



---

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

---

Recebido em: 10/2019

Aceito em: 11/2019

Publicado em: 12/2019

---

## Síndrome de Ogilvie: Uma revisão de literatura

Ogilvie's syndrome: A literature review

Síndrome de Ogilvie: Uma revisión de la literatura

Antonio Augusto Machado Teles Filho<sup>1\*</sup>, Beatriz Aguiar da Mota<sup>1</sup>, Milena Santana Ribeiro e Silva<sup>1</sup>, Daniel Silva Santos<sup>1</sup>, José Walmir Rodrigues de Menezes<sup>1</sup>, José Aderval Aragao<sup>1</sup>.

---

**Resumo:** Esse artigo buscou discutir através de revisão integrativa, os fatores de risco, os melhores métodos diagnósticos, a fisiopatologia, as implicações clínicas, epidemiologia e tratamento da Síndrome de Ogilvie para atualizar os dados acerca dessa patologia. Dezesete artigos foram revisados na íntegra para compor os dados dessa pesquisa. Essa patologia consiste em uma dilatação de uma parte do cólon ou do reto sem obstrução intrínseca. Sua apresentação clínica surge precocemente, a dilatação pode ser visualizada por radiografia simples, mas por ser uma enfermidade rara, dificilmente é considerada. Os estudos preconizaram a terapia de suporte como a prioritária, mas a farmacológica também pode ser usada e a cirúrgica apenas em caso de falha das anteriores. Dessa maneira, faz-se necessário um maior conhecimento acerca dessa patologia pelos médicos de forma a fornecer o suporte terapêutico mais precocemente possível e evitar possíveis complicações.

**Palavras-chave:** Síndrome de Ogilvie, Pseudo-Obstrução colônica, Megacólon.

---

**Abstract:** This article aimed to discuss through an integrative review the risk factors, the best diagnostic methods, the pathophysiology, the clinical implications, epidemiology and treatment of Ogilvie Syndrome to update the data about this pathology. Seventeen articles were reviewed in full to compose the data of this research. This condition consists of a dilation of a part of the colon or rectum without intrinsic obstruction. Its clinical presentation appears early, dilation can be visualized by simple radiography, but because it is a rare disease, it is hardly considered. Studies have advocated supportive therapy as the priority, but pharmacological can also be used and surgical only in case of failure of the previous ones. Thus, greater knowledge about this pathology is needed by physicians in order to provide the earliest possible therapeutic support and avoid possible complications.

**Keywords:** Ogilvie Syndrome, Pseudo-obstruction, Megacolon.

---

**Resumen:** Este artículo tuvo como objetivo discutir a través de una revisión integradora los factores de riesgo, los mejores métodos de diagnóstico, la fisiopatología, las implicaciones clínicas, la epidemiología y el tratamiento del síndrome de Ogilvie para actualizar los datos sobre esta patología. Diecisiete artículos fueron revisados en su totalidad para componer los datos de esta investigación. Esta condición consiste en una dilatación de una parte del colon o el recto sin obstrucción intrínseca. Su presentación clínica aparece temprano, la dilatación se puede visualizar mediante radiografía simple, pero debido a que es una enfermedad

---

<sup>1</sup>Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju - Sergipe. \*E-mail: [antonioteles.filho@hotmail.com](mailto:antonioteles.filho@hotmail.com)

rara, apenas se considera. Los estudios han recomendado la terapia de apoyo como la prioridad, pero también se puede usar farmacológica y quirúrgica solo en caso de falla de las anteriores. Por lo tanto, los médicos necesitan un mayor conocimiento sobre esta patología para proporcionar el soporte terapéutico lo antes posible y evitar posibles complicaciones.

**Palabras clave:** Síndrome de Ogilvie, Pseudo-Obstrucción, Megacolon.

---

## INTRODUÇÃO

A Síndrome de Ogilvie ou pseudo-obstrução colônica consiste na dilatação de uma parte do cólon ou do reto sem obstrução intrínseca ou processo inflamatório extrínseco (PEREIRA P, et al. 2015). Ocorre em pacientes gravemente enfermos, após traumas como: pós-operatório de procedimentos gerais, ortopédicos, neurocirúrgicos ou ginecológicos Cheong JY, et al. (2019), com uma incidência de 100 casos a cada 100.000 admissões e índice de mortalidade de 8% (WELLS CI, et al. 2017).

