

## Pseudo-obstrucción aguda de colon en postoperatorio de prostatectomía radical retropúbica

### Acute pseudo-obstruction of the colon in postoperative of retropubic radical prostatectomy

Dr. Othatz, R. H.

#### INTRODUCCIÓN

*Sir Heneage Ogilvie* describió el síndrome por primera vez, de pseudo-obstrucción colónica, en el año 1948 en el *British Medical Journal*<sup>1</sup>. En este artículo, describía los casos de dos pacientes que presentaban distensión colónica aislada, sin ningún tipo de obstrucción. Él postulaba que el íleo colónico era secundario al desbalance entre la inervación parasimpática y simpática causado por enfermedad metastásica del plexo celíaco.

A la fecha son varios los casos reportados en relación con patologías clínicas y quirúrgicas.<sup>2</sup>

El objetivo es recordar en el ámbito urológico este síndrome, ya que su diagnóstico precoz modifica la alta mortalidad, según algunos trabajos puede llegar al 3% y en caso de requerir cirugía aumenta al 26%.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 63 años, con diagnóstico de adenocarcinoma prostático Gleason 3+4, T2b N0 M0 (prequirúrgico) es sometido a prostatectomía radical retropúbica y linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral, previa preparación de colon y antibiocioterapia según protocolo. Durante el acto operatorio no se registraron eventos o complicaciones. A las 24 horas del postoperatorio se suspende hidratación parenteral, ya que se auscultan ruidos hidroaéreos, a las 48 horas se indica dieta blanda, 3º día buena evolución clínica, asintomático, afebril se retira drenajes por bajo débito, se comienza a percibir distensión abdominal, presenta deposición líquida y eliminación de gases, se suspende alimentación, reanuda hidratación parenteral y reposición electrolítica. 4º día sin fiebre ni dolor, mayor distensión se auscultan ruidos anóricos en hemiabdomen derecho. Ecografía: colon derecho distendido pequeña colección paracólica en ángulo hepático de 30x 10 mm, Rx. Abdomen, marcada distensión de colon en su ángulo hepático, se coloca sonda rectal, elimina abundantes gases y materia fecal líquida. 5º día igual. 6º día se decide realizar videocolonoscopia diagnóstica-terapéutica según algoritmo. Se observa colon distendido sin lesiones isquémicas, se evacua materia líquida y aire, mejoría franca, 8º día, reitera distensión, se repite colonoscopia en este caso mayor edema mucoso, 10º día comienza con ruidos hidroaéreos propulsivos y evolución posterior favorable.

#### DISCUSIÓN

La pseudo-obstrucción colónica aguda es rara entidad, que generalmente se produce en pacientes de edad avanzada,<sup>3</sup> muchos de los cuales tienen problemas clínicos o qui-

Médico Urólogo  
Sanatorio del Círculo Médico  
Bragado, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Raúl Horacio  
Othatz. Alsina 134. Bragado.  
Bs. As. C.P. B6640EFD.

rúrgicos concomitantes. Varias condiciones se han asociado con el desarrollo de la pseudo-obstrucción aguda de colon; se incluyen sepsis,<sup>4</sup> quemaduras,<sup>4,5</sup> procedimientos gineco-obstétricos<sup>3,6,11</sup> cirugía ortopédica,<sup>7,8</sup> cirugía urológica,<sup>3</sup> trasplante renal,<sup>9</sup> alteraciones electrolíticas, infarto de miocardio, insuficiencia respiratoria,<sup>3</sup> pancreatitis, y ciertas drogas,<sup>10,11</sup> traumatismo médulo-espinal. Sin embargo, la fisiopatología precisa involucrada en esta variedad de condiciones no se encuentra dilucidada, hasta la fecha.

## DIAGNÓSTICO

En la práctica clínica se hace por exclusión.

Generalmente se diagnostica en pacientes de edad con otros problemas médicos en el proceso del postoperatorio. Los síntomas son de comienzo brusco y consisten en distensión abdominal, náuseas y vómitos, puede ir asociado con estreñimiento, aunque también puede presentarse diarrea. Al examen físico es de notar el abdomen distendido, timpánico, ruidos intestinales escasos y algunas veces fiebre y abdomen blando. Debe investigarse de forma diligente la obstrucción mecánica de colon que podría requerir intervención *a posteriori*.

Otros diagnósticos diferenciales son impactación fecal, tumor de colon o recto, vólvulo cecal o sigmoideo y megacolon tóxico.

## TRATAMIENTO

Varía según el estado del paciente y severidad de los síntomas.

El primer paso es descartar obstrucción mecánica que requiera corrección quirúrgica. Muchos pacientes merecen recibir primero un tratamiento conservador, dado que la mayoría de ellos responderá a tratamiento no-quirúrgico. Esto incluye ayuno estricto, inserción de sonda nasogástrica, administración intravenosa de soluciones hidroelectrolíticas, evaluar colocación de sonda rectal. La dilatación del colon marcará la necesidad de realizar tratamientos más agresivos, es el caso en que la dilatación supere los 10 a 12 cm, según diferentes autores, haciendo necesaria la realización de una videocolonoscopia teniendo la precaución de no insuflar demasiado el colon mientras se introduce el instrumento, a fin de no aumentar la presión en el segmento cecal, con descompresión del gas y materia fecal, eventual colocación endoscópica de un tubo en co-



Figura 1. Dilatación.



