

Desafios e estratégias da terapia nutricional na síndrome de Ogilvie em paciente crítico: relato de caso

Challenges and strategies of nutritional therapy in Ogilvie syndrome in a critically ill patient: a case report

DOI: 10.37111/braspenj.2026.41.1.27

Nayara Ferreira Bianchi¹

Unitermos:

Síndrome de Ogilvie. Pseudo-obstrução colônica aguda. Terapia nutricional. Nutrição parenteral. Paciente crítico.

Keywords:

Ogilvie syndrome. Acute colonic pseudo-obstruction. Nutritional therapy. Parenteral nutrition. Critically ill patient.

Endereço para correspondência:

Nayara Ferreira Bianchi
Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera, Rua Santa Marcelina, 177 – Itaquera – São Paulo, SP, Brasil – CEP: 08270-070
E-mail: nbianchi@unifesp.br

Submissão:

10 de fevereiro de 2026

Aceito para publicação:

20 de março de 2026

Data da publicação:

30 de março de 2026

RESUMO

Introdução: A síndrome de Ogilvie, caracteriza-se por dilatação colônica sem obstrução mecânica e está associada a elevada morbimortalidade em pacientes críticos. A dismotilidade intestinal prolongada compromete frequentemente a tolerância às vias oral e enteral, tornando a terapia nutricional um desafio relevante no manejo multiprofissional. Este trabalho relatou os desafios e as estratégias adotadas na terapia nutricional de um paciente crítico com síndrome de Ogilvie. **Descrição do caso:** Paciente do sexo masculino, com 63 anos, com múltiplas comorbidades, internado após cirurgia vascular de grande porte e passou a apresentar síndrome de Ogilvie. A intolerância persistente às vias oral e enteral, caracterizada por distensão abdominal, vômitos e débito gástrico elevado levou à manutenção de jejum prolongado e à instituição de nutrição parenteral total, com progressão gradual da oferta energético-proteica. Tentativas iniciais de reintrodução da via oral foram mal toleradas, exigindo manutenção temporária da nutrição parenteral. Após estabilização clínica, realizou-se transição gradual para dieta enteral semielementar em regime trófico, associada à progressão da via oral, com boa tolerância até a alta hospitalar. Observou-se perda ponderal significativa durante a internação, compatível com o intenso estado inflamatório e catabólico. **Conclusão:** Em pacientes críticos com síndrome de Ogilvie e intolerância prolongada às vias oral e enteral, a nutrição parenteral total constitui estratégia fundamental para garantir aporte energético e proteico adequado. A individualização da terapia nutricional, aliada à monitorização clínica, antropométrica e laboratorial contínua permite transição segura entre as vias de alimentação e contribui para evolução clínica favorável.

ABSTRACT

Introduction: Ogilvie syndrome is characterized by acute colonic dilatation in the absence of mechanical obstruction and is associated with high morbidity and mortality in critically ill patients. Prolonged intestinal dysmotility frequently compromises tolerance to oral and enteral feeding, making nutritional therapy a significant challenge in multidisciplinary management. This study reported the challenges and strategies adopted in the nutritional management of a critically ill patient with Ogilvie syndrome. **Case description:** A 63-year-old male patient with multiple comorbidities, hospitalized after major vascular surgery, developed Ogilvie syndrome. Persistent intolerance to oral and enteral feeding, characterized by abdominal distension, vomiting, and high gastric output, resulted in prolonged fasting and the initiation of total parenteral nutrition with gradual progression of energy and protein delivery. Initial attempts to reintroduce oral feeding were poorly tolerated, requiring temporary maintenance of parenteral nutrition. After clinical stabilization, a gradual transition to trophic semi-elemental enteral nutrition was implemented, combined with progression of oral intake, with good tolerance until hospital discharge. Significant weight loss was observed during hospitalization, consistent with an intense inflammatory and catabolic state. **Conclusion:** In critically ill patients with Ogilvie syndrome and prolonged intolerance to oral and enteral feeding, total parenteral nutrition represents a fundamental strategy to ensure adequate energy and protein provision. Individualized nutritional therapy, combined with continuous clinical, anthropometric, and laboratory monitoring, allows a safe transition between feeding routes and contributes to favorable clinical outcomes.

1. Nutricionista, Serviço de Nutrição Assistencial, Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Ogilvie, também denominada pseudo-obstrução colônica aguda (ACPO), caracteriza-se por dilatação do cólon, principalmente do ceco e cólon direito, na ausência de obstrução mecânica¹. Ocorre predominantemente em pacientes hospitalizados, idosos e com doenças graves, estando associada a cirurgias de grande porte, distúrbios hidroeletrólíticos, uso de fármacos que interferem na motilidade intestinal e estados inflamatórios sistêmicos².

