

2012 Noviembre, 3(2): 1-1

"SÍNDROME DE OGILVIE"

Autores Melgar L, Meroni A, Robles N, Lemus G, Saleme J, Coscarelli L, Michelini C

Lugar de Trabajo Servicio de Cirugía, Hospital San Martín, La Plata. y Cátedra C de Cirugía

E-mail: anainesmeroni@hotmail.com

Introducción

El síndrome de Ogilvie es una pseudo obstrucción funcional aguda del colon, de etiología desconocida, que se presenta por lo general en pacientes de edad avanzada, hospitalizados por enfermedades neurológicas, cardiovasculares, postoperatorios neuroquirúrgico, ginecológico, abdominal u ortopédico, sepsis, quemaduras y traumatismos.

Se caracteriza por una dilatación progresiva del colon que puede evolucionar hacia la isquemia, necrosis, perforación y muerte.

Para su diagnóstico el método más útil es la Radiografía simple de abdomen que muestra distensión exagerada del colon derecho y transversal en contraste con el colon izquierdo que es normal.

El tratamiento es la inmediata descompresión del colon derecho con medidas generales y colonoscopia, de no responder a esto se recurre a la cirugía.

Objetivos

Conocer la incidencia y las características del Síndrome de Ogilvie y evaluar la refractariedad al tratamiento médico y endoscópico.

Materiales y Métodos

Se estudiaron dos pacientes que presentaron esta patología, vistos en el servicio de cirugía general del hospital San Martín en el período de tiempo comprendido entre septiembre del año pasado y la fecha. Se procedió a una revisión bibliográfica e iconográfica del Síndrome de Ogilvie.

Resultados

Caso clínico 1: Paciente varón de 82 años de edad que ingresa al servicio de cirugía derivado de UTI por presentar síndrome de Ogilvie refractario al tratamiento médico y endoscópico.

Se recibe al paciente en mal estado general cursando el quinto día del postoperatorio de cirugía de fractura pelviana. En la exploración física el paciente estaba vigil, febril, taquipneico, taquicárdico e hipotenso. A la auscultación pulmonar buena entrada de aire bilateral sin ruidos agregados. A la auscultación cardíaca R1 y R2 presentes en cuatro focos con silencios libres.

En la exploración abdominal se observó abdomen distendido, timpánico, escasos ruidos hidroaéreos, defensa y dolor a la palpación superficial y profunda a predominio derecho.

Se solicitó laboratorio prequirúrgico, radiografía simple de tórax sin particularidades, radiografía simple de abdomen muestra distensión abdominal a predominio de colon derecho y diámetro cecal de 11 cm. TAC de abdomen muestra dilatación de colon derecho y descarta obstrucción mecánica.

En el acto quirúrgico se observó ciego dilatado con signos de isquemia por lo que se decide realizar hemicolectomía derecha.