



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



COMUNICACIÓN BREVE

Pseudo-obstrucción colónica aguda: una serie de casos y revisión de la literatura



A. Fuentes-Montalvo, A.L. Ordoñez-Vázquez, J.S. Arenas-Martínez y E. Coss-Adame*

Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Recibido el 20 de diciembre de 2024; aceptado el 21 de julio de 2025

PALABRAS CLAVE

Pseudo-obstrucción colónica aguda;
Síndrome de Ogilvie;
Obstrucción intestinal colónica;
Tratamiento;
Cecostomía

Resumen La pseudo-obstrucción colónica aguda (*acute colonic pseudo-obstruction* [ACPO]) es un fenómeno obstructivo de origen funcional caracterizado por dolor y dilatación colónica aguda en ausencia de causa mecánica. Afecta principalmente a pacientes con varias comorbilidades, en estado postoperatorio y/o críticamente enfermos. La teoría fisiopatológica más aceptada es la disfunción autonómica entérica. El diagnóstico se debe confirmar con tomografía abdominal que descarte causas de obstrucción mecánicas y revele complicaciones como isquemia y/o perforación intestinal. El tratamiento es escalonado, considerando la gravedad de los síntomas, el diámetro cecal, la estabilidad hemodinámica y/o la presencia de complicaciones, iniciando con medidas conservadoras; para casos con respuesta parcial y/o refractarios, existen opciones terapéuticas farmacológicas, endoscópicas y quirúrgicas. El objetivo de este artículo es describir 4 casos de pacientes atendidos en un hospital de tercer nivel de atención con diagnóstico de ACPO.

© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Acute colonic pseudo-obstruction;
Ogilvie syndrome;
Large-bowel obstruction;
Treatment;
Cecostomy

Acute colonic pseudo-obstruction: A case series and literature review

Abstract Acute colonic pseudo-obstruction (ACPO) is an obstructive phenomenon of functional origin characterized by pain and acute colonic dilatation in the absence of a mechanical cause. It primarily affects patients with several comorbidities, postoperative patients, and/or critically ill patients. The most widely accepted pathophysiologic theory is enteric autonomic dysfunction. Diagnosis must be confirmed through abdominal tomography, ruling out causes of mechanical obstruction and revealing complications, such as ischemia and/or bowel perforation. Treatment is stepped, taking symptom severity, cecal diameter, hemodynamic stability,

* Autor para correspondencia. Av. Vasco de Quiroga 5, colonia Belisario Domínguez Sección XVI, 14080, Tlalpan, Ciudad de México. Teléfono: ++52 (55) 54870900.

Correo electrónico: enriquecossmd@gmail.com (E. Coss-Adame).

and/or the presence of complications into account. It is started with conservative measures, and in cases with partial response or refractoriness, there are pharmacologic, endoscopic, and surgical therapeutic options. The aim of this article is to describe four cases of patients diagnosed with ACPO treated at a tertiary care hospital.

© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La pseudo-obstrucción colónica aguda (*acute colonic pseudo-obstruction* [ACPO]) es un trastorno funcional caracterizado por dismotilidad y dilatación del colon en ausencia de una obstrucción mecánica identificable¹. Su incidencia es desconocida. La etiología no está completamente definida, aunque se reconoce como una entidad multifactorial. Se ha propuesto que un desequilibrio en la regulación del sistema nervioso autónomo afecta la función de las células intersticiales de Cajal, contribuyendo a la alteración de la motilidad colónica². Los factores de riesgo más comúnmente asociados con el desarrollo de ACPO incluyen hospitalización prolongada, edad mayor de 60 años, sexo masculino, uso de medicamentos con efecto sobre la motilidad intestinal (opioides y anticolinérgicos), alteraciones hidroelectrolíticas (hipokalemia e hipocalcemia), infecciones, estados posquirúrgicos y enfermedades crónicas descompensadas, como hipotiroidismo, enfermedades cardiovasculares y trastornos neurodegenerativos³. Clínicamente, los pacientes suelen presentar dolor y distensión abdominal aguda, náusea, vómito, estreñimiento o diarrea (hasta en 40% de los casos). La tomografía computarizada (TC) es el método diagnóstico de elección, ya que permite documentar la dilatación colónica —usualmente del ciego y colon ascendente—, confirmar la ausencia de obstrucción mecánica y descartar diagnósticos diferenciales³. Se han descrito tres variedades clínicas de ACPO: la variante clásica, la variante con diarrea secretora (DS), pérdida intestinal de potasio e hipokalemia refractaria⁴, y una variante asociada a hipotiroidismo⁵ (tabla 1). El tratamiento se divide en conservador con medidas de soporte y corrección del estado metabólico (efectividad del 77-96% en la forma clásica), descompresión farmacológica (neostigmina) y/o endoscópica (efectividad del 60-94% en forma clásica). La variante DS tiende a tener menor respuesta a las estrategias convencionales y amerita uso crónico de espironolactona. Entre las complicaciones más relevantes se encuentran la isquemia y la perforación intestinal, reportadas en el 3 al 15% de los casos. Estas se asocian con fiebre, hiperalgia o hiperbaralgia abdominal, dilatación cecal mayor a 12 cm y persistencia del cuadro clínico por más de seis días. La mortalidad es menor al 1% en casos no complicados, pero puede alcanzar hasta el 50% cuando se presentan complicaciones². El tratamiento de la ACPO tiene tres objetivos principales: descompresión colónica, prevención de complicaciones y reducción del riesgo de recurrencias. En pacientes con

