




Pseudoobstrucción colónica aguda (Síndrome de Ogilvie) posterior a una nefrectomía radical: Reporte de caso

Acute Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome) After Radical Nephrectomy: Case Report

Georgina Gentili¹  María Florencia Colella¹ Agustín Deluca¹ Pablo Leonardo Pérez¹
Pablo Cesar Rossi¹ Omar Pablo Alejandro Damia¹ Ezequiel Elizalde Laplumé¹ Patricio Lucio Sarno¹

¹Departamento de Urología, Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano, Buenos Aires, Argentina

Address for correspondence: Gentili Georgina, M.D., Departamento de Urología, Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano, CP 1428, Av. Monroe 3555, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina (e-mail: gentiligeorgina@gmail.com).

Urol Colomb 2021;30:135–139.

Resumen

El Síndrome de Ogilvie se caracteriza por una dilatación masiva del colon y una clínica sugestiva de obstrucción intestinal mecánica, sin causa orgánica. Presentamos un caso de dilatación aguda idiopática del colon secundaria a una cirugía abdominal.

El objetivo de este reporte fue la descripción de una patología urológica inusual que puede pasarse por alto o tratarse como un íleo adinámico y, la revisión de la literatura relacionada con la definición, factores de riesgos, etiología, fisiopatología y el tratamiento de la misma. Paciente masculino de 61 años con antecedente de nefrectomía radical izquierda por tumor renal que, a las 48hs del alta hospitalaria, consultó por presentar distensión abdominal aguda. Se solicitó una radiografía abdominal y una tomografía computada que evidenciaba importante dilatación intestinal y un diámetro cecal mayor a 12cm. Se practicó una laparotomía exploradora de urgencia constatándose dilatación colónica del colon transverso y ascendente con un cambio de diámetro a nivel del ángulo esplénico, sin causa obstruccionista. Finalmente, se realizó colostomía en asa.

A los 6 meses de seguimiento, la videocolonoscopia no mostró lesiones endoluminales concluyendo en un Síndrome de Ogilvie secundario a la nefrectomía. Finalmente, se efectuó reconstrucción del tránsito con buena evolución posterior.

En nuestro caso, el Síndrome de Ogilvie fue una complicación postoperatoria y como fallaron las terapias conservadoras iniciales instauradas, este reporte provee una modalidad de tratamiento alternativo. Si se reconoce temprano y se trata adecuadamente, la pseudoobstrucción se resolverá en la mayoría de los pacientes y la tasa de mortalidad posterior será menor.

Palabras Claves

- ▶ pseudoobstrucción colónica
- ▶ colostomía
- ▶ neostigmina
- ▶ tratamiento
- ▶ nefrectomía

Abstract

Ogilvie's Syndrome is characterized by massive dilation of the colon and symptoms suggestive of mechanical intestinal obstruction, without organic cause. We present a case of acute idiopathic dilation of the colon secondary to abdominal surgery.

received
July 22, 2020
accepted
August 20, 2020
published online
October 26, 2020

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0040-1718459>.
ISSN 0120-789X.
e ISSN 2027-0119.

© 2020. Sociedad Colombiana de Urología. All rights reserved.
This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)
Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua do Matoso 170, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20270-135, Brazil

The aim of this case report was the presentation of an unusual pathology that can be overlooked or treated as adynamic ileus and the review of the literature addressing the definition, risk factors, etiology, pathophysiology and treatment of it.

A 61-year-old male patient with a history of a left radical nephrectomy due to a renal tumor. At 48hs after from his hospital discharge, he consulted for presenting acute abdominal distension. An abdominal radiograph and a computed tomography scan showed evidence of dilated loops of bowel with caecal diameter more than 12 cm.

An emergency laparotomy was performed with an evidence of ascending and transverse colon distension with diameter change at a splenic angle level, it showed no apparent cause. The surgical procedure ends with a loop transverse colostomy.

At 6 months of follow up, the colonoscopy control did not show endoluminal injuries, we can infer a secondary Ogilviés syndrome to nephrectomy. Finally, the patient received a restoring intestinal and showed good progress.

