

Síndrome de Ogilvie pós parto cesáreo: um relato de caso

Cesarean birth Ogilvie Syndrome: a case report

DOI:10.34117/bjdv8n12-087

Recebimento dos originais: 04/11/2022

Aceitação para publicação: 08/12/2022

Carolina Araújo Medeiros Vila Nova

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 984, Farol, Maceió - AL

E-mail: carolina_amvn@outlook.com

Caroline de Oliveira Nascimento Monteiro

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 984, Farol, Maceió - AL

E-mail: carolinenamed@gmail.com

Jacqueline da Silva Cardoso

Ginecologista e Obstetra

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 984, Farol, Maceió - AL

E-mail: jac_sc10@hotmail.com

Keila Andreia Martins Moreno

Ginecologista e Obstetra

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 984, Farol, Maceió - AL

E-mail: keilammoreno@gmail.com

Aline Tenório Lins Carnáuba

Doutora em Biotecnologia em Saúde

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 984, Farol, Maceió - AL

E-mail: aline.tenorio@gmail.com

RESUMO

As desordens da motilidade intestinal na gestação podem se expressar com adinamia, as quais se confundem com quadros de oclusão intestinal. Na maioria das vezes, de evolução benigna, contudo em raras ocasiões surge a síndrome da pseudo-obstrução intestinal também chamada de Síndrome de *Ogilvie*, caracterizada pelo cirurgião Heneage *Ogilvie*, em 1948 através de sinais e sintomas e achados radiológicos característicos, como distensão abdominal, náuseas e vômitos, dilatação do cólon, simulando oclusão intestinal, sem causa mecânica visível. No relato de caso descrito, tem-se uma puérpera, 32 anos, G1P0A0, portadora de complicação pós-parto operatório, que desenvolveu a Síndrome de *Ogilvie*, cujo o diagnóstico tardio culminou em pseudo-obstrução intestinal aguda do cólon e posterior cirurgia de emergência. O objetivo desse relato dedica-se a enfatizar a

síndrome dentre as hipóteses diagnósticas de complicações após parto operatório para que seja iniciado um tratamento precoce e uma assistência adequada à paciente, evitando um desfecho desfavorável.

Palavras-chave: Síndrome de Ogilvie, pseudo-obstrução intestinal, cesárea.

ABSTRACT

The intestinal motility disorders during pregnancy may present adynamia, which may be confused with intestinal occlusion symptoms. Most of the times the benign evolution, however, may also show the intestinal pseudo obstruction, also known as Ogilvie Syndrome, first described by the surgeon Heneage Ogilvie in 1948, through specific signals and symptoms and radiological findings, such as abdominal distention, nausea, vomiting and colon dilation, simulating intestinal occlusion with no apparent mechanical cause. In the case reported, the patient was a 32 year-old breastfeeding woman, with postpartum complications, who developed Ogilvie Syndrome, in which the late diagnosis resulted in an acute intestinal pseudo obstruction of the colon after having undergone emergency surgery. This report aims to emphasize such syndrome amongst the postpartum complications diagnosis, following surgical delivery, so that an early treatment and medical assistance may be provided to the patient, avoiding any unwanted outcome.

Keywords: Ogilvie Syndrome, intestinal pseudo obstruction, cesarean section.

1 INTRODUÇÃO

As desordens da motilidade intestinal na gestação podem se expressar com adinamia, as quais se confundem com quadros de oclusão intestinal. Na maioria das vezes, de evolução benigna, contudo em raras ocasiões surge a Síndrome da pseudo-obstrução intestinal ou também chamada de Síndrome de Ogilvie. Essa, foi descrita pela primeira vez pelo cirurgião *Heneage Ogilvie*, em 1948.⁽¹⁻⁴⁾ Ele caracterizou a síndrome através de sinais e sintomas e aparência radiológica característica, como dilatação do cólon, simulando oclusão intestinal, sem uma causa mecânica visível, devido a uma supressão excessiva do parassimpático e estimulação do simpático, causando uma atonia colônica. Sua incidência exata não é conhecida, porém sabe-se que a Síndrome de Ogilvie atinge predominantemente idosos, homens, pacientes hospitalizados ou institucionalizados.⁽¹⁾

