# SÍNDROME DE OGILVIE APÓS CIRURGIA ABDOMINAL: FATORES ASSOCIADOS À FALHA DO TRATAMENTO CONSERVADOR

# OGILVIE SYNDROME AFTER ABDOMINAL SURGERY: FACTORS ASSOCIATED WITH FAILURE OF CONSERVATIVE MANAGEMENT

# SÍNDROME DE OGILVIE TRAS CIRUGÍA ABDOMINAL: FACTORES ASOCIADOS AL FRACASO DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR

10.56238/IIMedCientifica-106

**Matheus Henrique Bastos Martins**
Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)
E-mail: matheus_henrique_56@hotmail.com

**Thiago Rodrigues Ferreira**
E-mail: drthiagorferreira@gmail.com

**Stárley Augusto de Souza Lopes**
Instituição: Faculdade de Medicina de Barbacena
E-mail: starley.lopes@hotmail.com

**José Vicente Chipoletti Picca**
Instituição: Faculdade Santa Marcelina - Sao Paulo
E-mail: vichipoletti@gmail.com

**Natália Binotti Souza Camargo**
Instituição: universidade Araraquara (UNIARA)
E-mail: Nataliabinotti@hotmail.com

**RESUMO**
INTRODUÇÃO: A síndrome de Ogilvie, ou pseudo-obstrução colônica aguda, pode surgir no período pós-operatório e caracteriza-se por dilatação colônica importante sem obstrução mecânica. A maioria dos pacientes sem sinais de isquemia ou perfuração é inicialmente tratada com medidas conservadoras. OBJETIVO: Analisar os fatores associados à persistência da dilatação e à necessidade de escalonamento terapêutico após tratamento conservador em pacientes com síndrome de Ogilvie, com ênfase no contexto pós-cirurgia abdominal. METODOLOGIA: Realizou-se revisão narrativa estruturada nas bases PubMed e Scopus, incluindo diretriz, revisões, ensaio clínico e estudos observacionais indexados no PubMed sobre pseudo-obstrução colônica aguda, resolução espontânea, neostigmina e descompressão endoscópica. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A maior parte dos casos pode resolver com suspensão de fatores precipitantes, correção hidroeletrolítica, mobilização e descompressão gastrointestinal. Persistência da distensão por 48 a 72 horas, dilatação cecal acentuada, progressão clínica e manutenção de fatores como opioides indicam menor probabilidade de resolução espontânea e maior necessidade de intervenção. Diâmetro cecal acima de 12 cm e distensão prolongada

são especialmente relevantes por elevarem o risco de isquemia e perfuração. Após falha conservadora, a neostigmina apresenta elevada taxa de resposta, enquanto a colonoscopia é alternativa eficaz quando há contraindicação, recorrência ou ausência de resposta farmacológica. CONCLUSÃO: A falha do tratamento conservador não é determinada por um único marcador validado. A combinação de distensão persistente, maior diâmetro cecal, piora clínica e persistência de fatores precipitantes deve orientar reconhecimento precoce dos pacientes que necessitam de descompressão farmacológica ou endoscópica.

**Palavras-chave:** Síndrome de Ogilvie. Pseudo-obstrução Colônica. Cirurgia Abdominal. Neostigmina. Descompressão Colônica.

**ABSTRACT**

INTRODUCTION: Ogilvie's syndrome, or acute colonic pseudo-obstruction, may arise in the postoperative period and is characterized by significant colonic dilatation without mechanical obstruction. Most patients without signs of ischemia or perforation are initially treated with conservative measures. OBJECTIVE: To analyze factors associated with persistence of dilatation and the need for therapeutic escalation after conservative treatment in patients with Ogilvie's syndrome, with emphasis on the post-abdominal surgery context. METHODOLOGY: A structured narrative review was conducted in PubMed and Scopus databases, including guidelines, reviews, clinical trials, and observational studies indexed in PubMed on acute colonic pseudo-obstruction, spontaneous resolution, neostigmine, and endoscopic decompression. RESULTS AND DISCUSSION: Most cases can resolve with discontinuation of precipitating factors, hydroelectrolytic correction, mobilization, and gastrointestinal decompression. Persistence of distension for 48 to 72 hours, marked cecal dilatation, clinical progression, and maintenance of factors such as opioids indicate lower probability of spontaneous resolution and greater need for intervention. Cecal diameter above 12 cm and prolonged distension are especially relevant because they increase the risk of ischemia and perforation. After conservative failure, neostigmine presents a high response rate, while colonoscopy is an effective alternative when there is contraindication, recurrence, or absence of pharmacological response. CONCLUSION: Conservative treatment failure is not determined by a single validated marker. The combination of persistent distension, greater cecal diameter, clinical worsening, and persistence of precipitating factors should guide early recognition of patients who need pharmacological or endoscopic decompression.

