



RELATO DE CASO

SÍNDROME DE OGILVIE APÓS PARTO CESÁREA: RELATO DE CASO

OGILVIE'S SYNDROME AFTER CAESAREAN SECTION: CASE REPORT

Ivan Gregório Ivankovics¹
Ibsen Felipe Antonio²
Gabriella Amorim da Silva³
Hannah Catharina Nepomuceno G. Ivankovics⁴

RESUMO

Introdução: Descrita por Heneage Ogilvie em 1948, a síndrome que leva seu nome é caracterizada por uma dilatação do cólon simulando uma obstrução mecânica, possivelmente por conta de uma supressão parassimpática, ou estímulo excessivo parassimpático, resultando em uma atonia do cólon. O tratamento pode ser conservador, cirúrgico ou por decompressão colonoscópica. **Relato:** K.R.S.R, 41 anos, mulher, recém operada (cesariana), foi admitida relatando dor, distensão abdominal, constipação, ausência de flatos e febre. Disse já ter procurado serviço médico com queixas de constipação intestinal e apresentava-se hipotensa, taquicárdica, SpO₂ 94% e desidratada. O abdômen encontrava-se globoso, distendido, tenso, doloroso difusamente à palpação profunda, Blumberg +, timpânico à percussão, 18.600 leucócitos, 7% de bastonetes, Hb: 15,8 Ht: 46% e plaquetas: 349.000/mm³. Foi internada e submetida a USG abdominal, rotina radiológica de abdômen agudo e TC abdominal. Submetida à laparotomia exploradora, constatando dilatação desde o cólon ascendente até o cólon sigmóide e uma perfuração do ceco com cerca de 1cm. Realizou-se a aspiração da cavidade, rafia da lesão cecal e drenagem utilizando-se dreno túbulo laminar. Com boa evolução, teve alta no 5º dia pós-operatório, retirando o dreno posteriormente. 20 dias após o procedimento, retornou relatando dor abdominal, sendo submetida à USG de abdome que revelou coleção na goteira parieto-cólica direita. Esta foi drenada através de videolaparoscopia e, após boa evolução, a paciente recebeu alta no 2º dia pós-operatório. **Conclusão:** São necessários mais estudos para aprofundar o conhecimento sobre a síndrome.

Palavras-chave: Síndrome de Ogilvie. Pseudo-obstrução. Cesárea.

ABSTRACT

Introduction: Described by Heneage Ogilvie in 1948, the syndrome that bears his name is characterized by a dilation of the colon simulating a mechanical obstruction, possibly due to a parasympathetic suppression or excessive parasympathetic stimulation, resulting in an atony of the colon. The treatment may be conservative, surgical or by colonoscopic decompression. **Report:** K.R.S.R, 41 years old, female, newly operated (caesarean section), was admitted reporting pain, bloating, constipation, absence of flatus and fever. Said she had sought medical service with constipation complaints and the patient was hypotensive, tachycardic, SpO₂ 94% and dehydrated. The

¹ Médico Cirurgião do Hospital de Guamição de Porto Velho – Porto Velho/RO. Graduação em medicina pela Universidade Federal de Alagoas; Especialista em Cirurgia Geral pela Fundação Hospitalar do Distrito Federal; Mestrado em Gastrocirurgia pela Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina; Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica; Membro da International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). Brasil. E-mail: ivangregorio10@gmail.com.

² Acadêmico da Fundação Universidade Federal de Rondônia – Porto Velho/RO. Brasil E-mail: ibsenfa@gmail.com.

³ Acadêmica da Faculdades Integradas Aparício Carvalho (FIMCA) – Porto Velho/RO. Brasil. E-mail: gabi_cdb@hotmail.com.

⁴ Acadêmica da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – João Pessoa/PB. Brasil. E-mail: hannahivankovics@gmail.com.



abdomen was globose, distended, tense, painful diffusely to deep palpation, Blumberg +, tympanic to percussion, 18,600 leukocytes, 7% rods, Hb: 15.8 Ht: 46% and platelets: 349,000 / mm³. She was hospitalized and underwent to an abdominal ultrasonography, radiological routine, acute abdomen and abdominal CT. Submitted to laparotomy, finding dilation from the ascending colon to the sigmoid colon and cecal perforation of about 1cm. It carried out the suction cavity, suture the cecal lesion and drainage using laminar drain tubule. With good performance, she was discharged on the 5th postoperative day, removing the drain later that day. 20 days after the procedure, she returned reporting abdominal pain and was submitted to an abdomen USG revealed that the collection in the right parieto-colic drip. This was drained by laparoscopy and, after good performance, the patient was discharged on the 2nd postoperative day. **Conclusion:** Further studies are needed to increase knowledge about the syndrome.