In our case, Ogilviés syndrome was a postoperative complication and as the initial conservative therapies implemented failed, this report provides an alternative treatment modality. If recognized early and treated appropriately, pseudo-obstruction will resolve in most patients and the subsequent mortality rate will be minor.

Keywords

- ▶ colonic pseudo-obstruction
- ▶ colostomy
- ▶ neostigmine
- ▶ treatment
- ▶ nephrectomy

Introducción

A continuación, presentamos un caso de dilatación aguda idiopática del colon (Síndrome de Ogilvie o pseudoobstrucción colónica aguda), en un adulto de sexo masculino como consecuencia de una nefrectomía izquierda. Es un cuadro de abdomen agudo que puede ocurrir por múltiples causas. Se presenta asociado a una patología médica grave o en el postoperatorio de una cirugía importante, como en este caso. Se caracteriza por una dilatación masiva del colon y una clínica sugestiva de obstrucción intestinal mecánica, sin causa orgánica que justifique la misma.¹ Es una entidad poco frecuente y en el servicio de urología se ha presentado por primera vez, por eso, nos pareció importante conocer dicha patología para poder efectuar el tratamiento correspondiente de manera precoz cuando ésta ocurra.

Reporte de Caso

Paciente masculino de 61 años de edad, con antecedente de una nefrectomía radical izquierda según técnica quirúrgica habitual por vía de abordaje anterior (incisión subcostal) sin linfadenectomía en 2017 por un tumor renal mesorrenal de 4,2 × 2,7cm (el resultado anatomopatológico reportó un carcinoma renal de células claras limitado al riñón, sin observarse invasión venosa ni de la grasa, necrosis ausente, no se extiende a estructuras adyacentes, márgenes libres, grado histológico WHO/ISUP 2; pT1b), con una buena evolución postoperatoria. Sin embargo, a las 48hs del alta hospitalaria consultó por presentar distensión abdominal aguda asintomática. No refería antecedentes clínicos ni otras intervenciones quirúrgicas. Al examen físico presentaba un abdomen muy distendido, globuloso, no peritoneal, con

timpanismo y disminución de ruidos intestinales, a pesar de conservar apetito y el tránsito evacuatorio. El resultado de laboratorio mostró una leve leucocitosis de 12,0 k/ul (4,5-11,5 k/ul). La radiografía abdominal presentó distensión intestinal (►Fig. 1) y la tomografía computada (TC) de abdomen/pelvis (►Fig. 2), mostró una dilatación del calibre intestinal con un diámetro del ciego mayor a 12cm. La neostigmina no estaba disponible en el hospital. Por eso no fue posible realizar únicamente tratamiento

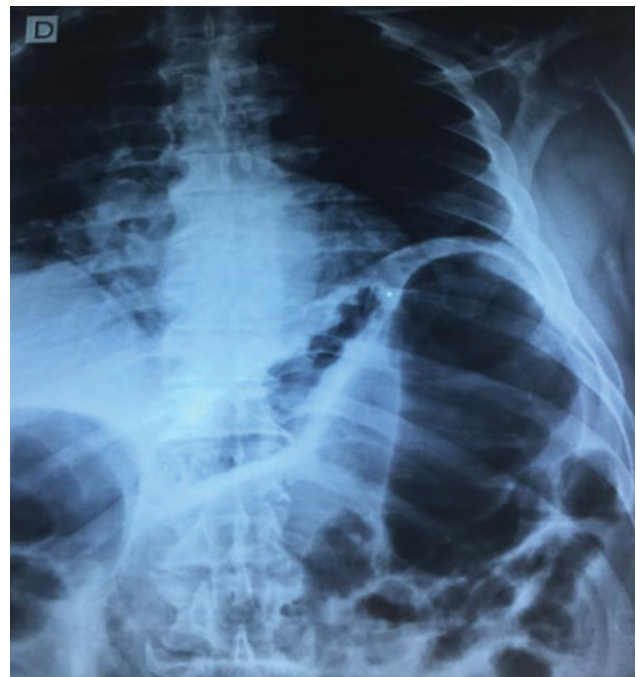


Figura 1 La radiografía de tórax y abdomen mostró una distensión colónica significativa con múltiples niveles hidroaéreos.