Heneage Ogilvie, em 1948 estudou e descreveu pela primeira vez esta síndrome. Esta é uma condição patológica pouco frequente, que normalmente acomete pacientes hospitalizados que possuem diagnóstico de alguma doença cirúrgica ou clínica. Devido a sua descoberta ter sido recente e pela pequena quantidade de pesquisas acerca do tema não há muitas informações sobre a prevenção desta patologia. (FILHO JMR, et al., 2009).

A patogênese exata da síndrome ainda é desconhecida, apesar de existirem teorias que tentam explicar como essa patologia ocorre, como a da supressão parassimpática, a da hiperativação simpática ou ambas – (CHEONG JY, et al. 2019). Dessa forma, a hipótese mais aceita é de que acontece uma paralisia do músculo intestinal, permitindo distensão passiva sem aumento inicial da pressão intracolônica – (PEREIRA P, et al. 2015).

A abordagem do paciente é baseada em diagnóstico de exclusão de outras causas de obstrução colônica, assim como anormalidades metabólicas, entre outras, pois estas são, epidemiologicamente, mais comuns. No entanto, os cirurgiões devem estar atentos, pois caso o paciente não seja tratado há ao risco de isquemia e perfuração do cólon, o qual possui mortalidade de 40% (WELLS CI, et al., 2017).

Este estudo teve como objetivo identificar a epidemiologia da Síndrome de Ogilvie e os seus fatores de risco, além dos principais métodos de diagnóstico, implicações clínicas e tratamento, visando uma atualização de dados, com ênfase para os profissionais atuantes nessa área.

A Síndrome de Ogilvie é um achado raro, possui incidência de 0,001%. Esta patologia tem maior predominância no sexo masculino, o qual assumiu a proporção de 1,5:1, comparado com sexo feminino. No tocante às faixas etárias, a média de idade mais acometida foi de 59,9 anos para os homens e 56,5 para as mulheres (ELSEBAY L, et al., 2017).

Além disso, a síndrome em questão ocorre comumente após alguns procedimentos cirúrgicos, de modo que estes constituem um dos principais fatores de risco para a patologia.

Em um estudo realizado por Vanek et al, em que foram relatados 400 casos de pseudo-obstrução colônica, aproximadamente 50% deles foram resultantes de doenças clínicas e 50% de condições pós cirúrgicas, sendo que as taxas de incidência descritas foram cirurgia espinhal ou ortopédica representando 1% - 2%, circulação extracorpórea, até 5% e após lesões por queimadura, 0,3% (WELLS CI, et al., 2017).

Dentre as cirurgias relacionadas ao quadro de obstrução maciça de cólon se encontram também os procedimentos obstétricos. Um número importante de pacientes gestantes apresentara a síndrome, sendo que 76 dos 92 pacientes diagnóstico com Síndrome de Ogilvie desenvolveram essa síndrome durante a gravidez, após o parto vaginal ou após a cesariana. (TEMPFER CB, et al. 2019).

Apesar de ainda incerta quanto a sua incidência, a Síndrome de Ogilvie possui uma taxa de mortalidade hospitalar significativa, abrangendo em torno de 30%. Sendo que a mortalidade aumenta em função do diâmetro cecal, por conta do maior risco de perfuração, podendo chegar até 40%. (WELLS CI, et al. 2017).

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### Fisiopatologia

A síndrome de Olgivie possui etiopatogenia multifatorial e pouco elucidada, no entanto, há hipóteses postuladas. Dentre elas, a primeira é a teoria da denervação autonômica, em que alguns pesquisadores sentem que a síndrome é devida a uma diminuição do tônus parassimpático, e não a um aumento do tônus simpático. A maioria dos autores considera a dilatação colônica aguda uma consequência da diminuição da atividade parassimpática decorrente do plexo sacral (S2, S3, S4), resultando em atonia colônica distal a qual provoca uma obstrução funcional semelhante à observada na doença de Hirschsprung sem, no entanto, envolver o plexo mioentérico (PEREIRA P, et al. 2015).

A doença de Hirschsprung (DH) é uma desordem motora do intestino, causada pelo fracasso das células da crista neural (precursores das células ganglionares entéricas) de migrarem completamente durante o desenvolvimento intestinal na vida fetal. O segmento aganglionar resultante do cólon não relaxa, causando uma obstrução funcional e um megacólon congênito sem os gânglios nervosos do plexo entérico (WESSON E. D, et al. 2015).

