



## PRESENTACIÓN DE CASO

# Síndrome de Ogilvie posterior a cirugía de Hartmann: Actualización en el diagnóstico y manejo a propósito de un caso clínico

## Ogilvie syndrome after Hartmann surgery: Update on diagnosis and management based on a clinical case

Julián Jiménez-Moreno, MD<sup>1</sup> , Julián Ernesto Canal-Forero, MD<sup>1,2</sup> 

1 Servicio de Cirugía general, Clínica Centenario, Bogotá, D.C., Colombia.

2 Epidemiología, Clínica Centenario, Bogotá, D.C., Colombia.

### Resumen

**Introducción.** La pseudo-obstrucción colónica aguda, o síndrome de Ogilvie, es un trastorno caracterizado por una dilatación parcial o total del colon sin causa mecánica. Es un trastorno poco frecuente de la motilidad colónica. Tiene un origen multifactorial, donde predomina un desequilibrio del sistema nervioso autónomo.

**Caso clínico.** Se presenta el caso clínico de un paciente con cirugía de Hartmann previa por enfermedad inflamatoria intestinal, que cursó con síndrome de Ogilvie.

**Resultados.** Pese a que el manejo conservador, junto con neostigmina en bolo, es considerado la primera línea terapéutica, más del 50 % de los pacientes con una dilatación colónica mayor a 12 cm requieren un procedimiento quirúrgico, ya que un diámetro mayor del colon condiciona un aumento en el riesgo de perforación e isquemia.

**Conclusión.** El adecuado enfoque en el diagnóstico y manejo requiere un análisis exhaustivo del cuadro clínico del paciente para evitar complicaciones fatales, ya que, en su mayoría, no se presenta una correlación clínico-radiológica.

**Palabras clave:** síndrome de Ogilvie; pseudoobstrucción colónica; enfermedades del colon; cirugía colorrectal; descompresión quirúrgica; neostigmina.

### Abstract

**Introduction.** Acute colonic pseudo-obstruction, or Ogilvie syndrome, is a disorder characterized by partial or complete dilation of the colon without a mechanical cause. It is a rare colonic motility disorder. It has a multifactorial origin, predominantly due to an imbalance in the autonomic nervous system.

---

Fecha de recibido: 04/12/2024 - Fecha de aceptación: 12/02/2025 - Publicación en línea: 22/07/2025

Correspondencia: Julián Ernesto Canal-Forero, Carrera 30 # 42-22 Apto 401, Bogotá, D.C., Colombia. Teléfono: +57 3204280918.

Dirección electrónica: [jecanal97@gmail.com](mailto:jecanal97@gmail.com)

Citar como: Jiménez-Moreno J, Canal-Forero JE. Síndrome de Ogilvie posterior a cirugía de Hartmann: Actualización en el diagnóstico y manejo a propósito de un caso clínico. Rev Colomb Cir. 2026;41:405-10. <https://doi.org/10.30944/20117582.2825>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

**Clinical case.** We present the case of a patient who underwent Hartmann surgery for inflammatory bowel disease and presented with Ogilvie syndrome.

**Results.** Although conservative management, along with neostigmine bolus, is considered the first line of therapy, more than 50% of patients with colonic dilation greater than 12 cm require a surgical procedure, since a larger colon diameter increases the risk of perforation and ischemia.

**Conclusion.** Proper diagnosis and management requires a thorough analysis of the patient's clinical picture to avoid fatal complications, since in most cases, there is no clinical-radiological correlation.

**Keywords:** Ogilvie syndrome; colonic pseudo-obstruction; colon diseases; colorectal surgery; surgical decompression; neostigmine.

## Introducción

La pseudo-obstrucción colónica aguda, o síndrome de Ogilvie, es un trastorno de la motilidad colónica poco frecuente, caracterizado por una dilatación parcial o total del colon, a consecuencia de un íleo adinámico severo por una alteración autonómica que genera un aumento del tono simpático, sin ninguna causa mecánica obstructiva aparente<sup>1-3</sup>. Fue descrito por primera vez en 1948, por el cirujano británico Sir William Ogilvie<sup>1,4</sup>.

Es más frecuente en personas de sexo masculino y edad avanzada, con una incidencia estimada de 100 casos por cada 100.000 pacientes hospitalizados cada año<sup>1,3,5</sup>. Cerca del 90 % de los pacientes presentan distensión abdominal severa, dolor leve, timpanismo y ruidos intestinales presentes<sup>1</sup>, con un diámetro colónico crítico evidenciado por las imágenes diagnósticas, que no se correlacionan con la clínica del paciente<sup>6</sup>. Se estima un riesgo de perforación espontáneo cercano al 15 % y una mortalidad hasta del 50 %<sup>3,7</sup>.

