

SÍNDROME DE OGILVIE

¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE OGILVIE?

Es la dilatación aguda del colon en ausencia de una obstrucción asociada (fundamentalmente en ausencia de un tumor colónico). Fue descrito inicialmente en 1948 por Sir William Heneage Ogilvie a quien debe su nombre. Posteriormente se ha denominado también pseudo-obstrucción colónica aguda.

¿EN QUÉ PACIENTES APARECE?

Tiene una mayor incidencia en varones mayores de 60 años y en el 95 % de las ocasiones el paciente asocia otra enfermedad o ha sido operado recientemente (una media de 5 días antes). Los factores más frecuentemente relacionados con su aparición son la presencia de traumatismos (sobre todo fracturas), el antecedente de cirugía ortopédica o ginecológica, las enfermedades cardíacas (infartos o insuficiencia cardíaca), las infecciones y los trastornos neurológicos como la enfermedad de Parkinson o el Alzheimer. Otros agentes que lo pueden desencadenar son los medicamentos que enlentecen el tránsito intestinal como los antidepresivos, los fármacos derivados de la morfina o los antiparkinsonianos.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRESENTA EL PACIENTE?

El síntoma fundamental es la distensión abdominal asociado a dolor, náuseas/vómitos y estreñimiento (si bien un porcentaje menor de pacientes puede presentar diarrea). Cuando el médico explora al paciente, detectará la existencia de un abdomen distendido y timpánico (“como un globo”), con ruidos hidroaéreos habitualmente presentes y doloroso a la palpación.

¿PUEDEN APARECER COMPLICACIONES ASOCIADAS?

En un porcentaje pequeño de los casos la dilatación del colon puede acabar provocando complicaciones graves como son la isquemia (“falta de riego”) o la perforación colónica que precisan un tratamiento urgente.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Inicialmente se suelen realizar radiografías de abdomen donde se detecta un aumento del calibre del colon ascendente y transversal (aunque también puede afectar en ocasiones a todo el colon e incluso al intestino delgado). Dado que los tumores de colon obstructivos provocan síntomas muy parecidos a los del síndrome de Ogilvie y que las imágenes obtenidas en las radiografías pueden ser semejantes, se recomienda realizar otra técnica diagnóstica para diferenciar estas dos patologías: un enema opaco o un escáner. La primera consiste en la introducción de contraste a través del ano y hacer radiografías seriadas para ver si hay alguna lesión que obstruya el colon o bien es una dilatación sin causa obstructiva (Ogilvie).

El escáner (también llamado TC abdominal) permite además detectar con mayor precisión la existencia de complicaciones asociadas (isquemia/ perforación) o prever su inminente aparición. Como norma general, se acepta que la presencia de un diámetro del ciego mayor o igual a indica un riesgo importante de aparición de complicaciones a corto plazo.

Además de las pruebas radiológicas, se suele realizar un análisis de sangre que permitirá por un lado detectar la presencia de otras alteraciones que hayan podido desencadenar la dilatación colónica (sobre todo alteraciones tiroideas o en los niveles de potasio, calcio

o magnesio) y por otro realizar un recuento leucocitario (glóbulos blancos) que suele estar elevado si hay complicaciones asociadas.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

En pacientes sin datos de gravedad ni riesgo estimado de complicaciones se recomienda tratamiento conservador durante las primeras 24-48 horas. Incluye mantener al paciente en ayunas, administración de sueros, retirada de fármacos que hayan podido desencadenar el cuadro, reposición de iones, colocación de sonda nasogástrica (disminuye la cantidad de aire ingerido) y de sonda rectal con la introducción de enemas de limpieza a su través. Es conveniente que el paciente realice cambios posturales frecuentes. Estas medidas resultan efectivas en el 85 % de los pacientes.

Si el paciente no mejora con el tratamiento conservador o lleva más de 3-4 días de evolución desde el inicio, se pasaría al siguiente escalón terapéutico que incluye dos opciones: la administración de fármacos intravenosos o realizar una colonoscopia descompresiva. La primera opción consiste en la administración intravenosa de neostigmina, un medicamento que permite descomprimir el colon en el 80-100 % de los casos con un riesgo bajo de reaparición de los síntomas posteriormente. Esta medicación se debe administrar con cautela en pacientes que presenten enfermedades cardiorrespiratorias, insuficiencia renal o antecedentes de úlcera gastroduodenal; además, durante la inyección del fármaco se debe realizar una monitorización cardiológica y de presión arterial para detectar la aparición de efectos secundarios no deseados. En aquellos pacientes que no resulte efectivo este tratamiento se recomienda la realización de una colonoscopia para descomprimir el colon (aspirando el contenido aéreo/fecal y dejando colocada si es posible una sonda colónica) con una tasa de éxito del 73-88 %.

En aquellos pacientes en los que las medidas anteriores no han sido efectivas o ante la presencia de complicaciones (perforación/ isquemia) la última opción terapéutica sería la cirugía, cuya tasa de mortalidad suele ser elevada. Como alternativa, algunos de estos pacientes pueden ser candidatos a un tratamiento “menos agresivo” que es la realización de una cecostomía (comunicación del ciego con la pared abdominal a través de un sonda) por vía endoscópica o radiológica.

José María Riesco y Rebeca Manzano. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2013; 105: 175.