

Pseudo-Obstrução colônica aguda (Síndrome de Ogilvie): relato de um caso

Acute Pseudo-Obstruction of the colon (Ogilvie's Syndrome): a case report

Revista HCPA 1990; 10:181-3

Gerson Junqueira Júnior (1), José Luis Strapazon (1),
Santo Pascual Vitola (2)

RESUMO

A pseudo-obstrução colônica aguda é uma entidade que se caracteriza pela presença de achados clínicos e radiológicos de obstrução do intestino grosso na ausência de qualquer evidência de lesão obstrutiva. Ogilvie, em 1948, descreveu-a pela primeira vez, atribuindo-a a um desequilíbrio do sistema nervoso autônomo, contudo, sua etiopatogenia permanece obscura; a presença de uma doença concomitante é a regra. O diagnóstico precoce, com monitorização clínica diária e medidas conservadoras, elimina a necessidade de cirurgia e diminui o risco de perfuração cecal. A colonoscopia parece ser a melhor forma de decompressão na maioria dos casos. Os autores relatam o caso de uma paciente portadora da síndrome e discutem suas características específicas, bem como suas possibilidades terapêuticas.

Unitermos: Intestino grosso, obstrução intestinal.

SUMMARY

Acute pseudo-obstruction of the colon is a clinical syndrome that presents clinical and radiographic patterns of colonic obstruction in the absence of any evidence of obstructing lesions. It was first described by Ogilvie in 1948 who attributed it to autonomic disorder. The exact pathophysiologic process remains obscure. Different diseases have been associated. Prompt recognition of the condition, with daily monitoring and conservative management, should eliminate unnecessary surgery and minimize the risk of caecal perforation. Colonoscopy appears to be the best form of decompression in most cases. The authors present a case of a patient with the syndrome and discuss its features and treatment.

Key Words: Large intestine, intestinal obstruction.

Introdução

A pseudo-obstrução colônica aguda, também conhecida como Síndrome de Ogilvie, tem sido encontrada com relativa frequência nos pacientes cirúrgi-

cos, especialmente quando são portadores de outras enfermidades graves. Caracteriza-se pela presença de achados clínicos e radiológicos de obstrução do intestino grosso na ausência de qualquer evidência de lesão obstrutiva. Neste trabalho é feito o relato de um caso, enfatizando-se sua forma de tratamento.

Relato do Caso

IS, 74 anos, feminina, branca, casada, do lar, natural de Ijuí (RS) e procedente de Porto Alegre.

A paciente apresentava episódios intermitentes de vômitos, sem relação com a alimentação, de aspecto bilioso. Procurou atendimento médico, sendo indicada sua internação em outro hospital de nossa cidade devido à desidratação; recebeu alta após remissão

* Trabalho desenvolvido no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

(1) Médicos Residentes do Serviço de Cirurgia Geral do HCPA.

(2) Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor Assistente do Departamento de Morfologia — disciplina de Anatomia — Humana da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA).

Endereço para correspondência: Dr. Gerson Junqueira Júnior — Rua André Puentes, 120/401, 90.210 Porto Alegre, RS.

Recebido para publicação em 26.12.89

Revisão final em 14.11.90

do quadro. No mesmo dia, reiniciaram os sintomas, seguidos de evacuações líquidas, fétidas, de cor escura, sem sangue ou muco, e dor abdominal difusa de média intensidade. Negava febre. Com este quadro, 10 dias após o início dos sintomas, consultou na Emergência do HCPA, quando foi internada em uma equipe de medicina interna.

A paciente não se comunicava adequadamente devido a um acidente vascular cerebral isquêmico ocorrido há cerca de 1 ano, o que dificultou a avaliação do quadro pelos familiares. História de pan-histerectomia por carcinoma de endométrio há 2 anos e colecistectomia há 1 ano. Negava tabagismo e etilismo.