A fisiopatologia envolve disfunção da inervação autonômica do cólon, com redução do estímulo parassimpático e predominância simpática, resultando em dismotilidade colônica progressiva³. Quando não tratada adequadamente, pode evoluir com isquemia, perfuração e sepse, elevando significativamente a mortalidade⁴.

Do ponto de vista nutricional, a síndrome de Ogilvie impõe desafios relevantes, uma vez que a intolerância prolongada às vias oral e enteral favorece jejum prolongado, catabolismo acentuado e risco elevado de desnutrição⁵. Apesar disso, há escassez de dados específicos sobre a condução da terapia nutricional nessa condição, especialmente em pacientes críticos. Assim, este relato tem como objetivo descrever os desafios e as estratégias adotadas no manejo nutricional de um paciente crítico com síndrome de Ogilvie.

DESCRIÇÃO DO CASO

O paciente era do sexo masculino, 63 anos, pedreiro aposentado, casado, com ensino fundamental completo e sem plano de saúde, com histórico de tabagismo prévio estimado em 100 maços/ano, cessado há três anos, etilismo social, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência cardíaca isquêmica, com fração de ejeção de 46%. Foi admitido em unidade hospitalar terciária devido ao quadro de claudicação glútea e de membros inferiores, sendo diagnosticada oclusão aorto-ílica bilateral, com indicação de enxerto aorto-bifemoral.

No primeiro dia pós-operatório da cirurgia vascular, o paciente passou a apresentar apneia, hipoxemia grave, arresponsividade e cianose central e periférica, sendo submetido à intubação orotraqueal de urgência. Após o início da ventilação mecânica invasiva, apresentou melhora progressiva da oxigenação, com recuperação do nível de consciência após aproximadamente 10 minutos. No sétimo dia de internação, necessitou de uma segunda intervenção cirúrgica vascular. No dia subsequente, apresentou auto-extubação associada à retirada inadvertida da sonda nasoenteral, passando a apresentar importante distensão abdominal.

Exames de imagem evidenciaram distensão colônica associada à instabilidade hemodinâmica, sendo indicada laparotomia exploradora de urgência no décimo dia de internação. Durante o procedimento, realizou-se apendicectomia táctica e descompressão colônica, estabelecendo-se o diagnóstico de síndrome de Ogilvie. Dois dias depois, o paciente apresentou sinais de evisceração, sendo submetido à nova laparotomia exploradora, peritoneostomia e sutura de pele.

Ao longo da internação, ainda necessitou de sigmoidectomia a Hartmann, com sepultamento do coto distal a 2,0 cm do promontório, lavagem e drenagem da cavidade abdominal, em contexto de cólon com dilatação de até 9,0 cm em ceco, sem sinais de isquemia, além de sigmoide redundante e acotovelado, e dilatação de estômago, jejuno e íleo. Posteriormente, foi submetido a nova laparotomia exploradora com peritoneostomia e sutura de pele devido a nova evisceração e, dias depois, a laparotomia exploradora com apendicectomia táctica e descompressão colônica, ambas sem intercorrências.

Desde a admissão hospitalar, o paciente foi acompanhado pela nutricionista assistencial. A triagem nutricional foi realizada nas primeiras 24 horas por meio do instrumento NRS-2002, sendo classificado como paciente de alto risco nutricional (nível terciário de assistência). Na avaliação nutricional inicial, o paciente referia peso habitual de 82 kg, altura de 1,67 m, índice de massa corporal (IMC) de 30,0 kg/m² (classificado como obesidade) e circunferência braquial aferida de 31 cm. Negava perda ponderal prévia ou inapetência.

Devido à intolerância à dieta oral, manifestada por distensão abdominal e episódios de vômitos, o paciente foi mantido em jejum absoluto até o 11º dia de internação. Nessa ocasião, foi instituída nutrição parenteral total (NPT) com a fórmula SMOFKabiven®, com progressão diária da infusão até atingir, no quarto dia de NPT, a oferta de 2.050 kcal/dia e 94,5 g de proteína/dia, conforme detalhado na Tabela 1.

Após esse período, uma tentativa de progressão para dieta oral líquida (água, chá e gelatina) foi realizada. Entretanto, houve recorrência de distensão abdominal e vômitos, sendo necessária a reintrodução da sonda nasogástrica para drenagem de conteúdo bilioso. Dessa forma, a NPT exclusiva foi mantida até o 18º dia de internação, com débito gástrico elevado e variável, atingindo até 1.863,64 ml/dia.

