

## Análise global da Síndrome de Ogilvie: uma revisão bibliográfica

Global analysis of Ogilvie syndrome: a literature review

Análisis global del síndrome de Ogilvie: revisión de la literatura

João Paulo da Rocha Santos<sup>1\*</sup>, Isadora Thamires Pachecho Celestino<sup>1</sup>, Ana Gabriela Lessa Dantas<sup>2</sup>, Ana Laura Oliveira Santos Dias Guimarães<sup>3</sup>, Beatriz Rodrigues Nunes<sup>4</sup>, Gabriela Grasso Pacheco<sup>5</sup>, Gilvandro de Assis Abrantes Leite Filho<sup>6</sup>, Victor Goulart Sad<sup>1</sup>, Vinícius dos Santos Sá Rodrigues<sup>1</sup>.

---

### RESUMO

**Objetivo:** Realizar uma análise bibliográfica a respeito da Síndrome de Ogilvie, considerando seus principais aspectos quanto à epidemiologia, às manifestações clínicas, ao diagnóstico, à terapêutica e ao prognóstico, através de uma revisão narrativa utilizando a mais recente literatura encontrada, abordando conceitos sobre fisiopatologia, apresentação clínica, métodos diagnósticos, opções terapêuticas e prognóstico esperado. **Revisão bibliográfica:** A Síndrome de Ogilvie é uma forma de abdome agudo obstrutivo cujos achados clínicos decorrem da dilatação do cólon, sem causas mecânicas identificáveis. Surge devido ao desequilíbrio do sistema nervoso autônomo, ocorrendo principalmente em homens na sexta década de vida. Dor abdominal, náuseas e vômitos são manifestações frequentes, mas não específicas, o que gera uma ampla variedade de diagnósticos diferenciais. Ao longo dos anos, diversas mudanças vêm sendo realizadas objetivando um tratamento mais satisfatório e com menos complicações para o paciente. A terapia de suporte ainda é a abordagem prioritária e pesquisas sugerem a neostigmina e, em casos de refratariedade, a colonoscopia descompressiva como tratamentos de segunda linha de grande eficácia. **Considerações finais:** Reconhecendo-se as complicações da Síndrome de Ogilvie, faz-se necessário um maior conhecimento a respeito dessa patologia pelos profissionais, a fim de se proporcionar uma intervenção precoce para os pacientes afetados.

**Palavras-chave:** Síndrome de Ogilvie, Abdome agudo, Dor abdominal.

---

### ABSTRACT

**Objective:** To carry out a bibliographic analysis about Ogilvie Syndrome, considering its main aspects regarding epidemiology, clinical manifestations, diagnosis, therapy and prognosis, through a narrative review using the most recent literature found, addressing concepts about pathophysiology, clinical presentation, diagnostic methods, therapeutic options and expected prognosis. **Bibliographic review:** Ogilvie Syndrome is a form of acute obstructive abdomen whose clinical findings are due to colon dilation, with no identifiable mechanical causes. It arises due to the imbalance of the autonomic nervous system, occurring mainly in men in the sixth decade of life. Abdominal pain, nausea and vomiting are frequent, but not specific, manifestations, which generates a wide variety of differential diagnoses. Over the years, several changes have been made aiming at a more satisfactory treatment and with fewer complications for the patient. Supportive therapy is still the priority approach and research suggests neostigmine and, in cases of refractoriness, decompressive colonoscopy as highly effective second-line treatments. **Final considerations:** Recognizing the complications of Ogilvie Syndrome, it is necessary to have greater knowledge about this pathology by professionals, in order to provide an early intervention for affected patients.

**Key words:** Ogilvie syndrome, Acute abdomen, Abdominal pain.

---

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), Betim - MG.

\* E-mail: [joapaulorochasantos@gmail.com](mailto:joapaulorochasantos@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís - MA.

<sup>3</sup> Centro Universitário FIPMoc (UNIFIPMoc), Montes Claros - MG.