El objetivo de este artículo fue presentar el caso clínico de un paciente con cirugía de Hartmann previa por enfermedad inflamatoria intestinal, que cursó con síndrome de Ogilvie, junto con su respectivo manejo.

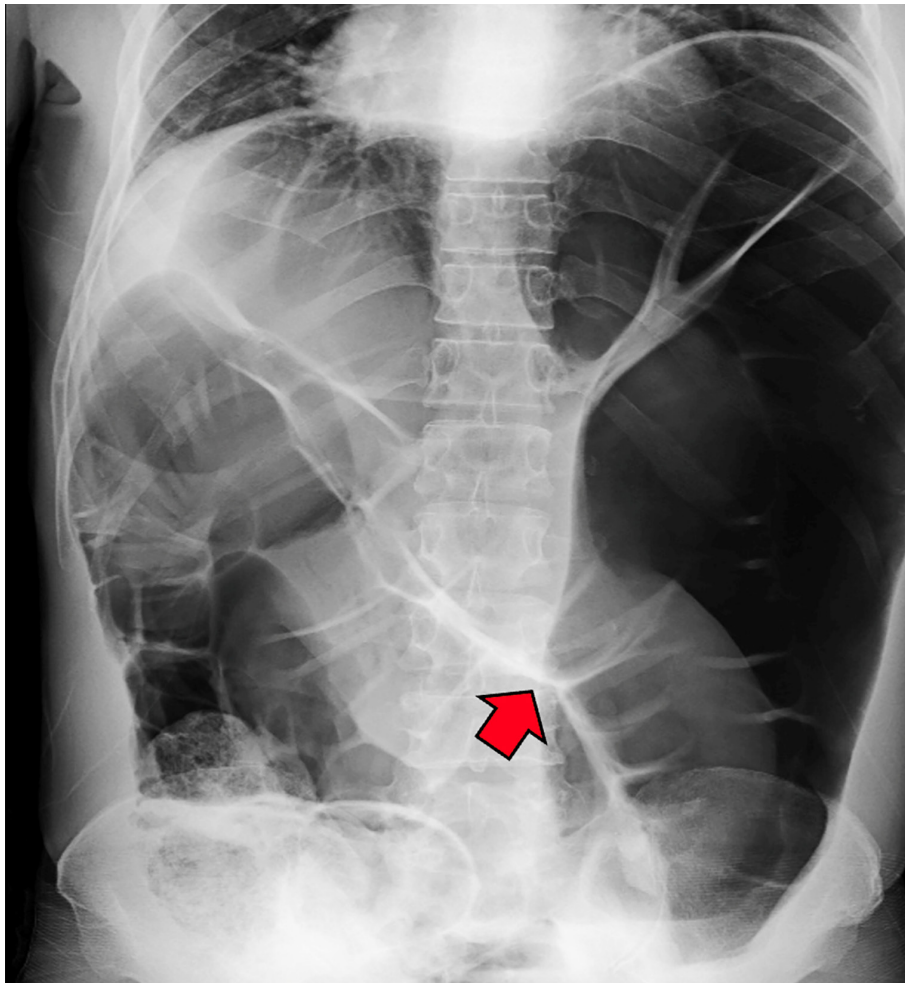
## Caso clínico

Paciente masculino de 58 años, procedente de un resguardo indígena, con antecedente de laparotomía exploratoria con colectomía parcial izquierda más colostomía y posterior cierre de la misma,

