

SÍNDROME DE OGILVIE

Eficácia Terapêutica da Cecostomia

CRISTINA LOBATO, PEDRO PÓVOA, FRANCISCO MURINELLO, HENRIQUE SABINO
Unidade de Cuidados Intensivos. Hospital Garcia de Orta. Almada.

RESUMO

O Síndrome de Ogilvie é uma situação clínica rara, que se caracteriza por uma dilatação aguda do cólon, sem evidência de obstrução orgânica ou de processo inflamatório. A associação com doença extracólica é quase uma constante. A dilatação cólica é rapidamente progressiva podendo causar necrose da parede e perfuração intestinal, se não for tratada em devido tempo. A terapêutica deve ser precoce, com instituição de medidas médicas de descompressão e recurso à cirurgia, se aquelas se mostrarem ineficazes. Apresentamos o caso clínico de um doente com Síndrome de Ogilvie refractário à terapêutica médica com resolução rápida e mantida após cecostomia efectuada precocemente.

SUMMARY

Ogilvie's syndrome. Therapeutic efficacy of cecostomy

Ogilvie's syndrome is an uncommon clinical situation, which was first described in 1948. It is characterized by an acute colonic massive dilatation without evidence of organic obstruction. Association with extracolonic disease is a nearly constant feature. Clinically, the syndrome manifests itself as an acute abdominal distention the cecum being the site of greatest dilatation. This situation is rapidly progressive and, if untreated, may cause cecal necrosis and perforation. Treatment should be instituted early, beginning with medical measures, followed by surgery if no improvement is seen. We report a case of Ogilvie's syndrome, and discuss the treatment procedures.

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Ogilvie foi descrito pela primeira vez em 1948 a propósito de dois doentes com o diagnóstico de neoplasia retroperitoneal, que se apresentaram com uma dilatação aguda do cólon que atingia predominantemente o cego e cólon ascendente, sem evidência de obstrução orgânica ou de processo inflamatório cólico associado¹⁻³. Desde então têm sido descritos outros casos de dilatação aguda do cólon associada a patologias extracólicas. A ausência de lesões anatómicas do intestino sugere uma disfunção do sistema nervoso autónomo^{1,4-6}. Clinicamente o síndrome de Ogilvie caracteriza-se por uma distensão abdominal indolor e rapidamente progressiva, com elevado risco de necrose e perfuração intestinal se não se estabelecer uma terapêutica adequada, a qual inclui medidas médicas de descompressão e, eventualmente, o recurso à cirurgia.

Apresentamos o caso clínico de um doente com Síndrome de Ogilvie refractário à terapêutica médica que se resolveu após cecostomia efectuada precocemente.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 69 anos de idade, com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, admitido na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) em insuficiência respiratória global com necessidade de ventilação mecânica, por pneumonia bilateral. Iniciou-se o tratamento da infecção respiratória com Cefuroxime e Gentamicina. Apesar da rápida resolução da infecção, todas as tentativas de retirar o ventilador foram complicadas por episódios de edema pulmonar e instabilidade hemodinâmica. Ao 27º dia de internamento o doente desenvolveu um quadro de insuficiência renal aguda, acompanhado de distensão abdominal com ruídos hidroaéreos mantidos,

sem febre ou dores abdominais. O RX simples do abdomen revelou a existência de distensão do cego que apresentava um diâmetro de 8cm.

Iniciaram-se medidas de descompressão com entubação nasogástrica em drenagem passiva e sonda rectal associadas à administração de procinéticos (Cisapride - 15 mg 6/6h p.o., Metoclopramide - 10 mg 6/6h i.v., Eritromicina - 500 mg 6/6h p.o.) e inibidores da colinesterase (Prostigmina - 0,5 mg 6/6h i.v.) que foram ineficazes. Por agravamento da dilatação cólica efectuou-se uma colonoscopia de urgência. A mucosa observada não apresentava alterações, nomeadamente, sinais de isquémia. Tentou-se a descompressão do cólon que foi seguida de recidiva precoce. Ao 3º dia, o diâmetro cecal era superior a 12 cm (*Figura 1*), tendo-se decidido realizar uma cecostomia sob anestesia local, na própria sala da UCI. Após a cecostomia assistiu-se a uma resolução rápida e persistente da distensão abdominal acompanhada de um aumento do débito urinário. Contudo, o doente viria a falecer quatro dias depois em falência multiorgânica.

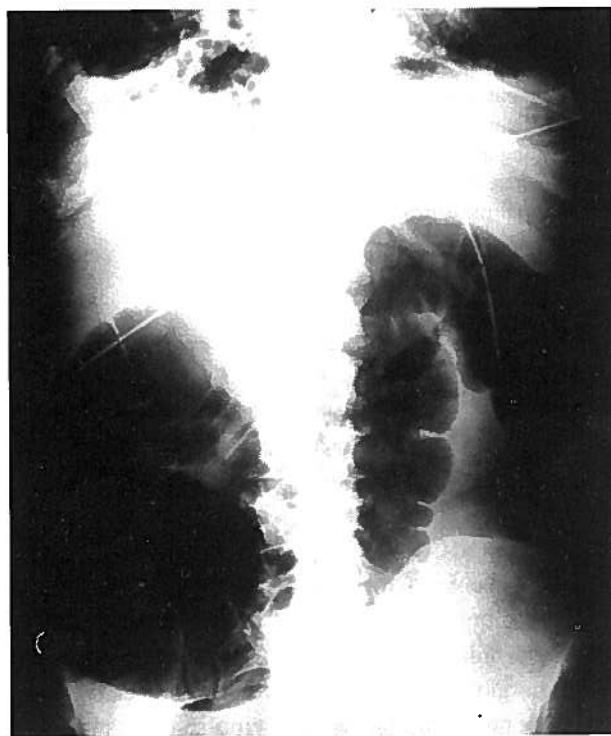


Fig 1 - RX simples do abdomen. Dilatação cólica, com diâmetro da região cecal superior a 12 cms.

