

Caso clínico

Pseudoobstrucción intestinal: caso clínico comentado.

Dr. Juan Jesús Puente Gutiérrez

*Servicio de Aparato Digestivo.
Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir.
Hospital Alto Guadalquivir.
Andújar (Jaén).*



- ▶ Mujer de 77 años
- ▶ Acude a urgencias del hospital por **distensión abdominal** progresiva en la última semana que se ha intensificado en las últimas 24 horas, junto a molestias abdominales.
 - No fiebre, no náuseas ni vómitos hasta el día de consulta a urgencias, en que ha tenido un vómito muy escaso, alimenticio.
 - Marcada dificultad para el ventoseo. Última deposición, de escasa cuantía, acuosa, hace unas dos horas.
 - No ha mejorado con *spasmoctyl* y *flatoril* domiciliarios.



Antecedentes personales

- ▶ Cardiopatía HTA, DM tipo 2 con retinopatía, FA paroxística.
- ▶ Histerectomía hace 20 años
- ▶ **Tratamiento domiciliario:** ramiprilo, furosemida, AAS, amiodarona, carvedilol, insulina lantus, repaglinida, simvastaina, linagliptina, omeprazol, domperidona, plantago ovata.
 - ▶ Además, actualmente en tratamiento con *levofloxacino* y *deflazacort* orales en pauta descendente por una neumonía diagnosticada hacía 8 días en urgencias, con buena evolución clínica-radiológica.





EXPLORACIÓN FÍSICA: 36.1°C. TA 130/70 FC 80. SatO2 93%. REG, discreta sequedad de mucosas, algo pálida, eupneica. Abdomen distendido, molesto de forma difusa a la palpación, timpanizado, con ruidos metálicos, escasos. No peritonismo. Tacto rectal: con esfínter normotónico, no masas.

Pruebas complementarias a su ingreso

- ▶ **ANALÍTICA URGENTE:** 12.000 leucocitos (77% PN), Hb 11,3. 291000 PLT. Bioquímica con glucosa 322, urea 32, creatinina 0,7, Na 127, K 3,1. Coagulación normal. Calcio corregido 6,3, Na 122, K 3,3, PCR 10,8. GSA con pH 7,43 y EB 2.
- ▶ **RX TÓRAX PA Y L:** desflecación en base pulmonar derecha. Mejoría respecto de la anterior (8 días antes).
- ▶ **RX SIMPLE ABDOMEN:** ...



07/ALTO GUADALQUIVIR (ANDUJAR)
SI:2
N.º cuenta: 43631102
Paciente Pos: FFS
Estudio Desc: TC CON CONTRASTE I.V.
Serie Desc: SCOUTS
< 1-2 >

HSP. ALTO GUADALQUIVIR (ANDUJAR)
02/09/15 , 11:47:24
GE MEDICAL SYSTEMS BrightSpeed S
EMG
93% Pixel
DFOV 60.0 x 60.0 cm



R



1.- ¿Cuál es la principal sospecha diagnóstica en esta paciente?

- A. Vólvulo de sigma
- B. Pseudoobstrucción intestinal crónica
- C. Ileo adinámico
- D. Síndrome de Ogilvie**
- E. Obstrucción intestinal aguda por bridas



2.- Teniendo en cuenta lo anterior, ¿cuál sería la actitud terapéutica inicial mas correcta?

- A. Administrar neostigmina IV de inmediato, previa monitorización EKG, ya que no está contraindicada en esta paciente y es el tratamiento médico de elección de la pseudoobstrucción colónica aguda.
- B. Tratamiento conservador (balance hidroelectrolítico, descompresión con sonda, etc.) y reevaluar en 24-48 h**
- C. Realizar endoscopia urgente descompresiva, para valorar estado de la mucosa colónica.
- D. Realización de TC abdominal urgente para descartar obstrucción mecánica.
- E. Realizar drenaje percutáneo del colon, ya que la paciente tiene escaso riesgo anestésico.



Comentario a pregunta 2

El tratamiento inicial de la POCA / S. Ogilvie son **medidas de soporte** centradas en la **eliminación o corrección** de los factores predisponentes o aquellas condiciones que pueden prolongar su curso.

Grado de recomendación:

Fuerte, basada en evidencias de baja calidad, 1C.



3.- La paciente apenas mejoró con tratamiento conservador. A las 24 horas, la distensión abdominal persistía y los controles radiológicos seguían mostrando dilatación colónica marcada. Los controles analíticos revelaron 19.000 leucocitos (desviación izquierda). ¿Cuál sería la actitud mas correcta?