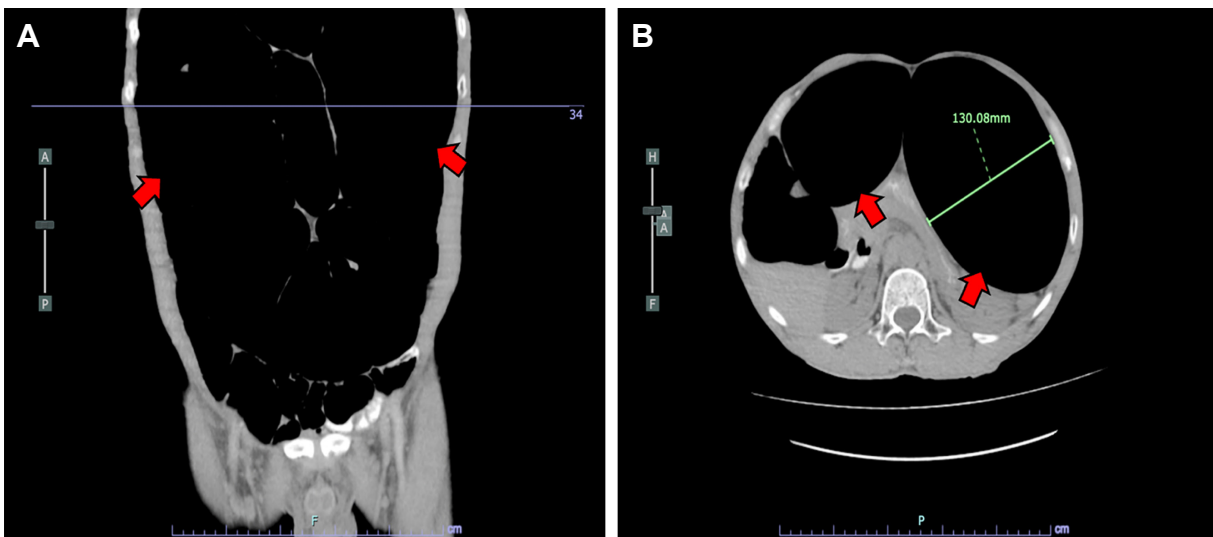
sin complicaciones, que consultó por un cuadro clínico de 10 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal generalizado, tipo cólico, asociado a distensión abdominal, sin alteración del hábito intestinal. Al ingreso se encontró el paciente con signos vitales dentro de límites de normalidad, con el abdomen timpánico, blando, globoso, depresible, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, y ruidos intestinales presentes pero disminuidos; tacto rectal con presencia de materia fecal.

Los paraclínicos de ingreso no tenían alteraciones y en la radiografía de abdomen simple se observó una imagen en grano de café, sugestiva de vólvulo de sigmoides (Figura 1). Ante la no correlación clínico-radiológica se definió la necesidad de una tomografía computarizada (TC), que mostró una importante dilatación del colon (con diámetro transversal de 13 cm), sin áreas de transición ni vólvulo del sigmoide (Figura 2).

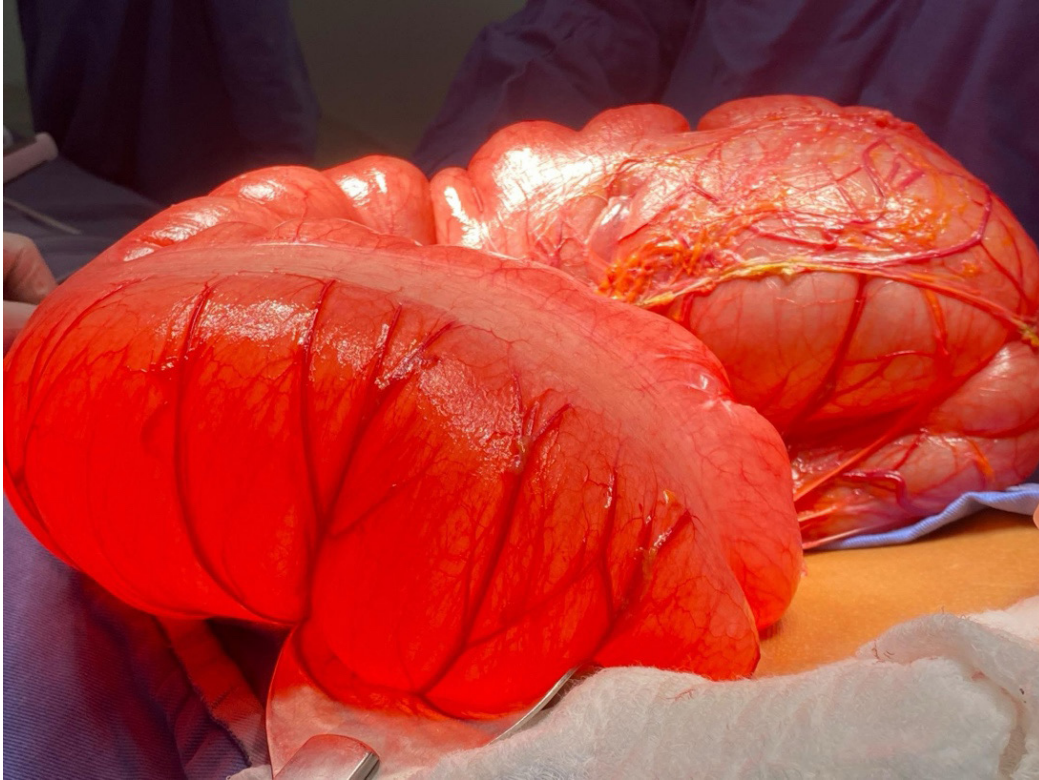
Se consideró que el paciente tenía criterios de colon crítico, por lo que se llevó a laparotomía exploratoria, donde se evidenció marcada dilatación colónica, sin isquemia o necrosis (Figura 3). Se procedió a realizar descompresión del colon por punción, reduciendo así el diámetro significativamente, sin complicaciones. Al finalizar, se apreció el peristaltismo colónico presente, por lo que se procedió al cierre de la cavidad abdominal, sin requerimiento de resección intestinal. El paciente tuvo una evolución postoperatoria satisfactoria, por lo que se dio de alta.



