

## SÍNDROME DE OGILVIE (PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL AGUDA) – RELATO DE CASO

### *Ogilvie's Syndrome (Acute pseudo-intestinal obstruction) – A case report*

Jurandir Marcondes **RIBAS FILHO**, Osvaldo **MALAFAIA**, Neme Moussa **FOUANI**, Marcelo Morikuni **FOUANI**, Marcel da Silva **JUSTEN**, Nilo Brasil **TREVISAN**, André Donato **LOPES**, Gabriel Lima **LOPES**

ABCDDV/655

Ribas-Filho JM, Malafaia O, Fouani NM, Fouani MM, Justen MS, Trevisan NB, Lopes AD, Lopes GL. Síndrome de Ogilvie (Pseudo-obstrução intestinal aguda) - Relato de caso. ABCD Arq Bras Cir Dig 2009;22(2):124-6

**RESUMO – Racional** – A síndrome de Ogilvie é condição clínica com sinais, sintomas e aparência radiológica de dilatação acentuada do cólon sem causa mecânica e pode complicar com rompimento da parede do cólon e sepse abdominal. O tratamento na maioria das vezes é cirúrgico. **Relato do caso** – Paciente feminina, 49 anos, internada com queixa de dor abdominal e diarreia e apresentando-se confusa, desidratada, taquicárdica, dispnéica, temperatura de 38°C, abdômen distendido, ausência de ruídos hidro-aéreos e toque retal com fezes pastosas. Estudo radiográfico mostrou padrão de pseudo-obstrução intestinal. A paciente evoluiu com parada de eliminação de gases e fezes e sinais de abdômen agudo infeccioso. Foi submetida à laparotomia com achado de ceco e transversos bastante dilatados e sem sinal de obstrução mecânica. Realizada colectomia subtotal com fechamento do coto distal e ileostomia terminal. **Conclusão** – Pensar nessa possibilidade diagnóstica e agir mais rapidamente é a única possibilidade de diminuir a morbimortalidade desses pacientes.

**DESCRIPTORIOS** – Síndrome de Ogilvie. Pseudo-obstrução intestinal. Colonoscopia. Colectomia.

### INTRODUÇÃO

Heneage Ogilvie, em 1948 descreveu pela primeira vez esta síndrome, também conhecida como pseudo-obstrução intestinal<sup>13</sup>. Pode ser definida como condição clínica com sinais, sintomas e aparência radiológica de dilatação acentuada do cólon<sup>6</sup>. É entidade rara, que geralmente ocorre em pacientes hospitalizados portadores de alguma doença clínica ou cirúrgica.

A síndrome de Ogilvie está associada à várias doenças, sejam elas traumáticas, obstétricas, cirúrgicas, cardíoro-respiratórias, neurológicas, entre outras<sup>7,12</sup>. Tem como característica uma dilatação acentuada do cólon sem causa mecânica<sup>2,3</sup>.

O diagnóstico é feito por exclusão, com diagnóstico diferencial de carcinoma, aderências, dilatação gástrica aguda, impaction fecal, vôlvulo e isquemia mesentérica<sup>4</sup>.

Quando o processo obstrutivo não é interrompido, pode haver complicação do caso devido ao rompimento da parede do cólon e conseqüente evolução para sepse abdominal<sup>5,9</sup>.

A teoria mais aceita para explicar a sua fisiopatologia refere-se à excessiva supressão parassimpática, estimulação simpática ou ambas, que resultam em atonia do cólon<sup>14</sup>.

O tratamento pode ser feito de três formas: Conservadora, cirúrgica ou decompressão por colonoscopia<sup>8</sup>.

O trabalho proposto tem como objetivo relatar um caso da síndrome de pseudo-obstrução intestinal aguda (Síndrome de Ogilvie).

### RELATO DO CASO

Paciente I.G.S., feminina, 49 anos, história de tratamento psiquiátrico irregular e uso abusivo de barbitúricos e analgésicos, foi internada com queixa de dor abdominal e diarreia e recebeu alta após alguns dias, com melhora do quadro clínico.

Dez dias depois a paciente retorna ao hospital com a mesma queixa de dor abdominal e diarreia, porém desta vez confusa, desidratada, taquicárdica, dispnéica, temperatura de 38°C, abdômen distendido, ausência de ruídos hidro-aéreos (RHA) e toque retal com fezes pastosas.

O Raio-X (figura 1) mostrou um padrão de pseudo-obstrução intestinal, sem obstrução mecânica, com íleo adinâmico, nível hidro-aéreo e grande dilatação de ceco e transversos. O leucograma apresentava leucocitose com desvio nuclear à esquerda até bastonetose.