- A. Administrar neostigmina IV de inmediato, previa monitorización EKG, ya que no está contraindicada en esta paciente y es el tratamiento médico de elección de la pseudoobstrucción colónica aguda.
- B. Realizar endoscopia urgente descompresiva, para valorar estado de la mucosa colónica.
- C. Realización de TC abdominal para descartar obstrucción mecánica, entre otros diagnósticos.**
- D. Realizar drenaje percutáneo del colon, ya que la paciente tiene escaso riesgo anestésico.
- E. Ninguna de las anteriores.



HSP. ALTO GUADALQUIVIR

02/09/15 , 11:51:24

GE MEDICAL SYSTEMS

120kV

SC:500.00 mm

EMG

100% Pixel

Resolución original

DFOV 47.5 x 47.5 cm

67A 5M.F.AN0285097044

Pos.:24.03 mm

SI:44

N.º cuenta: 43631102

Paciente Pos: FFS

Estudio Desc: TC CON

Serie Desc: CORONAL 3 5

< 601 - 44 >



R

C 40

A 400



HSP. ALTO GUADALQUIVIR

02/09/15 , 11:51:25

GE MEDICAL SYSTEMS

120kV

SC:500.00 mm

EMG

100% Pixel

Resolución original

DFOV 47.5 x 47.5 cm

67A 5M.F.AN0285097044

Pos.:13.53 mm

SI:47

N.º cuenta: 43631102

Paciente Pos: FFS

Estudio Desc: TC CON

Serie Desc: CORONAL 3 5

< 601 - 47 >



SW 3.50 mm

10 cm

C 40

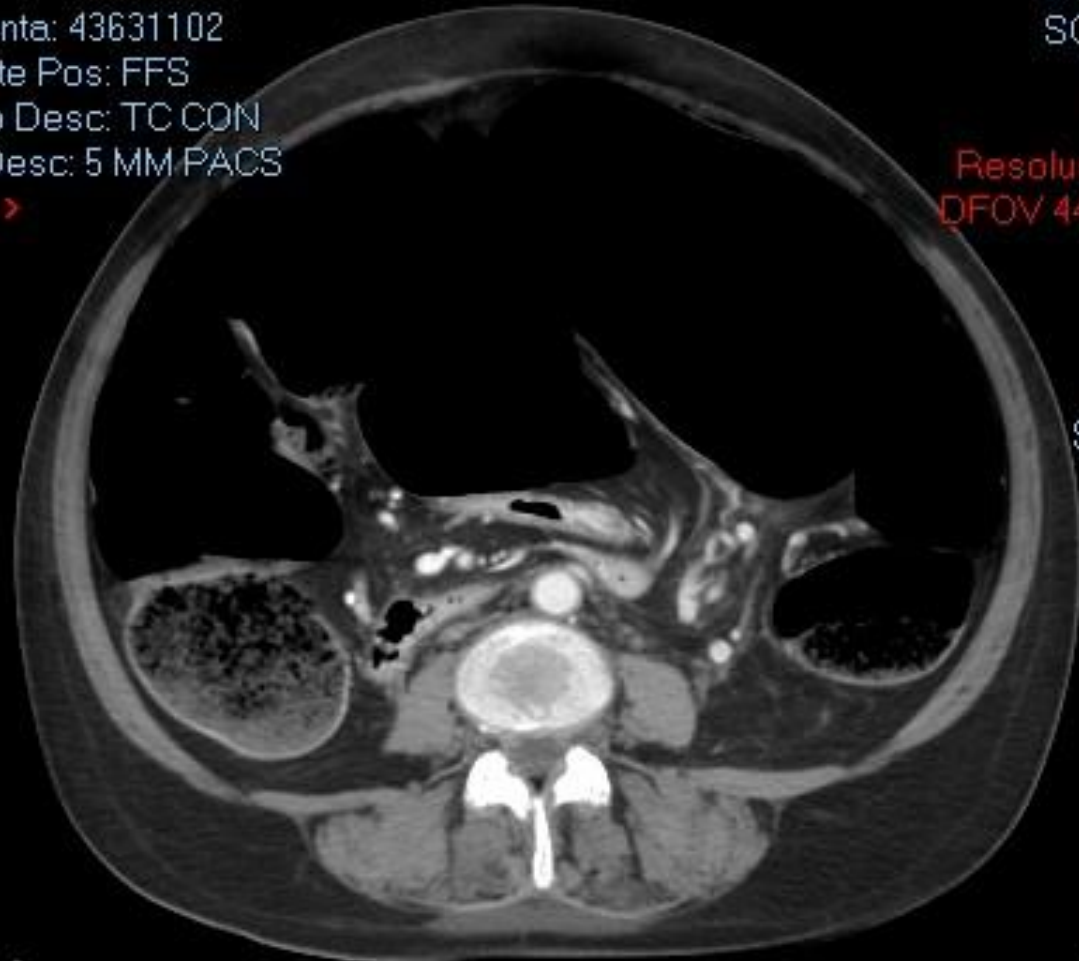
A 400



67A 5M,F,AN0285097044
Pos.: -171.25 mm
SI: 50
N.º cuenta: 43631102
Paciente Pos: FFS
Estudio Desc: TC CON
Serie Desc: 5 MM PACS
< 4-50 >

HSP. ALTO GUADALQUIVIR
02/09/15 , 11:51:29
GE MEDICAL SYSTEMS
120kV, 50mAs
SC: 500.00 mm
EMG
100% Pixel
Resolución original
DFOV 44.1 x 44.1 cm

R



SW 5.00 mm

10 cm

P

C 40
A 400



Comentario a pregunta 3

