

SÍNDROME DE OGILVIE EM PACIENTE COM COVID-19

OGILVIE SYNDROME IN A COVID-19 PATIENT: CASE REPORT

Orivaldo Alves Barbosa¹; Talita Guimarães Andrade²; Thaís Girão Lopes³; Thaís Guimarães Andrade⁴; José Walter Correia⁵.

1 - Clínica Médica, Hospital Geral Cesar Cals Terapia Intensiva, Hospital São Carlos orcid.org/0000-0002-4075-5761.

2 - Medicina, Centro Universitário Unichristus. orcid.org/0000-0001-6197-2573.

3 - Medicina, Centro Universitário Unichristus. orcid.org/0000-0002-1273-7259.

4 - Medicina, Centro Universitário Unichristus. orcid.org/0000-0001-8411-9508.

5 - Clínica Médica, Hospital Geral Cesar Cals

Artigo submetido em: 05/11/21

Artigo aceito em: 14/11/21

Conflitos de interesse: não há.

RESUMO

Além de acometimento pulmonar, frequentemente visto na infecção por COVID-19, essa doença pode se manifestar ainda com comprometimento dos demais órgãos, sendo observado, principalmente, em pacientes que manifestam o espectro mais grave da doença. Dentre as manifestações extrapulmonares, as complicações gastrointestinais são frequentemente vistas em pacientes críticos internados por COVID-19, como isquemia intestinal, íleo paralítico, síndrome de ogilvie, pancreatite e sangramento de trato gastrointestinal. Dentre essas, a Síndrome de ogilvie, uma pseudo-obstrução colônica aguda, considerada uma complicação rara de COVID-19, vem sendo relatada em pacientes acometidos pelo SARS-COV2. Relatamos um caso raro de um paciente diagnosticado com COVID-19, que desenvolveu síndrome de ogilvie durante internamento, sendo tratado com prucaloprida e neostigmina, além de descompressões colonoscópicas, apresentando melhora progressiva do quadro.

Palavras-chave: Síndrome de Ogilvie; Pseudo-obstrução colônica; Complicações gastrointestinais; COVID-19, Cuidados Críticos.

ABSTRACT

Besides pulmonary involvement, often seen in COVID-19 infection, this disease can also manifest itself involving other organs, observed mainly in patients on the most severe spectrum of the disease. Among the extrapulmonary manifestations, gastrointestinal complications are frequently seen in critically ill patients hospitalized for COVID-19, such as intestinal ischemia, paralytic ileus, ogilvie syndrome, pancreatitis and gastrointestinal tract bleeding. Among these, ogilvie syndrome, an acute colonic pseudo-obstruction, considered a rare complication of COVID-19, has been reported in patients affected by SARS-COV2. We report a rare case of a patient diagnosed with COVID-19, who developed ogilvie's syndrome during hospitalization, being treated with.

Keywords: Ogilvie Syndrome; Colonic Pseudo-obstruction; Gastrointestinal Complications; COVID-19, Critical Care.

Introdução

A doença associada ao vírus SARS-COV2 (COVID-19) é uma infecção viral com transmissão por via aérea(1). Os sintomas respiratórios comuns incluem febre, fadiga, e tosse seca. No entanto, o coronavírus utiliza o mesmo receptor da enzima conversora de angiotensina tipo 2 (ACE-2) presente nas células epiteliais respiratórias para ligar as células epiteliais no estômago, intestino delgado e cólon, potencialmente gerando sintomas gastrointestinais(2).

A síndrome de Ogilvie, ou pseudo-obstrução colônica, é a dilatação aguda do cólon, na ausência de qualquer obstrução mecânica em pacientes gravemente doentes. A fisiopatologia precisa é incerta, mas tem sido vinculada à desregulação do sistema nervoso autônomo, trazendo um prejuízo na funcionalidade da musculatura lisa do intestino. O paciente apresenta-se frequentemente com hiporexia, náuseas, êmese, distensão e dor abdominal, parada da eliminação de flatos e fezes (3).

