

## PSEUDO-OBSTRUÇÃO CÓLICA APÓS PROCEDIMENTO OBSTÉTRICO (SÍNDROME DE OGILVIE)

QUINTINO NASCIMENTO CAVICHINI, TSBCP  
RENAM CATHARINA TINOCO  
SEBASTIÃO ERLY FIGUEIRA, TSBCP  
PEDRO ALBERTO VIDAL ANDERSON

---

CAVICHINI QN, TINOCO RC, FIGUEIRA SE, ANDERSON PAV  
- Pseudo-obstrução cólica após procedimento obstétrico (síndrome de Ogilvie). *Rev bras Colo-Proct.*, 1988; 8(4): 142-145.

**RESUMO:** Oito pacientes portadores de síndrome de Ogilvie foram tratados no período de fevereiro/80 a janeiro/88. Em três casos o tratamento foi conservador, em dois a colonoscopia descomprimiu o cólon e em três o tratamento foi cirúrgico. Um paciente faleceu.

**UNITERMOS:** pseudo-obstrução do cólon; síndrome de Ogilvie; cesariana; cecostomia; colonoscopia

---

A distensão maciça do cólon, sem uma obstrução mecânica que possa ser identificada como causa da dilatação, é uma patologia recente, já que a primeira descrição da síndrome foi feita por Ogilvie<sup>1,2</sup>, em 1948.

A fisiopatologia da síndrome é desconhecida. Ogilvie<sup>1,2</sup> citou que a causa da distensão do cólon estaria associada a uma inibição do sistema nervoso simpático. Entretanto, tem sido relatado por outros<sup>3, 11</sup> que a causa que mais contribui para a distensão é um desequilíbrio simpático-parassimpático. Autores como Bachulis e cols. e Spira e cols., citados por Nivatvongs<sup>10</sup>, relataram que a pseudo-obstrução colônica ocorria devido a um descontrole do sistema parassimpático sacral, que sofreria uma interrupção, deixando o cólon distal atônico.

A síndrome de Ogilvie está associada a várias patologias, sejam elas traumáticas, obstétricas, cirúrgicas, cardiopulmonares, neurológicas, entre outras<sup>5, 8, 15</sup>.

### MATERIAL E MÉTODOS

De fevereiro/80 a janeiro/88, observamos oito casos de

---

pseudo-obstrução cólica, que ocorreram em pacientes após terem sido submetidas a cesariana.

A distensão do cólon ocorreu entre o segundo e o quinto dias de pós-operatório. O diâmetro cecal variou de 9 a 14 cm.

Em três pacientes o tratamento conservador foi eficaz, sendo que em dois usou-se também a retossigmoidoscopia com intubação retal. Duas pacientes foram submetidas a colonoscopia, tendo sucesso a descompressão do cólon.

A cecostomia em tubo foi usada em duas pacientes, sendo que em uma a sonda de Foley foi introduzida pelo orifício apendicular, após apendicectomia. Uma paciente nos foi enviada com cecostomia em alça, realizada em outro Serviço, após ruptura cecal.

*Caso 1* - M.R.F.A., 26 anos, branca, casada. Gesta = III. Para = III. Cesariana realizada em 13/2/80. A paciente apresentou distensão abdominal intensa no 3º dia de pós-operatório. Radiografia simples de abdômen revelou um íleo-colônico, com 11 cm de diâmetro cecal (*Figs. 1 e 2*). Iniciou-se tratamento conservador com reposição hidreletrolítica, sondagem nasogástrica e uso de enemas. A evolução foi satisfatória, com involução do íleo-colônico.

*Caso 2* - M.G.O., 30 anos, branca, casada. Gesta = III. Para = III. Submetida a cesariana em 17/11/84. No 3º dia de pós-operatório apresentou-se com grande distensão abdominal. Radiografia de abdômen revelou distensão do cólon, com 10 cm de diâmetro cecal. Tratamento conservador com reposição hidreletrolítica, sondagem nasogástrica e retossigmoidoscopia com intubação retal obtiveram sucesso.

*Caso 3* - M.A.S., 18 anos, branca, casada. Gesta = I. Para = I. Foi submetida a cesariana em 6/8/85. No 5º dia de pós-operatório a paciente apresentou distensão abdominal. O ceco apresentava-se com 11 cm de diâmetro, após revelar-se a radiografia simples do abdômen. Iniciado tratamento conservador com reposição hidreletrolítica, sondagem nasogástrica e retossigmoidoscopia com intubação retal. A evolução foi boa, sem complicações.

