

Cecostomía endoscópica percutánea, una terapia eficaz en el síndrome de Ogilvie. Relato de caso y Revisión Bibliográfica

Francisco Schossler L.¹, Jonas Takada¹, Fernanda Kreve¹, Juliana Dantas¹ y Karina Inoue¹

Percutaneous endoscopic cecostomy, effective therapy for the treatment of Ogilvie syndrome – Case and literature review

Ogilvie syndrome, or Acute Colonic Pseudo-Obstruction (ACPO) is characterized by colonic distension in the absence of mechanical obstruction. In general, it evolves favorably following a conservative treatment, and surgical procedures are not necessary⁶. We describe a case of ACPO with evolution of two days, in a 79-year old male patient, with asthma, type 2 diabetes mellitus, systemic arterial hypertension and polycystic kidneys. After failure of conservative treatment based on support measures and neostigmine, percutaneous endoscopic support cecostomy, using a gastrostomy tube. The technique and its early execution were chosen considering that it was easy to be implemented, low cost and need for immediate colonic decompression due to high risk of ischemia and perforation of the colon, associated to a rapid clinical deterioration of the patient.

Key words: Endoscopic cecostomy, Ogilvie syndrome, acute colonic pseudo-obstruction (ACPO), gastrostomy tube.

Resumen

El síndrome de Ogilvie o Pseudoobstrucción colónica aguda (ACPO) se caracteriza por la distensión del colon en ausencia de obstrucción mecánica. En general, el tratamiento conservador es favorable, no siendo necesaria una intervención quirúrgica. Describimos el caso de una ACPO con dos días de evolución, en paciente masculino de 79 años, asmático, portador de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y riñones poliquísticos. Después del fracaso del tratamiento conservador con medidas de soporte y neostigmina, se optó por la realización de cecostomía endoscópica percutánea de protección, utilizando una sonda de gastrostomía. La elección de la técnica y su realización precoz se dio teniendo en vista su facilidad de ejecución, su bajo costo y la necesidad de descompresión colónica inmediata por el elevado riesgo de isquemia y perforación del colon, asociado al rápido empeoramiento clínico del paciente.

Palabras clave: Cecostomía endoscópica, síndrome de Ogilvie, pseudoobstrucción colónica aguda (ACPO), sonda de gastrostomía.

Introducción

El síndrome de Ogilvie o Pseudo-obstrucción colónica aguda (ACPO) se caracteriza por la distensión del colon en ausencia de obstrucción mecánica¹. ACPO suele presentarse en pacientes hospitalizados, sometidos a procedimientos quirúrgicos, en portadores de enfermedad previa grave, en el post-trauma y también en complicaciones metabólicas. Se tiene una incidencia

estimada de 100 casos por cada 100.000 admisiones y una tasa de mortalidad que llega al 8%^{3,10}. Describiremos el caso de un Síndrome de Ogilvie con dos días de evolución que tras fracaso del tratamiento conservador con neostigmina, se realizó precozmente la endoscopia percutánea de protección con sonda de gastrostomía sin la ayuda de exámenes radiológicos como ultrasonografía o fluoroscopia. Este procedimiento se mostró eficaz, seguro y con baja morbimortalidad.

Recibido: 20 de noviembre de 2018
Aprobado: 29 de enero de 2019

Correspondencia a:

Francisco Schossler Loss
Calle Souza Naves
número 4013 Ap. 62;
Código de dirección postal (CEP) 85810-070; Cascavel. Paraná, Brasil.
franciscloss@hotmail.com

Caso Clínico

Relato del caso

Paciente masculino de 79 años, asmático, diabético tipo 2, portador de hipertensión arterial sistémica e historial de riñones poliquísticos, inició con cuadro de gastroenteritis aguda (GECA) con siete episodios de vómito y diarrea volumosa. Evolucionó con insuficiencia renal aguda y acidosis metabólica, necesitando ingreso en Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Dos días después del inicio del tratamiento clínico, presentó dolor abdominal difuso de fuerte intensidad y sin factores de mejora. En el examen físico, abdomen blando, globoso, con ausencia de ruidos hidroaéreos.