Dentre as manifestações gastrointestinais observadas na infecção pelo vírus SARS-COV 2, a Síndrome de Ogilvie vem sendo relatada em alguns casos na literatura, apesar da fisiopatologia da associação entre essas duas condições ainda ser desconhecida. Porém, estudos relatam que a pseudo-obstrução colônica, manifesta-se principalmente nos pacientes com COVID-19, que evoluem com síndrome do desconforto respiratório, necessitando de manejo em unidades de terapia intensiva.

Além de uma história clínica e exame físico focando em afastar etiologias de obstrução mecânica, exames laboratoriais e radiológicos são necessários. Laboratorialmente, pode-se identificar distúrbios hidroeletrólíticos, disfunção renal ou alterações sugestivas de infecção. Radiologicamente, deve-se solicitar primeiramente a rotina de abdome agudo, a fim de excluir uma obstru-

ção mecânica. Para diagnóstico definitivo, faz-se necessário o estudo contrastado. Atualmente, o método mais utilizado é a tomografia computadorizada de abdome com contraste, útil tanto na definição do diagnóstico, quanto na detecção precoce de complicações.

Relatamos a seguir um caso de síndrome de em um paciente com quadro clínico de COVID – 19 crítico.

Relato de Experiência

Em cumprimento à Resolução 196/1996 do Sistema Único de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos, o comitê de Ética em pesquisa avaliou e autorizou a publicação. O paciente consentiu o trabalho.

Paciente masculino, 70 anos, internou-se em junho de 2021 com quadro de síndrome respiratória aguda grave, com RT-PCR nasal positivo para SARS-CoV2 no 12º dia de sintomas, apresentando tomografia computadorizada em alta resolução (TCAR) com comprometimento pulmonar de 50-75 % (Figura 1).

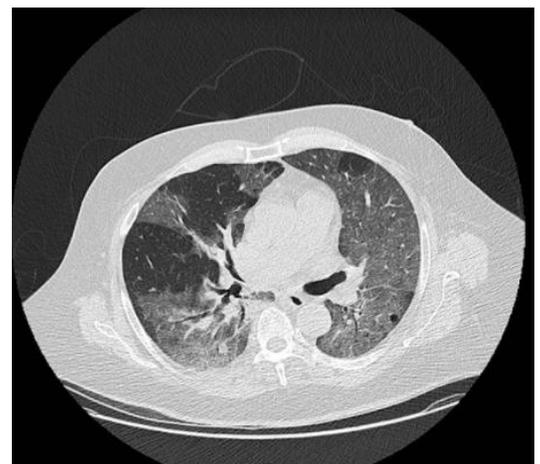


Figura 1: Tomografia computadorizada de tórax evidenciando lesões em padrão de vidro fosco com espessamento septal, compatível com COVID – 19.

Inicialmente, foi tentado manejo não invasivo com cateter nasal de alto fluxo e pressão positiva via ventilação não-invasiva em interface elmo, porém evoluiu com hipoxemia progressiva, falência respiratória e necessidade de ventilação

invasiva. Foi intubado por 14 dias, necessitando de 3 ciclos de ventilação em posição prona, bloqueio neuromuscular e terapêutica com dexametasona 20 mg por 5 dias, segundo protocolos locais (5-7).

Apresentou pneumonia associada a ventilação mecânica, sendo instituída antibioticoterapia com meropenem associado à teicoplanina, sendo escalonado posteriormente para polimixina, gentamicina e linezolida.

Paciente evoluiu com quadro de distensão abdominal progressiva, dificultando o desmame da oxigenioterapia, além de parada de eliminação de flatos e fezes sendo realizada tomografia computadorizada de abdome, que evidenciou ausência de fatores obstrutivos, com cólon em torno de 13,0 cm (Figuras 2 e 3).



