Este síndrome es una pseudoobstrucción aguda del colon sin una causa orgánica aparente. Aunque su etiología es desconocida, se ha asociado con trastornos neurológicos, cirugías, insuficiencia cardíaca, infecciones graves, y enfermedades metabólicas e hidroelectrolíticas(1).

La fisiopatología del síndrome no se comprende completamente, pero se cree que involucra una afectación indirecta del plexo parasimpático del colon. Esto lleva a una pérdida del tono muscular, causando una distensión que obstruye el intestino, sugiriendo un desequilibrio entre la inervación simpática y parasimpática del colon(1).

La afectación colónica del síndrome de Ogilvie es insidiosa y progresiva, presentando síntomas que varían desde malestar abdominal leve, náuseas, vómitos y distensión, hasta hipersensibilidad abdominal, fiebre y signos de irritación peritoneal, lo que puede indicar grados de isquemia o perforación colónica. Estos síntomas suelen desarrollarse lentamente y con poca toxicidad sistémica, aunque en ocasiones pueden presentarse con diarrea de manera paradójica. Este síndrome ocurre en pacientes hospitalizados, y las causas más comunes incluyen eventos vasculares cerebrales, infarto agudo al miocardio, puerperio patológico y sepsis. La perforación espontánea del colon se ha reportado en el 3 al 15% de los casos, especialmente cuando el diámetro del colon es mayor a 14 cm, con una tasa de mortalidad del 50 al 71%, comparado con un 8% en pacientes sin perforación. Recientemente, se ha sugerido que un diámetro cecal entre 9 y 12 cm también representa un riesgo significativo de perforación. (2).

El manejo del síndrome de Ogilvie se centra en la descompresión del colon para minimizar el riesgo de perforación e isquemia. Esto generalmente requiere un monitoreo

estricto con exámenes de laboratorio, especialmente hemogramas y electrolitos, y controles radiológicos para medir el diámetro del colon cada 12 a 24 horas. Se recomienda el uso de neostigmina o descompresión por colonoscopia en pacientes con un diámetro de colon mayor a 12 cm o cuando la terapia conservadora ha fallado. Si el tratamiento médico no tiene éxito, se considera un manejo quirúrgico: una cecostomía descompresiva en ausencia de peritonitis, y una colectomía total con ileostomía en casos de perforación colónica con peritonitis, con la opción de realizar una anastomosis ileorectal en el futuro (3).

Este artículo se justifica por la necesidad de una revisión exhaustiva sobre el manejo quirúrgico del síndrome de Ogilvie desde la perspectiva de la cirugía general. Dada la gravedad y las complicaciones potenciales del síndrome, una comprensión profunda de las opciones quirúrgicas y sus resultados es crucial para mejorar el tratamiento y los pronósticos de los pacientes.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva utilizando bases de datos académicas como PubMed, Scopus, y Google Scholar. La búsqueda incluyó artículos publicados entre 2014 y 2024. Se emplearon palabras clave como "síndrome de Ogilvie", "pseudoobstrucción colónica aguda", "manejo quirúrgico" y "cirugía general", "descompresión colónica".

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron:

- Estudios y revisiones que abordaran el manejo quirúrgico del síndrome de Ogilvie.
- Artículos en inglés y español.
- Publicaciones que incluyeran datos sobre resultados clínicos, técnicas quirúrgicas y complicaciones asociadas.

Se excluyeron:

- Reportes de casos aislados sin análisis significativo.
- Artículos no revisados por pares.
- Publicaciones en idiomas distintos al inglés y español.

Se extrajeron datos relevantes de los estudios seleccionados, incluyendo:

- Tipos de intervenciones quirúrgicas empleadas.
- Indicaciones para el manejo quirúrgico.
- Resultados clínicos y tasas de éxito.
- Complicaciones y manejo postoperatorio.

La información recopilada se sintetizó y se organizó en secciones temáticas, destacando enfoques y desafíos en el manejo quirúrgico del síndrome de Ogilvie. Se realizó un análisis crítico comparativo de las distintas técnicas quirúrgicas, evaluando su efectividad y seguridad.

La calidad de los estudios incluidos se evaluó utilizando criterios estándar de validez

interna y externa, como la metodología del estudio, el tamaño de la muestra, y la claridad en la presentación de resultados y conclusiones. Se reconocieron y discutieron las limitaciones inherentes a la revisión bibliográfica, incluyendo la posible variabilidad en las prácticas clínicas y la heterogeneidad de los estudios analizados.