Ademais o possível papel da hipertonicidade simpática por um reflexo inibitório colo-cólico também foi proposto por alguns autores. Outros autores postulam a ausência de células de Cajals (células marcapasso) das quais se originam ondas de atividade peristáltica espontânea. (Pereira P, et al. 2015) Uma segunda teoria é a vascular, com base na diminuição da perfusão esplâncica (hipovolemia, doença vascular mesentérica). A terceira teoria seria a hormonal, implicando a prostaglandina E, que estimula a camada muscular circular da parede do cólon. E por último, é a farmacológica, em que os medicamentos neurotrópicos têm sido frequentemente responsabilizados por causa de seus efeitos anticolinérgicos. Além disso, os opiáceos e outros medicamentos "colotóxicos" de ação prolongada (sedativos, antidepressivos tricíclicos, clonidina, fenotiazinas, inibidores do canal de cálcio, medicamentos antiparkinsonianos) podem desempenhar um papel importante (PEREIRA P, et al., 2015).

### Manifestações Clínicas

Dentre os achados clínicos mais comuns há distensão e dor abdominais, náuseas, vômitos, e baixo grau de febre, sendo a primeira presente em quase a totalidade dos casos (ELSEBAY L, et al. 2017). A distensão abdominal costuma ser o primeiro sinal, aparecendo com 3 a 7 dias, podendo haver também esteatorreia e interrupção na eliminação das fezes (AL-HALAWANI M, et al., 2014).

O abdome, no exame físico, se mostra doloroso, pode estar timpânico, apresentando também contratura muscular involuntária, com sensibilidade leve a moderada e ausculta de sons intestinais presentes em cerca de 90% dos pacientes (ELSEBAY L, et al. 2017). Tais achados costumam se manifestar em cerca de 48 horas e em até 12 dias nos casos de pós-operatório e pode causar confusão com a obstrução mecânica do íleo paralítico (ELSEBAY L, et al., 2017).

### Diagnóstico

O diagnóstico se dá por meio de exames complementares e a radiografia simples é indispensável, sendo seu principal achado os graus de dilatação colônica. Como alternativa nos casos em que a radiografia simples não permite visualização de ar em todos os segmentos colônicos, o exame contrastado e a colonoscopia podem ser utilizados. A região dilatada, bem como a distribuição dessa dilatação, se define de acordo com o comprometimento do nervo parassimpático relacionado com o suprimento do cólon. Outrossim, a tomografia computadorizada é o teste diagnóstico padrão, com sensibilidade de 96% e especificidade de 93% e pode evidenciar líquido livre na cavidade, ar, e as dilatações, dispensando assim o uso do contraste e poupando o paciente do risco de ruptura colônica (PEREIRA P, et al., 2015).

Ademais, ao contrário de muitas patologias, os exames laboratoriais não são diagnósticos, porém, podem, ainda assim, apresentar alguns distúrbios eletrolíticos, como hiponatremia, hipomagnesemia, hipocalemia e leucocitose, estes representando mais uma consequência da condição patológica que parte da etiologia da doença (ELSEBAY L, et al. 2017).

É difícil investigar rigorosamente a síndrome de Ogilvie devido à sua natureza aguda, esporádica e heterogênea. Os diversos relatos de casos identificados na literatura são testemunho do grande número de doenças associadas com esta condição. Pesquisas recentes afirmaram que possui distintos subtipos desta síndrome, propondo esta divisão de acordo com a espessura da parede intestinal no corte transversal. (WELLS CI, et al., 2017).

A síndrome de Ogilvie possui diagnósticos diferenciais, os quais por terem quadro clínico e achados imagiológicos semelhantes, podem ser confundidos em casos de diagnósticos precoces sem achados conclusivos, estes são: obstrução mecânica, megacólon tóxico devido à infecção grave por *Clostridium difficile*, carcinoma, aderências, dilatação gástrica aguda, impactação fecal, vôlvulo e isquemia mesentérica (PEREIRA P, et al., 2015).