A síndrome em questão é um achado raro que ocorre habitualmente após procedimentos cirúrgicos, como: cirurgias ortopédicas, neurológicas e ginecológicas de modo que estes constituem um dos principais fatores de risco para a patologia.⁽²⁾ A síndrome se manifesta com náuseas, vômitos, distensão abdominal aguda, parada da eliminação de fezes e gases. Ao exame físico, o abdome se mostra doloroso, timpanismo

à percussão, contratura muscular involuntária, com sensibilidade leve a moderada e ausência de ruídos hidroaéreos à ausculta. Tais achados costumam se manifestar em cerca de 2 a 12 dias nos casos de pós-operatório, causando confusão com a obstrução mecânica de íleo paralítico.⁽³⁾ Em relação, a distensão abdominal, é possível ser visualizada a distensão de alças ao exame radiológico de abdome (exame complementar crucial), porém não é visualizado níveis líquidos que é típico de obstruções mecânicas.⁽⁴⁾

2 OBJETIVO

Relatar o caso de uma puérpera portadora de complicação pós-parto cesariano, que desenvolveu a Síndrome de *Ogilvie*, cujo o diagnóstico tardio culminou em Pseudo obstrução intestinal aguda do colón e posterior cirurgia de emergência.

3 MÉTODO

Este artigo foi realizado em um Centro Universitário do Estado de Alagoas, de acordo com a instrução normativa 466/2012 e foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição.

As informações contidas neste presente trabalho foram extraídas através da revisão de prontuários, entrevista com a participante da pesquisa, registro fotográfico dos métodos diagnósticos, aos quais a participante da pesquisa foi submetida e revisão literária.

4 RELATO DE CASO

4.1 ANAMNESE

G. M. A. M, sexo feminino, 32 anos, casada, parda, primigesta com 39 semanas de gestação (evidenciado por ecografia obstétrica), deu entrada no pronto atendimento de um hospital privado com evidências clínicas de pródromos de trabalho de parto e desproporção feto-pélvico. Nega outras queixas. G1P0A0, nega alergias e cirurgias prévias, comorbidades: hérnia de hiato, desenvolveu diabetes mellitus gestacional e candidíase vaginal, sem outras intercorrências durante o pré-natal. Mãe e pai diabéticos e dislipidêmicos, pai hipertenso e cardiopata. Nega etilismo e tabagismo, sedentária.

4.2 EXAME FÍSICO

Na primeira admissão: bom estado geral, lúcida e orientada, consciente e verbalizando, deambulando, ativa, sem nenhuma limitação por deficiência física, auditiva

ou visual. Ectoscopia da pele não apresentava nenhuma lesão aparente. Anictérica, acianótica, afebril, eupneica em ar ambiente, com mucosas úmidas e coradas, hidratada. PA 110/70 mmHg /FC 78 bpm /FR 20 irpm /T 36,1°C /IMC 25,21 kg/m². Ao toque vaginal: colo fechado, posterior, presença de líquido amniótico na cavidade vaginal (sanguinolento), BCF + (148) – Índice de BISHOP = zero (desfavorável para a indução).

4.3 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Desproporção feto-pélvica + Diabetes Mellitus Gestacional.

4.4 CONDUTA

Cesariana à *Misgav Ladach*.

4.5 EVOLUÇÃO

Procedimento sem intercorrências. Recém-nascido vivo único, sexo masculino, 3,630 kg, cefálico, Apgar 9/10, Capurro 39 s 3 d. Ao exame de pós-operatório, puérpera em bom estado geral, lúcida e orientada, verbalizando, consciente, ectoscopia sem alteração, ausência de edemas, abdome depressível e sem defesa, urina clara, ferida operatória limpa, útero com formação do globo de segurança de Pinard e loqueação fisiológica. Alta hospitalar após 48 horas, sem intercorrências.

4.6 PROGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO

Puérpera comparece ao serviço de urgência e emergência com queixa de constipação intestinal desde o primeiro dia de pós-operatório. Refere que fez uso prévio de domperidona, mas sem melhora dos sintomas. Ao exame: dificuldade para deambular devido à intensa dor abdominal e obstipação intestinal desde a cesárea, abdômen globoso, distendido, hipertimpânico, doloroso à palpação, diurese presente e evacuação ausente. PA 110x80 mmHg/ FC 95 bpm/ SatO₂ 98%/ Peso 63kg.