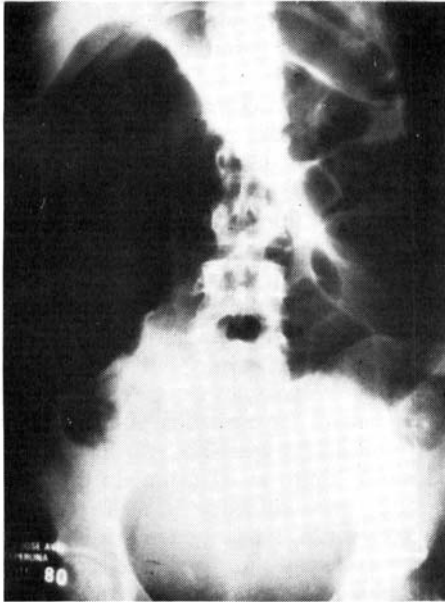


Fig. 1 - RX simples de abdômen (decúbito). Ceco com 11 cm de diâmetro.

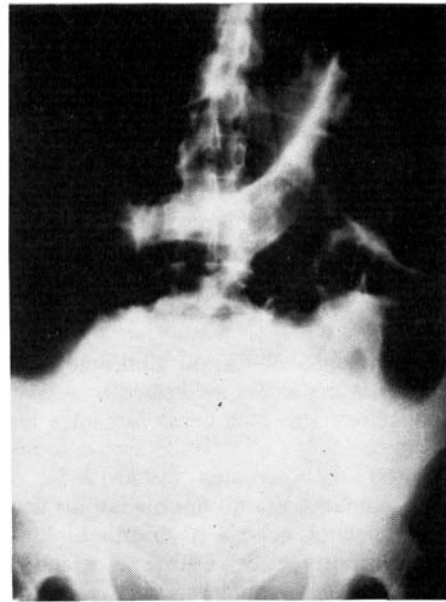


Fig. 3 - RX simples de abdômen. Ceco com 14 cm de diâmetro.

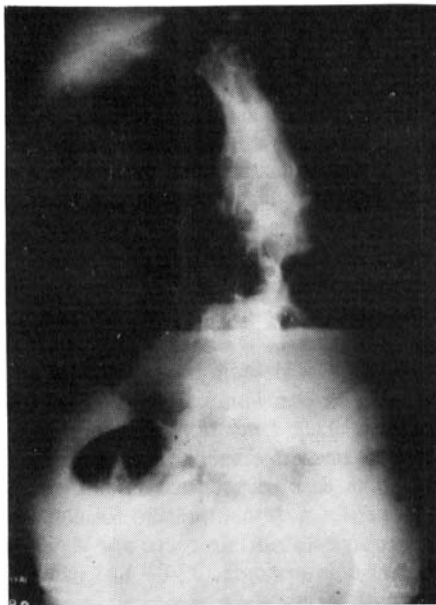


Fig. 2 - RX simples de abdômen (ortostática).

*Caso 4* - T.J.M.G., 39 anos, branca, casada. Gesta = IV. Para = IV. Paciente submetida a cesariana (26/9/85), em cidade vizinha, foi encaminhada ao Serviço no 2.º dia de pós-operatório, com distensão abdominal, náuseas, dor abdominal, após ter sido submetida a tratamento conservador na tentativa de descomprimir o cólon, através de sondagem nasogástrica e intubação retal. Radiografia simples do abdômen revelou um ceco com 14 cm de diâmetro (Fig. 3). Indicou-se uma laparotomia exploradora, evidenciando-se ceco e cólon direito distendidos, observando-se esgarçamento na tênia anterior do ceco, mas sem protusão da mucosa. Optou-se por uma apendicectomia e cecostomia com sonda de Foley, pelo

orifício apendicular. A paciente evoluiu bem, com retirada da sonda cecal no 20.º dia.

*Caso 5* - E.S.S., 37 anos, branca, casada. Gesta = II. Para = II. Em 20/11/85 foi submetida a cesariana, em cidade vizinha, evoluindo com distensão abdominal progressiva, náuseas e vômitos; no 4.º dia do pós-operatório, apresentou-se com defesa abdominal, quando foi submetida a laparotomia exploradora, observando-se ruptura cecal, sendo submetida a uma cecostomia. Sua evolução não foi satisfatória, sendo então encaminhada ao nosso Serviço, no dia 25/11/85. Em nova laparotomia, observou-se necrose de cólon ascendente, sendo realizada hemicolectomia direita com exteriorização das bocas intestinais proximal e distal e peritoneostomia. A paciente evoluiu mal e faleceu.

