



CASO CLÍNICO

Seudoobstrucción aguda del colon posterior a parto vaginal eutócico

E. Reyna Villasmil^{a,*}, J. Santos^a, H. de Nobrega^a y J. Prieto^b

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

^b Servicio de Cirugía General, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

Recibido el 28 de mayo de 2010; aceptado el 13 de septiembre de 2010

Disponible en Internet el 4 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Seudoobstrucción;
Colon;
Parto eutócico

KEYWORDS

Pseudo-obstruction;
Colon;
Eutocic delivery

Resumen La seudoobstrucción aguda del colon es un síndrome pobremente comprendido, caracterizado por signos, síntomas y hallazgos radiológicos de obstrucción de colon sin evidencia de obstrucción mecánica. Se reporta el caso de gestante de 37 años que presentó distensión abdominal progresiva y dolor abdominal luego de parto eutócico. La radiografía simple de abdomen demostró dilatación marcada del colon. Se realizó un enema hidroopaco con el que se descartó la obstrucción mecánica. La exploración quirúrgica confirmó dilatación del colon sigmoides con perforación. Se realizó resección parcial del colon.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Acute colonic pseudo-obstruction following eutocic vaginal delivery

Abstract Acute colonic pseudo-obstruction is a poorly understood syndrome, characterized by the signs, symptoms and radiological pattern of large bowel obstruction without evidence of mechanical obstruction. We report the case of a 37-year-old pregnant woman who developed progressive abdominal distention and abdominal pain after a eutocic delivery. Plain abdominal X-ray showed a markedly dilated large bowel. Mechanical colonic obstruction was excluded with hypaque enema. Surgical exploration confirmed dilatation of the sigmoid colon with perforation. Partial colon resection was performed.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La seudoobstrucción aguda del colon (POAC) o síndrome de Ogilvie, inicialmente descrita en 1948¹, es una variedad

específica del íleo adinámico sin obstrucción mecánica, el cual está caracterizado por una dilatación masiva aguda del ciego y colon derecho. Generalmente ocurre posterior a cirugía abdominal, retroperitoneal, pélvica o traumatismos. La verdadera incidencia del síndrome es desconocida, debido a que los casos más leves se resuelven en forma espontánea². Se presenta el caso clínico de una paciente con seudoobstrucción aguda del colon posterior a parto vaginal.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com
(E. Reyna Villasmil).

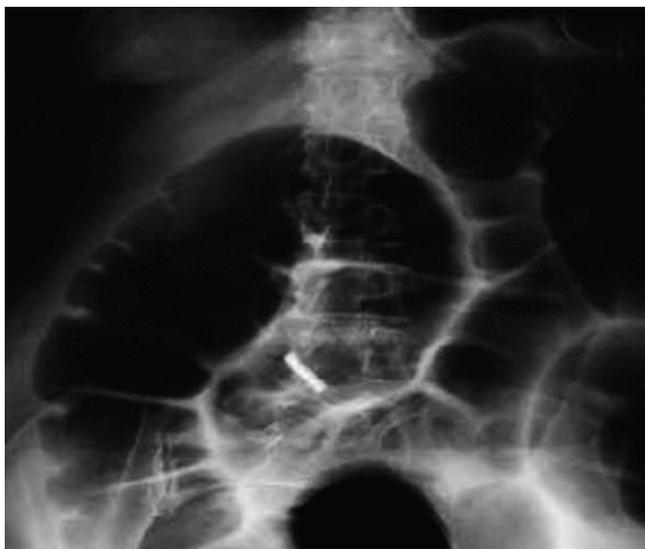


Figura 1 Radiografía simple de abdomen donde se observa la dilatación colónica.

Descripción del caso

Se trata de gestante de 37 años, con embarazo único a término, quien acudió por trabajo de parto. El examen físico de ingreso mostró paciente afebril, hidratada y signos vitales normales. Se realizó atención del parto, el cual evolucionó sin complicaciones. La paciente fue valorada a las 14h del parto, presentando mal estado general. A la exploración destacaba una discreta distensión abdominal con presencia de ruidos hidroaéreos. Los exámenes de laboratorio demostraban los siguientes valores: cuenta blanca de 12.600 x mm³, 231.000 plaquetas, hemoglobina 9,3g/dl, alanino-aminotransferasa 30 UI/L, potasio 4,0 mEq/L y sodio 140 mEq/L.

La paciente es nuevamente valorada a las 37h del parto persistiendo el mal estado general. A la exploración física presentaba taquipnea y aliento fecaloideo. El abdomen estaba distendido, timpánico con dolor difuso a la palpación con presencia de ruidos hidroaéreos. Asimismo la paciente refería deposición líquida. Se inicia tratamiento conservador mediante dieta absoluta, sonda nasogástrica, vesical, reposición hidroelectrolítica y neostigmina. La radiografía simple abdominal demostró dilatación del colon y distensión del ciego de 11 cm compatible con POAC (fig. 1). Se realizó un enema hidropaco con el que se descartó la obstrucción mecánica. Luego de 40h y en vista de que las condiciones clínicas de la paciente continuaban iguales, se decide realizar laparotomía exploradora encontrando en cavidad abdominal 300ml de líquido fecaloideo y dilatación de segmento de sigmoides con signos de necrosis sin evidenciar obstrucción mecánica. Se realizó resección de parte del sigmoides y colostomía. La paciente evolucionó de forma satisfactoria y fue dada de alta 5 días después. Se realizó el cierre de la colostomía a los 60 días. El informe de anatomía patológica informó segmento de colon de 8 x 3cm, presentando a los 1 y 2cm de sus bordes de resección zona dilatada hasta 5cm, serosa pardo-grisácea con áreas violáceas, lisas. Al corte de la pared, zona dilatada, mucosa parda con ausencia de pliegues en área

contigua a la zona afectada. No se reportó evidencia de neoplasia.