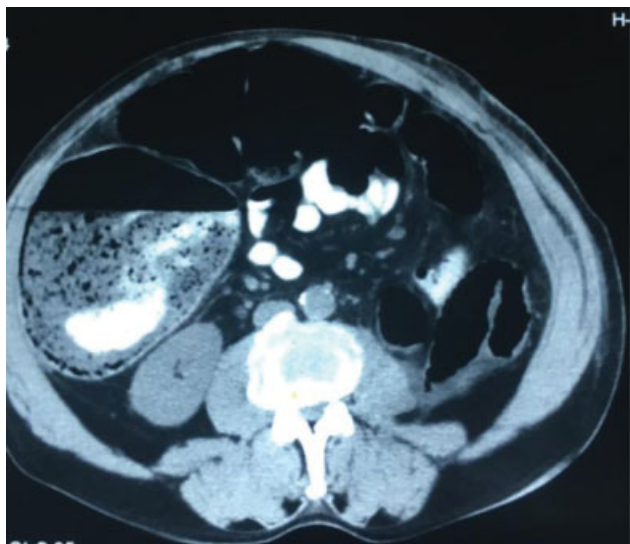


Figura 2 La TC abdominal mostró una dilatación de todo el intestino y un diámetro cecal de hasta 12 cm.



Figura 4 La radiografía abdominal de pie post colostomía no mostró niveles hidroaéreos ni distensión.



Figura 3 Distensión abdominal intraoperatoria (colon derecho y transverso) sin signos de isquemia, el tejido intestinal vital.



Figura 5 La videocolonoscopia presentó mucosa normal sin ninguna obstrucción.

médico con la sonda nasogátrica y el tubo rectal, la movilización del paciente y la suspensión de narcóticos, y se procedió a realizar una laparotomía exploradora con colostomía derecha en asa sobre varilla (►Fig. 3). Se encontró una importante dilatación del colon derecho hasta el ángulo esplénico con ausencia de signos de isquemia, sin necesidad de realizar resección del asa comprometida. No se evidenció perforación ni causa de obstrucción colónica. En la radiografía abdominal de pie postoperatoria no se evidenció dilatación intestinal en comparación con la imagen previa (►Fig. 4). Luego de

seis meses de seguimiento, el paciente se realizó una videocolonoscopia de control que mostró ausencia de compromiso endoluminal (►Fig. 5). Finalmente, se le realizó la reconstrucción del tránsito con éxito y hasta en la actualidad, el paciente no presentó recurrencia local ni metástasis a distancia.

Discusión

La pseudoobstrucción colónica aguda o Síndrome de Ogilvie es una condición rara caracterizada por la dilatación aguda

del colon en ausencia de obstrucción mecánica. Han sido identificados diversos factores de riesgo y condiciones asociadas que probablemente estén en relación a un desequilibrio de la inervación autonómica.^{2,3}

Se desarrolla típicamente en pacientes añosos hospitalizados quienes tienen asociado una condición médica o quirúrgica, tales como trauma, una cirugía reciente, desórdenes neurológicos o electrolíticos o una serie de infecciones.⁴⁻⁹ El diagnóstico del Síndrome de Ogilvie esencialmente depende de la exclusión de las causas mecánicas de obstrucción colónica a través de métodos por imágenes como la radiografía de abdomen o la tomografía computada asociado a la historia clínica y la semiología del paciente.^{10,11} El diagnóstico es fácilmente con la presencia del segmento colónico dilatado en ausencia de obstrucción mecánica. Entre los principales factores pronósticos se incluyen: edad, enfermedades asociadas, tiempo de evolución del cuadro, diámetro del ciego, presencia de necrosis y perforación. Esas últimas dos son las complicaciones más temidas. El tratamiento inicial consiste en suspender la dieta, colocación de sonda nasogástrica, descompresión con sonda rectal, escaso uso de narcóticos, anticolinérgicos u otros medicamentos potencialmente que puedan perpetuar el cuadro, corrección de fluidos y de electrolitos, movilización temprana del paciente.¹²⁻¹⁴ Si la respuesta es parcial o negativa, la Neostigmina, un agente anticolinesterasa parasimpaticomimético ha demostrado ser un tratamiento médico efectivo y es una buena opción para el tratamiento conservador. La neostigmina es administrada de manera endovenosa con 2 a 5 mg en forma de infusión lenta durante más de tres minutos solo y debe ir acompañado de un estricto monitoreo cardiorespiratorio incluido el control del ritmo cardíaco.¹⁵⁻¹⁷ Cuando el tratamiento conservador o la neostigmina ha fallado, existen tipos de descompresión mecánica a través de la colocación de sondas bajo guía fluoroscópica, descompresión colónica con o sin colocación de un tubo y cecostomía por vía percutánea endoscópica.^{18,19} La colonoscopia es un método seguro y efectivo para tratar la pseudoobstrucción colónica aguda, que puede ser realizada sin la administración de laxantes orales o preparación colónica. Está contraindicada en caso de cuadro clínico de peritonitis o perforación intestinal. No se requiere intubación del ciego debido a que la descompresión a nivel del ángulo hepático suele ser suficiente. Un colonoscopio de canal amplio puede facilitar la descompresión al permitir una evacuación más rápida de las heces y el gas y también permite el paso de un tubo de mayor diámetro a través del endoscopio.²⁰ La cirugía está indicada cuando la terapia conservadora falla o la distensión progresiva del intestino resulta en la isquemia de la pared del ciego o perforación (diámetro cecal mayor a 12 cm). Se lleva a cabo cecostomía o colostomía. El tratamiento quirúrgico aumenta en gran medida la morbilidad y la mortalidad del paciente, por tanto, debe emplearse como último recurso.²¹⁻²³