Se solicitó una evaluación de cirujano digestivo que sugirió el diagnóstico de Pseudo-obstrucción colónica aguda (ACPO). Se requirió una tomografía computarizada (TC) sin contraste (Figura 1) evidenciando exuberante distensión colónica, niveles hidroaéreos en diferentes alturas del intestino delgado y todo colon, enfermedad renal poliquística sin dilatación del sistema colector y ausencia de señales obstructivas y de líquido libre en la pelvis, confirmando la hipótesis diagnóstica. Se optó por iniciar tratamiento conservador con neostigmina 0,8 mg/h en bomba de infusión por 24 h, no obteniendo éxito terapéutico. Al día siguiente, debido a una evolución desfavorable con un empeoramiento de los exámenes de laboratorio –aumento de la acidosis metabólica, lactato y proteína C reactiva–, necesidad de utilización de drogas vasoactivas –noradrenalina– para la mantención de la

presión arterial y al riesgo de isquemia colónica por la gran dilatación o riesgo de ruptura intestinal por el rápido empeoramiento del cuadro clínico, el paciente fue sometido a cecostomía endoscópica percutánea con sonda de gastrostomía (Figura 2) que obtuvo la respuesta terapéutica esperada. Un procedimiento invasivo y más agresivo, pero muy eficaz, con pocas morbilidades y resolutorio. Si realizamos solamente la colonoscopia descompresiva y no obtuvimos éxito en la respuesta terapéutica, el paciente podría no resistir por complicaciones derivadas del síndrome, analizando el rápido deterioro clínico. Se confirmó el posicionamiento de la sonda vía TC (Figura 3) y Scout tomográfico (Figura 4).

La técnica de inserción de la sonda de cecostomía no contó con la utilización de exámenes contrastados, como ultrasonografía o fluoroscopia. Se utilizó el material de gastrostomía para realizar la cecostomía, siendo una alternativa viable y de bajo costo y que

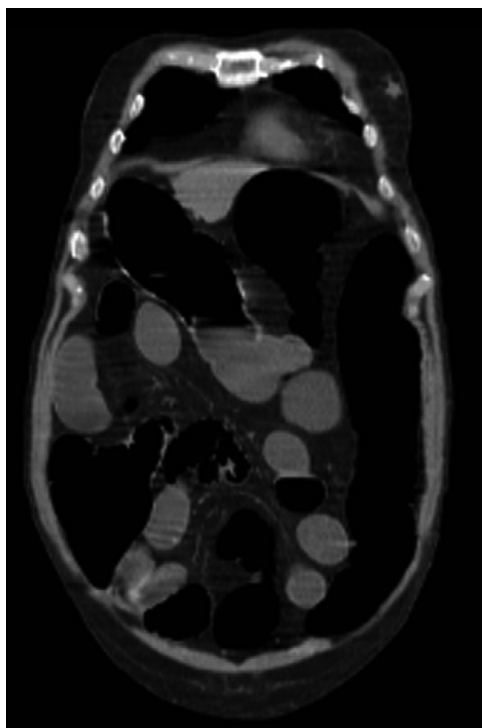


Figura 1. TC prececostomía.

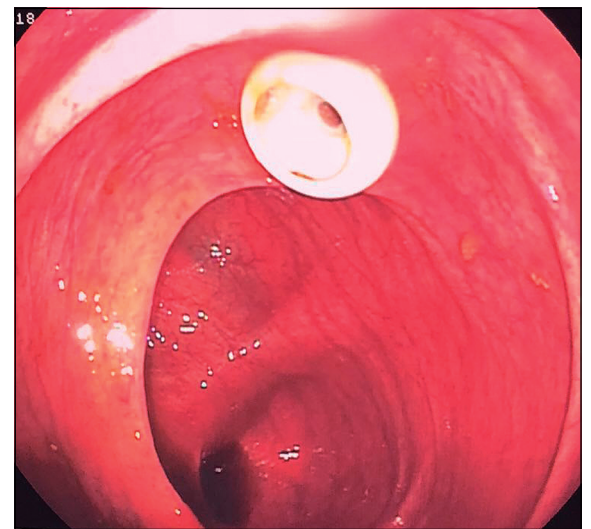


Figura 2. Cecostomía endoscópica.



Figura 3. Posicionamiento de la sonda.



Figura 4. TC con exploración de sonda posicionada.

puede ser realizada ambulatoriamente y por un único endoscopista, en la sala de examen endoscópico.