**Figura 1.** Radiografía de abdomen simple con imagen en grano de café (flecha roja).  
Fuente: Tomada de los archivos institucionales.



**Figura 2.** Tomografía de abdomen contrastada con evidencia de marcada dilatación colónica, con diámetro transverso de 13 cm (flechas rojas). **A.** Corte coronal. **B.** Corte axial.  
Fuente: Tomada de los archivos institucionales.



**Figura 3.** Dilatación colónica severa evidenciada en el intraoperatorio.

Fuente: Fotografía tomada por los autores.

## Discusión

La fisiopatología del síndrome de Ogilvie aún no está del todo esclarecida, sin embargo, se considera que tiene un origen multifactorial donde predomina un desequilibrio del sistema nervioso entérico colónico, que genera una inhibición parasimpática y una estimulación simpática, lo que causa atonía y la consecuente dilatación del colon, en ausencia de una obstrucción mecánica<sup>1,2,4,6</sup>.

Dentro de los principales factores de riesgo están la tercera edad, las enfermedades neurológicas o cardiovasculares, infecciones o quemaduras graves, trastornos hidroelectrolíticos y procedimientos quirúrgicos mayores, entre los cuales se han reportado principalmente reemplazos de cadera y cirugías cardiovasculares<sup>1</sup>. También se han reportado casos en pacientes con antecedente de histerectomía, colecistectomía o trasplante renal<sup>8,9</sup>.

El principal síntoma es la distensión abdominal, por lo general en los primeros 3 a 7 días del cuadro clínico, con posterior aparición de dolor abdominal leve, timpanismo y ruidos intestinales presentes hasta en el 90 % de los casos, condición que coincidió con el cuadro clínico de nuestro paciente. La fiebre, el dolor abdominal intenso y los signos de irritación peritoneal son sugestivos de isquemia o perforación colónica<sup>1</sup>. La tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis con contraste es la prueba diagnóstica estándar, con una sensibilidad del 96 % y una especificidad del 93 %; muestra grados variables de dilatación del colon sin un punto de transición focal<sup>1,7</sup>. Algunos estudios avalan el uso de radiografías abdominales seriadas para evaluar la evolución del diámetro colónico<sup>5</sup>.

El enfoque inicial propone un manejo conservador, con la suspensión de la vía oral, sonda

nasogástrica y/o rectal, correcciones hidroelectrolíticas y deambulación temprana. Se debe evitar el uso de narcóticos o medicamentos anticolinérgicos, así como el uso de laxantes osmóticos, ya que aumentan la producción de gas y empeoran la dilatación<sup>1,4,6</sup>.

Algunos estudios controlados y aleatorizados doble ciego, han validado el uso de inhibidores de la colinesterasa, como la neostigmina, que produce un efecto parasimpaticomimético a dosis de 2 a 2,5 mg en bolo de 3 a 5 minutos<sup>3</sup>, con una tasa de efectividad cercana al 95 %<sup>10</sup>; sin embargo, dada la presencia de diámetros críticos del colon y un riesgo aumentado de perforación e isquemia, no se contempló su uso en este caso. En pacientes sin respuesta a una primera dosis, se ha descrito una tasa de éxito de hasta el 70 % con una segunda dosis, con un máximo total de tres dosis en un entorno apropiado para la monitorización cardiopulmonar<sup>1,6</sup>. Smedley L, et al.<sup>11</sup>, reportaron una mayor reducción del diámetro colónico en las primeras 24 horas al usar neostigmina en infusión continua, pero también un aumento en la incidencia de bradicardia.