<sup>4</sup> Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE), Montes Claros - MG.

<sup>5</sup> Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), Maringá - PR.

<sup>6</sup> Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa - PB.

SUBMETIDO EM: 7/2020

| ACEITO EM: 8/2020

| PUBLICADO EM: 10/2020

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Realizar un análisis bibliográfico sobre el Síndrome de Ogilvie, considerando sus principales aspectos en materia de epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, terapia y pronóstico, a través de una revisión narrativa utilizando la literatura más reciente encontrada, abordando conceptos sobre fisiopatología, presentación clínica, métodos de diagnóstico, opciones terapéuticas y pronóstico esperado. **Revisión bibliográfica:** El síndrome de Ogilvie es una forma de abdomen obstructivo agudo cuyos hallazgos clínicos se deben a dilatación del colon, sin causas mecánicas identificables. Surge debido al desequilibrio del sistema nervioso autónomo, que ocurre principalmente en los hombres en la sexta década de la vida. El dolor abdominal, las náuseas y los vómitos son manifestaciones frecuentes, pero no específicas, que generan una amplia variedad de diagnósticos diferenciales. Con los años, se han realizado varios cambios con el objetivo de un tratamiento más satisfactorio y con menos complicaciones para el paciente. La terapia de apoyo sigue siendo el enfoque prioritario y la investigación sugiere neostigmina y, en casos de refractariedad, la colonoscopia descompresiva como tratamientos de segunda línea altamente efectivos. **Consideraciones finales:** Reconociendo las complicaciones del Síndrome de Ogilvie, es necesario que los profesionales tengan un mayor conocimiento sobre esta patología, para proporcionar una intervención temprana a los pacientes afectados.

**Palabras clave:** Síndrome de Ogilvie, Abdomen agudo, Dolor abdominal.

---

## INTRODUÇÃO

A pseudo-obstrução colônica aguda (POCA), também designada por Síndrome de Ogilvie, consiste no comprometimento da motilidade do cólon, que resulta em sua dilatação, obstrução e acúmulo de conteúdo luminal, na ausência de fenômenos obstructivos, mecânicos ou anatômicos identificáveis (PEREIRA P, et al., 2015). Sua prevalência na população em geral é de 0,001% e a taxa de mortalidade dos pacientes com a síndrome pode chegar a consideráveis 8%, sendo fundamental a realização de um tratamento precoce e compatível com a condição clínica em que se encontra o paciente (WELLS CI, et al., 2017).

De maneira geral, a motilidade fisiológica do trato gastrointestinal é conferida pela atuação do sistema nervoso autônomo sobre a musculatura lisa desses órgãos. Enquanto o sistema nervoso simpático atua inibindo a peristalse intestinal, o parassimpático a estimula, via nervo vago e nervos parassimpáticos sacrais (KOTSEV S, 2011).

Apesar de a fisiopatologia exata da Síndrome de Ogilvie ainda não estar totalmente esclarecida, a hipótese mais aceita atualmente decorre de um bloqueio exagerado do sistema parassimpático ou de uma estimulação simpática excessiva, o que leva à paralisia do músculo intestinal. Dessa forma, nota-se que a retomada do fluxo intestinal é um sinal relevante de que o tratamento deve estar sendo efetivo (IVANKOVICS IG, et al., 2017).

A POCA acomete, com maior frequência, pacientes hospitalizados, com múltiplas e importantes comorbidades, e idosos residentes de instituições de longa permanência. O pós-operatório de cirurgias ortopédicas está entre as condições de base mais relacionadas ao desenvolvimento da síndrome, embora existam inúmeras outras condições que possam desencadeá-la, como o desequilíbrio hidroeletrólítico, infecções, o uso de múltiplos medicamentos e a deterioração adquirida das capacidades cognitivas, que levam ao prejuízo do desempenho das atividades de vida diária e podem causar a imobilidade (FORMISANO V, et al., 2019; CONNER S et al., 2020).