A NPT foi então desmamada de forma progressiva (100% → 50% → 25% → suspensão), concomitantemente à introdução de dieta enteral semielementar por sonda nasoenteral, em regime trófico (20 ml/h; 480 ml/dia; 720

kcal/dia), administrada por bomba de infusão contínua, associada à manutenção da via oral com dieta líquida. Nos dias subsequentes, observou-se progressão gradual da aceitação da dieta oral até consistência geral, permitindo retirada da sonda nasoesofágica e manutenção exclusiva da via oral.

A evolução antropométrica demonstrou perda ponderal progressiva ao longo da internação, conforme descrito na Tabela 2, com redução do peso corporal, do IMC e discreta diminuição das circunferências corporais.

Os exames laboratoriais, apresentados na Tabela 3, evidenciaram alterações compatíveis com o estado crítico do paciente. Observou-se elevação da ureia durante a evolução, com valores entre 33 e 42 mg/dl, e creatinina dentro da normalidade, sugerindo preservação da função renal. Houve flutuações eletrolíticas, com episódios de leve hiponatremia, além de variações nos níveis de fósforo e magnésio, que foram monitorados e corrigidos conforme necessário. A proteína C reativa permaneceu persistentemente elevada ao longo da internação, refletindo processo inflamatório intenso.

Tabela 1 – Cálculo nutricional da progressão da nutrição parenteral total com fórmula SMOFKabiven®.

Dia	Velocidade (ml/h)	Volume (ml/dia)	Energia (kcal/dia)	kcal/kg	Proteína (g/dia)
03/07	31,06	745,45	820	10	37,8
04/07	46,59	1118,18	1230	15	56,7
05/07	62,12	1490,91	1640	20	75,6
06/07	77,65	1863,64	2050	25	94,5

Tabela 2 – Evolução antropométrica durante a internação.

Momento da avaliação	Peso (kg)	Altura (m)	IMC (kg/m ²)	Circunferência braquial (cm)	Circunferência da panturrilha (cm)
Admissão	82,0	1,67	30,0	31	–
15º dia de internação	76,6	1,67	27,5	31	36
Alta hospitalar (30º dia)	73,5	1,67	26,3	30	35

IMC = índice de massa corporal.

Tabela 3 – Evolução dos exames laboratoriais durante a internação.

Data	Ureia (mg/dl)	Creatinina (mg/dl)	Sódio (mEq/l)	Potássio (mEq/l)	Fósforo (mg/dl)	Magnésio (mg/dl)	PCR (mg/l)
27/06/2025	28	0,75	–	–	–	–	–
13/07/2025	–	–	–	–	–	–	–
14/07/2025	–	–	–	–	–	–	–
15/07/2025	–	–	–	–	–	–	–
16/07/2025	–	–	–	–	–	–	–
17/07/2025	–	–	–	–	3,30	2,00	–
18/07/2025	41	0,73	131	4,0	3,60	1,89	204,80
19/07/2025	41	0,68	131	4,3	3,60	2,01	192,00
20/07/2025	38	0,74	131	4,0	3,50	1,90	201,50
21/07/2025	39 / 42	0,68	136	4,5	3,30	1,87	205,90
23/07/2025	33	0,89	138	3,7	3,60	2,33	170,10

PCR - reação em cadeia da polimerase.

O paciente permaneceu internado por 30 dias, dos quais 20 foram em unidade de terapia intensiva, período marcado por instabilidade clínica e múltiplas intervenções cirúrgicas. Em decorrência desse contexto, foi necessário manter jejum absoluto por 10 dias. O tempo total de nutrição parenteral exclusiva foi de sete dias, seguida por período de terapia nutricional mista, com associação das vias parenteral, enteral e oral.

DISCUSSÃO

A síndrome de Ogilvie representa um desafio clínico relevante em pacientes críticos, especialmente quando associada a múltiplas comorbidades e a procedimentos cirúrgicos de grande porte^{1,4}. O caso apresentado ilustra a complexidade do manejo desses pacientes, nos quais a dismotilidade intestinal grave compromete não apenas o prognóstico clínico, mas também a viabilidade das estratégias nutricionais convencionais.

A intolerância prolongada às vias oral e enteral impôs a necessidade de utilização da nutrição parenteral total como estratégia fundamental para garantir aporte energético e proteico adequado, conforme recomendado pelas diretrizes atuais para pacientes críticos^{6,7}. Embora a NPT esteja associada a riscos potenciais, seu uso criterioso, aliado à monitorização rigorosa, mostrou-se essencial para prevenir desnutrição grave em um contexto de intenso estresse metabólico.