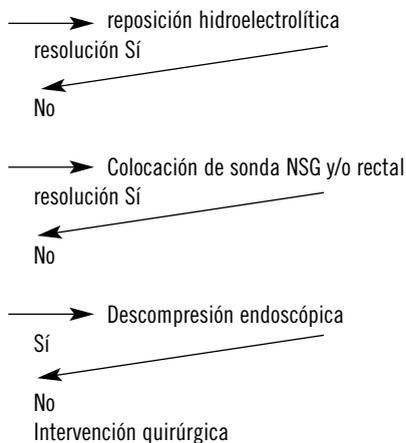
Figura 2. Postinstrumentación endoscópica.

lon proximal.<sup>12</sup> Es posible que el cuadro clínico reaparezca, en ese caso se debe repetir la maniobra endoscópica. Se han intentado tratamientos medicamentosos utilizando cisapride, neostigmina y eritomicina, con resultados contradictorios.

Frente a una recidiva de pseudo-obstrucción, o en su inicio por la severidad del cuadro, compromiso general, o sospecha de perforación, no debe dudarse en la instalación de una sonda permanente a nivel cecal, que permita la descompresión sostenida del colon, ya que la peritonitis estercorácea eleva la mortalidad.

En caso de observar lesiones isquémicas es necesario realizar hemicolectomía derecha.

### Algoritmo



### CONCLUSIÓN

La pseudo-obstrucción intestinal aguda es una entidad clínica rara, que ocurre frecuentemente en pacientes que tiene otras enfermedades clínicas o quirúrgicas subyacentes. Si bien en general se observa más frecuentemente asociada a la operación cesárea (por la alta frecuencia de esta intervención), la intención de la presente exposición tiene por objeto recordar a los Urólogos este síndrome, ya que el diagnóstico precoz y la instauración de medidas iniciales conservadoras son determinantes para evitar la rápida evolución que progresa indefectiblemente a la perforación.

### BIBLIOGRAFÍA

- Ogilvie, H.: Large-intestine colic due to sympathetic deprivation: a new clinical syndrome: *Br. Med. J.*, 2: 671-673, 1948.
- Nanni, G.; Garbini, A.; Luchetti, P.; Ronconi, P. y Castagneto, M.: Ogilvie's syndrome (acute colonic pseudo-obstruction): review of the literature and report of four additional cases. *Dis Colon Rectum*, 25: 157-166, 1982.
- Vanek, V. y Al-Salti, M.: Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome): an analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum*, 29: 203-210, 1986.
- Ives, A.; Muller, M. y Pegg, S.: Colonic pseudo-obstruction in burns patients. *Burns*, 22: 598-601, 1996.
- Kadesky, K.; Purdue, G. F. y Hunt J. L.: Acute pseudo-obstruction in critically ill patients with burns. *J. Burn Care Rehabil.*, 16: 132-135, 1995.
- Ravo, B.; Pollane M. y Ger R.: Pseudo-obstruction of the colon following cesarean section: a review. *Dis Colon Rectum*, 26: 440-444, 1983.
- Breusch, S. J. y Lavander, C. P.: Acute pseudo-obstruction of the following left-sided total hip replacement: an analysis of five patients. *Int. J. Clin. Pract.*, 51: 327-329, 1997.
- Clarke, H. D.; Berry D. I. y Larson D. R.: Acute pseudo-obstruction of the colon as a postoperative complication of hip arthroplasty. *J. Bone Joint Surg. Am.*, 79: 1642-1647, 1997.
- O'Malley, K. I.; Flechner S. M.; Kapoor A.; Rhodes, R. A.; Modlin, C. S.; Golfard, D. A. y Novick, A. C.: Acute colonic Pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) after renal transplantation. *Am. J. Surg.*, 177: 492-496, 1999.
- Steiger, D. S.; Cantieni, R. y Frutiger, A.: Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) in two patients receiving high dose clonidine for delirium tremens. *Int. Care Med.*, 23: 780-782, 1997.
- Pecha, R. E. y Danilewitz, M. D.: Acute pseudoobstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) resulting from combination tocolytic therapy. *Am. J. Gastroenterol.*, 91: 1265-1266, 1996.
- Stephenson, K. R. y Rodríguez-Bigas, M. A.: Decompression of the large intestine in Ogilvie's syndrome by a colonoscopically placed long intestinal tube. *Surg. Endosc.*, 8: 116-117, 1994.
- Stephenson, B. M.; Morgan, A. R.; Salaman, J. R. y Wheeler, M. H.: Ogilvie's syndrome: a new approach to an old problem. *Dis. Colon Rectum*, 38: 424-427, 1995.
- Ponec, P. J.; Saunders, M. D. y Kimmey, M. B.: Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *NEJM*, 341: 137-141, 1999.
- Rovira, A.; López, A.; Cambray, C. y Gimeno, C.: Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) treated with erythromycin. *Int. Care Med.*, 23: 798, 1997.
- Ponsky, J. L.: Ogilvie's syndrome. En Cameron, J. L. editor: *Current Surgical Therapy*, Mosby, Inc., pp. 190-191, 1998.