### **Tratamento**

O paciente com Síndrome de Ogilvie possui algumas opções de abordagem terapêutica, sendo que 70% podem responder positivamente exclusivamente com medidas de suporte, como hidratação e correção hidroeletrólítica, com um índice de complicações de 6% e mortalidade de 10%. A segunda opção seria a farmacológica, com agentes procinéticos como eritromicina e metoclopramida, entretanto, as taxas de recidiva com o uso da eritromicina é em torno de 50%. No entanto, novos estudos estão sendo realizados com outros fármacos, como guanetidina e neostigmina, sendo que o último, demonstrou uma resposta positiva de 91% com uma dose única de 2 mg intravenosa durante 3-5 minutos, entretanto, possui efeitos adversos hemodinâmicos, cardíacos, gastrointestinais e no sistema nervoso central, logo, o paciente deve ser estreitamente monitorizado (RENDÓN-MEDINA MA, 2015).

O estudo pioneiro de Catchpole foi o primeiro a propor o uso combinado de bloqueadores simpáticos (guanetidina) seguido de inibidor da colinesterase (neostigmina) para tratar o desequilíbrio entre o sistema simpático e parassimpático. Após essa experiência, Hutchinson e Griffiths trataram 11 pacientes com guanetidina (20 mg intravenosa) seguida por neostigmina (2,5 mg intravenosa após 1 minuto). Nenhum destes pacientes apresentou melhora com a guanetidina, enquanto 73% deles (8 em 11) melhoraram com a administração posterior de neostigmina. Estes dados foram confirmados por estudos subsequentes que usaram apenas agentes parasimpaticomiméticos. Stephenson et al. (28) reportaram que 92% dos pacientes (11 em 12) com ACPO melhoraram drasticamente após administração de neostigmina intravenosa na dose de 2.5 mg ao longo de 1-3 minutos. Turegano-Fuentes et al. encontraram uma boa resposta em pacientes (12 dos 16) tratados com uma única infusão de 2.5 mg de neostigmina diluída em solução salina durante o período de uma hora. Três dos pacientes tiveram uma descompressão parcial, enquanto um destes necessitou de mais do que uma dose para que houvesse a descompressão. (RODRIGUEZ CAD, 2017).

A neostigmina é um inibidor reversível da colinesterase que reverte o bloqueio parassimpático e restaura a motilidade colônica, sendo obstrução mecânica do intestino e perfuração do cólon grandes contra-indicações ao seu uso (PEREIRA, P, et al. 2015). Ademais, há a terceira opção terapêutica, o tratamento endoscópico que, apesar de possuir uma taxa de recorrência de 40%, é o preferido devido ao seu menor grau de complicações, possuindo um risco de perfuração de 2% e de mortalidade em torno de 1%. Por último, há a abordagem cirúrgica, a qual possui mortalidade em torno de 30 a 50% e morbidade de 6%. (RENDÓN-MEDINA MA, 2015).

O tratamento cirúrgico é indicado apenas quando as terapias conservadoras, como medidas de suporte e terapia medicamentosa as quais foram mencionadas anteriormente falharam ou quando houver indicações clínicas ou radiológicas de perfuração colônica. Há três tipos principais de intervenção: colostomia; inserção transanal com passagem retrógrada guiada à mão de um longo tubo de drenagem multiperfurado (tubo Faucher) no cólon distendido durante a laparotomia; ressecções colônicas totais ou subtotais (geralmente realizadas se houver necrose ou perfuração, com taxa de mortalidade entre 32% e 40%) (PEREIRA P, et al., 2015).

A doença de Ogilvie normalmente possui um prognóstico caracterizado por boa evolução clínica e cirúrgica do paciente. Apesar disso, é importante reforçar a necessidade de diagnóstico precoce e de tratamento rápido a fim de reduzir a morbidade e mortalidade da patologia em questão (FILHO JMR, et al. 2009).

