

Pseudo-Obstrução Aguda do Cólon (Síndrome de Ogilvie) *Acute Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome)*

Rita J. Rodrigues , Maria João Palavras , Miriam Magalhães , Maria Jesus Banza 

Palavras-chave: Pseudo-Obstrução do Cólon/diagnóstico; Pseudo-Obstrução do Cólon/tratamento.

Keywords: *Colonic Pseudo-Obstruction/diagnosis; Colonic Pseudo-Obstruction/therapy.*

A síndrome de Ogilvie afeta 100/100 000 doentes hospitalizados por ano¹ e é caracterizada por dilatação aguda do cólon na ausência de obstrução mecânica. Pode ser causada por trauma, infecção, cirurgia, fármacos, distúrbios hidroeletrólíticos, entre outros, e é mais comum em doentes com fatores predisponentes. O diagnóstico é clínico e imagiológico e o tratamento pode ser conservador, ou com o uso de inibidores da acetilcolinesterase (como a neostigmina), colonoscopia descompressiva ou intervenção cirúrgica.²

Descreve-se o caso clínico de um homem de 79 anos, totalmente dependente nas atividades de vida diária e institucionalizado, polimedicado por hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2, obesidade, doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral isquémico com hemiparesia esquerda sequelar), fibrilhação auricular, insuficiência cardíaca com estenose aórtica moderada e hiperplasia benigna da próstata, portador de sonda vesical crónica. Encontrava-se em estudo em ambulatório por diarreia crónica secretora. Deu entrada no Serviço de Urgência quatro dias após realização de colonoscopia, por quadro de obstipação, distensão e dor abdominal. À admissão, apresentava ruídos hidroaéreos escassos e abdómen distendido, timpânico e difusamente doloroso. Analiticamente, destacava-se hipocaliemia grave (potássio 1,6 mmol/L). A radiografia abdominal (Fig. 1) revelou distensão colónica marcada, com cerca de 15 cm de maior diâmetro, e a tomografia computadorizada (TC) abdominal (Fig. 2) excluiu obstrução mecânica. Iniciou correção iónica e foi prontamente submetido a colonoscopia descompressiva, dadas as dimensões da distensão, com melhoria clínica franca. Admitiu-se íleus paralítico secundário a hipocaliemia grave em doente

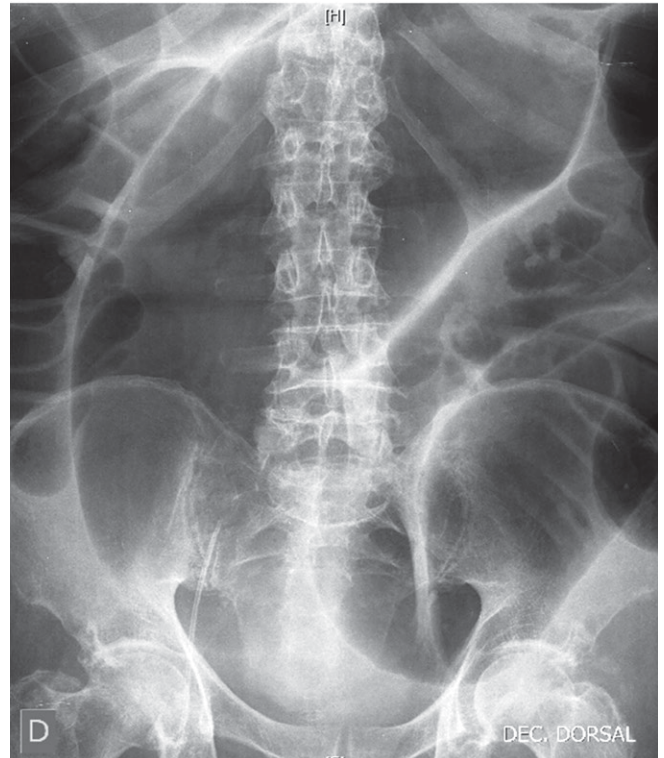


Figura 1: Radiografia abdominal com distensão colónica marcada, com cerca de 15 cm de maior diâmetro.

com condições clínicas potenciadoras, nomeadamente insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular e o facto de se encontrar acamado.

As imagens destacam-se pela exuberância da distensão colónica e servem para relembrar a síndrome de Ogilvie, que pode causar complicações graves, particularmente quando a distensão é superior a 10-12 cm, nomeadamente isquemia e perfuração do cólon, que é fatal em 43% dos casos,³ pelo que o tratamento deve ser iniciado prontamente. ■

Presentations/Apresentações

26º Congresso Nacional de Medicina Interna, em formato de "Imagens em Medicina".

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Leiria, Hospital Santo André, Leiria, Portugal.

<https://doi.org/10.60591/crspmi.117>



Figura 2: Tomografia axial computadorizada abdominal com apreciável distensão gasosa e com nível hidroaéreo de todo o cólon, sobretudo da sigmóideia / ampola rectal e também do cólon transverso / cólon ascendente, o transverso com 60 mm de diâmetro e a sigmóideia com 97 mm. As ansas delgadas, designadamente da última ansa ileal estão colapsadas, mas sem evidência segura de obstáculo.

Declaração de Contribuição

RJR, MJP – Desenho, elaboração e redação do artigo
 MM - Revisão do artigo e revisão crítica do conteúdo
 MJB – Revisão do artigo e aprovação da versão final

Contributorship Statement

RJR, MJP – Design, drafting and writing of the article
 MM - Revision of the article and critical review of the content
 MJB – Revision of the article and approval of the final version

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido. Proveniência e

Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the

protocols of their work center on the publication of data from patients.

Patient Consent: Consent for publication was obtained. Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e SPMI Case Reports 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Case Reports 2023. Re-use permitted under CC BY. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Rita J. Rodrigues - anaritarodrigues3.1@gmail.com
 Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Leiria, Hospital Santo André, Leiria, Portugal
 R. de Santo André, 2410-197 Leiria

Recebido / Received: 2022/03/04

Aceite / Accepted: 2022/03/22

Publicado online / Published online: 2023/11/29

REFERÊNCIAS

- Ross SW, Oommen B, Wormer BA, Walters AL, Augenstein VA, Heniford BT, et al. Acute Colonic Pseudo-obstruction: Defining the Epidemiology, Treatment, and Adverse Outcomes of Ogilvie's Syndrome. *Am Surg*. 2016;82:102-11. doi: 10.1177/000313481608200211
- Maloney N, Vargas HD. Acute Intestinal Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome). *Clin Colon Rectal Surg*. 2005; 18: 96–101. doi: 10.1055/s-2005-870890
- Aguiar D, Fracasso T, Lardi C. Fatal Ogilvie's syndrome after hip surgery and review of the literature. *Forensic Sci Med Pathol*. 2022;18:170-5. doi: 10.1007/s12024-022-00470-9.