

Endoscopia digestiva

Ante un paciente con un cuadro de pseudoobstrucción intestinal aguda, también conocido como síndrome de Ogilvie, ¿está indicada la realización de una endoscopia descompresiva como primera medida terapéutica?

Coordinadores generales: Javier P. Gisbert, C. Santander y Josep M. Piqué
Coordinador de sección: Enrique Vázquez-Sequeiros
Autores: Sílvia Delgado-Aros y Lucas Iizarbe Sánchez

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona. España.

ANTECEDENTES

El cuadro de pseudoobstrucción intestinal aguda, descrito por Sir Heneage Ogilvie en 1948¹, se caracteriza por una imposibilidad para expulsar heces y/o gases, que se acompaña de una clara dilatación intestinal (del colon y/o intestino delgado) y se instaura de forma aguda en ausencia de causa mecánica. Aunque la fisiopatología no es bien conocida, se sabe que se debe a un trastorno reversible de la regulación del tono y el reflejo peristáltico intestinal, normalmente asociado al uso de fármacos, antecedente quirúrgico o proceso mórbido subyacente. En la mayoría de casos, la corrección de la causa precipitante es suficiente para la resolución del cuadro en 48-72 h. Sin embargo, cuando el colon se mantiene distendido a pesar del tratamiento médico, las tasas de perforación intestinal y la mortalidad aumentan enormemente. El ciego suele ser la localización de mayor riesgo de perforación. En casos de persistencia del diámetro cecal por encima de 9-12 cm después de 48-72 h de instaurarse el tratamiento o corrección de las causas precipitantes, es necesaria la descompresión inmediata del colon. Hasta hace poco, la descompresión endoscópica era la primera opción terapéutica cuando fallaba el tratamiento médico^{2,3}.

DISCUSIÓN

Se han publicado varias series de pacientes con síndrome de Ogilvie en los que la descompresión endoscópica se ha

seguido de la resolución del cuadro. Sin embargo, no se ha demostrado aún mediante estudios controlados y aleatorizados que esta intervención mejore la evolución y disminuya la tasa de perforación o la mortalidad de estos pacientes en comparación con el tratamiento conservador. En estas series publicadas, las tasas de resolución, perforación y mortalidad cuando se practica una descompresión endoscópica son similares a las observadas en otras series de pacientes que han recibido solamente tratamiento conservador. Así, en pacientes no seleccionados, la descompresión endoscópica se siguió de una resolución del cuadro en el 82-85% de los casos³⁻⁹ y de perforación en el 0,2-2%^{3,8,10,11}; las tasas de mortalidad fueron del 13-32%, y tras aplicar medidas conservadoras, fueron de un 83, 2,5 y 14%, respectivamente³. Las tasas de respuesta con la descompresión colónica son incluso menores^{12,13} y la mortalidad superior¹⁴ en los estudios en que los pacientes se seleccionaron en función del diámetro cecal o de la falta de respuesta a las medidas conservadoras. Curiosamente, las comparaciones directas del tamaño cecal antes y después de la colonoscopia muestran que el diámetro cecal no varía o incluso aumenta después del procedimiento^{7,8}. Es más, la disminución del diámetro cecal, cuando se produce, no es predictiva de resolución clínica^{7,8}. Hay que tener en cuenta también que la aspiración de aire endoscópicamente en un colon sin preparar, evitando insuflar para no provocar una mayor distensión de éste, es técnicamente difícil y no está exenta de complicaciones como la perforación³.

Hace años que se postuló que la neostigmina, un inhibidor de la enzima colinesterasa que aumenta los valores de acetilcolina en la placa motora, podría revertir el síndrome de Ogilvie. Aunque hay datos del uso de neostigmina en estos pacientes que datan de los años setenta, no es

Correspondencia: Dra. S. Delgado-Aros.
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital del Mar. IMAS.
Passeig Marítim, 25-29. 08003 Barcelona. España.
Correo electrónico: sdelgado@imas.imim.es

Recibido el 07-05-2008; aceptado para su publicación el 30-06-2008.