- ▶ Ante la duda diagnóstica, siempre debe descartarse cualquier complicación (isquemia/perforación) y descartar obstrucción mecánica.
- ▶ No se recomienda realizar colonoscopia en este contexto por el riesgo de complicaciones y por estar contraindicada en caso de perforación/isquemia.
- ▶ La RX simple sólo permite orientación diagnóstica y seguimiento posterior del paciente, una vez establecido el diagnóstico.



TC abdomen con contraste

- ▶ Dilatación colónica generalizada salvo recto, particularmente marcada en colon transverso y sigma.
 - ▶ No obstáculo visible ni cambios de calibre bruscos.
 - ▶ No signos de perforación ni afectación vascular.
- ▶ Se puede establecer el diagnóstico de pseudoobstrucción intestinal colónica aguda o síndrome de Ogilvie.



4.- A continuación se decidió administrar neostigmina 2mg IV a pasar en 5 minutos, con respuesta parcial, optándose por una nueva dosis a las 2 horas de la anterior, tras lo cual la paciente persistía con distensión abdominal franca. ¿Cuál sería la actitud más correcta a continuación?

- A. Administrar infusión continua de neostigmina 1mg/h
- B. Colectomía subtotal por el alto riesgo de isquemia/perforación de la paciente
- C. Realizar colonoscopia total hasta ciego e ileoscopia con toma de biopsias mucosas en todos los tramos, y posteriormente descomprimir todo lo posible.
- D. Realizar colonoscopia descompresiva de los tramos explorados, al menos hasta colon transverso.**
- E. Traslado de la paciente a centro que disponga de manometría intestinal.