Apesar de normalmente o desfecho ser favorável, é preciso ficar atento a algumas possíveis complicações comuns aos procedimentos cirúrgicos abdominais, os quais promovem desarranjos que atingem seu ápice no primeiro dia do pós-operatório, momento esse em que o sistema respiratório se torna mais suscetível a complicações pulmonares no pós-cirúrgico e as mais intensas alterações de ventilação. As complicações mais comuns encontradas no pós-operatório são aquelas onde os indivíduos desenvolvem padrão restritivo de disfunção pulmonar com atelectasia e diminuição da expansibilidade diafragmática. Há a possibilidade de existir também outras complicações, são elas: insuficiência respiratória, alterações circulatórias dos membros inferiores, alterações posturais, sangramentos, debilidade residual dos músculos abdominais se houver extensa incisão ou retardo da cicatrização (EBSERH, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi constatada a extensa variabilidade de fatores de risco associados a síndrome de Ogilvie e por esse motivo é notório que se trata de um diagnóstico de exclusão dentro do espectro das síndromes obstrutivas colônicas. O falho diagnóstico precoce associado a um pobre conhecimento sobre o aporte terapêutico desses doentes, apesar da incidência diminuta, nos leva a considerar a necessidade de formulação de protocolos e diretrizes capazes de servir de fulcro para os pacientes com síndrome de Ogilvie em agudização.

## REFERÊNCIAS

1. AL-HALAWANI M, et al. Ogilvie's Syndrome following Cardioversion for Atrial Fibrillation. *Case reports in medicine*, 2014. 2014: 841491.
2. APOSTOLAKIS E, et al. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome) following open heart surgery. *The Thoracic and cardiovascular surgeon*, 1990. 38 (6): 371-373.
3. CHEONG, Ju Yong; BYRNE, Christopher; AUSTIN, Kirk. Novel technique of insertion of decompression tube for Ogilvie's syndrome/colonic pseudo-obstruction. *ANZ journal of surgery*, 2019.
4. CHUNG KM, et al. A case of colonic pseudoobstruction related to bacterial overgrowth due to a sigmoidocecal fistula. *The Korean Journal of Gastroenterology*, 2014. 63 (2): 125-128.
5. ELSEBAY L; GALAL MA. Ogilvie's Syndrome after Cesarean Section: Case Report in Saudi Arabia and Management Approach. *Case reports in obstetrics and gynecology*, 2017; 2017: 5328160.
6. DE GIORGIO R, et al. The pharmacological treatment of acute colonic pseudo-obstruction. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2001. 15 (11): 1717-1727.
7. HUTCHINSON R, GRIFFITHS C. Acute colonic pseudo-obstruction: a pharmacological approach. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 1992. 74 (5): 364.
8. SANCLEMENTE MCL, et al. Intestinal neuronal dysplasia in a patient with chronic colonic pseudo-obstruction. *Cirurgia Espanola (English Edition)*, 2014. 10 (92): 59.
9. MALONEY N, VARGAS HD. Acute intestinal pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). *Clinics in colon and rectal surgery*, 2005. 18 (02): 96-101.
10. PEREIRA P, et al. Ogilvie's syndrome—acute colonic pseudo-obstruction. *Journal of Visceral Surgery*, 2015. 152 (2): 99-105.
11. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. POP – Pós-operatório padrão: Fisioterapia no pré e pós-operatório de cirurgia abdominal no paciente adulto, 2015. 14p.
12. RIBAS FILHO JM, et al. Síndrome de Ogilvie (Pseudo-obstrução intestinal aguda) -Relato de caso. *Arq Bras Cir Dig*, 2009. 22 (2):124-126.
13. TEMPFER CB, et al. Acute colonic pseudoobstruction (Ogilvie's syndrome) in gynecologic and obstetric patients: case report and systematic review of the literature. *Archives of gynecology and obstetrics*, 2019. 300 (1) :117-126.
14. WELLS CI, et al. Acute colonic pseudo-obstruction: A systematic review of aetiology and mechanisms. *World journal of gastroenterology*, 2017. 23 (30): 5634.
15. RENDÓN-MEDINA MA, et al. Síndrome dismórfico neonatal y síndrome de Ogilvie. *Cirugía y Cirujanos: Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía*, Ciudad de Mexico, 2016. 2 (85): 148-153.
16. FILHO JMR, et al. Síndrome de Ogilvie (pseudo-obstrução intestinal aguda) - Relato de caso. *ABCD, arq. bras. cir. dig.*, 2009. 20 (2): 124 – 126.
17. RODRIGUEZ CAD. Um caso raro de Síndrome de Ogilvie recorrente com resolução após terapêutica com piridostigmina, 2017.
18. WESSON ED, et al. Congenital aganglionic megacolon (Hirschsprung disease). *UpToDate*, 2019. 35: 5903.