Realizado internamento hospitalar em enfermaria com o diagnóstico de Íleo paralítico pós cesariana, aos cuidados do serviço de Ginecologia e Obstetrícia, sendo então prescrito sintomáticos para alívio da dor e laxantes, mas sem eliminação de conteúdo fecal. Posteriormente, foi preparado uma dieta laxativa, lactulona xarope, hidratação com soro fisiológico 0,9% e Lavagem intestinal com glicerina gota a gota, também sem sucesso.

As condutas supracitadas foram mantidas por mais dois dias, sem melhora do quadro clínico, puérpera refere dificuldade para evacuar e eliminar flatos, abdome globoso, timpânico, distendido e vômitos escuros. Desse modo, foi solicitada radiografia para abdômen agudo com urgência e hemograma, onde foi evidenciado presença de grande quantidade de líquido nas alças intestinais e distensão das mesmas (imagem 1 e 2), com isso foi contactuado o médico assistente da parturiente para reavaliá-la, bem como solicitada tomografia computadorizada de abdômen total sem contraste, a qual descartou evidências de obstrução mecânica.

Imagem 1: Radiografia abdominal anteroposterior

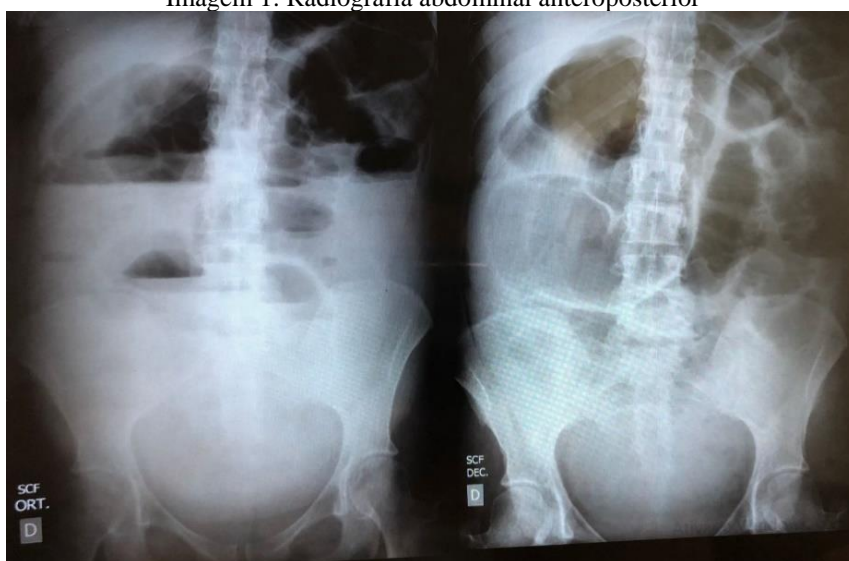
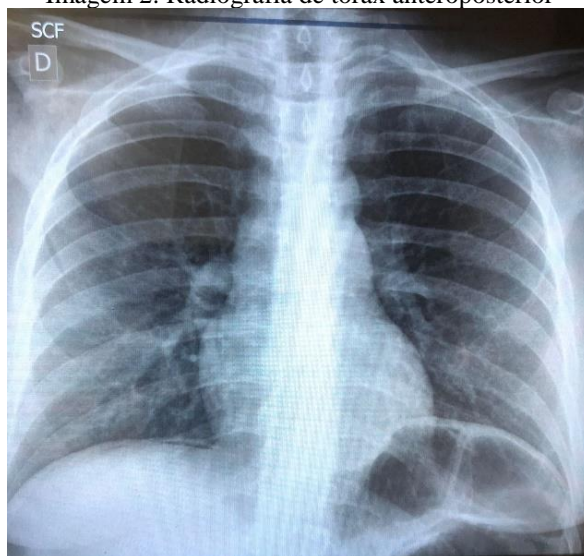


Imagem 2: Radiografia de tórax anteroposterior



Após evolução do médico assistente, o mesmo diagnosticou a mesma com Síndrome de *Ogilvie*, suspeitando então de uma pseudo-obstrução aguda do cólon, solicitando uma colonoscopia de urgência para aspiração dos gases intestinais para descompressão colônica, com o intuito de evitar uma ruptura e/ou necrose intestinal, foi preparado com manitol a 20% 500 mL, o que piorou o desconforto abdominal.