En nuestro caso particular, los cirujanos procedieron a realizar una laparotomía exploradora de urgencia con una colostomía en asa derecha por el riesgo de perforación cecal. Además, la neostigmina no estaba

disponible en el hospital y no era efectivo sólo una terapia conservadora en ese paciente, a pesar de haberse instaurado precozmente.

Conclusión

En nuestro caso, esa forma severa de enfermedad, también llamada Síndrome de Ogilvie fue una complicación postoperatoria. Sin embargo, debido a que es raro, puede pasarse por alto o tratarse como un íleo adinámico. Desafortunadamente, no se puede identificar una sola causa. El manejo definitivo de esa patología tradicionalmente ha consistido en la descompresión mecánica a través de terapias conservadoras y la resolución quirúrgica está reservada para cuando ellas hayan fallado. El tratamiento quirúrgico empleado en ese paciente, la colostomía, fue debido a la experiencia del cirujano y por el riesgo de perforación. Este reporte de caso provee una modalidad de tratamiento alternativo cuando el tratamiento médico conservador fracasa. Si se reconoce temprano y se trata adecuadamente, la pseudoobstrucción se resolverá en la mayoría de los pacientes y la tasa de mortalidad posterior será menor.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores le dan las gracias a la Dra. Ana María Autran Gómez del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid, España) por su ayuda en el desempeño del estudio.

Referencias

- 1 De Giorgio R, Knowles CH. Acute colonic pseudo-obstruction. *Br J Surg* 2009;96(03):229-239. Doi: 10.1002/bjs.6480
- 2 Wells CI, O'Grady G, Bissett IP. Acute colonic pseudo-obstruction: A systematic review of aetiology and mechanisms. *World J Gastroenterol* 2017;23(30):5634-5644. Doi: 10.3748/wjg.v23.i30.5634
- 3 Chudzinski AP, Thompson EV, Ayscue JM. Acute colonic pseudo-obstruction. *Clin Colon Rectal Surg* 2015;28(02):112-117. Doi: 10.1055/s-0035-1549100
- 4 Tempfer CB, Dogan A, Hilal Z, Reznicek GA. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) in gynecologic and obstetric patients: case report and systematic review of the literature. *Arch Gynecol Obstet* 2019;300(01):117-126. Doi: 10.1007/s00404-019-05170-4
- 5 Isik AT, Kolkukisa M, Ergun F, Ahmad IC. Ogilvie's syndrome in an elderly patient with multi-system atrophy. *Clin Auton Res* 2013; 23(03):155-156. Doi: 10.1007/s10286-013-0192-z
- 6 Gebre-Giorgis AA, Roderique EJ, Stewart D, Feldman MJ, Pozez AL. Neostigmine to relieve a suspected colonic pseudo-obstruction in a burn patient: a case-based review of the literature. *Eplasty* 2013;13:e1
- 7 Reeves M, Frizelle F, Wakeman C, Parker C. Acute colonic pseudo-obstruction in pregnancy. *ANZ J Surg* 2015;85(10):728-733. Doi: 10.1111/ans.13201
- 8 Jayaram P, Mohan M, Lindow S, Konje J. Postpartum Acute Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome): A systematic review of