No que concerne à topografia da doença, é observado que ocorre, preferencialmente, um acometimento do ceco e do cólon ascendente (PEREIRA P, et al., 2015). As apresentações clínica e radiológica da Síndrome de Ogilvie são semelhantes àquelas observadas em casos de obstrução mecânica ou anatômica do cólon.

A dor e a distensão abdominais são os principais sintomas, e a dilatação do ceco pode ser evidenciada aos exames de imagem, sendo um sinal muito analisado na tentativa de se firmar o diagnóstico da enfermidade (TEMPFER CB, et al., 2019).

Diante de um caso em que a descompressão do cólon não seja realizada prontamente, existe o risco de complicações, como isquemia (em decorrência do progressivo aumento da pressão intraluminal), perfuração e peritonite. A taxa de mortalidade da síndrome varia de acordo com a apresentação, devendo-se levar em conta a presença ou não das complicações supracitadas. Os efeitos adversos podem ser inerentes do próprio curso da doença ou também do tratamento proposto, que apesar de ser fundamental para um bom prognóstico, não está livre de efeitos indesejáveis (TEMPFER CB, et al., 2019).

A abordagem do paciente deve ser direcionada para suas manifestações clínicas, sendo necessário inicialmente tentar excluir os principais diagnósticos diferenciais. Uma das patologias que apresenta clínica semelhante é a obstrução mecânica do cólon, que pode ser identificada por tomografia computadorizada (LOSS FS, et al., 2019). Outro diagnóstico diferencial que deve ser descartado em pacientes hospitalizados é o megacólon tóxico, secundário à infecção grave pelo *Clostridium difficile* (SCHLITTLER LA, et al., 2010).

O tratamento da Síndrome de Ogilvie visa à descompressão intestinal urgente e o retorno da motilidade colônica. Além disso, é fundamental que o tratamento englobe a identificação e correção de fatores passíveis de modificação, como desequilíbrios hidroeletrólíticos e comorbidades descompensadas. Caso haja persistência do quadro, outras intervenções são possíveis como o uso de parassimpatomiméticos, colonoscopia descompressiva e, em última instância, na vigência de complicações ou de ausência de responsividade ao tratamento clínico, está indicada a cirurgia descompressiva.

É necessário considerar a condição clínica do paciente para adequar o tratamento e evitar um prognóstico ruim (FRANKEL A, et al., 2019). Tendo em vista que a isquemia e perfuração do cólon são complicações associadas à Síndrome de Ogilvie e que podem ocorrer em até 15% dos pacientes, com uma mortalidade de até 40%, o reconhecimento precoce dessas condições indesejáveis e a intervenção adequada tornam-se fatores relevantes para um bom prognóstico dos indivíduos (WELLS CI, et al., 2017).

Em se tratando de uma entidade nosológica frequente em pacientes hospitalizados, e considerando as graves complicações que podem advir em decorrência da falta de diagnóstico ou do diagnóstico tardio, é imprescindível que médicos assistentes tenham conhecimento sólido a respeito da síndrome a fim de garantir tratamento oportuno e melhor prognóstico aos pacientes afetados.

Por conseguinte, o objetivo deste estudo é discorrer sobre a Síndrome de Ogilvie, por meio de uma revisão narrativa utilizando a mais recente literatura encontrada, abordando conceitos sobre sua fisiopatologia, apresentação clínica, métodos diagnósticos, opções terapêuticas e prognóstico esperado.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Síndrome de Ogilvie é uma condição clínica que costuma acometer principalmente pacientes idosos, com idade média de 60 anos de idade. A maioria dos indivíduos que adquirem a síndrome apresentam múltiplas comorbidades de base, residem em casas de repouso ou são pacientes hospitalizados após cirurgia recente. Os pacientes cirúrgicos possuem maior chance de receberem o diagnóstico entre o 3º e 5º dia de pós operatório.

