

SÍNDROME DE OGILVIE. RELATO DE DOIS CASOS TRATADOS COM CECOSTOMIA

OGILVIE'S SYNDROME. REPORT OF TWO CASES TREATED WITH CECOSTOMY

Cristiane Mendes da Silva¹; Camila Augusta Victorino¹; Luiz Carlos de Andrade, TCBC-MG²

INTRODUÇÃO

Ogilvie, em 1948 descreveu pela primeira vez esta síndrome, também conhecida como pseudo-obstrução intestinal. Pode ser definida como uma condição clínica com sinais, sintomas e aparência radiológica de dilatação acentuada do cólon¹. Apresenta-se em pacientes debilitados e idosos, principalmente devido ao uso prolongado de fármacos, a complicações metabólicas, neurológicas ou trauma. A teoria mais aceitável para explicar a sua fisiopatologia refere-se à excessiva supressão parassimpática ou estimulação simpática ou ambas, que resultam em atonia do cólon².

RELATO DO CASO

Caso 1: Paciente V. L., 61 anos, sexo masculino, com antecedentes de etilismo crônico, cirurgia de artrodese e descompressão medular e tratamento câncer de próstata. Iniciou com quadro clínico de distensão abdominal, náuseas e vômitos. Ao exame físico apresentou abdome distendido, doloroso à palpação difusamente, com ruídos hidroaéreos diminuídos e hipertimpanismo à percussão. O diagnóstico foi baseado na história clínica, no estudo radiológico que evidenciou distensão de intestino grosso com presença de níveis hidroaéreos (Figura 1) e também na colonoscopia que excluiu outras patologias orgânicas sugerindo tratar-se de Síndrome de Ogilvie. Foi indicado então, a cecostomia videolaparoscópica, já que com o tratamento conservador e endoscópico não houve remissão do quadro.

Em 13/01/03, o paciente foi submetido ao tratamento videolaparoscópico com três portais clássicos. Ao inventário da cavidade foram encontradas múltiplas bridas e aderências na região pélvica, sendo realizada lise das mesmas. Observou-se também, significativa dilatação do ceco. Procedeu-se à ligadura do mesoapêndice e à apendicectomia. A seguir foi realizada a cecostomia laparoscópica pelo orifício apendicular com colocação de sonda de Foley nº 18. O paciente recebeu alta hospitalar no 5º dia pós-operatório (DPO). No 15º DPO foi retirada a sonda de cecostomia com fechamento do orifício cutâneo em aproximadamente 72 horas com retorno do hábito intestinal ao normal.

Caso 2: A.P.R., 23 anos, masculino, portador de paralisia cerebral, com antecedentes de hiatoptasia e colecistectomia. Foi internado com quadro de constipação intestinal de longa data que se agravava nos últimos 6 meses, associado à dor, náuseas e vômitos. Ao exame apresentava distensão abdominal e ruídos hidroaéreos aumentados difusamente (provavelmente pela administração prévia de prostigmina) e sinais clínicos de desnutrição. A radiografia de abdome evidenciou importante distensão gástrica e de alças intestinais, sobretudo do ceco (Figura 2). Os exames laboratoriais mostraram hemograma sem alterações e aumento dos níveis séricos de creatinina e sódio. Ao enema foi evidenciado dolicomegacólon. Após tentativa infrutífera do tratamento clínico e colonoscópico por descompressão, o paciente foi submetido à cecostomia por colonoscopia após preparação do cólon, nos seguintes tempos: (1) Distensão gasosa do ceco com



Figura 1 – Distensão do intestino grosso com presença de níveis hidroaéreos.

1. Acadêmicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNIFENAS – Alfenas/MG

2. Orientador e Professor do Departamento de Cirurgia do Hospital Universitário Alzira Velano – UNIFENAS – Alfenas/MG

Recebido em 13/09/2004

Aceito para publicação em 17/02/2005

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia do Hospital Universitário Alzira Velano – UNIFENAS – Alfenas-MG.



Figura 2 – Distensão importante de alças intestinais.

transiluminação; (2) Punção do ceco transparietal com Jelco nº12; (3) Passagem de alça de aço flexível para o interior do ceco; (4) Apreensão e tração desta alça de aço até a borda anal; (5) Conexão da alça à sonda de cecostomia; (6) Tração do conjunto até o ceco com exteriorização da extremidade distal deste na fossa ilíaca direita; (7) Fixação da sonda de cecostomia à pele seguida de teste de permeabilidade de funcionamento. No pós-operatório imediato, 1º e 2º DPO já era nítida a resposta, com notável redução da distensão abdominal. No 4º DPO o paciente faleceu em decorrência de provável complicação pulmonar.