Resultados

La pseudo-obstrucción colónica aguda (ACPO), también conocida como síndrome de Ogilvie, es una condición caracterizada por la dilatación aguda del colon sin obstrucción mecánica, descrita por primera vez por William Ogilvie en 1948 en dos pacientes con infiltración maligna de los ganglios prevertebrales. La fisiopatología de la ACPO no está completamente comprendida, pero se cree que implica un desequilibrio en la inervación autonómica del colon, siendo una alteración multifactorial. La hipótesis predominante sugiere que la ACPO resulta de una reducción en la inervación parasimpática del colon distal, lo que lleva a un segmento atónico y una obstrucción funcional (4).

Tabla 1. Factores médicos y quirúrgicos asociados al síndrome de Ogilvie

<p>Cardiovasculares y circulatorios: Infarto agudo al miocardio. Insuficiencia cardiaca congestiva. Hipertensión maligna. Isquemia intestinal. Paro cardiorrespiratorio. Trasplante cardiaco. Bypass coronario.</p>	<p>Fármacos y tóxicos: Narcóticos. Anticolinérgicos. Clonidina. Benzodiazepinas. Interleucina. Venenos. Esteroides en dosis altas. Vincristina. Bloqueadores de canales de calcio. Anti parkinsonianos. Antidepresivos. Laxantes.</p>
<p>Cirugías ortopédicas: Fractura y cirugía de cadera. Fractura lumbar. Fracura de huesos largos.</p>	<p>Enfermedades infecciosas: Neumonía. Herpes simple y Zoster. Meningitis.</p>

Enfermedades endocrinas y metabólicas: Diabetes mellitus Alteraciones electrolíticas Alcoholismo Hipotiroidismo	Enfermedades pulmonares: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Ventilación mecánica Trasplante pulmonar
Oncológicos: Cáncer pulmonar de células pequeñas. Tumores retroperitoneales Leucemia Radiación pélvica Cáncer de próstata.	Enfermedades renales: Litiasis renal. Trasplante renal. Uremia. Cirugía renal. Insuficiencia renal aguda
Gastrointestinales: Apendicitis. Colecistitis. Pancreatitis aguda. Gastritis. Insuficiencia hepática aguda y crónica. Trombosis mesentérica Bypass yeyuno-ileal. Trauma abdominal cerrado. Hematoma retroperitoneal. Peritonitis bacteriana. Cirugía abdominal	Neurológicos: Enfermedades de la médula espinal. Enfermedad de Parkinson. Mielitis aguda. Craniectomía. Cirugía lumbar. Hemorragia subaracnoidea. Esclerosis múltiple. Enfermedad de Von Reckinhausen. Enfermedad de Alzheimer. Demencia senil
Misceláneos: Problemas idiopáticos. Quemaduras. Enfermedades del tejido conjuntivo. Desórdenes musculares. Trastornos psiquiátricos. Hipoxia.	Gineco-obstétricos: Embarazo. Placenta previa. Cesárea. Histerectomía. Parto vaginal. Legrado uterino. Cáncer cervicouterino.

Fuente: Adaptado de Rev. Mex. Colopro. 2011; 17: pp: 17-24 (5)

La ACPO es una condición poco común, con una incidencia de aproximadamente 100 casos por cada 100,000 admisiones hospitalarias. Es más frecuente en personas de edad avanzada y en mujeres. La mayoría de los pacientes tienen patologías subyacentes como disturbios hidroelectrolíticos, cirugía ortopédica, infecciones, enfermedades cardíacas, estado postoperatorio reciente e insuficiencia renal. Clínicamente, la ACPO se manifiesta con dolor abdominal, distensión, ausencia de ruidos hidroaéreos, náuseas y vómitos. La incapacidad para eliminar gases es común, aunque también

puede presentarse diarrea debido a la hipersecreción de agua. La fiebre se observa en el 78% de los pacientes con isquemia o perforación intestinal, y en el 31% de los pacientes con intestino viable. Un estudio en Estados Unidos reportó una disminución en la tasa de mortalidad asociada a la ACPO, del 9.4% en 1998 al 6.4% en 2013, aunque históricamente las tasas de mortalidad alcanzaban el 30%. La perforación colónica y la isquemia ocurren en el 10-20% de los casos, con una mortalidad asociada de hasta el 45% (4).