un diámetro cecal < 12 cm y sin signos de complicación, el abordaje inicial se basa en la corrección del estado hidroelectrolítico, suspensión de fármacos que afectan la motilidad, manejo de comorbilidades, incentivo de la deambulación y descompresión con sonda transrectal (STR). Esta estrategia conservadora reporta una tasa de éxito cercana al 70%¹. Se considera respuesta clínica la expulsión de gran volumen de gases o heces; respuesta radiológica, la reducción del diámetro colónico en estudios de imagen < 12 cm (de ahí que los estudios radiológicos cada 48 h son parte del seguimiento para evaluarla evolución de la enfermedad), y respuesta sostenida a la resolución de síntomas y dilatación por al menos 72 h^{4,5}. En pacientes con un diámetro cecal inicial > 12 cm o sin respuesta clínica tras 48-72 h que permanecen sin complicaciones, se recomienda descompresión farmacológica (neostigmina) o endoscópica⁶ debido al mayor riesgo de perforación. Para pacientes con contraindicación a neostigmina o sin respuesta al tratamiento farmacológico, se recomienda la descompresión endoscópica. Al momento actual, no existen ensayos clínicos aleatorizados que comparen la eficacia de la neostigmina vs la descompresión endoscópica o que respalden el uso de esta última; sin embargo, la evidencia disponible sugiere: seguridad similar, tasas de éxito comparables al tratamiento farmacológico (36-88%)^{7,8}, y una ventaja adicional al permitir la evaluación directa de la mucosa colónica en busca de cambios isquémicos⁹.

La vía de aplicación clásica de la neostigmina es en bolo intravenoso (2 mg en 5 minutos) bajo monitoreo cardíaco por el riesgo de bradicardia o arritmias. Las contraindicaciones relativas incluyen infarto de miocardio reciente, bradicardia, insuficiencia renal, úlcera péptica, enfermedad respiratoria reactiva y acidosis; las absolutas son obstrucción intestinal y retención urinaria. La tasa de éxito reportada con esta estrategia es de hasta el 90%. El mecanismo de acción de la neostigmina se basa en el aumento de acetilcolina circulante, que potencia el tono parasimpático y la contractilidad del músculo liso colónico. En casos de respuesta parcial (disminución del dolor, reducción moderada del diámetro cecal respecto a la determinación inicial, tolerancia parcial a la vía oral) o ausencia de mejoría clínica, se puede repetir el bolo a las 24 h³. Estudios retrospectivos han sugerido que la infusión continua de neostigmina (0.4-0.8 mg/h) puede inducir una respuesta clínica efectiva. Comparada con el bolo, la infusión continua mostró un mayor efecto en la reducción del diámetro intestinal (73.7% vs. 40.5%) aunque con un tiempo más prolongado hasta la res-

Tabla 1 Características que distinguen las variantes clínicas de la pseudo-obstrucción colónica aguda