DISCUSSÃO

Muito pouco se sabe sobre a patogênese da Síndrome de Ogilvie. Parece ser multifatorial, o que é demonstrado pelo fato de acontecer mais em homens portadores de doenças crônicas, debilitados e idosos, embora a sua incidência também seja freqüente após a cesariana.

De modo geral, os sintomas são aqueles de uma obstrução intestinal baixa de qualquer etiologia. As náuseas e os vômitos ocorrem em mais de 50% dos casos e, embora a inter-

rupção do trânsito intestinal faça parte do quadro, em mais de 40% dos casos os pacientes continuam eliminando gases e/ou fezes geralmente diarréica.

Trata-se de uma condição clínica rara que exige tratamento precoce que pode ser clínico, por decompressão colonoscópica ou por cirurgia convencional ou laparoscópica.

O tratamento conservador inclui tratamento das co-morbidades e o uso de medicamentos como os parassimpatomiméticos na tentativa de estimular a função intestinal. Quando não se nota melhora com tratamento conservador o cólon deve ser descomprimido imediatamente por métodos endoscópicos ou cirúrgicos para evitar isquemia e/ou explosão do ceco³. A decompressão pode ser realizada pela cecostomia videolaparoscópica ou colonoscópica que oferece vantagens sobre a laparotomia convencional. Os dois primeiros procedimentos, além de permitirem uma visualização detalhada do cólon, oferecem melhor tolerância pelos pacientes, promovem decompressão efetiva, possuem simplicidade na técnica de execução, além de apresentarem relativa segurança em mãos bem treinadas^{4,5}. A cecostomia percutânea endoscópica ainda oferece a vantagem de poder ser realizada sob anestesia local em pacientes de alto risco para anestesia geral.

Após a realização da cecostomia seja laparoscópica ou endoscópica deve-se realizar curativo diário da ferida ao redor da sonda e irrigá-la com água destilada e soro fisiológico sempre que houver suspeita de oclusão.

O tratamento cirúrgico/endoscópico deve ser considerado quando: a decompressão colonoscópica não for possível, houver sinais de pneumoperitônio, existir sinais de irritação peritonial em área cecal, persistir dilatação por mais de 48 a 72 horas, o diâmetro cecal inicial for superior a 12-14 cm, houver incerteza no diagnóstico ou descompensação respiratória pela distensão abdominal o tratamento cirúrgico/endoscópico deve ser considerado.

Concluimos que a cecostomia videolaparoscópica e colonoscópica são formas alternativas de decompressão colônica no tratamento da Síndrome de Ogilvie. Estas modalidades de tratamento trazem conforto ao paciente em reduzir a distensão, além de permitir a lavagem e o uso de estimulantes do esvaziamento colônico. São procedimentos passíveis de realização com relativa facilidade e aceitável taxa de morbidade. Estes dados são similares entre a literatura e a nossa experiência, porém carece de uma casuística maior para melhor discussão dos dados encontrados.

ABSTRACT

Acute colonic pseudo-obstruction or Ogilvie's Syndrome is characterized by signs and symptoms of large bowel obstruction without evidence of mechanical cause. The authors report two cases of patients with acute obstructive abdomen who were previously submitted to clinical treatment with no success. Later on one of them was submitted to laparoscopic cecostomy and the other to colonoscopic cecostomy. The results showed that only the interventionist methods were successful (Rev. Col. Bras. Cir. 2006; 33(1): 57-59).

Key words: Colonic pseudo-obstruction; Cecostomy; Laparoscopy; Colonoscopy.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Ponc R, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med.* 1999; 341(3):137-41.
3. Benacci JC; Wolff BG. Cecostomy. Therapeutic Indications and Results. *Dis Colon Rectum.* 1995; 38(5):530-4.
4. Duh QY, Way LW. Diagnostic laparoscopy and laparoscopic cecostomy for colonic pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum.* 1993; 36(1):65-70.
5. Anuras S, Baker CRF. The colon in the pseudoobstructive syndrome. *Clin Gastroenterol.* 1986;15(4):745-62.

Endereço para Correspondência:
Cristiane Mendes da Silva
R: Evaristo da Veiga, 62
CEP: 37130-000 – Alfenas/MG
Fone: (35) 3291 1625 – 9974 4380
E-mail: crismendesilva@uol.com.br