Cuadro clínico

La presentación clínica de la ACPO es variada, con manifestaciones comunes como distensión abdominal, dolor abdominal, náuseas y vómitos. La distensión abdominal es el síntoma principal, desarrollándose generalmente en varios días, aunque puede aparecer súbitamente en 24 horas y llegar a ser masiva. Otros síntomas menos específicos incluyen fiebre, sensibilidad abdominal y leucocitosis, observados con mayor frecuencia en casos con perforación o isquemia, pero también presentes en ausencia de estas complicaciones. En algunos casos, el estreñimiento crónico severo puede ser la manifestación inicial, aunque no es habitual.

El examen físico típicamente muestra una distensión abdominal evidente, con un abdomen timpánico y ruidos intestinales agudos, junto con sensibilidad abdominal. En presencia de signos de peritonitis, signos vitales anormales o inestabilidad hemodinámica, se debe considerar una causa séptica subyacente. Los estudios de laboratorio pueden revelar leucocitosis, niveles elevados de PCR o lactato, que, si son significativamente altos, pueden sugerir isquemia intestinal. Los estudios de rutina deben incluir pruebas de función hepática, lipasa y gonadotropina coriónica humana (HCG) para descartar otras causas de dolor abdominal agudo. Las anomalías en los niveles de magnesio y calcio, así como las alteraciones tiroideas, son comunes y presentes en hasta dos tercios de los pacientes posoperatorios.(6)

Diagnóstico

La dilatación idiopática y progresiva del colon causa en el paciente dolor abdominal intenso no cólico (sordo, difuso y profundo), náuseas y vómitos intermitentes de contenido fecaloideo, distensión abdominal difusa y, en ocasiones, episodios diarreicos. En la exploración física, el abdomen se encuentra distendido, timpánico y sin ruidos intestinales. Si el colon se dilata y no se

descomprime, el paciente corre el riesgo de perforación, peritonitis y muerte. Existe un alto riesgo de perforación si el diámetro del ciego en radiografías simples supera los 12 cm (7).

Características esenciales para el diagnóstico del síndrome de Ogilvie

Sospecha clínica:

- Debe considerarse en todos los pacientes con distensión abdominal significativa.
- Comúnmente se presenta en pacientes hospitalizados, con o sin cirugía previa, y en aquellos con múltiples condiciones asociadas, incluyendo procedimientos gineco-obstétricos como histerectomía o cesárea(7).

Diagnóstico diferencial

- Es fundamental excluir una obstrucción mecánica subyacente mediante pruebas de imagen y, en ocasiones, laparotomía exploradora(7).

Exámenes diagnósticos

Exploración física: Importante para la evaluación inicial.

Radiografía simple de abdomen

- Esencial para el diagnóstico.
- Suele mostrar dilatación masiva del colon derecho y del ciego, con una zona de menor calibre en el colon izquierdo, frecuentemente cerca del ángulo esplénico o sigma.
- Ausencia de niveles hidroaéreos y posible edema en la pared del colon.
- Las radiografías seriadas ayudan a monitorear la evolución de la dilatación colónica (7).



Figura 1. Rx simple de abdomen en de cúbito supino

Nota. Neumatización intestinal difusa con marcada dilatación del intestino grueso, que alcanza 11 cm de diámetro en el centro del abdomen, y presencia de gas a nivel distal. No se aprecia aire ectópico evidente. La colonoscopia descartó una afectación mecánica subyacente (7).

