

# PSEUDOOBSTRUCCIÓN DE COLON (SÍNDROME DE OGILVIE): UN IMPORTANTE SIMULADOR DE OBSTRUCCIÓN COLÓNICA.

## LARGE BOWEL PSEUDOOBSTRUCTION (OGILVIE'S SYNDROME): AN IMPORTANT MIMIC OF LARGE BOWEL OBSTRUCTION.

Moya Sánchez E<sup>1</sup>, Pérez Naranjo P<sup>1</sup>, Medina Salas V<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

<sup>2</sup>Centro de Salud Cartuja. Granada.

### Resumen

La pseudoobstrucción de colon puede diagnosticarse fácilmente y con precisión mediante tomografía computarizada (TC). Los hallazgos radiológicos consisten en una dilatación extensa del marco cólico sin evidencia de lesión obstructiva mecánica y una zona de transición de calibre intermedia localizada de forma típica en la flexura esplénica o adyacente a la misma. El tratamiento mediante descompresión colonoscópica mejora el pronóstico de los pacientes que presentan gran dilatación y mayor riesgo de isquemia y perforación.

**Palabras clave:** pseudoobstrucción colónica, síndrome de Ogilvie, TC, zona transicional.

### Abstract

Colonic pseudoobstruction can be diagnosed by computed tomography (CT). Radiological findings consist of extensive colonic dilatation without an obstructive lesion at the intermediate transitional zone or adjacent to the splenic flexure. Conservative treatment with colonoscopic decompression improves the prognosis of patients who have large distention and increased risk of ischemia and perforation.

**Keywords:** colonic pseudoobstruction, Ogilvie's syndrome, CT, transitional zone.

### Caso clínico

Paciente de 85 años de edad con antecedentes personales de dislipemia, HTA y EPOC severo, que ingresó a cargo de neumología debido a aumento de disnea habitual de forma progresiva, hasta ser de mínimos esfuerzos, asociada a tos con expectoración y fiebre de 38°C.

#### CORRESPONDENCIA

Elena Moya Sánchez  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
18016 Granada  
[elemoya89@gmail.com](mailto:elemoya89@gmail.com)

Fecha de envío: 29/03/2020

Fecha de aceptación: 16/05/2020

A la exploración abdominal, se observó el abdomen muy distendido y difícil de explorar, no doloroso y sin signos de irritación peritoneal.

Analíticamente destacó leucocitosis con neutrofilia y aumento de PCR. El segundo día de ingreso se realizó una radiografía simple de abdomen (Figura 1) en la que se apreció gran dilatación del marco cólico sin evidencia de gas distal, por lo que se solicitó TC abdominopélvica para confirmación de dichos hallazgos ante la sospecha clínica de obstrucción intestinal mecánica.



**Figura 1**

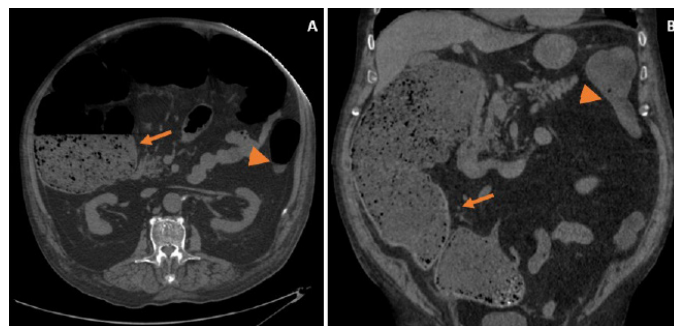
Radiografía simple abdominal en decúbito supino en la que se aprecia importante dilatación del marco cólico.

En la TC (Figura 2) se observó importante dilatación de ciego, colon ascendente y transversal hasta el ángulo esplénico, donde disminuye progresivamente de calibre, sin causa obstructiva mecánica evidente. Estos hallazgos son diagnósticos de pseudoobstrucción colónica (síndrome de Ogilvie).

Debido al gran diámetro del ciego (14 cm), se realizó colonoscopia descompresiva, en la que se explora el marco cólico hasta el ángulo hepático, sin poder progresar más por presencia de heces. Se observó dilatación marcada de colon transversal y derecho y se procedió a aspirar el contenido aéreo y líquido. El paciente mejoró clínicamente de la sintomatología abdominal sin necesidad de tratamiento quirúrgico.