Logo após ser internada evoluiu com parada de eliminação de gases e fezes e sinais de abdômen agudo infeccioso. Foi submetida a uma laparotomia com achado de megacólon, ceco necrosado, porém sem perfurações, e cólon sigmóide com perfurações múltiplas bloqueadas. O ceco e o transversos estavam bastante dilatados e não foi observado nenhum sinal de obstrução mecânica. Foi realizada uma colectomia subtotal com fechamento do colo distal e ileostomia terminal em fossa ilíaca direita.

Após a cirurgia a paciente apresentou sinais de sepse e foi levada para a UTI. Apresentou boa resposta ao trata-

Trabalho realizado no Hospital de Caridade Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Curitiba, PR, Brasil

Endereço para correspondência: Eduardo Henrique de Freitas Ramos Filho. E-mail: efreitasramos@bol.com.br



**FIGURA 1** - Raio-X de abdômen AP em decúbito dorsal

mento e dificuldade no “desmame” do respirador.

No momento a paciente está bem e apenas aguardando a cirurgia de deileostomia.

## DISCUSSÃO

Essa síndrome foi descrita primeiramente por Heneage Ogilvie, em 1948, através da análise de dois casos. Nesses, concluiu que houve espasmo regional em nível de intestino grosso, devido à uma interrupção da inervação simpática, causada por um tumor maligno no plexo celiaco. Inicialmente esse desequilíbrio do sistema nervoso autônomo foi aceito como fisiopatologia para a síndrome. Hoje ela é considerada desconhecida, tendo como principal hipótese a interrupção da inervação sacral e conseqüente atonicidade do cólon distal. Esta teoria explica a obstrução funcional<sup>15</sup>.

A pseudo-obstrução intestinal pode ser desencadeada ou cursar concomitantemente com algumas condições clínicas, tais como: hipertireoidismo, infecções, medicamentos, Doença de Parkinson, gravidez, entre outras. Cirurgias e traumas também podem desencadear a síndrome.

O quadro clínico mais freqüente, de acordo com todos os autores pesquisados, é de obstipação que muitas vezes vem intercalada com diarreia, tipo esteatorréia<sup>10</sup>. Distensão abdominal foi encontrada em todos os casos descritos, havendo sempre imagem de distensão de alças ao exame radiológico de abdômen (exame complementar

mais importante), porém sem mostrarem níveis líquidos, típicos de obstruções mecânicas<sup>1</sup>. A colonoscopia, além de ser um bom exame diagnóstico, tem papel terapêutico, descomprimindo o cólon<sup>15</sup>. A laparotomia deve ser realizada com urgência quando a colonoscopia for sugestiva de isquemia colônica.

A síndrome de Ogilvie é caracterizada por achados físicos e radiológicos iguais àqueles associados à obstrução mecânica dos cólons, porém sem causa orgânica de distensão colônica, ou seja, é um diagnóstico de exclusão que normalmente é feito durante o ato cirúrgico. Em alguns casos o enema opaco pode fazer o diagnóstico, evitando a cirurgia<sup>1</sup>. Ocorre dilatação progressiva dos cólons, normalmente poupando cólon descendente e sigmóide. Pode haver distensão concomitante do intestino delgado, com presença de níveis líquidos, em casos de incompetência da válvula íleo-cecal.

A distensão progressiva pode levar à perfuração do ceco, diástase cecal ou gangrena do ceco e cólon ascendente, sendo essas as principais complicações da síndrome. A perfuração é mais comum quando o cólon atinge um diâmetro de 12cm a 14cm<sup>11</sup>.

Quanto ao tratamento, esse varia de acordo com o acometimento e suas complicações. A cirurgia, seja por via laparotômica ou laparoscópica, apesar de alta morbimortalidade, é o tratamento de escolha quando há fálência do tratamento clínico (descompressão colonoscópica).

No presente caso, o provável fator desencadeante da pseudo-obstrução intestinal foi o uso medicamentoso crônico e abusivo. A paciente apresentou quadro de distensão abdominal, evidenciada no raio-X, e ausência de ruídos hidro-aéreos. Evoluiu com sinais de abdômen agudo infeccioso, motivo pelo qual foi feita a laparotomia. Essa comprovou a ausência de fator mecânico para a obstrução. Foi realizada uma colectomia subtotal com fechamento do coto distal e ileostomia terminal. A paciente evoluiu bem no pós-operatório e aguarda a cirurgia de deileostomia.

Apesar da boa evolução do caso relatado, salienta-se a importância do diagnóstico e tratamento precoce e adequado, o que reduz a morbimortalidade nos pacientes portadores da Síndrome de Ogilvie.