Após a avaliação da clínica médica, puérpera encontrava-se febril, desidratada e hipocorada com manutenção da distensão abdominal, iniciado então Antibioticoterapia com Cefalotina 1g EV 6/6 horas e Eritromicina 1g 6/6 horas, dieta zero, sonda Nasogástrica aberta e hidratação com SF 0,9%.

No oitavo dia de pós-parto cirúrgico, puérpera foi admitida em UTI geral para uma melhor condução e acompanhamento do caso clínico, pois a mesma continuava com quadro de distensão abdominal severa, dor associada do tipo cólica e compressão, ruídos hidroaéreos de luta à direita e abolidos à esquerda, hipertimpanismo, náuseas e vômitos fecalóides (imagem 3), febre e evacuação restrita.

Imagem 3: Conteúdo de vômitos fecalóides



* Fotos disponibilizadas e autorizada pela participante da pesquisa.

Imagem 4: Distensão abdominal intensa



Necessitando de avaliação da Cirurgia geral, foi realizada uma nova radiografia de abdômen agudo em ortostase e dosagem de eletrólitos, evidenciando presença de múltiplos níveis aéreos septados, sugerindo volvo, além de distúrbio hidroeletrólíticos (diminuição de Potássio e Magnésio). Após avaliação do cirurgião do aparelho digestivo, foi solicitado a transferência da puérpera para uma UTI neurológica e realização de descompressão cirúrgica no intuito de evitar ruptura de alças intestinais.

Até então, em uso de: eritromicina 1g, cefalotina 1g, motilium 10mg, mestinon 60 mg, plasil 10mg/2mL, buscopam 20mg, dipirona 500mg/mL, soro fisiológico 0,9% 500mL 12/12 horas, omeprazol 40mg, prostigmine 0,5mg/ml, precedex 100 mcg/mL em BIC, tazocin 4,5g EV 6/6 horas, reposição de Potássio e vitamina K.

4.7 CONDUTA CIRÚRGICA

Parturiente foi submetida a Laparotomia exploradora com achados de obstrução intestinal, dilatação difusa de todo intestino delgado e cólon, sem pontos de obstrução, ceco muito distendido, com serosa com iminência de rompimento, realizado apendicectomia tática para esvaziamento intestinal e colônico, rafia de ceco e drenagem da cavidade. No intra-operatório, foi realizado também abertura do útero, que evidenciou coágulos e restos placentários, realizado a limpeza, útero amolecido e hipotônico.

Foi solicitado sumário de urina, urocultura e cultura de secreção peritoneal e dieta parenteral total. Realizado também acesso venoso central em jugular interna e permanece hemodinamicamente estável, responsiva, em uso de Oxigenioterapia e sem drogas vasoativas. Em uso de clexane 40mg/0,4 mL (reduzir risco de trombose), Insulina regular

100U/mL (risco de hipoglicemia), albumina humana 20%, furosemida 20mg, tramadol 50mg/ml e ondansetrona 8mg/ml.

Exames laboratoriais antes da cirurgia: hemoglobina 7,6/ VCM 94,9%/ leucócitos 18.200/ plaquetas 413.000/ TGP 15 U/L/ amilase 25 U/L/ ácido úrico 4,8 mg/dl/ bilirrubina indireta 0,16mg/dl/ bilirrubina direta 0,22mg/dl/ Cálcio total 7,7 mg/dL/ Creatinina 0,53/ DHL 208 U/L/ Gama-GT 23 U/L/ Ácido Lático arterial 0,9 mmol/L/ Lipase 9 U/L/ PCR 327,3 mg/L/ Potássio 2,8 mmol/L/ Albumina 2,37g/dL/ Sódio 141 mmol/L/ TGO 10 U/L/ TP 15,8 segundos/ Atividade de Protrombina 52%/ INR 1,49/ TTPA 31,7/ Ureia 19mg/dL; Hemocultura e Urocultura sem alterações/ Bacterioscopia de urina: ausência de bactérias/ Bacterioscopia do líquido peritoneal: negativo para peritonite/ Exame de urina: 12 leucócitos/campo;

Realizado hemoterapia com 2 unidades de concentrado de hemácias (grupo sanguíneo AB).