Keyword: Ogilvie Syndrome. Pseudo-obstruction. Cesarean section.

INTRODUÇÃO

Apesar de ter sido descrita por Heneage Ogilvie em 1948 em um relato de dois casos similares publicado no *British Medical Journal*, a síndrome que leva seu nome permanece sem esclarecimento fisiopatológico total. A hipótese mais aceita é a mesma formulada pelo cirurgião em sua publicação: supressão parassimpática excessiva ou estimulação simpática exagerada, resultando em atonia colônica.^{1,2}

Sua incidência exata não é conhecida, porém sabe-se que a Síndrome de Ogilvie atinge predominantemente idosos, homens, pacientes hospitalizados ou institucionalizados. A dilatação do cólon, simulando uma obstrução mecânica porém sem que esta exista, é o que caracteriza a síndrome. Seus principais diagnósticos diferenciais são feitos com a obstrução mecânica e com o megacólon tóxico secundário.³

O seguinte trabalho tem como objetivo relatar um caso de pseudo-obstrução intestinal, Síndrome de Ogilvie, acompanhado no Hospital da Guarnição, na cidade de Porto Velho, estado de Rondônia, Brasil.

RELATO DE CASO

Paciente K.R.S.R, 41 anos, sexo feminino, sétimo dia pós-operatório de cesariana, foi admitida ao pronto socorro com queixas de dor, distensão abdominal, parada da eliminação de gases e fezes, e febre. Negou vômitos. Relata já ter procurado serviço médico duas outras vezes com queixas de constipação intestinal.



Ao exame físico, a paciente apresentava-se hipotensa com pressão arterial de 80x60 mmHg, taquicárdica com frequência cardíaca de 160 bpm, SatO₂: 94% e desidratada. O abdômen encontrava-se globoso, distendido, tenso, doloroso difusamente à palpação profunda, sinal de Blumberg + e timpânico à percussão. Nos exames laboratoriais: hemograma com leucocitose de 18.600/mm³ sendo 7% de bastonetes, hemoglobina 15,8g/dL, hematócrito de 46% e plaquetas 349.000/mm³.

A paciente foi internada e submetida à ultrassonografia abdominal, rotina radiológica de abdômen agudo (Figura 1) e tomografia computadorizada abdominal (Figura 2). Após realização dos exames, foi encaminhada e deu-se sequência com a laparotomia exploradora, notando-se importante dilatação de parte do intestino grosso, do cólon ascendente até o cólon sigmóide, e perfuração da parede anterior do ceco com cerca de 1 cm. Foi realizada a aspiração da cavidade, rafia da lesão do ceco e drenagem cavitária, sendo utilizado dreno túbulo laminar. A paciente evoluiu bem, recebendo alta no quinto dia pós-operatório e retornou ao serviço posteriormente para retirada do dreno.

Vinte dias após o procedimento cirúrgico a paciente evoluiu novamente com dor abdominal. Realizou-se novamente uma ultrassonografia abdominal, esta revelou uma coleção na goteira parietocólica direita, sendo então drenada por videolaparoscopia. Após boa evolução recebeu alta no segundo dia pós-operatório.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Ogilvie, descrita em 1948 por Heneage Ogilvie, trata-se de uma pseudo-obstrução intestinal, que apresenta sinais, sintomas e imagem radiológica característicos de obstrução do cólon. A síndrome surgiu a partir da descrição de dois casos clínicos que mostravam pacientes com sintomas fortemente sugestivos de obstrução do intestino grosso, entretanto, ao exame de enema opaco, o mesmo mostrava-se normal. Após laparotomia exploratória, que evidenciou cólon normal, observou-se envolvimento maligno do plexo celíaco, Ogilvie concluiu, à época, que o tumor teria interrompido a inervação simpática do intestino grosso, e com isso, o sistema parassimpático atuaria em sentido oposto provocando espasmo regional.¹

A incidência exata da Síndrome de Ogilvie não é conhecida. Sabe-se que a maioria dos casos ocorre em idosos, predominantemente do sexo masculino (60%), hospitalizados ou institucionalizados, com patologia clínica grave. Pacientes submetidos à intervenção cirúrgica recente, usuários de clonidina e com gravidez recente também merecem nota.³

É caracterizada por dilatação do cólon, simulando oclusão intestinal, sem que se encontre uma causa mecânica para a obstrução. A principal hipótese fisiopatológica é a interrupção da inervação sacral e consequente atonicidade do cólon.² Apresentando quadro clínico de distensão abdominal



progressiva e acentuada, que normalmente vem acompanhada da parada de eliminação de gases e fezes, podendo também apresentar diarreia, tipo esteatorréia.³ Ao exame do abdômen, é possível observar timpanismo, dor à palpação e ausculta de ruídos hidroaéreos preservada. O exame radiológico evidencia presença de distensão colônica, principalmente dos cólons direito e transversos, com diâmetros superiores ou igual a 9 cm.⁴ Com o progredir da doença, caso não seja devidamente tratada, o ceco pode romper-se, evoluindo então para sepse abdominal.⁵