*Caso 6* - L.S.S., 27 anos, branca, casada. Gesta = II. Para = II. Paciente submetida a cesariana em cidade vizinha, em 24/6/86, evoluiu com distensão abdominal. No 4.º dia de pós-operatório o RX simples de abdômen revelou um ceco com 14 cm de diâmetro. Realizou-se laparotomia exploradora com cecostomia em tubo. A paciente foi removida do nosocômio pelos familiares, com evolução satisfatória após a cecostomia. Não temos sua evolução final.

*Caso 7* - H.H.M.C., 31 anos, branca, casada. Gesta = III. Para = III. Foi submetida a cesariana em 2/12/86, evoluindo com distensão abdominal, náuseas e vômitos. O RX simples do abdômen revelou um ceco com 9 cm de diâmetro. Uma colonoscopia, com introdução do aparelho até o ceco, descomprimiu o intestino grosso. A paciente evoluiu sem complicações.

*Caso 8* - M.S.G., 24 anos, preta, casada. Gesta = II. Para = II. A paciente foi submetida a cesariana em 31/1/88, evoluindo com distensão abdominal, náuseas, parada de eliminação de gases e fezes. O RX simples do abdômen revelou um fleo-colônico com diâmetro cecal de 12 cm. No dia 4/2/88 realizamos uma colonoscopia, com introdução do aparelho até o cólon transverso, com

aspiração do conteúdo aéreo-fecal. A paciente evoluiu bem, sem complicações.

Seis pacientes evoluíram sem complicações. Uma paciente não teve seguimento até o final, mas, após a realização da cecostomia, estava evoluindo bem. Uma paciente, que teve ruptura posteriormente e foi submetida a hemicolectomia direita devido a necrose de cólon direito, faleceu.

## COMENTÁRIOS

A pseudo-obstrução cólica, ou síndrome de Ogilvie, é causada por várias condições médicas, que ocasionam uma dilatação do cólon, sem uma causa mecânica responsável pela obstrução.

Após revisão da literatura (1970-1985), *Vanek e cols.*<sup>1,5</sup> observaram que era no pós-operatório de cesariana que mais comumente ocorria a síndrome. Eles reviram 400 casos de síndrome de Ogilvie e encontraram 16 pseudo-obstruções após cesarianas.

A síndrome se manifesta como uma obstrução mecânica, tanto do ponto de vista clínico como do radiológico, com volumosa distensão do cólon e, às vezes, do intestino delgado<sup>5, 8, 9, 11</sup>.

Após o início do ileo-colônico, este aumenta gradativamente, sendo mais freqüentemente observado no hemi-cólon direito e ceco, podendo ocasionar ruptura da superfície serosa do ceco, principalmente na ténia anterior, o que leva a uma herniação da mucosa, que pode estar isquêmica pela distensão exagerada<sup>5, 8, 9, 11, 16</sup>.

Ruptura iminente do ceco pode ser diagnosticada pela radiografia simples do abdômen, já que quando o seu diâmetro atinge 9-12 cm há risco de perfuração, segundo *Lowman e Davis*<sup>2, 3, 14, 15</sup>. A presença de uma válvula ileocecal incompetente não garante que a ruptura cecal não ocorra<sup>2, 3, 4, 14</sup>.

De acordo com a literatura, os primeiros a relatar uma ruptura cecal, conseqüente a pseudo-obstrução cólica, foram *Robertson e cols.*<sup>14</sup>, ocorrendo a distensão do intestino grosso após cesariana. A ruptura do ceco é uma complicação pouco comum, mas com elevada taxa de mortalidade se não for tratada imediatamente<sup>16</sup>. *Wojtalik*<sup>16</sup>, após revisão da literatura, observou 46% de taxa de mortalidade após ruptura cecal, na síndrome de Ogilvie.

O tratamento da pseudo-obstrução intestinal pode ser conservador, por descompressão colonoscópica e por cirurgia. O tratamento conservador consiste na suspensão da ingesta oral, na correção dos distúrbios hidreletrolíticos, na sondagem nasogástrica, na retossigmoidoscopia com intubação retal, em enemas e no uso de drogas anticolinérgicas ou parassimpaticomiméticas<sup>5, 9, 10, 15</sup>. Quando o tratamento está tendo resultado, a distensão freqüentemente desaparece entre o terceiro e o sexto dias<sup>10, 15</sup>.