Além disso, aqueles indivíduos com distúrbios neurológicos progressivos, como a doença de Parkinson ou a de Alzheimer, também são vítimas frequentes da pseudo-obstrução colônica aguda (CHUDZINSKI AP, et al., 2015; CONNER S et al., 2020). Em relação à incidência desta patologia, demonstram-se, aproximadamente, 100 casos por 100.000 internações por ano, embora haja a possibilidade da existência de subnotificações (CONNER S et al, 2020).

Apesar de possuir uma maior predominância em indivíduos do sexo masculino conforme propõe Conner S; et al. (2020), alguns procedimentos obstétricos e ginecológicos também podem se relacionar ao quadro de pseudo-obstrução do cólon. Pacientes gestantes, por exemplo, podem desenvolver a Síndrome de Ogilvie, sendo a cesariana o fator obstétrico associado mais comum (JAYARAM P, et al., 2017).

## **Fisiopatologia**

A pseudo-obstrução colônica aguda (POCA) foi descrita pelo médico chileno Willian Heneage Ogilvie no ano de 1948 como uma alteração na regulação autonômica da função motora do cólon (PEKER KD, et al., 2017). Estudos demonstram uma etiologia multifatorial com várias vias que levam a um efeito deletério comum na função motora colônica.

No entanto, poucas publicações foram encontradas investigando diretamente mecanismos fisiopatológicos subjacentes à POCA, com a maioria das evidências deduzidas da fisiologia básica e outros estados de doença, como íleo pós-operatório. A regulação extrínseca alterada da função colônica pelo sistema nervoso simpático e parassimpático é o mecanismo mais comumente sugerido para essa patologia (WELLS CI, et al., 2017).

A inervação simpática do cólon proximal é fornecida pelos nervos esplâncnicos, enquanto a entrada parassimpática é fornecida pelo nervo vago. Acetilcolina (Ach), neurocinina A e substância P são os neurotransmissores estimuladores predominantemente envolvidos na fisiopatologia da POCA, estando eles reduzidos em relação aos neurotransmissores inibitórios, que são o peptídeo intestinal vasoativo e o óxido nítrico (CHUDZINSKI AP, et al., 2015).

O sistema nervoso parassimpático aumenta a contratilidade, enquanto os nervos simpáticos diminuem a motilidade no cólon. Um desequilíbrio nessa inervação autônoma, produzida por uma variedade de fatores, como metabólitos, fármacos e fatores traumáticos, leva à supressão parassimpática excessiva ou estimulação simpática (SAUNDERS MD e KIMMEY MB, 2005). Além disso, disfunção do sistema nervoso entérico, assim como dos arcos do reflexo entérico intrínseco e a atividade do marcapasso também contribuem no desenvolvimento da POCA (CONNER S et al., 2020).

## **Apresentação clínica**

A Síndrome de Ogilvie é uma patologia comum em pacientes idosos e/ou hospitalizados com graves condições clínicas e cirúrgicas. Pode ser associada também à gravidez recente ou em curso, intervenções ortopédicas, cirurgias, infecções e causas farmacológicas (PEREIRA P, et al., 2015).

Os achados clínicos mais frequentes são distensão abdominal, dor abdominal, náuseas e vômitos. A distensão abdominal geralmente se desenvolve em três a sete dias, mas pode ocorrer também de forma mais aguda, às vezes dentro de 48 horas ou até mesmo em 24 horas. Nos pacientes cirúrgicos, sinais e sintomas sugestivos da síndrome se desenvolvem em média cinco dias após o procedimento operatório (SAUNDERS MD e KIMMEY MB, 2005).

A interrupção da eliminação de fezes e flatos é relativamente comum, mas nem sempre estão presentes. Alguns relatos na literatura apontam a presença desses sintomas em menos da metade dos pacientes, em aproximadamente 40% dos casos. Dessa forma, o diagnóstico da pseudo-obstrução colônica aguda não deve ser descartado em pacientes com função intestinal preservada, incluindo os que apresentam diarreia (CONNER S et al., 2020).