Evoluiu sem intercorrências, contactuando, queixa de leve náuseas, melhora da dor e distensão abdominal, hemodinamicamente estável sem drogas vasoativas, sinais vitais estáveis, diurese regular, afebril, melhora laboratorial, queda de leucocitose e PCR, deambulando, evacuação em pequena quantidade, aceitando bem à dieta oral, recebendo alta da UTI para leito de enfermaria, permanecendo em uso de clexane, metronidazol, prontosan e bromoprida.

Após 6 dias da alta da UTI, puérpera sem queixas algicas, relata evacuações sem anormalidades, deambulando sem náuseas, afebril, diurese presente, abdome normotenso e doloroso à palpação profunda, cicatriz cirúrgica limpa com dreno de *Baker* à direita com conteúdo seroso, sendo então, por decisão da equipe médica e multidisciplinar, a mesma recebe alta hospitalar após melhora clínica e normalização dos exames laboratoriais.

5 DISCUSSÃO

A pseudo obstrução colônica aguda, também chamada de Síndrome de *Ogilvie*, é uma condição clínica com sinais, sintomas característicos de obstrução intestinal e achados radiológicos de dilatação de alças intestinais, sendo, na maioria dos casos, essa dilatação mais exuberante em intestino grosso, sem que haja uma causa obstrutiva de natureza mecânica que explique a parada do trânsito intestinal.⁽⁵⁾ É rara, e o diagnóstico é feito por exclusão através de exames de imagem ou no ato cirúrgico, sendo esse de última escolha, realizado apenas nos casos de falha ao tratamento conservador.

De acordo com os dados epidemiológicos, a prevalência dessa síndrome é mais comum no sexo masculino e em idosos,^(2,5) não sendo frequente dentre as complicações pós-operatórias na Ginecologia e Obstetrícia.

Como diagnósticos diferenciais temos neoplasias, aderências, dilatação gástrica aguda, impactação fecal, volvo intestinal, isquemia mesentérica⁽⁴⁾ e doença de Chagas, que podem cursar com sintomatologia semelhante.

As complicações mais comuns da síndrome, caso haja atraso no diagnóstico, são rompimento da parede do cólon, com perfuração intestinal e conseqüentemente evolução para sepse abdominal (peritonite) e óbito⁽⁶⁾ e se dá devido a uma dilatação progressiva das alças com aumento da pressão, multipilicação bacteriana e resposta inflamatória acentuada.

A fisiopatologia ainda é desconhecida, mas foi possível observar durante a análise literária, que há um desequilíbrio entre o sistema nervoso autônomo simpático e parassimpático, no qual ocorre uma excessiva supressão do parassimpático (interrupção da inervação sacral⁽⁷⁾) e estimulação simpática resultando em uma atonia do cólon,⁽²⁾ o que resulta em obstrução funcional.

A síndrome em questão também pode ter relação com algumas condições clínicas conhecidas, como infarto agudo do miocárdio, traumas, doenças neurológicas, cirurgias e neoplasias; além da relação farmacológica ao uso de opioides, bloqueadores dos canais de cálcio, agonistas adrenérgicos e anestésicos⁽⁵⁾.

Quanto ao tratamento, o mesmo varia de acordo com a gravidade do quadro clínico, podendo ser feito de 3 formas: conservador, cirúrgico ou descompressão colônica (colonoscopia).⁽⁴⁾ Por se tratar de uma obstrução funcional, a conduta inicial é conservadora⁽⁸⁾ e de suporte, tendo como principal objetivo a analgesia, antieméticos, suporte nutricional e manejo dos sinais de dismotilidade intestinal, com o uso de um agente colinérgico, como a neostigmina, bromoprida, dompreidona e metoclopramida. Caso não haja resposta clínica adequada com essas medidas iniciais, tem-se como alternativa a realização de descompressão por colonoscopia.⁽⁵⁾ Ainda dentro do tratamento conservador, é mandatório o controle dos distúrbios hidroeletrólíticos, sonda nasogástrica aberta para descompressão gástrica, uso de laxantes, sondagem retal contínua como medida descompressiva e interrupção do uso de medicações que possam agravar o distúrbio funcional do trato gastrointestinal, como anti-colinérgicos, opioides, antidepressivos tricíclicos, clonidina e bloqueadores do canal de cálcio.^(5,6)