*Vanek e cols.*<sup>15</sup> relataram oito sucessos em 59 pacientes que foram submetidos a enemas; três em 32 que se submeteram a sigmoidoscopia; 11 em 66 que foram tratados por intubação retal; cinco em sete pacientes que foram tratados com drogas parassimpaticomiméticas.

A cecostomia usada para descomprimir o cólon, quan-

do o ceco atinge um diâmetro com risco de perfuração, apresenta uma alta taxa de morbidade e mortalidade<sup>6, 8, 10, 15, 16</sup>.

*Euphrat*, citado por *Kukora e Dent*<sup>6</sup>, foi quem sugeriu a possibilidade de se fazer uma descompressão não-cirúrgica da dilatação cecal, usando-se um longo tubo, semelhante a um cateter de Seldinger, que seria colocado no ceco, sob controle fluoroscópico. A colonoscopia na pseudo-obstrução colônica foi introduzida por *Kukora e Dent*<sup>6</sup>, em 1977, com a intenção de se utilizar um método conservador para descomprimir o cólon.

Na síndrome de Ogilvie, sem haver preparo do cólon, a colonoscopia é possível devido à distensão do intestino grosso, com grande volume de ar e fezes (geralmente líquidas), que podem ser aspirados. A distensão do cólon facilita a introdução do aparelho, não havendo necessidade de se insuflar muito ar. O manuseio do colonoscópio deve ser feito com cuidado, pois a parede da alça encontra-se adelgada, sendo pouco freqüente o risco de perfuração se o exame for realizado com visualização permanente da luz intestinal. A colonoscopia com aspiração do conteúdo aéreo-fecal do cólon, na pseudo-obstrução colônica, é um método seguro e com alta taxa de sucesso. A falha da colonoscopia em descomprimir o cólon ocorre quando há excesso de fezes ou quando a alça é redundante ou fixa<sup>1, 5, 6, 8, 10, 15</sup>.

*Vanek e cols.*<sup>15</sup> citaram que a colonoscopia e o tratamento conservador apresentaram taxas de morbidade e mortalidade menores que os procedimentos cirúrgicos.

Se ocorrer uma nova distensão do cólon após a colonoscopia, pode-se fazer nova descompressão com o aparelho. Para evitar uma nova distensão, uma modificação foi descrita por *Bernton e col.*, citado por *Vanek e cols.*<sup>15</sup>, com o uso de um tubo colocado colonoscopicamente até o ceco. *Burke e Shellito*<sup>1</sup> sugeriram o uso de um tubo fenestrado adaptado sobre o aparelho, sendo este tubo deixado no ceco.

Colonoscopia inicial descomprimiu 102 de 125 pacientes da série relatada por *Vanek e cols.*<sup>15</sup>, com uma taxa de recorrência de 22%. Uma taxa de sucesso de 87% foi observada em 23 pacientes submetidos a nova colonoscopia, com uma taxa de nova recorrência em 40% dos casos. Em quatro pacientes a descompressão foi conseguida com o uso de um tubo colocado no ceco, por via endoscópica. Após a primeira colonoscopia, 22 de 125 pacientes foram submetidos a cirurgia.

Dez pacientes com síndrome de Ogilvie foram tratados por *Nakhgevany*<sup>8</sup>, através de descompressão colonoscópica; em nove pacientes a descompressão teve sucesso. O diâmetro cecal observado na radiografia simples de abdômen variou de 12 a 18 cm.

De janeiro/78 a janeiro/82, *Nivatvongs e cols.*<sup>10</sup> trataram 22 pacientes com síndrome de Ogilvie, usando a colonoscopia; o tratamento teve sucesso em 19 pacientes. Observaram um caso após cesariana, no qual a descompressão colonoscópica não teve sucesso, sendo a paciente submetida a ressecção do cólon e ileostomia.

Se durante a colonoscopia forem observadas isquemia ou gangrena da mucosa do ceco, o colonoscópio deve ser removido, indicando-se intervenção cirúrgica de emergência<sup>6, 8, 10, 15</sup>. A cirurgia também deve ser indicada, imediatamente, quando os métodos conservadores e/ou a

colonoscopia não derem resultados. A cecostomia, seja em alça ou em tubo, é o método de escolha para descomprimir, o ceco e assim evitar sua ruptura. A cecostomia em tubo é a preferida, para fechamento da alça, não havendo necessidade de nova intervenção cirúrgica. Além da cecostomia, pode haver necessidade de uma hemicolectomia direita, quando há isquemia e necrose do ceco, que podem atingir o cólon ascendente e ângulo hepático<sup>1, 5, 6, 8, 9, 10, 15</sup>.