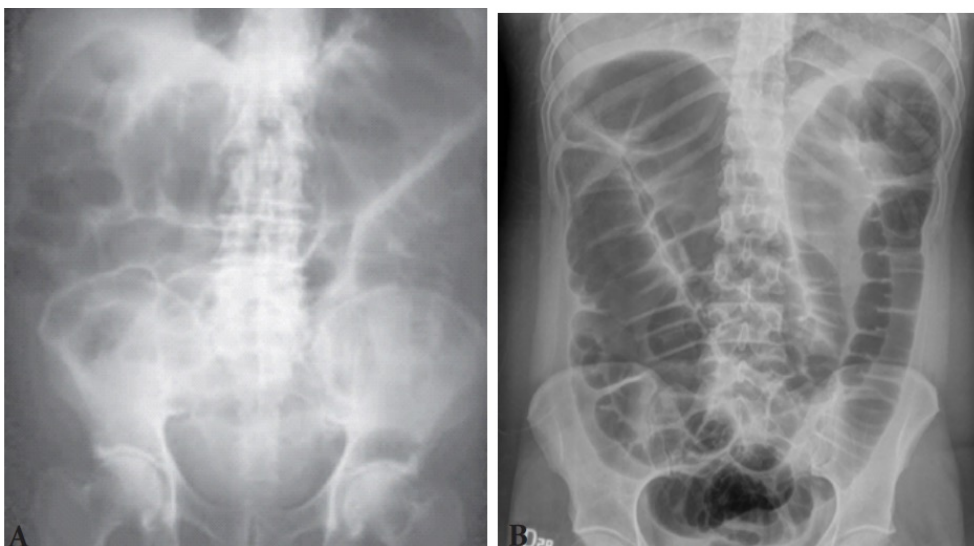


Figura 2. Radiografías simples de abdomen que muestra una dilatación masiva del colon. A. 1

Nota. Nomado de Rev. Mex. Colopro 2011; 17: pp: 17-24. B. Tomado de Acta Médica Colombiana 2012: 37 7 (4): pp: 220 (5)

La presencia de pneumoperitoneo confirma la presencia de una perforación intestinal. Se puede utilizar colon por enema con contraste hidrosoluble para observar la distensión del intestino grueso (presentando una sensibilidad del 96% y una especificidad del 98%). Se debe tener cuidado al usar esta técnica, debido al alto riesgo de aumentar la presión intracolónica y provocar

una perforación intestinal (5).

Enema de contraste

- Utilizado si el diagnóstico no puede confirmarse con radiografía.
- Debe realizarse a baja presión para evitar perforación.

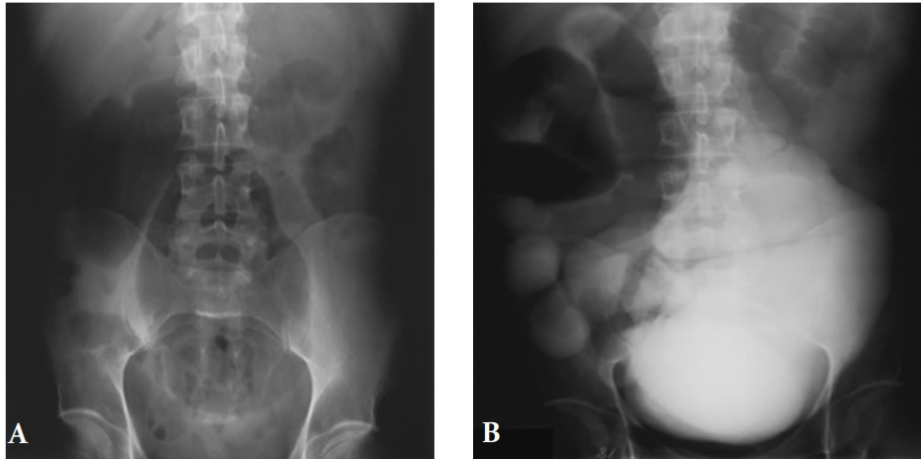


Figura 3. A. Radiografía simple de abdomen donde se observa dilatación importante de colon. B. Colon por enema con contraste hidrosoluble en donde se excluye una obstrucción mecánica

Nota. Tomadas de: Evidence-based Gastroenterology. pp: 303-310 (5)

Colonoscopia

- Permite descartar causas mecánicas de la obstrucción y descomprimir el colon durante el procedimiento.

obstrucción mecánica, vólvulos, peritonitis, perforación intestinal y sangrado intraabdominal o retroperitoneal (5)

Tomografía computarizada (TC)

La tomografía axial computarizada (TAC), es el recurso de imagen más detallado para el diagnóstico. La colonoscopia es diagnóstica y terapéutica para excluir lesiones del colon, así como para descomprimir el colon dilatado. La cápsula endoscópica está contraindicada ya que puede quedarse retenida por largos periodos de tiempo. Por medio de manometría y escintigrafía se pueden observar diversos patrones de motilidad colónica. Los diagnósticos diferenciales que se deben tener en cuenta son:

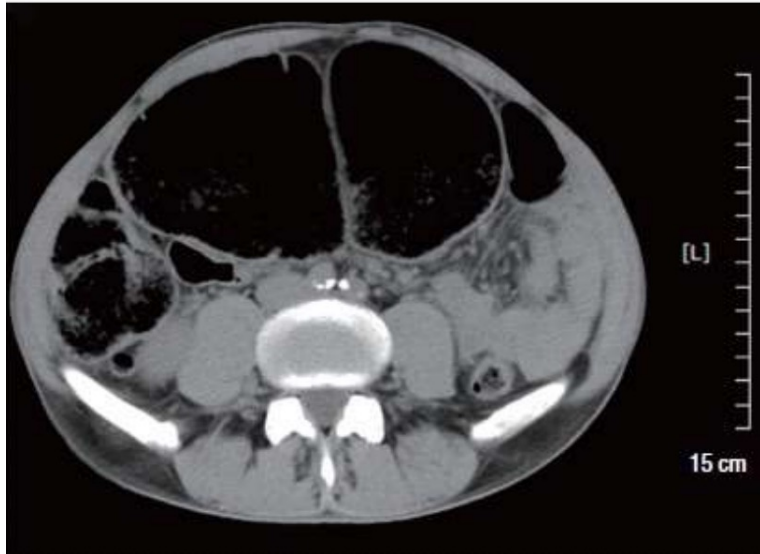


Figura 4. Tomografía computarizada que revela una dilatación marcada del colon sin una 19 obstrucción mecánica definida

Nota. Tomada de: J Korean Med Sci. 2014; 29. pp: 699-70 (5)

Manometría y escintigrafía

- Pueden observarse patrones de motilidad colónica.

Cápsula endoscópica

- Contraindicada debido al riesgo de retención prolongada.

Signos radiológicos específicos

- Dilatación-distensión gaseosa masiva del colon hasta el ángulo esplénico.
- Distensión moderada del intestino delgado.
- Presencia de pneumoperitoneo confirma perforación intestinal.(7).

Diagnósticos diferenciales

- Obstrucción mecánica.
- Vólvulos.
- Peritonitis.
- Perforación intestinal.
- Sangrado intraabdominal o retroperitoneal.(7)

Esta enfermedad debe sospecharse en pacientes hospitalizados, con o sin cirugía previa o con alguna de las múltiples entidades a las que se asocia. El diagnóstico se sugiere por la clínica de presentación y es confirmado por radiografías de abdomen los cuales pueden mostrar diversos grados de dilatación colónica. El colon derecho y el ciego suelen mostrar la distensión más marcada. Usualmente los pacientes no presentan signos de toxicidad sistémica. La radiografía simple de abdomen es el estudio de gabinete esencial para el diagnóstico, en la cual se puede apreciar como característica una dilatación-distensión gaseosa masiva del colon hasta el ángulo esplénico (56%), distensión moderada del intestino delgado, ausencia de niveles hidroaéreos y edema en la pared. Las radiografías seriadas de abdomen ayudan a vigilar la evolución del aumento del volumen del colon (5).

Manejo terapéutico

El manejo adecuado y oportuno del síndrome de Ogilvie tiene como objetivo principal disminuir la distensión del colon para prevenir la isquemia, la gangrena y la perforación.

Las medidas generales incluyen la aspiración nasogástrica, el reemplazo de líquidos y la corrección del desequilibrio electrolítico, además del tratamiento de infecciones bacterianas con antibióticos y el manejo adecuado de comorbilidades asociadas.

Se realiza una observación aguda del progreso clínico con especial atención a la sensibilidad en el área cecal. El tratamiento conservador continúa si la condición del paciente mejora, incluyendo reposo intestinal, reposición de líquidos intravenosos y corrección de desequilibrios electrolíticos. Es fundamental evitar medicamentos que retrasan la motilidad intestinal, y se puede utilizar una sonda nasogástrica para limitar la cantidad de aire tragado y evitar la expansión del colon. También es útil colocar al paciente en posiciones adecuadas para facilitar la evacuación espontánea de flatos.

El manejo conservador se promueve por un máximo de 72 horas, durante las cuales se recomienda chequeos rutinarios y radiografías de abdomen para monitorear la evolución. Si la situación no se resuelve y hay signos de compromiso cecal, se deben tomar medidas adicionales. La neostigmina intravenosa es el tratamiento farmacológico principal, eficaz en el 80-95% de los casos, aunque requiere monitoreo debido a posibles efectos secundarios graves.