## CONCLUSÃO

Embora pouco se saiba sobre essa síndrome, pode-se concluir que casos como esse devem ser descritos para um melhor entendimento de sua fisiopatogenia. Esse entendimento proporciona a realização de um diagnóstico mais rápido e um tratamento mais adequado.

Ribas-Filho JM, Malafaia O, Fouani NM, Fouani MM, Justen MS, Trevisan NB, Lopes AD, Lopes GL. Ogilvie's Syndrome (Acute pseudo-intestinal obstruction) – A case report. ABCD Arq Bras Cir Dig 2009;22(2):124-6

**ABSTRACT – Background** – The Ogilvie's Syndrome is a clinical condition with signals, symptoms and radiological appearance of large bowel swell without mechanical cause. This obstruction can complicate with disruption of the bowel and consequent evolution of abdominal sepsis. The treatment is typically surgical. **Aim** – The aim of this work is report a case of Ogilvie's Syndrome. **Case Report** – Feminine patient, 49 years-old, interned with a history of abdominal pain and diarrhea and presenting dehydration, tachycardia, dyspnea, mental confusion, 38°C of temperature, distended abdomen, absence of hydro-aerial noises and rectal touch with pasty excrements. The x-ray showed a standard of pseudo-intestinal obstruction. The patient evolved with stop of elimination of farts and excrements and signals of infectious acute abdomen. The laparotomy showed cecum and transverse very swelled without signal of mechanical obstruction. The treatment was a subtotal colectomy with closing of the rectal stump and terminal ileostomy. **Conclusion** – This is rare syndrome and cases like this must be described for a faster diagnostic and adequate treatment, reducing the morbimortality of these patients.

**HEADINGS** – Ogilvie's Syndrome. Pseudo-intestinal obstruction. Colonoscopy. Colectomy.

## REFERÊNCIAS

1. Bardsley D. Pseudo-Obstruction of the large bowel. Br J Surg 1974;61:963-69.
2. Bassen, W.M.; Jonatan, B.B.; Lee, M.; Cisapride as a successful treatment for acute intestinal pseudo-obstruction; Southern Medical Journal; 1996; Aug. 19.
3. Benacci JC; Wolff BG. Cecostomy. Therapeutic Indications and Results. Dis Colon Rectum. 1995; 38(5):530-4.
4. Cavichini QN, Tinoco RC, Figueira SE, Anderson PAV. Pseudo-obstruction of the colon after obstetric procedure (Ogilvie's Syndrome).
5. Cross, J.M.; Marvin, R.G.; Acute pseudo-obstruction in a patient with a significant closed head injury. The Internet Journal of Emergency and Intensive Care Medicine 200; Volume 4, Number 1.
6. De Giorgio R, Bárbara G, Stanghellini V, et al. Review article: the pharmacological treatment of acute colonic pseudo-obstruction. Aliment Pharmacol Ther. 2001; 15(11):1717-27.
7. Huber PJ, Breicer V, Hunt J. Cecostomy revisited. Stikk a useful operation. Dis Colon Rectum 1987; 30: 959-961. Rev bras Colo-Proct 1988; 8: 143-5.
8. Kadesky, K.; Purde, G.F.; Hunt, J.L.; Acute pseudo-obstruction in critically ill patients with burns.; J. Burn. Care Rehabil. 1995; 16: 132-5.
9. Laine, L.; Management of acute colonic pseudo-obstruction; The New Engl. J. Med. 341 (3); 192-3, 1999.
10. Legge DA, Wollaeger EE, Carlson HC. Intestinal pseudo-obstruction in systemic amyloidosis. Gut. 1970 Sep;11(9):764-767.
11. Luderer JR, Demers LM, Bonnem EM, Saleem A, Jeffries GH. Elevated prostaglandin e in idiopathic intestinal pseudo-obstruction. N Engl J Med. 1976 Nov 18;295(21):1179.
12. Nakhfevany KB. Colonoscopic decompression of the colon in patients with Ogilvie's Syndrome. Am J Surg 1984; 148: 317-320.
13. Ogilvie, H.; Large intestine colic due to sympathetic deprivation: a new clinical syndrome. Br. Med. J. 1948; 2:671-3.
14. Ponc RJ, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. N Engl J Med. 1999; 341(3):137-41.
15. Vanek, V.; Al-Salti, M.; Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie Syndrome): an analysis of 400 cases. Dis. Colon Rectum, 1986; 29:203-10.

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesse: não há

Recebido para publicação: 19/12/2008

Aceito para publicação: 17/03/2009