A perda ponderal superior a 10% em curto período reflete o estado catabólico acentuado típico de pacientes críticos, associado à inflamação sistêmica persistente e ao jejum prolongado⁸. Evidências recentes demonstram que a perda precoce de massa muscular durante a internação em UTI está relacionada a piores desfechos clínicos, maior tempo de internação e prejuízo funcional após a alta⁹.

A estratégia de transição gradual da nutrição parenteral para dieta enteral semielementar em regime trófico, seguida da progressão para a via oral, está alinhada às recomendações que enfatizam a estimulação do trato gastrointestinal sempre que clinicamente possível^{6,7}. Essa abordagem contribui para a preservação da integridade da mucosa intestinal, redução das complicações associadas à nutrição parenteral prolongada e recuperação funcional do sistema digestório.

O acompanhamento nutricional contínuo, com reavaliações antropométricas e laboratoriais seriadas, permitiu ajustes individualizados da terapia, minimizando riscos metabólicos e favorecendo a evolução clínica. O caso reforça a necessidade de que a terapia nutricional seja considerada parte integrante e ativa do manejo multiprofissional em pacientes com síndrome de Ogilvie.

CONCLUSÃO

Este relato de caso evidencia que a síndrome de Ogilvie em pacientes críticos pode cursar com intolerância prolongada às vias oral e enteral, exigindo decisões nutricionais complexas e dinâmicas ao longo da internação. O manejo descrito destaca o papel estratégico da NPT não apenas como medida de suporte, mas como intervenção decisiva para mitigar a perda nutricional em um cenário de intenso estresse metabólico e inflamatório.

Além disso, o caso reforça a importância da avaliação nutricional precoce, do monitoramento contínuo e da flexibilidade na escolha e transição das vias de alimentação, especialmente diante de recorrentes instabilidades clínicas e cirúrgicas. A experiência apresentada contribui para a prática clínica ao ilustrar que, mesmo em contextos de dismotilidade intestinal grave, uma abordagem nutricional individualizada e integrada ao cuidado multiprofissional pode favorecer a recuperação funcional e a segurança do paciente. Diante da escassez de relatos focados especificamente na terapia nutricional na síndrome de Ogilvie, este estudo acrescenta evidências práticas relevantes para o manejo nutricional em pacientes críticos.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, sob o Parecer Consubstanciado nº 8003551, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido do paciente e/ou responsável legal, autorizando a participação no estudo e a publicação das informações clínicas, com garantia de anonimato.

BIBLIOGRAFIA

1. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Calder PC, Casaer M, Hiesmayr M, et al. ESPEN practical and partially revised guideline: clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr*. 2023;42(9):1671–89.
2. Reignier J, Gaillard-Le Roux B, Dequin PF, Maluf VAB, Bohe J, Casaer MP, et al. Expert consensus-based clinical practice guidelines for nutritional support in the intensive care unit: the French Intensive Care Society (SRLF) and the French-Speaking Group of Pediatric Emergency Physicians and Intensivists (GFRUP). *Ann Intensive Care*. 2025;15:99.
3. Briassoulis G, Ilia S, Briassouli E. Personalized nutrition in critically ill patients: Steering the shift from acute stress to metabolic recovery and rehabilitation. *Nutrients*. 2024;16(20):3523.
4. Reignier J, Rice TW, Arabi YM, Casaer M. Nutritional support in the ICU. *BMJ*. 2025;388:e077979.
5. Dresen E, Notz Q, Menger J, Homayr AL, Lindner M, Radke DI, et al. What the clinician needs to know about medical nutrition therapy in critically ill patients: a narrative review. *Nutr Clin Pract*. 2023;38:479–498.

6. Frederiks P, Peetermans M, Wilmer A. Nutritional support in the cardiac intensive care unit: principles and practice. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2024;13(4):373–79.
7. Nakamura K, Yamamoto R, Higashibeppu N, Yoshida M, Tatsumi H, Shimizu Y, et al. The Japanese Critical Care Nutrition Guideline 2024. *J Intensive Care*. 2025;13:18.
8. Lew CCH, Yandell R, Fraser RJL, Chua AP, Chong MFF, Miller M. Association between malnutrition and clinical outcomes in the intensive care unit: a systematic review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2017;41(5):744-58.
9. Compher C, Bingham AL, McCall M, Patel J, Rice TW, Braunschweig C, et al. Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2022;46(1):12–41.

Local de realização do estudo: Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera, São Paulo, SP, Brazil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.