Subtipo clínico	Datos clínicos	Respuesta a tratamiento
Clásica (80-90%)	Dolor y distensión abdominal aguda, náusea, vómito, estreñimiento (60%)	Efectividad del tratamiento conservador (74%), tratamiento farmacológico (89%) y descompresión colónica endoscópica (82%). Tasa de mortalidad menor (1-8%) que otros subtipos
Diarrea secretora (< 5%)	Se asocia a la presencia de nefropatía preexistente (80%), hipokalemia, acidosis metabólica y diarrea con imagen compatible para ACPO	Efectividad del tratamiento conservador (36%), tratamiento farmacológico (7%) y descompresión colónica endoscópica (50%); presenta mayor mortalidad (21%). Requiere uso crónico de espironolactona
Miopatía atrófica visceral (< 1%)	Se asocia con hipotiroidismo de inicio tardío; en pieza quirúrgica se identifican datos de miopatía visceral atrófica (pared delgada, capa muscular propia atrófica sin inflamación ni fibrosis) con células ganglionares y plexo mientérico no afectados	Refractario a tratamiento convencional, muestra buena respuesta al realizar la sustitución hormonal tiroidea

ACPO: pseudo-obstrucción colónica aguda.

puesta inicial (3.5 h vs. 1.4 h)¹⁰⁻¹². Por último, evidencia más reciente ha propuesto el uso de la administración subcutánea de neostigmina en un estudio que incluyó 182 pacientes con ACPO, íleo o estreñimiento refractario, observando respuesta clínica en una mediana de 29 h, sin incremento de efectos adversos^{13,14}. En el caso de la descompresión endoscópica, las guías internacionales disponibles en el manejo de ACPO sugieren evitar el uso de preparación colónica pre-descompresión, así como el uso de tubos de descompresión con succión intermitente e irrigación con solución salina cada 4-6 h, y la administración de polietilenglicol (29.5 g disueltos en 500 ml de agua, divididos en dos dosis) posprocedimiento, por su asociación con menor tasa de recurrencia posterior a la descompresión endoscópica¹⁵.

La cecostomía percutánea endoscópica (CPE) es una opción terapéutica en pacientes refractarios a las estrategias anteriores, particularmente en aquellos con alto riesgo quirúrgico. Puede realizarse por vía endoscópica o bajo guía radiológica. Las complicaciones más frecuentes son dolor local, sangrado, formación de granulomas o perforación. Las tasas de éxito técnico reportadas superan el 80%. Aunque los estudios sobre su efectividad son limitados y retrospectivos, las guías internacionales reconocen a la CPE como parte del manejo terapéutico de la ACPO⁶. En presencia de isquemia o perforación intestinal está indicado el manejo quirúrgico con colectomía subtotal o total con estoma de protección. Finalmente, el uso de procinéticos como piridostigmina o prucaloprida, y laxantes osmóticos como polietilenglicol, puede contribuir a la prevención de recurrencias.

Esta serie de casos describe la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la ACPO en un centro de tercer nivel, con énfasis en las características clínicas, los factores de riesgo, las complicaciones y la evolución terapéutica. Además, se revisa la literatura actual para contextualizar los hallazgos clínicos y apoyar las decisiones de manejo.

Material y métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con ACPO entre marzo y septiembre de 2024 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se documentaron datos clínicos, de laboratorio, imagenológicos y terapéuticos, así como desenlaces clínicos.

Resultados

Se incluyeron cuatro pacientes con diagnóstico de ACPO. Todos eran adultos mayores (rango: 77-89 años), con múltiples comorbilidades. En tres casos se documentó resolución clínica con tratamiento conservador o farmacológico; uno de ellos requirió manejo invasivo con CPE.

Caso 1

Mujer de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y artritis reumatoide en tratamiento inmunosupresor. Ingresó por neumonía adquirida en la comunidad y derrame pleural. Inició tratamiento antimicrobiano y reposición de potasio, ya que en laboratorio destacó hipokalemia moderada (2.9 mEq/l). Durante la hospitalización desarrolló distensión abdominal y estreñimiento. La TC mostró dilatación colónica generalizada (máx. 10.1 cm) sin evidencia de obstrucción mecánica (fig. 1A). Se instauró tratamiento conservador con STR, y a las 48 h la paciente presentó mejoría en la distensión, canalizó gases, presentó evacuaciones sin datos inflamatorios, que fue congruente con una disminución en la dilatación cecal inicial en la radiografía de abdomen de control (fig. 1B). Se reinició la vía oral e inició tratamiento con polietilenglicol 17 gramos al día cada 24 h para