La descompresión colónica endoscópica está indicada cuando el tratamiento conservador, junto con neostigmina, está contraindicado o hay fallo terapéutico<sup>3,6</sup>. Algunos estudios han demostrado que la descompresión endoscópica es superior al uso de neostigmina cuando es realizada por endoscopistas experimentados<sup>12-14</sup>. Esta se realiza sin preparación previa con laxantes y sedación con benzodiazepinas<sup>7</sup>.

Pese a que el manejo conservador y endoscópico son considerados la primera línea terapéutica, algunos estudios han reportado fracasos<sup>15</sup>. Joechle K, et al.<sup>2</sup>, demostraron que más del 50 % de los pacientes con una dilatación colónica de 11 cm o más, no respondieron al manejo farmacológico o endoscópico, por lo que debieron ser sometidos finalmente a un procedimiento quirúrgico.

El fracaso del tratamiento médico, el diámetro del colon y el tiempo de evolución aumentan el riesgo de perforación e isquemia<sup>7</sup>. Vanek & Al-Salti<sup>16</sup> reportaron un riesgo de perforación menor al 1 % cuando el diámetro es menor a 12

cm, del 7 % entre 12 y 14 cm y del 23 % cuando el diámetro es mayor a 14 cm, por lo que se considera como punto de corte, una dilatación con diámetro mayor a 12 cm para llevar el paciente a cirugía<sup>1,2,5</sup>. En nuestro caso, el paciente presentaba un diámetro transversal de 13 cm, avalando la conducta quirúrgica como primera línea de tratamiento.

Cuando el procedimiento quirúrgico representa un riesgo desproporcionado para el paciente, una alternativa es la cecostomía endoscópica percutánea (PEC, por sus siglas en inglés)<sup>17</sup>. Otras indicaciones quirúrgicas son el empeoramiento clínico, la presencia de peritonitis o la confirmación de perforación o isquemia<sup>1</sup>.

## Conclusión

El síndrome de Ogilvie es un trastorno de la motilidad colónica poco frecuente. El adecuado diagnóstico y manejo requiere un análisis exhaustivo del cuadro clínico del paciente, ya que generalmente no se presenta una correlación clínico-radiológica. La evidencia sugiere iniciar en los pacientes no complicados un manejo conservador junto con neostigmina en bolos. En nuestro caso, dada la presencia de un diámetro crítico del colon de 13 cm y un riesgo aumentado de perforación e isquemia, no se contempló su uso. El manejo quirúrgico se indica especialmente en pacientes refractarios al tratamiento médico y endoscópico, con perforación o isquemia intestinal, o con un diámetro del colon mayor a 12 cm, avalando la conducta quirúrgica presentada en el caso actual.

## Cumplimiento de normas éticas

**Consentimiento informado:** El presente estudio recibió la aprobación del paciente mediante el diligenciamiento del consentimiento pertinente, asegurándose la confidencialidad de los datos personales y fotográficos durante todo el proceso.

**Conflictos de interés:** Los autores declararon no tener ningún conflicto de interés.

**Uso de Inteligencia Artificial:** Los autores declararon que no utilizaron tecnologías asistidas por inteligencia artificial en la realización de este artículo.

**Fuentes de financiación:** Los autores declararon no haber recibido ningún tipo de financiación.

**Contribución de los autores:**

- Concepción y diseño del estudio: Julián Jiménez-Moreno, Julián Ernesto Canal-Forero.
- Adquisición de datos: Julián Jiménez-Moreno, Julián Ernesto Canal-Forero.
- Análisis e interpretación de datos: Julián Jiménez-Moreno, Julián Ernesto Canal-Forero.
- Redacción del manuscrito: Julián Jiménez-Moreno, Julián Ernesto Canal-Forero.
- Revisión crítica del contenido: Julián Jiménez-Moreno, Julián Ernesto Canal-Forero.