La **descompresión endoscópica**, a través de la colonoscopia, es exitosa en aproximadamente el 80% de los pacientes, aunque puede ser necesaria una segunda colonoscopia debido a recurrencias. Este procedimiento debe realizarse por endoscopistas experimentados, con la capacidad de inspeccionar la mucosa y evaluar la necesidad de cirugía en casos de isquemia evidente. En algunos casos, puede ser útil la colocación de un tubo colónico para la descompresión.

Finalmente, la **cecostomía percutánea guiada por tomografía computarizada** es una opción para pacientes que no responden a la terapia farmacológica y endoscópica, y que no son aptos para cirugía. Aunque se ha in-

formado de pocas complicaciones y una alta tasa de resolución de la dilatación del colon, se requieren estudios más amplios para confirmar su eficacia y seguridad. (8).

Manejo Quirúrgico

Para el manejo quirúrgico del síndrome de Ogilvie, es esencial optimizar la condición médica del paciente para prevenir complicaciones perioperatorias y posoperatorias. Esto incluye administrar antibióticos y corregir alteraciones electrolíticas. La elección de la técnica quirúrgica, ya sea convencional o laparoscópica, dependerá del criterio y la experiencia del cirujano, y en caso de recurrencia de la obstrucción postoperatoria, se deben repetir las incisiones previas (9,10).

Durante la cirugía, se inicia identificando la ubicación y la causa de la obstrucción. Si no es evidente, se debe localizar el segmento intestinal descomprimido distal a la obstrucción y avanzar proximalmente hasta el punto de obstrucción. Es crucial tener cuidado en esta área ya que el tejido puede estar isquémico y más propenso a romperse, lo que podría provocar un derrame intestinal en la cavidad abdominal. Tras corregir la obstrucción, se realiza una exploración minuciosa en todos los cuadrantes abdominales para asegurarse de no pasar por alto otras áreas afectadas (9,10).

Si la obstrucción ha causado necrosis en extensas áreas del intestino delgado, se requiere resección y anastomosis primaria para restaurar la continuidad intestinal. Para los casos de síndrome de Ogilvie que no responden a los tratamientos previos, se debe considerar la cecostomía. Este procedimiento, reservado para pacientes con síndrome de Ogilvie, se realiza mediante una incisión de Mac Burney, a través de la cual se exterioriza el ciego. Se realiza una jareta en la cara anterior del ciego, se perfora con un trócar para descomprimir el órgano y luego se coloca una sonda de Pezzer (N° 28-30). Finalmente, se ajusta la jareta, se fija el ciego al peritoneo parietal y se cierra la incisión en capas usando material sintético reabsorbible y puntos de lino (9).

Tabla 2. Indicaciones de manejo quirúrgico del síndrome de Ogilvie

Pacientes en los que ha fallado el tratamiento conservador, farmacológico y endoscópico
Presencia de peritonitis
Isquemia intestinal
Perforación intestinal
Empeoramiento clínico
Diámetro cecal > 12 cm

Fuente: Tomado de Síndrome de Ogilvie: manejo actual a propósito de un caso (10)

Técnicas Quirúrgicas para la Obstrucción Intestinal

Cecostomía Percutánea

La cecostomía percutánea es una técnica utilizada cuando los tratamientos médicos y endoscópicos han fallado y el paciente no está en condiciones de soportar una cirugía convencional. Se realiza bajo anestesia local, utilizando fluoroscopia para guiar el procedimiento. Primero, se hace una pequeña incisión en la piel sobre el ciego, se introduce una aguja hasta la luz del ciego y se verifica la posición con contraste hidrosoluble. Luego, se coloca un alambre a través de la aguja y se retira esta última. El alambre guía la inserción de dilatadores para ampliar la abertura. Finalmente, se coloca un catéter con un extremo en forma de rulo para fijar la pared del ciego al peritoneo, permitiendo la descompresión del intestino distendido. Aunque la técnica ha mostrado eficacia, el caso de Chevallier demuestra que la mortalidad puede ocurrir, aunque el drenaje pueda seguir funcionando (9).

Obstrucciones Estrangulantes y Vólvulos de Intestino Grueso

Los vólvulos del intestino grueso, como el vólvulo del sigmoide, son responsables del 12% de las obstrucciones colónicas. La obstrucción ocurre cuando un segmento del intestino tiene un meso largo y móvil, que puede ser agravado por condiciones como el megacolon. Aunque los vólvulos de ciego y colon ascendente son menos comunes, los vólvulos de colon transversal y ángulo esplénico son raros. Los pacientes mayores con

enfermedades asociadas son más susceptibles, pero en regiones con alta incidencia de megacolon chagásico, los casos pueden presentarse en personas más jóvenes (9).