DISCUSSÃO

O Síndrome de Ogilvie é uma entidade clínica pouco frequente descrita pela primeira vez em 1948.

Trata-se de uma patologia que ocorre mais frequentemente em homens com idades superiores a 60 anos^{3,7}. A

associação com doença extracólica, médica ou cirúrgica, é quase uma constante, estando descrita em 87% dos casos. A cirurgia pélvica e urológica, os traumatismos abdominais, a inflamação intra-abdominal ou retroperitoneal, a insuficiência respiratória e as lesões malignas, são as associações mais frequentes^{1,4,5,7-10}.

A ausência de lesões anatómicas associadas e a coexistência de outras patologias, sugerem um mecanismo funcional que leva à dilatação do cólon. A hipótese mais aceite é a de um desequilíbrio na actividade do sistema nervoso autónomo com interrupção do sistema parassimpático a nível sagrado e consequente atonia do cólon distal com dilatação da porção proximal^{1,5-7}.

No caso que apresentamos existiam alguns dos factores de risco que têm sido considerados. Tratava-se de um homem na 7ª década de vida, em falência respiratória. O quadro clínico de distensão abdominal indolor, sem vômitos, sem febre e com manutenção dos ruidos hidroaéreos era muito sugestivo. Os exames analíticos permitiram excluir desequilíbrios iónicos^{1,7,9}. O RX simples do abdomen evidenciava distensão do cólon direito com preservação das haustras e septos e sem níveis hidroaéreos ou evidência de obstrução^{1,3,7}.

O tratamento adotado foi conservador, com descompressão e repouso intestinal associados à administração de solutos polielectrolíticos e fármacos para estimular a motilidade intestinal. Estas medidas não resultaram apesar de, em algumas séries, estar descrita uma eficácia variável entre 33 e 100%^{1,3,6,11}. Por este motivo decidiu-se recorrer à cirurgia.

A cecostomia com colocação de um tubo de drenagem ou a colostomia são as técnicas de eleição, pois podem ser efectuadas sob anestesia local e apresentam uma mortalidade baixa (15%)^{1,4}. Se já existirem perfuração ou áreas de necrose é necessário efectuar uma ressecção do cólon atingido, sem restauração imediata da continuidade intestinal. Este procedimento tem uma mortalidade elevada (36-44%), que será ainda maior se se encontrarem dilatações superiores a 14 cm^{1,4,7}.

No caso que apresentamos o tratamento conservador não resultou o que obrigou à realização de uma cecostomia efectuada sob anestesia local, na sala da UCI, que foi eficaz. Este procedimento, realizado por cirurgiões experientes apresenta uma baixa taxa de mortalidade, pelo que propomos que seja instituído precocemente no decurso da doença se as medidas médicas falharem.

BIBLIOGRAFIA

1. VANEK VW, AL-SALTI M: Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome):an analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986;29:203-10.

2. BODE WE, BEART RW, SPENCER RJ, CULP CE, WOLF BG, TAYLOR BM: Colonoscopic decompression for acute pseudo-obstruction of the colon(Ogilvie's syndrome). *Am J Surg* 1984;147:243-45.
3. VASUDEVA R. Colon-related problems in the critically ill. *Curr Opin Critical Care* 1995;1:140-46.
4. GROFF W: Colonoscopic decompression and intubation of the cecum for Ogilvie's syndrome. *Dis.Colon Rectum* 1983;26:503-06.
5. SPIRA IR, RODRIGUES R, WOLFF W: Pseudo-obstruction of the colon. *Am J Gastroentrol* 1976;65:397-08.
6. STEPHENSON BM, MORGAN AR, SALAMAN JR, WHEELER MH: Ogilvie's syndrome: a new approach to an old problem. *Dis Colon Rectum* 1995;38:424-27.
7. NANNI G, GARBINI A, LUCHETTI P, NANNI G, RONCONI P: Ogilvie's syndrome(acute colonic pseudo-obstruction): review of the literature(October 1948 to March 1980) and report of four additional cases. *Dis Colon Rectum* 1982;25:157-66.
8. SLOYER A, PANELL V, DEMAS B et al: Colonic pseudo-obstruction in cancer patients, *Gastroenterology* 1986;90:1638.
9. BURKE G, SHELLITO P: Treatment of recurrent colonic pseudo-obstruction by endoscopic placement of a fenestrated overtube:report of a case.*Dis Colon Rectum* 1987;30:615:19.
10. REX DK: Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Gastroenterologist* 1994;2:233-38.
11. BERTON E, MYERS R, REYNA T: Pseudoobstruction of the colon: case report including a new endoscopic treatment. *Gastrintest Endosc* 1982;28:90-92.