hasta 1999 cuando se publica el primer ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. En este estudio, Ponec et al¹⁵ evaluaron la eficacia de la administración intravenosa de 2,5 mg de neostigmina frente a placebo para descomprimir el colon en pacientes con síndrome de Ogilvie que mantenían un diámetro cecal > 10 cm después de 24 h de medidas conservadoras. Posteriormente, en el año 2001, se publicó otro estudio, también aleatorizado, controlado con placebo y doble ciego¹⁶, que comparaba una infusión de 24 h de neostigmina (0,4-0,8 mg/h) con placebo, en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos con fallo multiorgánico e íleo cólico asociado. Ambos estudios demostraron la eficacia de la neostigmina para la descompresión inmediata del colon en estos pacientes (el 73 y el 79% en los grupos tratados con neostigmina frente al 0% en el grupo placebo) en ausencia de efectos adversos graves. Sin embargo, estos estudios no permiten evaluar el efecto de la neostigmina, más allá de la descompresión inmediata (30 min postinfusión), sobre las tasas de perforación y mortalidad, pues los pacientes que inicialmente habían recibido placebo fueron tratados posteriormente con neostigmina. Así, aunque la descompresión del colon es obvia tras la administración de neostigmina, no está claro que esto reduzca el riesgo de perforación y la mortalidad de estos pacientes. Sin embargo, en ausencia de respuesta a medidas conservadoras, el uso de neostigmina parece una opción eficaz y segura en pacientes en quienes la descompresión del colon se considera urgente. Hay evidencias de que una segunda dosis de neostigmina podría ser útil cuando la respuesta a la primera administración fuese parcial o inexistente^{15,17-19}. La descompresión endoscópica quedaría pues como tercera opción terapéutica, cuando las medidas conservadoras y las maniobras farmacológicas de descompresión hubieran fracasado.

RESPUESTA

Ante un síndrome de Ogilvie con un diámetro cecal > 9 cm, a pesar de 48-72 h de tratamiento médico conservador, se deberá intentar la descompresión farmacológica del colon administrando, si no hay contraindicación, neostigmina. Si no hay respuesta a la neostigmina, está indicada la descompresión endoscópica y, si falla esta medida, la cecostomía o la cirugía (grado de recomendación A; nivel de evidencia 1b).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ogilvie H. Large intestine colic due to sympathetic deprivation: a new clinical syndrome. *BMJ*. 1948;2:671-3.
2. Nanni G, Garbini A, Luchetti P, Ronconi P, Castagneto M. 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.
3. 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.
4. Bode WE, Beart RW Jr, Spencer RJ, Culp CE, Wolff BG, Taylor BM. Colonoscopic decompression for acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). Report of 22 cases and review of the literature. *Am J Surg*. 1984;147:243-5.
5. Groff W. Colonoscopic decompression and intubation of the cecum for Ogilvie's syndrome. *Dis Colon Rectum*. 1983;26: 503-6.
6. Nivatvongs S, Vermeulen FD, Fang DT. Colonoscopic decompression of acute pseudo-obstruction of the colon. *Ann Surg*. 1982;196:598-600.
7. Pham TN, Cosman BC, Chu P, Savides TJ. Radiographic changes after colonoscopic decompression for acute pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:1586-91.
8. Shirazi KK, Agha FP, Strodel WE, Amendola MA, Nostrant TT, Dent TL. Non-obstructive colonic dilation: radiologic findings in 50 patients following colonoscopic treatment. *J Can Assoc Radiol*. 1984;35:116-9.
9. Strodel WE, Nostrant TT, Eckhauser FE, Dent TL. Therapeutic and diagnostic colonoscopy in nonobstructive colonic dilatation. *Ann Surg*. 1983;197:416-21.
10. Caves PK, Crockard HA. Pseudo-obstruction of the large bowel. *BMJ*. 1970;2:583-6.
11. Golladay ES, Byrne WJ. Intestinal pseudo-obstruction. *Surg Gynecol Obstet*. 1981;153:257-73.
12. Harig JM, Fumo DE, Loo FD, Parker HJ, Soergel KH, Helm JF, et al. Treatment of acute nontoxic megacolon during colonoscopy: tube placement versus simple decompression. *Gastrointest Endosc*. 1988;34:23-7.
13. Munro A, Youngson GG. Colonoscopy in the diagnosis and treatment of colonic pseudo-obstruction. *J R Coll Surg Edinb*. 1983;28:391-3.
14. Geller A, Petersen BT, Gostout CJ. Endoscopic decompression for acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc*. 1996;44:144-50.
15. Ponec RJ, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med*. 1999;341:137-41.
16. Van der Spoel JI, Oudemans-van Straaten HM, Stoutenbeek CP, Bosman RJ, Zandstra DF. Neostigmine resolves critical illness-related colonic ileus in intensive care patients with multiple organ failure: a prospective, double-blind, placebo-controlled trial. *Intensive Care Med*. 2001;27:822-7.
17. Abeyta BJ, Albrecht RM, Schermer CR. Retrospective study of neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *Am Surg*. 2001;67:265-8 [discussion 268-9].
18. Stephenson BM, Morgan AR, Salaman JR, Wheeler MH. Ogilvie's syndrome: a new approach to an old problem. *Dis Colon Rectum*. 1995;38:424-7.
19. Turegano-Fuentes F, Muñoz-Jiménez F, Del Valle-Hernández E, Pérez-Díaz D, Calvo-Serrano M, De Tomas J, et al. Early resolution of Ogilvie's syndrome with intravenous neostigmine: a simple, effective treatment. *Dis Colon Rectum*. 1997;40:1353-7.