O tratamento para a Síndrome de Ogilvie varia de acordo com o quadro clínico de cada paciente, levando em consideração a causa desencadeante e as complicações. Pode ser realizado de três formas: conservadora, cirúrgica e decompressão por colonoscopia.² Os principais diagnósticos diferenciais em doentes hospitalizados são: megacólon tóxico secundário à infecção grave por *Clostridium difficile* e a obstrução mecânica.³

CONCLUSÃO

O caso trata de uma paciente puérpera de 7 dias com parto cesáreo. Como são conhecidos fatores de risco, provavelmente foram determinantes para a ocorrência de uma patologia que tão pouco se conhece a respeito. Dado que não se conhece a incidência exata, mesmo a síndrome tendo sido relatada no final da década de 40, e sua fisiopatologia por inteiro, há uma necessidade de novos relatos de caso e outros trabalhos científicos para futuro esclarecimento, diagnóstico precoce e otimização do tratamento.

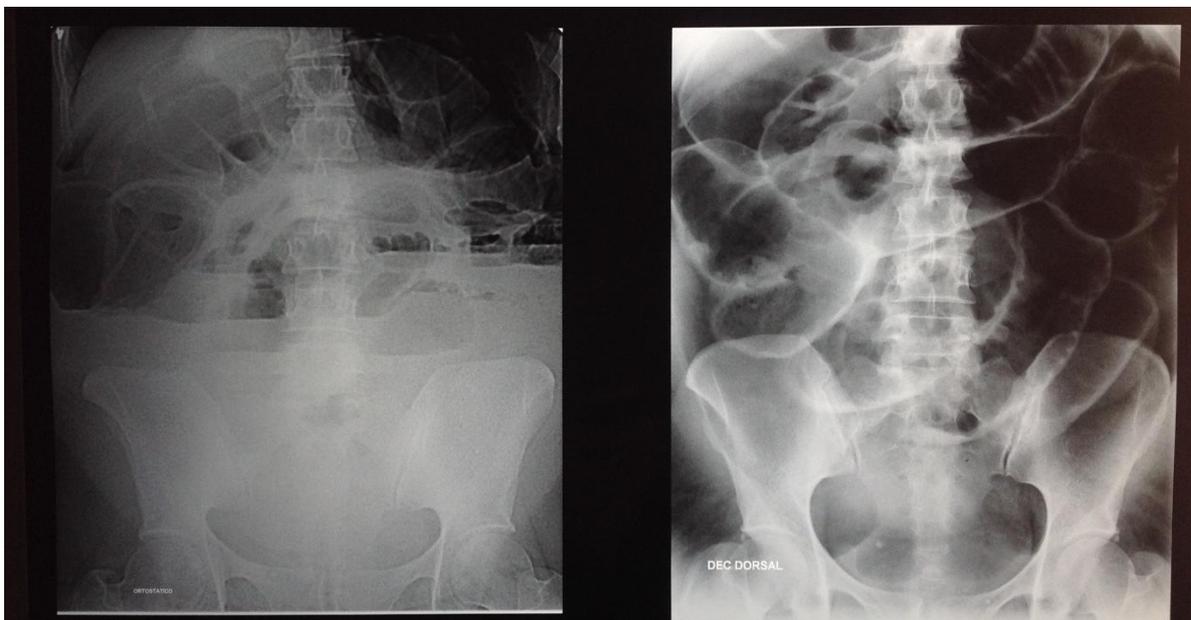
REFERÊNCIAS

1. OGILVIE, H.; Large intestine colic due to sympathectomy: a new clinical syndrome. *Br. Med. J.* 1948; 2:671-3.
2. RIBAS-FILHO, JM.; MALAFAIA O.; FOUANI, NM.; FOUANI, MM.; JUSTEN, MS.; TRAVISAN, NB.; LOPES, AD.; LOPES, GL. Síndrome de Ogilvie (Pseudo-obstrução intestinal aguda) - Relato de caso. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2009;22(2):124-6.
3. SCHLITTLER, LA.; LAZARETTI, NS.; VILLAROEL, RU.; SHAVINSKI, C.; OSÓRIO, PS.; MAZZINI, T.; DALLAGASPERINA, VW. Relato de um caso – Síndrome de Ogilvie associada a adenocarcinoma de pâncreas. *GE-J Port Gastrenterol*, 2010;17:60-64.
4. MALONEY, N.; VARGAS, H.D. *Acute Intestinal Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome)*. *Clin Colon Rectal Surg.* 2005. Maio; 18(2): 96-101.
5. ACCETTA I; ACCETTA P; MAIA AM, DUARTE AJV; ACCETTA AC; ACCETTA AF. Síndrome de Ogilvie Tratada por Transverso-ostomia - Relato de Caso. *Rev Bras Coloproct*, 2004; 24(1): 65-67.