El procedimiento consistió en la colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo, para evitar la sobredistensión del intestino delgado cerca del colon, disminuyendo la posibilidad de perforación de estructuras adyacentes en el momento de la punción. Después de asepsia y antisepsia de la región abdominal y antibiótico profiláctico, el endoscopista insertó el colonoscopio hasta la región del ciego. En el examen no se evidenció área de estenosis, lesiones de mucosa o isquemia. En el ciego, el endoscopista realizó insuflación máxima, permitiendo la mayor aproximación posible de la pared del colon a la pared abdominal, y desplazando las estructuras adyacentes al colon, disminuyendo el riesgo de perforación del intestino delgado.

En el punto de McBurney, después de digito-presión extrínseca profunda por el auxiliar y visualización por el endoscopista en la pared del ciego, se definió el local de la punción. Con ayuda de la transluminación, se realizó anestesia local con lidocaína al 2% sin vaso constructor, extendiéndose al tejido subcutáneo y aponeurosis, no necesitando sedación. Con el bisturí fue realizada la incisión solamente en la dermis, en extensión longitudinal correspondiente al diámetro de la sonda. Se puncionó la región definida hasta la visualización endoscópica de la aguja traspasando la mucosa y submucosa del ciego. El ayudante, en el momento en que se confirmó la posi-

ción adecuada, retiró la aguja y mantuvo la oclusión del orificio para evitar la pérdida de aire. El hilo guía fue introducido y su extremo toma el endoscopista, siendo el hilo guía retirado junto con el colonoscopio.

Externo al paciente, el hilo guía fue atado a la sonda de gastrostomía y trazado hasta su salida por la pared abdominal. En ese momento, el colonoscopio fue reintroducido para evaluar el posicionamiento del anteparo de la sonda de gastrostomía en la pared anterior del ciego (Figura 2). En el extremo exteriorizado de la sonda, se colocó un mamparo apoyado y fijado en la piel del paciente. No se traccionó demasiado la sonda por el riesgo de isquemia local y caída de la pared del ciego. Para evaluar la fijación y posición de la sonda en el ciego, se realizó movimiento de rotación horario y antihorario, no percibiendo resistencia.

En el primer día post-procedimiento, hubo una mejora clínica expresiva del paciente, con reducción de la distensión, mejora del dolor abdominal, retorno de los ruidos hidroaéreos e inicio de la eliminación de gases. Dos días después, se inició dieta líquida y los exámenes de laboratorio volvieron al rango normal. El paciente permaneció internado por diez días en la UTI para finalización de antibioticoterapia debido a un cuadro pulmonar y garantizar la estabilización de la IRA.

No hubo complicaciones, como hemorragia en el sitio de la punción, infección local, neumoperitoneo, síndrome de encarcelamiento, fistula, flojedad de la fijación de la sonda, enfisema o cualquier otra anomalía. La sonda fue removida por el endoscopista después de seis semanas, cuando hubo certeza de la formación de trayecto fistuloso bloqueado, evitando la ocurrencia de abdomen agudo perforado en cavidad libre. El paciente regresó a control ambulatorio después de seis meses, sin ninguna sintomatología gastrointestinal.

Desarrollo

La pseudo-obstrucción colónica aguda (ACPO) o síndrome de Ogilvie es una condición caracterizada por dilatación colónica aguda en ausencia de obstrucción mecánica, siendo descrita por primera vez por William Ogilvie en 1948, en dos pacientes con infiltración maligna de los ganglios pre-vertebrales^{1,2}. La fisiopatología subyacente ACPO es poco comprendida, con la hipótesis de ser un desequilibrio en la innervación autonómica del colon, siendo una alteración multifactorial^{3,4,5}. La hipótesis prevaeciente es que la ACPO es el resultado de la reducción de la innervación parasimpática para el colon distal, llevando a un segmento atónico y obstrucción funcional^{3,6,7}. Sin embargo, no se encontró ningún dato fisiológico publicado para apoyar o refutar directamente esa afirmación^{2,8,9}.

Caso Clínico

La ACPO es inusual, con una incidencia de aproximadamente 100 casos por 100.000 admisiones hospitalarias¹⁰. Está relacionada con edad avanzada y tiene mayor prevalencia en el sexo femenino. En la mayoría de los casos, el paciente presenta patologías subyacentes, como disturbios hidroelectrolíticos, cirugía ortopédica, infección, enfermedad cardíaca, estado postoperatorio reciente e insuficiencia renal^{3,11,12}. La manifestación clínica generalmente comienza con dolor abdominal, distensión, ausencia de ruido hidroáereo, náusea y vómitos³. La incapacidad de la eliminación de gases es común, pero también puede ocurrir asociada a la diarrea, debido a la hipersecreción de agua³. La fiebre es observada en 78% de los pacientes con intestino isquémico o perforado, aunque también puede ser encontrada en 31% de los pacientes con intestino viable¹.