No exame físico, o abdome do paciente acometido pela síndrome geralmente se apresenta timpânico e doloroso, com ausculta de ruídos hidroaéreos. Outros achados também corroboram com o diagnóstico, como o aumento da temperatura corpórea e da sensibilidade abdominal. Nos exames laboratoriais, a leucocitose serve como alerta para isquemia ou perfuração intestinal, principalmente quando acompanhada das alterações do exame físico acima descritas.

É importante ressaltar que tais achados também podem ocorrer naqueles pacientes que ainda não desenvolveram complicações, mas que necessitam de um tratamento precoce a fim de evitá-las. Apesar dos exames de imagem não serem específicos para a síndrome, a radiografia de abdome evidenciando dilatação do cólon transverso e do cólon ascendente mostram achados que são típicos da Síndrome de Ogilvie e que aumentam a suspeita diagnóstica para essa patologia (CONNER S et al., 2020).

## Diagnóstico

O diagnóstico da síndrome de Ogilvie é feito basicamente por exclusão de outros diagnósticos diferenciais, como obstrução intestinal por causa mecânica ou anatômica, volvo (cecal ou sigmoide), megacólon tóxico, hérnia encarcerada, íleo paralítico, estenose, constipação, fecaloma e doenças malignas. A hipótese diagnóstica deve ser baseada no quadro clínico típico de obstrução colônica, associado à história clínica e aos fatores de risco, como idade, comorbidades associadas de base e intervenções cirúrgicas prévias.

Devido ao quadro clínico pouco específico e à variedade de diagnósticos diferenciais, é necessário descartar a possibilidade de obstrução mecânica e de outras condições que culminem também em distensão abdominal por meio da solicitação de exames complementares (VOEGEL et al., 2016). Exames de imagem como a tomografia computadorizada ou o enema opaco com contraste hidrossolúvel são necessários para a confirmação do diagnóstico. A tomografia com contraste intravenoso é, também, um exame interessante por possuir alta sensibilidade e especificidade (PEREIRA P et al., 2015).

Exames laboratoriais são de pouco valor diagnóstico por serem muito inespecíficos, porém possuem um papel essencial no acompanhamento do paciente, controlando possíveis desequilíbrios eletrolíticos e comorbidades associadas, que podem ter grande influência no prognóstico final. Testes de função hepática, assim como a dosagem da lipase pancreática e do hormônio da gonadotrofina coriônica humana (hCG) devem ser sempre solicitados para afastar outras causas possíveis de dor abdominal (CONNER S et al., 2020).

A colonoscopia, pouco indicada devido à sua natureza invasiva e seus riscos associados, pode ser efetiva na distinção da causa da obstrução, assim como a radiografia, que ainda permite visualizar o grau de dilatação e os segmentos dilatados. Apesar de relevantes, esses exames não permitem assegurar o diagnóstico, sendo necessária a confirmação com outro exame de imagem com maior acurácia (VOEGEL et al., 2016; CHUDZINSKI, THOMPSON e AYSCUE, 2015).

O enema opaco com contraste hidrossolúvel é, também, um exame de imagem eficaz, capaz de mostrar as dilatações colônicas de forma relativamente precisa, bem como algumas obstruções do trato intestinal. Além disso, o efeito osmótico do contraste pode ajudar, inclusive, na resolução da obstrução ao promover maior influxo de líquido para o lúmen intestinal.

É preciso, porém, ficar atento nas complicações que podem advir da Síndrome de Ogilvie, visto que na suspeita de perfuração intestinal, o uso do contraste é contraindicado e a realização do enema opaco se torna inviável (PEREIRA P et al., 2015). É válido ressaltar que esse exame costuma ser pouco utilizado atualmente devido à excelência diagnóstica da tomografia computadorizada (TC) abdominal com contraste intravenoso, teste diagnóstico padrão ouro, com sensibilidade de 96% e especificidade de 93% para síndrome (PEREIRA P et al., 2015; CHUDZINSKI, THOMPSON e AYSCUE, 2015). Classicamente, a síndrome de Ogilvie na TC demonstra uma dilatação isolada do ceco e cólon ascendente com zona de transição ou “corte” na flexão esplênica (CONNER S et al., 2020).