Rached e cols.<sup>13</sup> relataram quatro casos de síndrome de Ogilvie, observados após cesariana; todos os casos foram tratados por cecostomia em tubo.

Em nossa casuística, usamos a cecostomia em dois casos, devido ao diâmetro cecal (14 cm). Uma paciente nos foi enviada já cecostomizada, após ter tido ruptura cecal. Foi submetida a nova laparotomia e observamos necrose de cólon ascendente, sendo necessária uma hemicolectomia direita com exteriorização de alças. Esta paciente evoluiu mal e faleceu.

Existem, segundo Vanek e cols.<sup>15</sup>, cinco fatores que podem afetar a taxa de mortalidade na síndrome de Ogilvie. São eles: a idade do paciente, o diâmetro do ceco, a demora em descomprimir o ceco, o estado da alça e o tipo de tratamento. De acordo com os autores<sup>15</sup>, dos cinco fatores, quatro são controláveis, e se o diagnóstico for precoce e o tratamento for apropriado e a tempo, a mortalidade da síndrome poderá ser diminuída.

---

CAVICHINI QN, TINOCO RC, FIGUEIRA SE, ANDERSON PAV - Pseudo-obstruction of the colon after obstetric procedure (Ogilvie's syndrome).

**SUMMARY:** The authors show eight cases of Ogilvie's syndrome treated from February/80 to January/88. In three cases the conservative treatment was used; in two the colonoscopy decompressed the colon and in three the treatment was surgical. One patient death.

**KEY WORDS:** pseudo-obstruction of the colon; Ogilvie's syndrome; cesarian section; cecostomy; colonoscopy

---

## REFERÊNCIAS

1. Burke G, Shellito PC. Treatment of recurrent colonic pseudo-obstruction by endoscopic placement of a fenestrated over-tube. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 615-619.
2. Dumont M, Dovy D. Perforation spontanée du caecum après césarienne. *Rev Franç Gynec Obstet* 1967; 62: 531-533.
3. Eckman WG, Wenzke F, Abramson W. Perforation of the cecum complicating adynamic ileus. *Am J Surg* 1958; 96: 718-720.
4. Gierson ED, Storm FK, Shaw W, Coyne SK. Caecal rupture due to colonic ileus. *Br J Surg* 1975; 62: 383-386.
5. Huber PJ, Breicer V, Hunt J. Cecostomy revisited. Still a useful operation. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 959-961.
6. Kukora JS, Dent TL. Colonoscopic decompression of massive nonobstructive cecal dilation. *Arch Surg* 1977; 112: 512-517.
7. Munro A, Jones PF. Abdominal surgical emergencies in the puerperium. *Birt Med J* 1975; 4: 691-694.
8. Nakhgevany KB. Colonoscopic decompression of the colon in patients with Ogilvie's syndrome. *Am J Surg* 1984; 148: 317-320.
9. Nanni G, Garbini A, Luchtti 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: 157-166.
10. Nivatvongs S, Vermeulen FD, Fang DT. Colonoscopic decompression of acute pseudo-obstruction of the colon. *Ann Surg* 1982; 196: 598-600.
11. Norton L, Young D, Scribner R. Management of pseudo-obstruction of the colon. *Surg Gynecol Obstet* 1974; 138: 595-598.
12. Ogilvie WH. Large intestine colic due to sympathetic deprivation. A new clinical syndrome. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 984-987.
13. Rached FJA, Bedran JF, Bedran AO, Zbeidi JH. Complicação colônica em pós-operatório de cirurgia obstétrica. Síndrome de Ogilvie. *Rev Bras Colo-Proct* 1982; 2: 15-20.
14. Robertson JA, Eddy WA, Wosseler AJ. Spontaneous perforation of the cecum without mechanical obstruction. Review of literature and case report. *Am J Surg* 1958; 96: 448-452.
15. Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An Analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 203-210.
16. Wojtalik RS, Lindenauer SM, Kahn SS. Perforation of the colon associated with adynamic ileus. *Am J Surg* 1973; 125: 601-606.

Endereço para correspondência:  
Quintino Nascimento Cavichini  
Rua Dez de Maio, 623  
28300 - Itaperuna - RJ