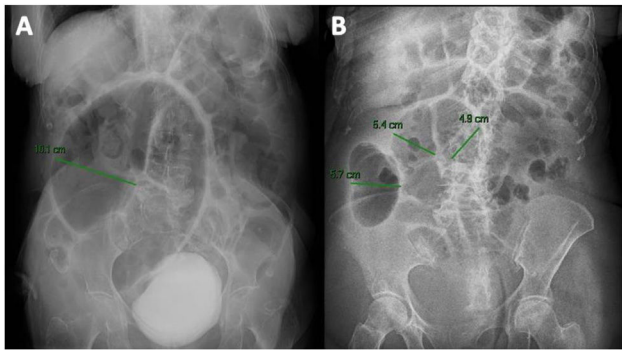


Figura 1 Mujer de 77 años con pseudo-obstrucción intestinal aguda al momento del diagnóstico (A) y a las 48 h de tratamiento conservador (B), presentando mejoría radiológica evidente con disminución de la dilatación colónica.

prevenir recurrencias. No obstante, la paciente presentó síndrome de distrés respiratorio del adulto y falleció por esta razón.

Caso 2

Mujer de 89 años con antecedentes de hipertensión, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus y demencia vascular, con dos episodios previos de ACPO tipo secretor en los últimos seis meses. Acudió por distensión abdominal, náusea, dolor y estreñimiento alternante con diarrea. Destacaba hipokalemia moderada (2.5 mEq/l) sin causa extraintestinal identificable. La TC mostró dilatación colónica (máx. 10 cm) sin obstrucción. Inicialmente se indicó tratamiento conservador. Ante la ausencia de respuesta, se administró una dosis inicial de 2 mg de neostigmina en bolo, con lo cual la paciente presentó canalización de gases y se intentó dosis repetida a las 24 h, sin obtener una evacuación ni reducción significativa del diámetro cecal. Por el comportamiento recurrente de los eventos de ACPO, se realizó CPE con evolución clínica favorable. Fue dada de alta con manejo farmacológico (prucaloprida 1 mg cada 24 h, polietilenglicol 17 gramos cada 24 h y espironolactona 25 mg cada 24 h). Durante el seguimiento presentó dolor local como única complicación y continúa en seguimiento por consulta externa.

Caso 3

Hombre de 86 años con enfermedad de Parkinson, hipertensión y cardiopatía isquémica. Se presentó con náusea, dolor abdominal y tres días de diarrea aguda y distensión abdominal. A la exploración física: abdomen distendido, doloroso, con disminución de ruidos peristálticos. En los laboratorios se encontró hiponatremia, hipokalemia e hipomagnesemia leves. La TC evidenció dilatación del colon derecho (máx. 8.6 cm), sin evidencia de obstrucción. Se instauró tratamiento conservador con STR, logrando resolución clínica sin complicaciones. Se inició manejo con prucaloprida 0.5 mg cada 24 h y polietilenglicol 17 gramos cada 24 h, con lo cual mantuvo canalización de gases, ausencia de distensión abdominal y una evacuación al día durante las 48 h de observación en hospitalización. Se identificó disfagia orofaríngea secun-

daria a Parkinson con inadecuada ingesta de alimentos e hidratación. Se refirió a foniatría para rehabilitación de la deglución, se solicitó el apego a tratamiento farmacológico de las comorbilidades y mantener la prucaloprida y polietilenglicol, y fue egresado para seguimiento ambulatorio.

Caso 4

Hombre de 88 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, arritmia no especificada, demencia vascular y un episodio previo de ACPO. Consultó por náusea, vómito, distensión abdominal y estreñimiento agudo. En la evaluación se encontraba estable, con abdomen timpánico y peristalsis disminuida. Laboratorios mostraron hipokalemia moderada (2.7 mEq/l). La TC reveló dilatación colónica generalizada, predominante en el sigmoides (máx. 9 cm). Se inició tratamiento conservador con STR. A las 48 h persistía la distensión, con hipokalemia secundaria, la cual en el abordaje fue compatible para pérdidas digestivas, sugiriendo un ACPO variedad secretora. La imagen de control mostró progresión del diámetro colónico (máx. 10 cm). Por antecedente de arritmia no fue candidato a neostigmina y se propuso manejo con descompresión colónica endoscópica que fue rehusado por los familiares. Ante la ausencia de isquemia, perforación o sepsis abdominal, se decidió instaurar tratamiento médico con prucaloprida 1 mg cada 24 h, espironolactona 25 mg cada 24 h y eritromicina oral en suspensión 250 mg cada 8 h por 5 días, con mejoría clínica y egreso voluntario.