Discusión

Se han sugerido las alteraciones autonómicas entre la inervación simpática y parasimpática como la posible etiología de este síndrome. Los nervios parasimpáticos sacros suministran fibras que permiten el vaciamiento del colon. Estos nervios, que pasan cerca del cuello, vagina y ligamento ancho, pueden ser lesionados durante la cirugía o traumatismos en la región produciendo disfunción y dilatación del colon. Esto puede ayudar a explicar el origen del cuadro asociado a condiciones obstétricas o ginecológicas, pero es probable que la etiología sea multifactorial. La mayoría de los casos en las embarazadas se reportan después de la realización de la cesárea o parto instrumental^{2,3}. Lo llamativo del presente caso es que se produjo después de un parto vaginal eutócico.

La distensión abdominal es el signo clínico principal y al inicio del cuadro es generalmente indolora. El abdomen generalmente es timpánico y puede volverse doloroso a la palpación. Los ruidos hidroaéreos normales o aumentados están presentes en el 90% de los casos^{4,5}. El diagnóstico debe ser de sospecha clínica en pacientes con distensión abdominal progresiva después de la cirugía. Se debe realizar una radiografía simple de abdomen para confirmar la distensión cecal⁵. Se deben realizar radiografías abdominales y analítica sanguínea diaria. Un diámetro cecal mayor de 12cm puede indicar la aparición de perforación, por lo cual el tratamiento debe ser inmediato⁶. El diagnóstico debe estar basado en la presencia de datos clínicos y radiológicos de distensión abdominal y descartar obstrucción mecánica mediante enema con contraste hidrosoluble o un enema-TC.

El diagnóstico diferencial de la POAC se debe realizar con las causas de obstrucción mecánica, como vólvulos sigmoideos, tumores e impactación fecal. También se debe considerar megacolon tóxico, peritonitis pélvica, colitis isquémica y hemorragia intra o retroperitoneal⁷. Es importante señalar que, a diferencia del íleo paralítico, el cual es una complicación frecuente de la cirugía abdominal y existe alteración generalizada en el intestino delgado y el colon, en la POAC la alteración es específicamente en el colon.

El tratamiento inicial es conservador e incluye el reposo digestivo, la corrección hidroelectrolítica, la supresión de cualquier fármaco opiáceo, anticolinérgico, y el tratamiento de cualquier patología o infección asociada que haya contribuido a la aparición de este síndrome. El tratamiento médico incluye la aspiración nasogástrica y el uso de líquidos intravenosos. Si en 48-72h de tratamiento conservador el diámetro cecal sigue siendo mayor de 9cm hay que iniciar tratamiento con neostigmina (2,5mg en un periodo de 3-5min) con monitorización del paciente, pero su éxito es variable. La razón del uso de la neostigmina es incrementar la estimulación parasimpática y restaurar el balance autonómico anormal⁸. Otros fármacos que han sido utilizados incluyen naloxona, eritromicina, cisaprida o antidepresivos tricíclicos⁹.

La descompresión por colonoscopia se recomienda en pacientes con considerable distensión cecal y riesgo de perforación. Diferentes informes revelan que se logran resultados exitosos en 60-90% de los pacientes pero la tasa de recurrencia puede llegar hasta el 40%⁵. Otras opciones de tratamiento médico incluyen: colocación de tubos rectales, administración de un enema con agua o cistografía y uso de presión positiva intermitente en pacientes intubados¹⁰.

La cirugía está reservada a aquellos pacientes en los cuales el manejo médico ha fracasado o se produce perforación/isquemia. El objetivo principal de la cirugía es la descompresión del colon, por lo que el procedimiento de elección es la cecostomía. En caso de perforación, se realiza resección de la porción intestinal afectada con realización de colostomía, necesitando una segunda cirugía para el cierre².

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation; a new clinical syndrome. *Br Med J*. 1948;2:671-3.
2. Kakarla A, Posnett H, Jain A, Ash A. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) following instrumental vaginal delivery. *Int J Clin Pract*. 2006;60:1303-5.
3. Roberts C. Ogilvie's syndrome after cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2000;29:239-46.
4. Vanek V, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum*. 1986;29:203-10.
5. Srivastava G, Pilkington A, Nallala D, Polson D, Holt E. Ogilvie's syndrome: a case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2007;276:555-7.
6. Georgescu S, Dubei L, Zaharia M, Cîrdei C, Crumpei F, Cijevschi-Prelipcean C, et al. Ogilvie's syndrome-acute colonic pseudo-obstruction. Case report and review of the literature. *Rom J Gastroenterol*. 2003;12:51-5.
7. Tack J. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's Syndrome). *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2006;9:361-8.
8. Trevisani G, Hyman N, Church J. Neostigmine: safe and effective treatment for acute colonic pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum*. 2000;43:599-603.
9. Saha A, Newman E, Giles M, Horgan K. Ogilvie's syndrome with caecal perforation after caesarean section: a case report. *J Med Case Reports*. 2009;3:6177.
10. Grassi R, Cappabianca S, Porto A, Sacco M, Montemarano E, Quarantelli M, et al. Ogilvie's syndrome (acute colonic pseudo-obstruction): review of the literature and report of 6 additional cases. *Radiol Med*. 2005;109:370-5.