Ao exame apresentava-se em regular estado geral, lúcida, mucosas coradas e levemente secas, turgor cutâneo diminuído, emagrecida e com afasia, ataxia e nistagmo horizontal. No abdômen, a inspeção mostrava cicatrizes subcostal direita e mediana infra-umbilical, impressão do cólon na parede e ausência de distensão; ruídos hidro-aéreos presentes, flácido, dor à palpação profunda de todo o abdômen, sem massas ou visceromegalias, toque retal normal. Sem outras anormalidades no exame físico geral.

Os exames complementares feitos quando da internação — glicemia, função renal, eletrólitos, gasometria arterial, eritograma, exame qualitativo de urina, Rx tórax — foram todos normais, exceto o leucograma (16300 leucócitos, com 24% bast., 59% segm., 0% eos., 0% bas., 5% mon. e 12% linf.) e o potássio (2,8).

No segundo dia de internação, apesar da reposição parenteral de líquidos e eletrólitos, permanecia com a mesma sintomatologia e hipopotassêmica (2,5).

No terceiro dia, os sintomas persistiam e o abdômen mostrava-se distendido, com impressão das alças intestinais na parede e peristaltismo visível, ruídos hidro-aéreos aumentados e metálicos, timpânico, ausência de sinais de irritação peritoneal, dor leve à palpação profunda de todo o abdômen, sem massas ou visceromegalias, toque retal normal. Potássio: 3,1; Rx abdômen agudo simples (figuras 1 e 2): severa distensão de alças de intestino grosso (principalmente à esquerda) e reto, com níveis hidro-aéreos em seu interior (também mais no cólon esquerdo e reto), muito leve distensão de alças de intestino delgado, ausência de líquido livre na cavidade abdominal ou pneumoperitônico, presença de fezes no ceco e cólons ascendente e transverso.

Foi solicitada, então, avaliação da equipe cirúrgica de plantão. Com a hipótese diagnóstica de obstrução mecânica parcial de intestino grosso por bridas, foi indicada a colocação de uma sonda nasogástrica. Como não houve melhora do quadro clínico após 12 horas, indicou-se a laparotomia exploradora.