## Tratamento

A concepção acerca do tratamento mais apropriado para Síndrome de Ogilvie passou por diversas mudanças durante os anos. Até 1977, os pacientes eram tratados apenas com suporte clínico básico e os casos refratários a essa terapia eram encaminhados para cirurgia descompressiva, que se resumia basicamente ao procedimento da colectomia. Tal ato cirúrgico apresentava altas taxas de mortalidade frente a sua característica altamente invasiva.

Posteriormente, foi introduzida a técnica da colonoscopia descompressiva, alternativa menos agressiva que foi amplamente aceita, porquanto culminava em um menor número de complicações, apesar de ainda existir o risco de perfuração intestinal. Por fim, em 1999, surge o fármaco neostigmina como importante droga terapêutica para o retorno da motilidade colônica (CONNER S et al., 2020).

O tratamento da pseudo-obstrução colônica consiste, basicamente, na descompressão intestinal urgente e no retorno da motilidade do cólon. O manejo inicial da enfermidade continua sendo essencialmente o suporte clínico, que contempla a suspensão da dieta oral e a descompressão gástrica e retal.

Além disso, é fundamental o fornecimento de soroterapia para pacientes desidratados, a correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e a retirada de medicamentos que afetam a motilidade colônica, como os anticolinérgicos e os opioides. Outro aspecto importante é o incentivo à deambulação precoce ou alocação do paciente em posição de bruços, que possuem papel interessante na evolução do paciente (CONNER S et al., 2020).

Indicativos da resposta do tratamento conservador são a passagem de flatos ou fezes pelo cólon, associados à diminuição do diâmetro cecal. Caso em até 72 horas o paciente não apresente melhora ou o diâmetro do ceco se encontre com tamanho maior que 12 centímetros, deverá ser considerado o uso da segunda linha de intervenção terapêutica, na qual se encontram a neostigmina e a colonoscopia descompressiva (MANKANEY GN, et al., 2020).

A despeito da predileção ao uso inicial da neostigmina, reservando a colonoscopia descompressiva à refratariedade desse fármaco, alguns estudos têm demonstrado que o procedimento endoscópico do cólon também é bastante efetivo como primeira opção da segunda linha terapêutica (VALLE RGL e GODOY FL, 2014).

Em relação à neostigmina, percebe-se que a droga atua inibindo irreversivelmente a enzima acetilcolinesterase, interferindo, assim, na degradação do neurotransmissor acetilcolina. Por conseguinte, essa molécula acaba se acumulando mais na fenda sináptica e estimulando de forma mais intensa os receptores nicotínicos e muscarínicos da membrana pós sináptica. O uso da droga está indicado após a falha do tratamento conservador e possui ação consideravelmente rápida, porém não está livre dos efeitos adversos.

Os mais comuns incluem desconforto abdominal, sialorreia e vômito, geralmente de caráter transitórios. Além disso, é amplamente recomendável que os pacientes que fazem uso do fármaco sejam monitorados, visto que o uso dessa substância pode possuir complicações mais graves, como por exemplo a diminuição da frequência cardíaca, presente em cerca de 6,3% dos casos, e a broncorreia (VALLE RGL e GODOY FL, 2014).

Outra possível abordagem na segunda linha de tratamento da Síndrome de Ogilvie é a colonoscopia descompressiva, que ocorre por meio da colocação de um cateter longo no lúmen do ceco sob orientação da fluoroscopia ou sobreposto com endoscópico (CHUDZINSKI AP, et al., 2015).

Tal tratamento possui como principais efeitos indesejados os sangramentos e as perfurações intestinais. Assim, um aspecto que contribui para o aumento desses efeitos deletérios é a execução sem preparação intestinal prévia do cólon, o que dificulta a realização do exame principalmente caso o lúmen intestinal esteja com carga maciça de fezes (CHUDZINSKI AP, et al., 2015).