- case reports and case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;214:145–149. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.04.028
- 9 Bengochea D, Luna E, Durany F. Síndrome de Ogilvie como complicación quirúrgica de nefrectomía por tumor renal: a propósito de un caso. *Comunicación de casos. Rev. Arg. De Urol.* 2007;72(02):98–101
 - 10 Saunders MD, Kimmey MB. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22(10):917–925. Doi: 10.1111/j.1365-2036.2005.02668.x
 - 11 Bucio-Velázquez G, López-Patiño S, Bucio-Ortega L. Síndrome de Ogilvie: Conceptos actuales en diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Coloproctología.* 2011;17:17–24
 - 12 Harrison ME, Anderson MA, Appalneni VASGE Standards of Practice Committee. , et al; . The role of endoscopy in the management of patients with known and suspected colonic obstruction and pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc* 2010;71(04):669–679. Doi: 10.1016/j.gie.2009.11.027
 - 13 Bazerbachi F, Haffar S, Szarka LA, et al. Secretory diarrhea and hypokalemia associated with colonic pseudo-obstruction: A case study and systematic analysis of the literature. *Neurogastroenterol Motil* 2017;29(11):. Doi: 10.1111/nmo.13120
 - 14 Haj M, Haj M, Rockey DC. Ogilvie's syndrome: management and outcomes. *Medicine (Baltimore)* 2018;97(27):e11187. Doi: 10.1097/MD.00000000000011187
 - 15 De Giorgio R, Barbara G, Stanghellini V, et al. Review article: the pharmacological treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15(11):1717–1727. Doi: 10.1046/j.1365-2036.2001.01088.x
 - 16 Ozkurt H, Yilmaz F, Bas N, Coskun H, Basak M. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome): radiologic diagnosis and medical treatment with neostigmine. Report of 4 cases. *Am J Emerg Med* 2009;27(06):757.e1–757.e4. Doi: 10.1016/j.ajem.2008.10.020
 - 17 Kram B, Greenland M, Grant M, Campbell ME, Wells C, Sommer C. Efficacy and Safety of Subcutaneous Neostigmine for Ileus, Acute Colonic Pseudo-obstruction, or Refractory Constipation. *Ann Pharmacother* 2018;52(06):505–512. Doi: 10.1177/1060028018754302
 - 18 Ramage JI Jr, Baron TH. Percutaneous endoscopic cecostomy: a case series. *Gastrointest Endosc* 2003;57(06):752–755. Doi: 10.1067/mge.2003.197
 - 19 Molina-Infante J, Mateos-Rodríguez JM, Vinagre-Rodríguez G, Martín-Noguerol E, Santiago JM. Endoscopic-assisted colopexy and push percutaneous colostomy in the transverse colon for refractory chronic intestinal pseudo-obstruction. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2011;21(06):e322–e325. Doi: 10.1097/SLE.0b013e3182319a9e
 - 20 Gu L, Yang B, Zhang X, et al. Fluoroscopy-guided trans-anal decompression tube placement in the treatment of acute colonic pseudo-obstruction: a single center experience. *Abdom Radiol (NY)* 2018;43(10):2643–2650. Doi: 10.1007/s00261-018-1509-0
 - 21 Khajehnoori M, Nagra S. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) with caecal perforation after caesarean section. *J Surg Case Rep* 2016;2016(08):rjw140. Doi: 10.1093/jscr/rjw140
 - 22 Maloney N, Vargas HD. Acute intestinal pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Clin Colon Rectal Surg* 2005;18(02):96–101. Doi: 10.1055/s-2005-870890
 - 23 Tenofsky PL, Beamer L, Smith RS. Ogilvie syndrome as a postoperative complication. *Arch Surg* 2000;135(06):682–686, discussion 686–687. Doi: 10.1001/archsurg.135.6.682