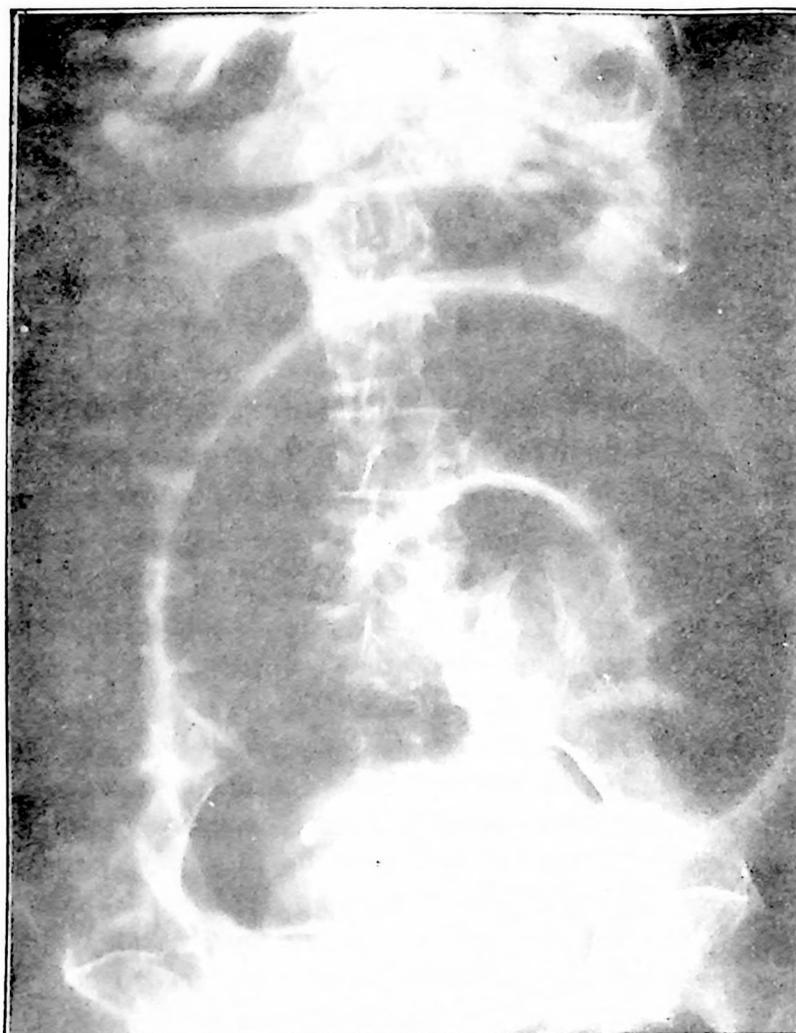


Figura 1
RX Abdômen Agudo Simples, Clichê em Decúbito Dorsal



Figura 2
RX Abdômen Agudo Simples, Clichê em Decúbito Lateral Esquerdo

Os achados transoperatórios foram sigmóide redundante, com distensão severa de cólons e reto, alças intestinais rosadas e bem vascularizadas, com presença de poucas bridas não-obstrutivas que foram desfeitas. Sem massas palpáveis, demais vísceras sem anor-

malidades.

A sonda nasogástrica foi retirada no segundo dia pós-operatório e iniciada gradativamente a restituição da via oral. Em virtude do quadro neurológico da paciente, foi indicada a colocação de uma sonda nasoduodenal para alimentação enteral e o estudo radiológico do abdômen feito logo após mostrou, além da correta posição da extremidade distal da sonda, ausência de alterações no intestino. A paciente evoluiu bem, tendo recebido alta cirúrgica no oitavo dia pós-operatório. Nesta data, o potássio e o leucograma estavam normais.

Cerca de 3 meses após este episódio, a paciente retornou à Emergência do HCPA com o mesmo quadro clínico radiológico. Alertado pelo episódio anterior, a equipe cirúrgica de plantão submeteu-a a uma retossigmoidoscopia com colocação de uma sonda retal. Houve saída de grande quantidade de ar e fezes e melhora imediata do quadro, recebendo alta.

Comentários

A dilatação intestinal aguda é freqüentemente encontrada no paciente cirúrgico. Esta dilatação é mais amiudadamente atribuída a fleo adinâmico ou parafítico, porém, muitas vezes, pode estar associada a uma lesão obstrutiva do trato gastrointestinal mais distal. Se o paciente apresenta características clínicas e radiológicas de obstrução colônica e ausência de qualquer evidência de lesão obstrutiva, designa-se esta entidade de pseudo-obstrução colônica aguda ou Síndrome de Ogilvie (1-4).

Muitas das características clínicas são indiferenciáveis daquelas da obstrução colônica mecânica. A distensão abdominal progressiva por 3 a 4 dias, com timpanismo, é o achado predominante e onipresente. O paciente pode ter náuseas, vômitos e obstipação, porém, alguns pacientes continuam eliminando gases e fezes líquidas. Leucocitose, febre e hipersensibilidade abdominal não são incomuns, porém não estão presentes em todos os pacientes. O exame retal pode revelar constipação ou um reto cavernoso, acentuadamente dilatado. O paciente típico é um homem com mais de 50 anos. A presença de uma doença grave concomitante é a regra (2-4).

Os achados radiológicos predominantes são dilatação colônica acentuada, escassos níveis líquidos, transição gradual entre o intestino normal e o intestino distendido e presença normal de gás e fezes no reto. O diagnóstico correto pode ser estabelecido através do RX simples ou do enema baritado na maioria dos casos (5).