Diante dessa perspectiva, nota-se que, ainda que existam riscos distintos decorrentes das terapias conservadora ou intervencionista, não existe diferença significativa no tempo de internação. Tal período também é influenciado pelas várias comorbidades que grande parte dos pacientes apresentam. Não raro, diante evidenciação clínica ou radiológica, o tempo médio de resolução do quadro é de aproximadamente cinco dias após o início do tratamento (HAJ M, et al., 2018).

Por fim, o manejo operatório tradicional é necessário quando as intervenções de primeira ou segunda linha não são bem-sucedidas, perante um quadro de peritonite ou diante um paciente com diâmetro cecal de 12 centímetros ou mais.

Tal abordagem terapêutica possui alta taxa de mortalidade, principalmente nos pacientes com intestino isquêmico ou perfurado. Com isso, entre as possíveis abordagens cirúrgicas se encontra a cecostomia, a ileostomia e colostomia (CHUDZINSKI AP, et al., 2015).

## Prognóstico

O prognóstico da pseudo-obstrução intestinal aguda pode ser influenciado por múltiplas variáveis. Idade do paciente, presença de comorbidades de base, diagnóstico e descompressão colônica precoce, distúrbio de base que levou à dismotilidade do cólon e presença ou não de complicações (como necrose e perfuração intestinal) são as principais. A perfuração colônica é a complicação mais grave, apresentando mortalidade de 40 a 50%, e sendo mais comum no ceco e no cólon ascendente, quando estes atingem um diâmetro de 12 a 14cm ou quando a dilatação permanece por mais de três dias (RIBAS FILHO JM, et al., 2009; SCHLITTLER LA, et al., 2010).

A literatura científica aponta uma taxa de mortalidade que varia de 8 a 15%, quando não há a presença de complicações. Esse número aumenta para 30 a 60% na presença de isquemia e perfuração intestinal, com necessidade de tratamento cirúrgico (CONNER S et al., 2020; GARBUZENKO DV, et al., 2019). Corroborando com esses dados, em uma revisão com 400 casos de Síndrome de Ogilvie, observou-se uma mortalidade de 14% nos casos tratados conservadoramente e 30% nos casos que receberam tratamento cirúrgico, sendo a causa do óbito diretamente relacionada à patologia de base do doente, concluindo que a patologia de base é o principal determinante no prognóstico (SCHLITTLER LA, et al., 2010).

Em outro estudo com 11 pacientes portadores Síndrome de Ogilvie, obteve-se uma taxa de mortalidade de 18%. Os dois pacientes que foram a óbito necessitaram de laparotomia de emergência por sinais clínicos sugestivos de sofrimento de alça e/ou perfuração já no momento da admissão (YAZAR FM, et al., 2016).

Assim, ressalta-se a importância do diagnóstico e da intervenção precoces, uma vez que, se disfunção colônica for diagnosticada a tempo, os pacientes usualmente respondem bem à terapêutica instituída (HAJ M, et al., 2018). A depender da população estudada, pode-se evidenciar disparidade entre as taxas de complicações de acordo com a terapêutica utilizada.

Em estudo conduzido com 37 pacientes com a Síndrome de Ogilvie, não houve diferença entre as taxas de mortalidade do grupo que recebeu tratamento conservador (sonda nasogástrica, sonda retal, correção de eletrólitos e suspensão de medicações potencialmente desencadeantes) e o grupo que recebeu tratamento intervencionista (neostigmina e colonoscopia descompressiva). No entanto, evidenciou-se diferença estatisticamente significativa ( $P < 0,01$ ) entre a taxa de complicações entre os dois grupos, sendo de 61% no grupo de intervenção contra 21% no grupo conservador (DE GIORGIO R e KNOWLES CH, 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Ogilvie não é um evento raro, acometendo, principalmente, pacientes idosos. É notável a importância do seu entendimento frente as suas graves formas de complicações, que podem culminar em altas taxas de mortalidade. Esse estudo contribui com a promoção do conhecimento ao fornecer para a sociedade acadêmica um compilado de informações produzido após revisão sistemática da literatura atual sobre o tema. O entendimento dos ramos nosológicos dessa doença deve ser difundido entre os médicos, principalmente entre aqueles que trabalham em enfermarias ou centros intensivos. A Síndrome de Ogilvie deve ser lembrada em meio aos diagnósticos diferenciais da obstrução do cólon, bem como as terapêuticas possíveis, a fim de se obter melhores desfechos entre os pacientes afetados.