**Keywords:** Ogilvie's Syndrome. Colonic Pseudo-obstruction. Abdominal Surgery. Neostigmine. Colonic Decompression.

**RESUMEN**

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Ogilvie, o pseudoobstrucción colónica aguda, puede surgir en el período posoperatorio y se caracteriza por una dilatación colónica importante sin obstrucción mecánica. La mayoría de los pacientes sin signos de isquemia o perforación se tratan inicialmente con medidas conservadoras. OBJETIVO: Analizar los factores asociados a la persistencia de la dilatación y la necesidad de escalamiento terapéutico después del tratamiento conservador en pacientes con síndrome de Ogilvie, con énfasis en el contexto post-cirugía abdominal. METODOLOGÍA: Se realizó una revisión narrativa estructurada en las bases PubMed y Scopus, incluyendo directrices, revisiones, ensayos clínicos y estudios observacionales indexados en PubMed sobre pseudoobstrucción colónica aguda, resolución espontánea, neostigmina y descompresión endoscópica. RESULTADOS Y

DISCUSIÓN: La mayoría de los casos pueden resolverse con la suspensión de factores precipitantes, corrección hidroelectrolítica, movilización y descompresión gastrointestinal. La persistencia de la distensión durante 48 a 72 horas, la dilatación cecal acentuada, la progresión clínica y el mantenimiento de factores como los opioides indican una menor probabilidad de resolución espontánea y una mayor necesidad de intervención. El diámetro cecal mayor de 12 cm y la distensión prolongada son especialmente relevantes porque elevan el riesgo de isquemia y perforación. Después del fracaso conservador, la neostigmina presenta una alta tasa de respuesta, mientras que la colonoscopia es una alternativa eficaz cuando hay contraindicación, recurrencia o ausencia de respuesta farmacológica. CONCLUSIÓN: El fracaso del tratamiento conservador no está determinado por un único marcador validado. La combinación de distensión persistente, mayor diámetro cecal, empeoramiento clínico y persistencia de factores precipitantes debe guiar el reconocimiento temprano de los pacientes que necesitan descompresión farmacológica o endoscópica.

**Palabras clave:** Síndrome de Ogilvie. Pseudoobstrucción Colónica. Cirugía Abdominal. Neostigmina. Descompresión Colónica.

## 1 INTRODUÇÃO

A pseudo-obstrução colônica aguda, tradicionalmente denominada síndrome de Ogilvie, caracteriza-se por dilatação aguda do cólon na ausência de lesão mecânica obstrutiva e ocorre principalmente em pacientes hospitalizados com doenças graves ou após procedimentos cirúrgicos (DE GIORGIO; KNOWLES, 2009; ARTHUR; BURGESS, 2022). O período pós-operatório é um contexto clássico para o desenvolvimento da síndrome, especialmente quando coexistem imobilidade, uso de opioides, distúrbios hidroeletrolíticos e doença sistêmica importante (LOFTUS; HAREWOOD; BARON, 2002; SAUNDERS, 2007).

Na ausência de peritonite, isquemia ou perfuração, a abordagem inicial baseia-se em jejum, correção de distúrbios metabólicos, redução ou suspensão de fármacos precipitantes, mobilização e medidas de descompressão não invasiva (ALAVI *et al.*, 2021; ARTHUR; BURGESS, 2022). A identificação precoce dos pacientes com baixa probabilidade de resolução espontânea é relevante porque a manutenção da dilatação, sobretudo quando acentuada ou prolongada, aumenta o risco de necrose e perfuração colônica (VANEK; AL-SALTI, 1986; SAUNDERS, 2007). O objetivo desta revisão foi analisar fatores associados à falha do tratamento conservador da síndrome de Ogilvie, com ênfase em pacientes após cirurgia abdominal (LOFTUS; HAREWOOD; BARON, 2002).

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa estruturada da literatura realizada em outubro de 2026. Foram pesquisadas as bases PubMed e Scopus utilizando os termos “Acute Colonic Pseudo-Obstruction”, “Ogilvie Syndrome”, “Postoperative”, “Abdominal Surgery”, “Conservative Treatment”, “Neostigmine” e “Colonoscopic Decompression”.

Foram incluídos estudos observacionais, ensaio clínico randomizado, revisões e diretriz clínica com dados sobre resolução espontânea, fatores relacionados à persistência da pseudo-obstrução, risco de complicações e critérios para escalonamento terapêutico. Sete publicações indexadas no PubMed foram utilizadas na síntese.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes sem sinais de gravidade apresenta resposta às medidas conservadoras, mas a taxa de resolução varia conforme população e gravidade clínica (LOFTUS; HAREWOOD; BARON, 2002; ARTHUR; BURGESS, 2022). Em uma série de 151 pacientes, 117, correspondentes

a 77%, apresentaram resolução espontânea, demonstrando que o tratamento inicial não invasivo permanece apropriado quando não existem sinais de isquemia, perfuração ou dilatação de alto risco (LOFTUS; HAREWOOD; BARON, 2002).