FIGURAS

Figura 1

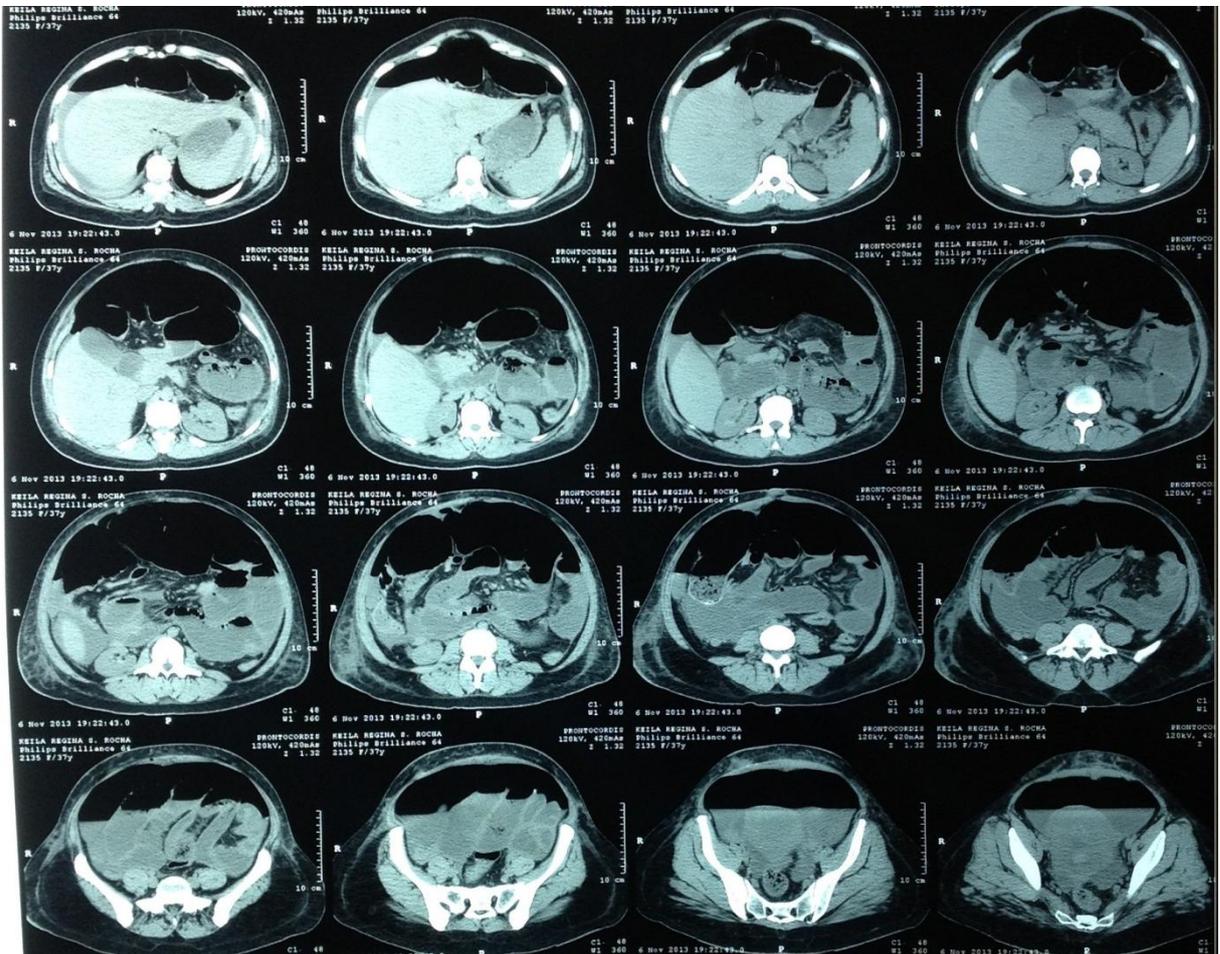


Legenda: Radiografia de abdome ortostático e decúbito dorsal da paciente

Fonte: Autor.



Figura 2



Legenda: Tomografia computadorizada de abdome inferior da paciente.

Fonte: Autor.