Un estudio estadounidense reportó una tasa de mortalidad decreciente asociada a la ACPO del 9,4% en 1998 al 6,4% en 2013. Históricamente, las tasas de mortalidad llegaban al 30%⁴. La perforación colónica e isquemia se produce en 10-20%, con una mortalidad asociada de hasta 45%^{3,4}. En ese sentido, preferimos realizar la cecostomía de protección.

Las tasas de intervención quirúrgica y endoscópica disminuyeron en las últimas décadas, debido a un enfoque creciente en el tratamiento conservador y en la terapia farmacológica con neostigmina¹⁰, un inhibidor de la acetilcolinesterasa y parasimpaticomimético, lo que apoya aún más el desequilibrio autonómico como mecanismo fisiopatológico clave^{13,14}. El tratamiento conservador se ha mostrado eficaz en el manejo del síndrome de Ogilvie. En dos estudios no controlados, la neostigmina intravenosa fue eficaz en 80% de los pacientes¹⁵⁻¹⁸.

Debido a los riesgos asociados a la distensión colónica en la falla del tratamiento con neostigmina, se debe practicar colonoscopia o cirugía^{12,18}. Una revisión de 50 casos tratados con descompresión colonoscópica determinó el éxito de 88%¹⁹. La inserción de una sonda guiada por colonoscopia aumentó la eficacia¹⁹.

Una revisión de 1995 con 67 pacientes que realizaron cecostomía por sonda para el tratamiento de ACPO, reveló que 45% tuvo complicaciones como infección, oclusión y desprendimiento prematuro de la sonda²⁰. Sin embargo, no fue necesario intervenir en estos pacientes, demostrando el éxito de este método y la falta de complicaciones graves²¹. En 2015 un estudio de pacientes con cáncer y obstrucción del intestino grueso apoyó aún más el uso de cecostomía por sonda²². No se reportó el caso de perforación de estructuras adyacentes, y la remoción del catéter fue posible en 6 de 9 pacientes con pseudo-obstrucción²². Sólo 1 de los 27 casos resultó en complicaciones graves, y éstas fueron tratadas con éxito a través de la sustitución de la sonda de cecostomía y terapia antibiótica²².

Se debe realizar una resección quirúrgica con colostomía o cecostomía percutánea con sonda como tratamiento tras fracaso del manejo clínico en la resolución de la pseudo-obstrucción colónica¹. Esta opción más invasiva está asociada al aumento de la morbimortalidad, principalmente cuando se considera la reversión del procedimiento²¹. De acuerdo con un estudio de cohorte retrospectivo de 2005, la reversión y el cierre del estoma de la colostomía están asociados a una tasa de complicación del 20% y mortalidad del 3%, siendo la edad el único factor de riesgo significativo²³. Las complicaciones incluyeron fugas anastomóticas e infecciones^{21,23}.

El tratamiento actual para la pseudo-obstrucción colónica sin signos peritoneales y diámetro del colon < 12 cm es neostigmina. En caso de fracaso del tratamiento conservador o recurrencia, el siguiente paso es la realización de descompresión endoscópica, dejando la colostomía quirúrgica como última opción, ya que tiene mayor probabilidad de complicaciones y reduce la calidad de vida del paciente²¹. Por lo tanto, concluimos que la cecostomía percutánea por sonda puede ser considerada como terapia estándar en la falla del tratamiento conservador, obteniendo tasas de éxito de hasta 95%²¹, teniendo como inconveniente la necesidad del lavado de la sonda cada 4 a 6 h para evitar la necesidad su obstrucción^{7,19}.

Conclusión

El diagnóstico del síndrome de Ogilvie o pseudo-obstrucción colónica aguda (ACPO) se basa en la presentación clínica del paciente aliado a la exclusión de obstrucción mecánica por la tomografía computarizada. La primera línea de tratamiento es conservadora, a través de la administración de la neostigmina y, si no tiene respuesta efectiva, el próximo paso será la colonoscopia descompresiva. Sin embargo, en aquellos pacientes sin respuesta clínica al tratamiento conservador y con empeoramiento muy rápido del cuadro obstructivo y de la evolución clínica, como empeoramiento del cuadro metabólico-acidosis metabólica, aumento expresivo y abrupto del lactato, sugerimos la realización precoz de la cecostomía endoscópica percutánea con sonda de gastrostomía, visto las elevadas tasas de complicaciones y de mortalidad con la evolución desfavorable de la pseudo-obstrucción.