Figura 2: Corte coronal de tomografia de abdômen e pelve com evidência de distensão acentuada de alças colônicas.

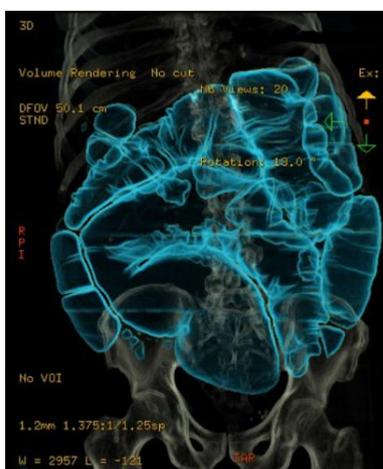


Figura 3: Reconstrução tridimensional da tomografia de abdômen destacando a distensão colônica.

Diagnosticado com síndrome de Ogilvie, o doente foi conduzido com duas colonoscopias descompressivas, com prescrição de prucaloprida e neostigmina, além de dieta zero com nutrição parenteral total, apresentando melhora gradual.

Recebeu alta hospitalar, necessitando de fisioterapia respiratória e suporte de oxigênio domiciliar.

Discussão

Os doentes críticos com COVID-19 desenvolvem frequentemente complicações gastrointestinais durante o internamento hospitalar, incluindo isquemia intestinal, elevação de transaminases, hemorragia gastrointestinal, pancreatite, síndrome de Ogilvie, e íleo paralítico grave (8).

Em publicação recente, foram relatos 147 pacientes com sintomas gastrointestinais graves relacionados a COVID-19. Dentre eles, 58 apresentavam íleo paralítico, 2 tinham uma síndrome tipo Ogilvie, 1 com necrose hepática extensa e 4 manifestaram isquemia intestinal, que necessitava de cirurgia em emergência e ressecção. Embora essas complicações gastrointestinais pudessem ser atribuídas a eventos adversos farmacológicos, distúrbios metabólicos ou hidroeletrólíticos, os quais são ocasionalmente encontrados em doentes críticos, a síndrome respiratória aguda grave do coronavírus, apresenta hipóteses possíveis, às custas de trombose induzida por pequenos vasos e enteroneuropatia viral.

Estudos demonstram ainda que há uma taxa mais alta de complicações gastrointestinais em pacientes infectados pelo SARS-COV2 em comparação com pacientes com escore de pro-

pensão compatível sem doença pelo COVID-19, tendo como explicação mais plausível para esses achados, a expressão de receptores da enzima conversora de angiotensina 2 encontrados no revestimento epitelial do intestino, servindo de receptores da célula hospedeira do vírus. (9)

Em revisão de literatura, foi visto que a pseudo-obstrução colônica está mais associada a hipocalcemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e uso de bloqueadores de canal de cálcio. Diante disso, o tratamento conservador se baseia na correção desses distúrbios e revisão de terapêutica utilizada pelo doente. Porém, essa complicação gastrointestinal pode ser refratária a essas medidas iniciais. Em relato de caso, um doente de 87 anos, com RT-PCR SARS-COV 2 positivo diagnosticado com Síndrome de Ogilvie, recebeu inicialmente tratamento conservador, porém evoluiu com sepse com provável translocação intestinal como fonte infecciosa. A pseudo-obstrução recorreu e a decompressão colônica foi impossibilitada devido septicemia, com posterior falecimento do paciente. Em contraste, no caso que relatamos, foi optado por instituição de terapia intervencionista imediata por meio de colonoscopias descompressivas e terapia farmacológica, evoluindo com desfecho favorável (10).