**Referencias**

- 1 Roa-Cáceres CJ, Coronel-Cárdenas D, Bilicic-Ubierna DB. Síndrome de Ogilvie: Manejo actual a propósito de un caso. *Rev Cir.* 2023;75:496-502. <https://doi.org/10.35687/s2452-454920230061833>
- 2 Joechle K, Guenzle J, Utzolino S, Fichtner-Feigl S, Koussoulas L. Ogilvie's syndrome-is there a cutoff diameter to proceed with upfront surgery? *Langenbecks Arch Surg.* 2022;407:1173-82. <https://doi.org/10.1007/s00423-021-02407-2>
- 3 Naveed M, Jamil L, Fujii-Lau L, Al-Haddad M, Buxbaum JL, Fishman DS, et al. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in the management of acute colonic pseudo-obstruction and colonic volvulus. *Gastrointest Endosc.* 2020;91:228-35. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2019.09.007>
- 4 Mankaney GN, Sarvepalli S, Arora Z, Kamal A, Lopez R, Vargo JJ, et al. Colonic decompression reduces proximal acute colonic pseudo-obstruction and related symptoms. *Dis Colon Rectum.* 2020;63:60-7. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001492>
- 5 Ross SW, Oommen B, Wormer BA, Walters AL, Augenstein VA, Heniford BT, et al. Acute colonic pseudo-obstruction: Defining the epidemiology, treatment, and adverse outcomes of Ogilvie's syndrome. *Am Surg.* 2016;82:102-11. <https://doi.org/10.1177/000313481608200211>
- 6 Alavi K, Poylin V, Davids JS, Patel SV, Felder S, Valente MA, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the management of colonic volvulus and acute colonic pseudo-obstruction. *Dis Colon Rectum.* 2021;64:1046-57. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002159>
- 7 Cheong JY, Byrne C, Austin K. Novel technique of insertion of decompression tube for Ogilvie's syndrome/colonic pseudo-obstruction. *ANZ J Surg.* 2020;90:150-1. <https://doi.org/10.1111/ans.15371>
- 8 Palma-Ramírez EJ, Pradel-Mora JJ, López-Montero M, Hernández-Ortega JL, Hernández-Aguilar S, Nogueira-Fernández JM. Síndrome de Ogilvie. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Cir Gen.* 2014;36:232-8.
- 9 Mier-Escurrea EA, Díaz-Prieto T, Fernández-Ortíz SJ, Mier-Saad G, Valdes-Cepeda A. Pseudo-obstrucción colónica aguda (síndrome de Ogilvie) post-trasplante renal. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2016;73:250-5. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.04.003>
- 10 Lopez-Valle RG, Lopez-Godoy F. Neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction: A meta-analysis. *Ann Med Surg (Lond).* 2014;3:60-4. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2014.04.002>
- 11 Smedley LW, Foster DB, Barthol CA, Hall R, Gutierrez GC. Safety and efficacy of intermittent bolus and continuous infusion neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction. *J Intensive Care Med.* 2020;35:1039-43. <https://doi.org/10.1177/0885066618809010>
- 12 Peker KD, Cikot M, Bozkurt MA, Ilhan B, Kankaya B, Binboga S, et al. Colonoscopic decompression should be used before neostigmine in the treatment of Ogilvie's syndrome. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2017;43:557-66. <https://doi.org/10.1007/s00068-016-0709-y>
- 13 İlban Ö, Çiçekçi F, Çelik JB, Baş MA, Duman A. Neostigmine treatment protocols applied in acute colonic pseudo-obstruction disease: A retrospective comparative study. *Turk J Gastroenterol.* 2019;30:228-33. <https://doi.org/10.5152/tjg.2018.18193>
- 14 Tsirlina VB, Zemlyak AY, Avery MJ, Colavita PD, Christmas AB, Heniford BT, et al. Colonoscopy is superior to neostigmine in the treatment of Ogilvie's syndrome. *Am J Surg.* 2012;204:849-55. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2012.05.006>
- 15 Lee KJ, Jung KW, Myung SJ, Kim HJ, Kim NY, Yoon YH, et al. The clinical characteristics of colonic pseudo-obstruction and the factors associated with medical treatment response: A study based on a multicenter database in Korea. *J Korean Med Sci.* 2014;29:699-703. <https://doi.org/10.3346/jkms.2014.29.5.699>
- 16 Vanek VW, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum.* 1986;29:203-10. <https://doi.org/10.1007/BF02555027>
- 17 Vanek P, Urban O, Falt P. Percutaneous endoscopic cecostomy for management of Ogilvie's syndrome: A case series and literature review with an update on current guidelines (with video). *Surg Endosc.* 2023;37:8144-53. <https://doi.org/10.1007/s00464-023-10281-w>