## Discusión

La pseudoobstrucción aguda de colon es una entidad infrecuente que se caracteriza por una dilatación colónica en ausencia de obstrucción mecánica<sup>1</sup>. Fue descrita por primera vez por Ogilvie



**Figura 2**

TC abdominopélvica en plano axial (A) y reconstrucción coronal (B) en la que se confirma la marcada dilatación de ciego, colon ascendente y transversal (flecha) y la zona de transición de calibre en flexura esplénica, sin causa obstructiva mecánica evidente (cabeza de flecha).

en 1948 como una pseudoobstrucción debida a la interrupción de la innervación simpática del colon<sup>2</sup>

Es más frecuente en pacientes varones por encima de los 60 años de edad, la mayor parte hospitalizados con enfermedad grave<sup>3</sup>.

En la actualidad, la patogénesis de la pseudoobstrucción no está clara. Se han propuesto distintas causas (inflamatorias, traumáticas y condiciones médicas basales), si bien la alteración de la innervación por parte de los gangliones intramurales tiene una alta tendencia a ocurrir en casos crónicos<sup>4</sup>.

Las técnicas de diagnóstico por imagen, entre ellas especialmente la TC tienen un papel esencial en el diagnóstico de esta patología. La radiografía simple abdominal demuestra marcada dilatación colónica que afecta predominantemente al ciego, colon ascendente y transversal. La TC permite visualizar la totalidad del marco cólico y ayuda a determinar la presencia o ausencia de un punto de transición de calibre, hallazgo clave para el diagnóstico de esta patología y su diferenciación de la obstrucción mecánica<sup>4</sup>.

Los hallazgos en TC consisten en dilatación colónica proximal con una zona intermedia transicional en la región de la flexura esplénica, sin identificar lesiones estructurales.

Este hallazgo está implicado en el desbalance neuronal autonómico como etiología de la pseudoobstrucción ya que la zona de transición en todos los casos suele encontrarse en la flexura esplénica o adyacente a ella. En esta región, la innervación parasimpática del colon experimenta una transición desde el nervio vago (inerva la porción proximal) al nervio sacro (inerva la porción distal)<sup>5</sup>.

El ciego se encuentra frecuentemente distendido en la pseudoobstrucción, por lo que la isquemia y perforación suelen aparecer en la región cecal. El riesgo de perforación espontánea en estos casos es del 3-15%, con una mortalidad del 50%<sup>4</sup>. Cuando el riesgo de perforación es alto, se recomienda intervención directa mediante descompresión colonoscópica. Está indicada cuando el diámetro cecal es mayor de 12 cm<sup>5</sup>.

## Conclusión

La pseudoobstrucción colónica es una entidad que puede diagnosticarse con precisión mediante TC debido a unos hallazgos típicos por imagen basados en su fisiopatología, si bien esta no es totalmente conocida.

Los pacientes presentan marcada dilatación del marco cólico, principalmente de ciego y colon ascendente y una zona de transición de calibre próxima a la flexura esplénica. La TC además de definir la dilatación cecal para un manejo terapéutico precoz y adecuado, también tiene un papel fundamental en el diagnóstico diferencial con la obstrucción mecánica descartando lesiones estructurales y en el diagnóstico de posibles complicaciones asociadas a la pseudoobstrucción: isquemia o perforación.

## Bibliografía

1. Wells CI, O'Grady GO, Bissett IP. Acute colonic pseudo-obstruction: A systematic review of aetiology and mechanisms. *World J Gastroenterol* 2017; 23: 5634-5644
2. Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation; a new clinical syndrome. *BMJ* 1948; 2: 671-673
3. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudoobstruction of the colon (Ogilvie's syndrome): an analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986; 29:203-210
4. Jaffe T, Thompson WM. Large-Bowel obstruction in the adult: classic radiographic and CT findings, etiology and mimics. *Radiology* 2015; 275:651-663
5. Choi JS, Lim JS, Kim H, Choi JY, Kim MJ, Kim NK, et al. Colonic pseudoobstruction: CT findings. *AJR Am J Roentgenol* 2008; 190: 1521-1526