Se essa abordagem falhar, a colocação endoscópica de sonda de decompressão é geralmente aceita como a primeira manobra terapêutica invasiva. A abordagem cirúrgica por via laparotômica ou laparoscópica de urgência é indicada apenas em casos refratários ou complicados com perfuração e/ou isquemia.⁽⁴⁾

Em relação aos exames complementares, a radiografia de abdômen é o exame de maior relevância clínica que possui o melhor custo-benefício e eficácia diagnóstica, pois é possível visualizar a distensão de alças intestinais na ausência de uma causa mecânica/orgânica.^(10,11) Já a colonoscopia, atua como um exame diagnóstico e terapêutico, pois além da visualização direta permite a decompressão do cólon, reduzindo os casos de rompimento intestinal e necrose mesentérica. E a tomografia computadorizada do abdômen tem maior valor preditivo para identificar uma possível lesão, mas não costuma ser necessária para estabelecer os passos iniciais do tratamento. Sua indicação ocorre em pacientes cujo exame radiológico contém achados inespecíficos.⁽⁹⁻¹¹⁾

6 CONCLUSÃO

A Síndrome de *Ogilvie*, é um evento raro dentro da Obstetrícia, o que torna mais difícil o diagnóstico precoce dentro da especialidade. O relato de caso evidencia a importância da inclusão da Síndrome dentre as suspeitas diagnósticas nos casos de evolução pós-operatória que escape dos padrões esperados. Apesar dessa condição não fazer parte do espectro obstétrico cotidiano, seu diagnóstico não deve ser negligenciado, pois ele oportuniza a obtenção de uma conduta precoce e, conseqüentemente, uma resolução mais rápida, a fim de reduzir complicações e morbimortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Ivankovics IG, Antonio IF, Silva GA, Ivankovics HCNG. Síndrome de Ogilvie após parto cesárea: Relato de caso. *Arq. Catarin Med.* 2017; 46(3):171-176. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-849484>
2. Filho AAMT, Mota AB, Silva MSR, Santos DS, Menezes JWR, Aragão JA. Síndrome de Ogilvie: Uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Científico.* 2019; Vol. 2 | e1940. Available from: <https://doi.org/10.25248/reac.e1940.2019>
3. Elsebay L, Galal MA. Ogilvie's Syndrome after Cesarean Section: Case Report in Saudi Arabia and Management Approach. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology.* 2017; 1–5. Available from: <https://doi.org/10.1155/2017/5328160>
4. Ribas Filho JM, Malafaia O, Fouani NM, Fouani MM, Justen M da S, Trevisan NB et al. Síndrome de Ogilvie (pseudo-obstrução intestinal aguda): relato de caso. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva.* 2009; 22(2), 124–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202009000200012>
5. Hummeigen Júnior A, Nakahashi ER, Ceolin IB, Bittencourt VR, Carvalho M. Distensão Abdominal Aguda em Paciente com Síndrome Consumptiva. *Revista Médica Da UFPR.* 2016; 3(3): 156-157. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/rmu.v3i3.49440>
6. Santos JPR, Celestino ITP, Dantas AGL, Guimarães ALOSD, Nunes BR, Pacheco GG. Análise global da Síndrome de Ogilvie: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2020; Vol.12(10) | e4755 Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e4755.2020>
7. Jayaram P, Mohan M, Lindow S, Konje J. Postpartum Acute Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome): A systematic review of case reports and case series. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2017; 214, 145–149. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.04.028>
8. Attarbashi S, Yadav Y, Ahmad G. Intestinal pseudoobstruction (Ogilvie's syndrome) following cesarean delivery. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2006; 94(2), 133–134. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.05.008>
9. Reeves M, Frizelle F, Wakeman C, Parker C. Acute colonic pseudo-obstruction in pregnancy. *ANZ Journal of Surgery.* 2015; 85(10), 728–733. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26044983/>
10. Philips RKS, Clark, S. *Prática cirúrgica do especialista: Cirurgia Colorretal.* 5ª Edição. GEN Guanabara Koogan; 2017.
11. Fernandes CE, Sá MFS. *Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Tratado de ginecologia.* 1ª Edição. GEN Guanabara Koogan; 2018.