Obstrucción Colónica Aguda

La obstrucción colónica aguda es una emergencia médica que puede llevar a isquemia intestinal, perforación y sepsis si no se trata rápidamente. Las opciones de manejo incluyen terapia médica, quirúrgica, endoscópica y radiológica. Los stents metálicos autoexpandibles (SEMS) son útiles para aliviar obstrucciones malignas y en algunas ocasiones para la descompresión preoperatoria de obstrucciones benignas (9).

Evaluación de la Obstrucción Colónica

Los pacientes con obstrucción colónica suelen experimentar dolor abdominal y distensión. En casos de dolor intenso o signos de peritonitis, se debe realizar una consulta quirúrgica inmediata. Las radiografías abdominales pueden mostrar distensión colónica y niveles de aire y líquido, mientras que la tomografía computarizada ayuda a localizar la obstrucción y determinar su causa. La evaluación endoscópica puede confirmar la obstrucción y permitir tratamientos como la colocación de stents o descompresión endoscópica directa (9).

Obstrucción Colónica Maligna

El adenocarcinoma de colon es una causa común de obstrucción maligna del colon, frecuentemente localizado en el lado izquierdo

del colon. La obstrucción colónica maligna puede ser manejada con cirugía convencional, pero a menudo, los pacientes tienen un estado quirúrgico deficiente. Alternativas menos invasivas como la colocación de stents metálicos autoexpandibles (SEMS) y la ablación tumoral son recomendadas. La intervención quirúrgica urgente en estos casos puede tener una alta tasa de mortalidad y morbilidad, y se debe considerar un enfoque colaborativo entre cirujanos y endoscopistas (9).

Reducción de Tumores

Para pacientes no aptos para cirugía, se pueden utilizar técnicas como la terapia con láser endoscópico, coagulación con plasma de argón (APC) y polipectomía para reducir tumores colorrectales obstructivos. Estas técnicas han mostrado alivio de los síntomas en la mayoría de los pacientes, aunque pueden requerir múltiples sesiones (9).

Técnicas de Descompresión Transanal

La colocación de tubos de descompresión colonoscópicos transanales es una alternativa a la colostomía. Este método ha mostrado mejorar la condición de los pacientes permitiendo la descompresión del colon obstruido y facilitando la cirugía posterior sin necesidad de una colostomía en muchos casos. Sin embargo, la colocación de tubos puede tener problemas asociados como disfunción y expulsión del tubo, y su uso rutinario no está ampliamente extendido (9).

Conclusiones

El síndrome de Ogilvie o pseudo-obstrucción colónica aguda (ACPO) presenta un desafío significativo en el campo de la cirugía general debido a su complejidad diagnóstica y manejo terapéutico. Esta condición, caracterizada por una dilatación aguda del colon sin obstrucción mecánica, puede derivar de una variedad de factores subyacentes y condiciones asociadas, como enfermedades cardiovasculares, infecciones, enfermedades neuromusculares y uso de ciertos fármacos. Su diagnóstico se basa principal-

mente en la sospecha clínica y la confirmación mediante estudios radiológicos, siendo la radiografía simple de abdomen y la tomografía computarizada esenciales para identificar la dilatación colónica y descartar obstrucciones mecánicas.

Desafíos en el manejo quirúrgico del síndrome de Ogilvie

1. Identificación Temprana y Diagnóstico Diferencial: La dificultad para diferenciar la ACPO de una obstrucción colónica mecánica o vólvulos plantea un desafío crítico. Es fundamental realizar una evaluación exhaustiva mediante radiografía, tomografía y enema con contraste para confirmar el diagnóstico y evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias.
2. Tratamiento Conservador y Farmacológico: El manejo conservador es la primera línea de tratamiento e incluye la aspiración nasogástrica, reposición de líquidos, corrección de desequilibrios electrolíticos y el uso de neostigmina. Sin embargo, la eficacia del tratamiento conservador puede verse limitada, y es crucial monitorear al paciente para detectar signos de deterioro que indiquen la necesidad de intervención adicional.
3. Descompresión Endoscópica: Aunque la descompresión mediante colonoscopia es efectiva en aproximadamente el 80% de los casos, puede ser necesaria una segunda sesión debido a recurrencias. La experiencia del endoscopista es crucial para evitar complicaciones durante el procedimiento.
4. Intervención Quirúrgica: La decisión de realizar una cirugía debe tomarse cuando los tratamientos conservadores y endoscópicos han fallado, o en presencia de complicaciones graves como isquemia, perforación o peritonitis. La cirugía implica riesgos significativos, y la elección entre técnicas convencionales o laparoscópicas dependerá de la experiencia del cirujano y del estado del paciente.