Discusión

La ACPO es una entidad subdiagnosticada que afecta principalmente a adultos mayores con múltiples comorbilidades. En esta serie, el tratamiento conservador fue efectivo en tres de los cuatro casos, lo que refuerza su rol como primera línea en ausencia de complicaciones. En el paciente con recurrencias y forma clínica secretora —identificada por hipokalemia refractaria sin causa secundaria aparente— fue necesario escalar a tratamiento farmacológico con neostigmina y posteriormente a CPE, con desenlace favorable. Este caso respalda el uso de la CPE como alternativa útil en pacientes refractarios y con alto riesgo quirúrgico. La sospecha oportuna de subtipos clínicos, como la variante secretora, permite personalizar el tratamiento (por ejemplo el uso crónico de espironolactona). La experiencia presentada refuerza el enfoque escalonado propuesto en la literatura y aporta información práctica sobre la implementación de estrategias según la respuesta clínica y contexto del paciente.

Conclusión

Los casos presentados muestran que las medidas generales continúan siendo efectivas como primera línea de manejo en la mayoría de los pacientes con ACPO. Considerar que existen distintos subtipos clínicos que permitirán dar un enfoque terapéutico de mayor precisión. Sin embargo, en pacientes con recurrencias y respuesta limitada al tratamiento conservador y farmacológico, la CPE representa una

alternativa terapéutica útil en escenarios seleccionados. Su implementación exitosa depende del conocimiento local del procedimiento, una adecuada selección de casos, la experiencia del equipo tratante y el soporte multidisciplinario disponible.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Arthur T, Burgess A. Acute colonic pseudo-obstruction. *Clin Colon Rectal Surg.* 2022;35:221–6, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-1740044>.
2. Underhill J, Munding E, Hayden D. Acute colonic pseudo-obstruction and volvulus: Pathophysiology, evaluation, and treatment. *Clin Colon Rectal Surg.* 2021;34:242–50, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-1727195>.
3. Sen A, Chokshi R. Update on the diagnosis and management of Acute Colonic Pseudo-obstruction (ACPO). *Curr Gastroenterol Rep.* 2023;25:191–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s11894-023-00881-w>.
4. Loftus CG, Harewood GC, Baron TH. Assessment of predictors of response to neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:3118–22, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2002.07108.x>.
5. Mehta R, John A, Nair P, et al. Factors predicting successful outcome following neostigmine therapy in acute colonic pseudo-obstruction: A prospective study. *J Gastroenterol Hepatol.* 2006;21:459–61, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1746.2005.03994.x>.
6. 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, <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-023-10281-w>.
7. Saunders MD, Kimmey MB. Systematic review: acute colonic pseudo-obstruction. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;22:917–25, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2005.02668.x>.
8. Saunders MD. Acute colonic pseudo-obstruction. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2007;21:671–87, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2007.03.001>.
9. Naveed M, Jamil LH, Fujii-Lau LL, 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, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2019.09.007>.
10. White L, Sandhu G. Continuous neostigmine infusion versus bolus neostigmine in refractory Ogilvie syndrome. *Am J Emerg Med.* 2011;29:576.e1–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2010.06.006>.
11. Smedley LW, Foster DB, Barthol CA, et al. Safety and efficacy of intermittent bolus and continuous infusion neostigmine for acute colonic pseudo-obstruction. *J Intensive Care Med.* 2020;35:1039–43, <http://dx.doi.org/10.1177/0885066618809010>.
12. Van der Spoel J, Oudemans-van Straaten H, Stoutenbeek C, et al. Neostigmine resolves critical illness-related colonic ileus in intensive care patients with multiple organ failure — a prospective, double-blind, placebo-controlled trial. *Intensive Care Med.* 2001;27:822–7, <http://dx.doi.org/10.1007/s001340100926>.
13. İlban Ö, Çiçekçi F, Çelik JB, et al. Neostigmine treatment protocols applied in acute colonic pseudo-obstruction disease: A retrospective comparative study. *Turk J Gastroenterol.* 2019;30:228–33, <http://dx.doi.org/10.5152/tjg.2018.18193>.
14. Kram B, Greenland M, Grant M, et al. Efficacy and safety of subcutaneous neostigmine for ileus, acute colonic pseudo-obstruction, or refractory constipation. *Ann Pharmacother.* 2018;52:505–12, <http://dx.doi.org/10.1177/1060028018754302>.
15. Sgouros SN, Vlachogiannakos J, Vassiliadis K, et al. Effect of polyethylene glycol electrolyte balanced solution on patients with acute colonic pseudo obstruction after resolution of colonic dilation: A prospective, randomised, placebo controlled trial. *Gut.* 2006;55:638–42, <http://dx.doi.org/10.1136/gut.2005.082099>.