Comentario a pregunta 4

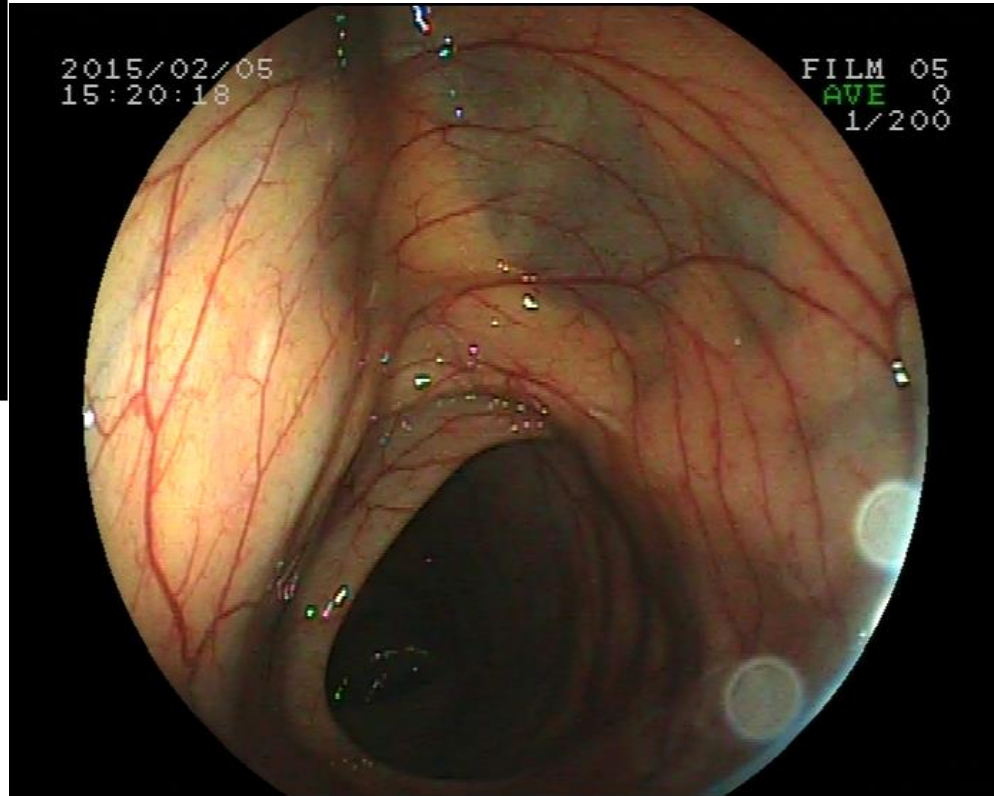
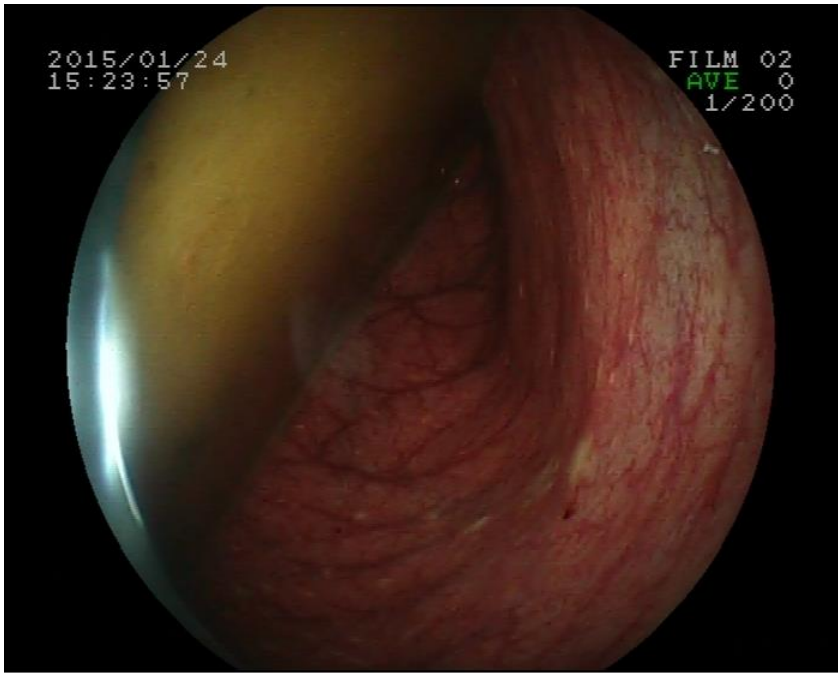
La descompresión endoscópica debe considerarse en pacientes con POCA / *S. Ogilvie* cuando la terapia con neostigmina es inefectiva o está contraindicada.

Grado de recomendación:

Fuerte, basada en evidencias de calidad moderada, 1B.



Colonoscopia



Se explora hasta colon transverso, evidenciando colon dilatado, lleno de aire, apenas hay heces.

Se consigue aspirar consiguiendo evidente mejoría de la paciente, cuyo abdomen se torna casi plano, y blandito. No signos de sufrimiento mucoso (erosiones, eritema, etc.).

5.- Dado que se obtuvo éxito terapéutico, ¿cuál es la actitud a seguir más oportuna para evitar una eventual recidiva precoz de la paciente?

- A. Administrar un nuevo bolo de *neostigmina* IV transcurridas 24 horas tras la descompresión endoscópica.
- B. Colocación de sonda descompresiva durante el mismo procedimiento de descompresión endoscópica del colon.
- C. Administrar *eritromicina* IV durante una 5-7 días.
- D. Administrar *polietilenglicol* 29,5g en las 24 horas posteriores a la descompresión endoscópica.
- E. **B y D son correctas.**



Comentario a pregunta 5

- ▶ Las evidencias disponibles avalan el uso de sonda descompresiva colocada durante la descompresión endoscópica, y preferiblemente colocada bajo guía y seguimiento fluoroscópico, evidenciándose una menor tasa de recidiva respecto de su no colocación, precisando menor colonoscopias.
- ▶ La administración de *polietilenglicol* tras la descompresión con neostigmina ha demostrado reducir la tasa de recidiva, en un único estudio randomizado disponible al respecto.

Saunders MD. *Endoscopy* 2005; 37:760-763
Rex DK. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1997
Sgouros SN. *Gut* 2006; 55:638-642