5. Cecostomía Percutánea: Esta técnica, aunque efectiva para la descompresión del colon en pacientes no aptos para cirugía convencional, puede tener complicaciones y su eficacia a largo plazo aún requiere más estudios.

El manejo del síndrome de Ogilvie requiere un enfoque multidisciplinario que combine diagnóstico preciso, tratamiento conservador adecuado y, cuando sea necesario, intervención quirúrgica o endoscópica. La experiencia y la toma de decisiones clínicas oportunas son cruciales para mejorar los resultados y reducir la morbilidad asociada con esta compleja condición. La investigación continua y la optimización de técnicas terapéuticas serán esenciales para enfrentar los desafíos persistentes en el manejo del síndrome de Ogilvie.

Bibliografía

- Martínez Pizarro S. Síndrome de Ogilvie . Vol. 14, Revista Clínica de Medicina de Familia . scieloes ; 2021. p. 31–3.
- Tamayo K, Soto M, Pérez P. Síndrome de Ogilvie Reporte de un Caso. UAS J Med Res [Internet]. el 8 de julio de 2024;1(1 SE-Casos clínicos):16–20. Disponible en: <https://revistas.uas.edu.mx/index.php/uasjmr/article/view/428>
- Alarcón Gutierrez R, Vílchez Zaldivar M, Ferrando Sánchez JH. Manejo quirúrgico del Síndrome de Ogilvie. Cirujano [Internet]. el 15 de julio de 2022;19(1 SE-Artículos originales):62–5. Disponible en: <https://revistasccgp.org/index.php/cirujano/article/view/21>
- Schossler F, Takada J, Kreve F, Dantas J, Inoue K. Cecostomía endoscópica percutánea, una terapia eficaz en el síndrome de Ogilvie. Relato de caso y Revisión Bibliográfica. Gastroenterol latinoam [Internet]. 2019;30(1):21–5. Disponible en: <http://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2019n1000.04.pdf>
- Morfín-Plascencia L. Síndrome de Ogilvie. Rev Médica MD [Internet]. 2018;9(2):Morfín-Plascencia LM. Síndrome de Ogilvie. Rev Med. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2017/md172j.pdf>
- Cisneros Orozco J, Garcia Vasquez ML, Moya Quesada A. Síndrome de Ogilvie y sus nuevas estrategias de tratamiento. Rev Medica Sinerg [Internet]. el 1 de julio de 2022;7(7 SE-):e857. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/857>
- Sesé Lacámara SL, Costa Lorente SM, Ramón Y Cajal Calvo SJ, Bello Franco SCM, Navas Campo SR, Ibáñez Muñoz DD. Síndromes abdominales con nombre propio que debe conocer el radiólogo. Seram [Internet]. el 18 de mayo de 2021;1(1 SE-Abdominal). Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4098>
- Rockbrand LP, Araya P, Carrillo A. Síndrome de Ogilvie. Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD [Internet]. 2020;10(6):9–16. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/40291/46489>
- Alejo Fany MC. Manejo quirúrgico de la obstrucción colónica aguda en pacientes atendidos en la consulta de cirugía general del Hospital General Plaza de la Salud, 2018-2019 [Internet]. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2020. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/3905>
- Cáceres CR, Cárdenas DC, Ubierna DBB. Síndrome de Ogilvie: manejo actual a propósito de un caso . Vol. 75, Revista de cirugía . scieloccl ; 2023. p. 496–502.

CITAR ESTE ARTICULO:

Camino Benavides, J. E., Chacón Muñoz, T. I., Tipantiza Conde, E. B., & Rueda Luna, L. D. (2024). Manejo quirúrgico del Síndrome de Ogilvie. Enfoques y desafíos en cirugía general. RECIMUNDO, 8(1), 608-620. [https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(1\).ene.2024.608-620](https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.608-620)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.