Concluimos con base en el caso presentado, que la cecostomía endoscópica percutánea con sonda de gastrostomía se trata de un método eficaz en el tratamiento del síndrome de Ogilvie refractaria a neostigmina en pacientes con evolución rápida de los síntomas y empeoramiento clínico expresivo. Es una técnica de fácil realización, mínimamente invasiva, de bajo costo, y sin necesidad de examen guiado.

Referencias

- 1.- Chudzinski AP, Thompson EV, Ayscue JM. Acute colonic pseudoobstruction. *Clin Colon Rectal Surg* 2015;28:112-7.
- 2.- Wells CI, O'Grady G, Bissett IP. Acute colonic pseudo-obstruction: A systematic review of aetiology and mechanisms. *World J Gastroenterol* 2017;23:5634-44.
- 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.- Nanni G, Garbini A, Luchetti P, Nanni G, 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.
- 5.- Bardsley D. Pseudo-obstruction of the large bowel. *Br J Surg* 1974;61:963-9.
- 6.- Pereira P, Djeudji F, Leduc P, Fanget F, Barth X. Ogilvie's syndrome-acute colonic pseudo-obstruction. *J Visc Surg* 2015;152:99-105.
- 7.- Jain A, Vargas HD. Advances and challenges in the management of acute colonic pseudo-obstruction (ogilvie syndrome). *Clin Colon Rectal Surg* 2012;25:37-45.
- 8.- Chapple K. Acute Colonic Pseudo-obstruction. In: Brown SR, Hartley JE, Hill J, Scott N, Williams JG. *Contemporary Coloproctology*: Springer 2012;439-49.
- 9.- De Giorgio R, Knowles C H. Acute colonic pseudo-obstruction. *Br J Surg* 2009;96(3):229-39.
- 10.- 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.
- 11.- Tenofsky PL, Beamer RL, Smith RS. Ogilvie syndrome as a postoperative complication. *Arch Surg* 2000;135: 682-7.
- 12.- Maloney N, Vargas HD. Acute intestinal pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Clin Colon Rectal Surg* 2005;18:96-101.
- 13.- Hutchinson R, Griffiths C. Acute colonic pseudo-obstruction: a pharmacological approach. *Ann R Coll Surg Engl* 1992;74:364-7.
- 14.- van der Spoel JJ, 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.
- 15.- Sloyer AF, Panella VS, Demas BE, Shike M, Lightdale CJ, Winawer SJ, et al. Ogilvie's syndrome. Successful management without colonoscopy. *Dig Dis Sci* 1988;33:1391-6.
- 16.- Ponec RJ, Saunders MD, Kimmey MB. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *N Engl J Med* 1999;341:137-41.
- 17.- Turégano-Fuentes F, Muñoz-Jiménez F, Del Valle-Hernández E, et al. Resolução precoce da síndrome de Ogilvie com neostigmina intravenosa: um tratamento simples e eficaz. *Dis Colon Rectum* 1997;40:1353-7.
- 18.- Stephenson BM, Morgan RA, Salaman JR, Wheeler MH. Síndrome de Ogilvie: uma nova abordagem para um problema antigo. *Dis Colon Rectum* 1995;38:424-7.
- 19.- Geller A, Petersen BT, Gostout CJ. Endoscopic decompression for acute colonic pseudo-obstruction. *Gastrointest Endosc* 1996;44:144-50.
- 20.- Benacci JC, Wolff BG. Cecostomy. Therapeutic indications and results. *Dis Colon Rectum* 1995;38:530-4.
- 21.- Galban D, Baiel JJ. An Alternative Approach to the Terminal Management of Ogilvie Syndrome 2017;11:352-8.
- 22.- Tewari SO, Getrajdman GI, Petre EN, Sofocleous CT, Siegelbaum RH, Erinjeri JP, et al. Safety and efficacy of percutaneous cecostomy/colostomy for treatment of large bowel obstruction in adults with cancer. *J Vasc Interv Radiol* 2015;26:182-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25529188>.
- 23.- Pokorny H, Herkner H, Jakesz R, Herbst F. Mortality and complications after stoma closure. *Arch Surg* 2005;140:956-60.