A literatura específica sobre preditores independentes de falha é limitada, e muitos fatores utilizados na prática são melhor interpretados como marcadores de persistência ou critérios para escalonamento do que como modelos prognósticos validados (LOFTUS; HAREWOOD; BARON, 2002; ALAVI *et al.*, 2021). Na coorte de Loftus *et al.*, pacientes com resolução espontânea utilizavam opioides com menor frequência que os não respondedores, embora a diferença não tenha alcançado significância estatística convencional, sugerindo que a manutenção de fármacos que reduzem a motilidade pode dificultar a recuperação (LOFTUS; HAREWOOD; BARON, 2002).

A magnitude e a duração da dilatação constituem os marcadores clínicos mais relevantes para decidir quando não é seguro prolongar a observação (VANEK; AL-SALTI, 1986; SAUNDERS, 2007). O risco de complicações aumenta quando o ceco ultrapassa aproximadamente 12 cm e quando a distensão persiste por vários dias, especialmente além de seis dias, enquanto dor localizada, defesa, febre, leucocitose progressiva ou sinais de isquemia exigem intervenção mais precoce (VANEK; AL-SALTI, 1986; SAUNDERS, 2007).

Quando a dilatação permanece importante após 48 a 72 horas de tratamento conservador adequado, a neostigmina é uma das principais opções de escalonamento em pacientes sem contraindicações (PONEC; SAUNDERS; KIMMEY, 1999; ALAVI *et al.*, 2021). Em ensaio randomizado com pacientes sem resposta a pelo menos 24 horas de tratamento conservador, 10 de 11 indivíduos tratados com neostigmina apresentaram descompressão rápida, em contraste com nenhum dos 10 que receberam placebo (PONEC; SAUNDERS; KIMMEY, 1999).

A recorrência ou a ausência de resposta à neostigmina pode exigir descompressão colonoscópica, especialmente quando a dilatação permanece progressiva (DE GIORGIO; KNOWLES, 2009; ALAVI *et al.*, 2021). A decisão não deve depender apenas de um valor isolado do diâmetro cecal, mas integrar tempo de evolução, exame abdominal, comorbidades, exposição a opioides e correção efetiva de distúrbios precipitantes (SAUNDERS, 2007; ARTHUR; BURGESS, 2022).

Assim, no paciente após cirurgia abdominal, a falha do tratamento conservador deve ser suspeitada principalmente quando não há redução clínica ou radiológica da distensão apesar da correção adequada de fatores reversíveis, sobretudo diante de ceco progressivamente dilatado e evolução prolongada (ALAVI *et al.*, 2021; ARTHUR; BURGESS, 2022). Esses elementos são úteis

para orientar o momento da intervenção, mas a literatura ainda carece de escore prognóstico validado especificamente para o cenário pós-operatório abdominal (LOFTUS; HAREWOOD; BARON, 2002).

## 4 CONCLUSÃO

A maioria dos casos de síndrome de Ogilvie sem sinais de complicação pode responder ao tratamento conservador. Entretanto, ausência de melhora após 48 a 72 horas, dilatação cecal acentuada ou progressiva, duração prolongada do quadro e persistência de fatores precipitantes indicam menor probabilidade de resolução espontânea e maior necessidade de escalonamento.

Esses achados devem ser interpretados em conjunto, pois não existe um preditor isolado suficientemente validado para definir falha terapêutica. Reconhecimento precoce permite indicar neostigmina ou descompressão endoscópica antes do desenvolvimento de isquemia e perfuração.

## REFERÊNCIAS


ALAVI, K. *et al.* The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colonic Volvulus and Acute Colonic Pseudo-Obstruction. Diseases of the Colon & Rectum, v. 64, n. 9, p. 1046-1057, 2021.

ARTHUR, T.; BURGESS, A. Acute Colonic Pseudo-Obstruction. Clinics in Colon and Rectal Surgery, v. 35, n. 3, p. 221-226, 2022.

DE GIORGIO, R.; KNOWLES, C. H. Acute colonic pseudo-obstruction. British Journal of Surgery, v. 96, n. 3, p. 229-239, 2009.

LOFTUS, C. G.; HAREWOOD, G. C.; BARON, T. H. Assessment of predictors of response to neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction. American Journal of Gastroenterology, v. 97, n. 12, p. 3118-3122, 2002.

PONEC, R. J.; SAUNDERS, M. D.; KIMMEY, M. B. Neostigmine for the treatment of acute colonic pseudo-obstruction. New England Journal of Medicine, v. 341, n. 3, p. 137-141, 1999.

SAUNDERS, M. D. Acute colonic pseudo-obstruction. Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America, v. 17, n. 2, p. 341-360, 2007.

VANEK, V. W.; AL-SALTI, M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome): an analysis of 400 cases. Diseases of the Colon & Rectum, v. 29, n. 3, p. 203-210, 1986.