Esta síndrome deve ser diferenciada de outras entidades, porém o diagnóstico pode ser difícil. A distensão gástrica aguda pode ser identificada e tratada quando se coloca uma sonda nasogástrica; o vôlvulo

do sigmóide é diagnosticado e tratado por retossigmoidoscopia, habitualmente com um grande jato de gases e fezes líquidas. Poderá ser difícil diferenciar a pseudo-obstrução do vôlvulo cecal, porém ambos necessitam de descompressão urgente para evitar a perfuração do cólon (1).

A etiologia da síndrome permanece obscura. Ogilvie, em 1948, descreveu 2 casos de infiltração maligna do plexo celíaco, com conseqüente liberação parassimpática secundária à interrupção da inervação simpática do cólon (6). Atualmente, identificam-se casos onde, mesmo sem os achados de invasão do retroperitônio por tumor, desenvolve-se a síndrome. Os pacientes costumam ter outras enfermidades graves ou, com freqüência, estão se recuperando de uma cirurgia. Admite-se porém, que um desequilíbrio da inervação autônoma desempenha um papel importante na patogenia da doença (4, 7, 8).

O manejo da pseudo-obstrução colônica aguda é um problema que combina medidas clínicas e cirúrgicas. Apesar da terapêutica agressiva, a mortalidade gira em torno de 25 a 55% (5, 7, 9). Uma vez levantada a suspeita clínica, deve-se proceder a realização de uma retossigmoidoscopia ou colonoscopia para diagnóstico e descompressão. Pode-se utilizar também sondas retais ou tubos longos, dependendo do caso, minorando assim, a necessidade de descompressão endoscópica repetida, uma vez que a recidiva ocorreu em 22% dos casos em uma série (4, 10-13).

Apesar da ausência de lesão obstrutiva, o risco de necrose e perfuração cecal (secundária à maciça dilatação colônica) é alto. Em geral, a descompressão do ceco deve ser realizada sempre que seu diâmetro for superior a 12 cm no estudo radiológico em posição supina. Dilatação do ceco acompanhada de sinais de peritonismo, deterioração clínica ou evidências laboratoriais de infarto intestinal são fatores indicativos de laparotomia (1, 3-5, 9).

Referências Bibliográficas

1. Geelhoed GW. Colonic pseudo-obstruction in surgical patients. *Am J Surg* 1985; 149:258-65.
2. Phillips SL. Acute abdominal disease in the aged. *Med Clin North Am* 1988; 72:1213-24.
3. Richards WO, Williams Jr LF. Obstruction of the large and small intestine. *Surg Clin North Am* 1988; 68:355-76.
4. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's Syndrome). *Dis Col Rect* 1986; 29:203-10.
5. Gilchrist AM, Mills JOM, Russell CFJ. Acute large-bowel pseudo-obstruction. *Clin Radiol* 1985; 36:401-4.
6. Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation. A new clinical syndrome. *Br Med J* 1948; 2:671-3.
7. Navarro PN, Morales AM, Lombardo MD, Martin NR, Fernandez GR, Muta GV. Pseudoobstrucción colónica como complicación de la insuficiencia respiratoria crónica. *Rev Clin Esp* 1982; 166:35-8.
8. Strunk A, Semchishyn S. Ogilvie's syndrome in the post-caesarean section patient. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 147:849-50.

9. Bernton E, Myers R, Reyna T. Pseudo-obstruction of the colon. *Curr Surg* 1983; 40:30-1.
10. Bode WE, Beart RW, Spencer RJ, Culp CE, Wolff BG, Taylor BM. Colonoscopic decompression for acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's Syndrome). *Am J Surg* 1984; 147:243-5.
11. Groff W. Colonoscopic decompression and intubation of the cecum for Ogilvie's Syndrome. *Dis Col Rect* 1983; 26:503-6.
12. Nakhgevany KB. Colonoscopic decompression of the colon inpatients with Ogilvie's Syndrome. *Am J Surg* 1984; 148:317-20.
13. Nivatvongs S, Vermeulen FD, Fang DT. Colonoscopic decompression of acute pseudo-obstruction of the colon. *Am Surg* 1982; 19:598-600.