---

## REFERÊNCIAS

1. CHUDZINSKI AP, et al. Acute colonic pseudoobstruction. Clinics in colon and rectal surgery, 2015; 28(2): 112-117.
2. CONNER S, et al. Ogilvie Syndrome. StatPearls [Internet], Updated Jul 2 2020.
3. DE GIORGIO R, KNOWLES CH. Acute colonic pseudo-obstruction. Br J Surg, 2009; 96(3): 229-239.
4. FORMISANO V, et al. Acute colonic pseudo-obstruction in elderly Report of a case. Ann Ital Chir, 2019; 8.
5. FRANKEL A, et al. Subcutaneous neostigmine appears safe and effective for acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome). Surgeons ANZ J Surg, 2019; 89(6): 700-705.
6. GARBUZENKO DV, et al. A rare complication of cardiac surgery: Ogilvie syndrome. J Postgrad Med, 2019; 65(1): 56-57.

7. HAJ M, et al. Ogilvie's syndrome: management and outcomes. *Medicine (Baltimore)*, 2018; 97(27): 1-6.
8. IVANKOVICS IG, et al. Síndrome de Ogilvie após parto cesárea: relato de caso. *Arq. Catarin Med.*, 2017; 46 (3): 171-176.
9. JAYARAM P, et al. Postpartum Acute Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome): A systematic review of case reports and case series. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2017; 214(1): 145-149.
10. KOTSEV S. Ogilvie's syndrome following cesarean delivery: The Dubai's case. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 2011; 5(3).
11. LOSS FS, et al. Cecostomía endoscópica percutánea, una terapia eficaz en el síndrome de Ogilvie. Relato de caso y Revisión Bibliográfica. *Gastroenterol. Latinoam.*, 2019; 30 (1): 21-25.
12. MANKANEY GN, et al. Colonic Decompression Reduces Proximal Acute Colonic Pseudo-obstruction and Related Symptoms. *Diseases Of The Colon & Rectum*, 2020; 63(1): 60-67.
13. PEKER KD, et al. Colonoscopic decompression should be used before neostigmine in the treatment of Ogilvie's syndrome. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 2017; 43(4): 557-566.
14. PEREIRA P, et al. Ogilvie's syndrome—acute colonic pseudo-obstruction. *Journal de Chirurgie Viscérale*, 2015; 152(2): 99-106.
15. RIBAS FILHO JM, et al. Síndrome de Ogilvie (pseudo-obstrução intestinal aguda): relato de caso. *ABCD, arq. bras. cir. Dig.*, 2009; 22(2): 124-126.
16. SAUNDERS MD, KIMMEY MB. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2005; 22(10): 917-925.
17. SCHLITTLER LA, et al. Relato de um caso - Síndrome de Ogilvie associada a adenocarcinoma de pâncreas. *J Port Gastroenterol*, 2010; 17(2): 60-64.
18. 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.
19. VALLE RGL, GODOY FL. Neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction: a meta-analysis. *Annals Of Medicine And Surgery*, 2014; 3(3): 60-64.
20. WELLS CI, et al. Acute colonic pseudo-obstruction: A systematic review of aetiology and mechanisms. *World journal of gastroenterology*, 2017; 23(30): 5634-5644.
21. YAZAR FM, et al. An obstruction not to forget: Pseudo-obstruction (Ogilvie syndrome): Single center experience. *Indian J Crit Care Med*, 2016; 20(3): 164-168.