Os pacientes infectados com COVID-19 devem ser manejados como os demais pacientes com pseudo-obstrução. O tratamento envolve a decompressão do cólon para evitar a isquemia e perfuração intestinal. Em pacientes estáveis, o tratamento inicial pode ser conservador com ra-

diografias em série do abdômen para avaliar o diâmetro do cólon e as causas subjacentes devem ser tratadas e corrigidas. Estas causas incluem distúrbios eletrolíticos, infecções, e efeitos secundários de medicamentos (por exemplo, anticolinérgicos e opiáceos). Uma sonda nasogástrica ligada à sucção intermitente pode ser posta para ajudar na decompressão e prevenir a aspiração. Um tubo retal para drenagem dependente também pode ser colocado para ajudar na decompressão. Se não for observada qualquer melhoria após 48-72 horas, pode ser administrada neostigmina. Se a abordagem farmacológica for mal-sucedida ou contra-indicada, deve ser considerada a decompressão colonoscópica. O colonoscópio é avançado para o intestino dilatado, e o ar é aspirado. Um tubo de decompressão também pode ser colocado até ao cólon transversal com a ajuda de um fio-guia para evitar a recorrência. A cirurgia continua a ser a opção final quando as medidas acima mencionadas falham ou se o estado do paciente continua a piorar. As opções incluem a colocação de um tubo de cecostomia ou a realização de uma colectomia. (11)

Conclusão

O envolvimento do trato gastrointestinal tem sido cada vez mais presenciado no quadro de infecção por SARS-COV2, porém a pseudo-obstrução colônica aguda é uma complicação raramente vista, sendo pouco documentada na literatura. O conhecimento sobre o diagnóstico e medidas terapêuticas é de suma importância, visto que a síndrome de Ogilvie acrescenta no risco de mortalidade nos doentes por COVID-19. Este

relato visa discutir e alertar médicos sobre essa manifestação.

Referências

1. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*. 2020;395(10229):1054-62.
- (2) Youssef M, M HH, Attia AS, R ME, Omar M, Zora G, et al. COVID-19 and liver dysfunction: A systematic review and meta-analysis of retrospective studies. *J Med Virol*. 2020.
- (3) Haj M, Rockey DC. Ogilvie's syndrome: management and outcomes. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(27):e11187.
- (4) Ibrahim YS, Karuppasamy G, Parambil JV, Alsoub H, Al-Shokri SD. 2020 Oct; 103(4):1600-1603. doi: 10.4269/ajtmh.20-0894. PMID: 32876011
- (5) Guérin C, Reignier J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, et al. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2013;368(23):2159-68.
- (6) Liu J, Zhang S, Dong X, Li Z, Xu Q, Feng H, et al. Corticosteroid treatment in severe COVID-19 patients with acute respiratory-distress syndrome. *The Journal of Clinical Investigation*. 2020;130(12):6417-28.
- (7) Papazian L, Forel JM, Gacouin A, Penot-Ragon C, Perrin G, Loundou A, et al. Neuromuscular blockers in early acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med*. 2010;363(12):1107-16.
- (8) Kaafarani HMA, El Moheb M, Hwabejire JO, Naar L, Christensen MA, Breen K, et al. Gastrointestinal Complications in Critically Ill Patients With COVID-19. *Annals of Surgery*. 2020;272(2).
- (9) El Moheb M, Naar L, Christensen MA, Kaapoen C, Maurer LR, Farhat M, Kaafarani HMA. Gastrointestinal Complications in Critically Ill Patients With and Without COVID-19. *JAMA*. 2020 Nov 10;324(18):1899-1901. doi: 10.1001/jama.2020.19400. PMID: 32970139.
- (10) Samuel SV, Viggesswarpu S, Wilson BP, Gopinath KG. Acute colonic pseudo-obstruction in two patients admitted with severe acute respiratory syndrome-coronavirus-2 pneumonia. *IDCases*. 2021; 25: e 01205. doi: 10.1016/j.idcr.2021.e01205. Epub 2021 Jun 24. PMID: 34189047.
- (11) 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(2):102-11.

Autor Correspondente

Orivaldo Alves Barbosa

E-mail

orivaldo.alves.barbosa@gmail.com