



CASO 3-2014: MASCULINO 24 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL. SIGNO DE CHILAITITI



Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica. Fundado en 1845

ISSN
2215-2741

Reporte de Caso

Recibido: 08/10/2013
Aceptado: 21/12/2013

Darío Chaves Badilla¹
Carlos Barrantes León²

¹Médico General. Medicina de Empresa. Moravia. Correo electrónico: dcbr@hotmail.com

²Médico Asistente Especialista en Cirugía General. Hospital Max Peralta. C.C.S.S. Cartago Costa Rica. Correo electrónico: barranleon@hotmail.com

RESUMEN

Se presenta el caso de un masculino de 24 años de edad, sin antecedentes médicos conocidos, peón de construcción, quien consultó por historia de atropello en vía pública dos días previos a ingreso. Fue llevado a sala de operaciones y se le realizó laparotomía exploratoria, donde se documentó necrosis y perforación de sigmoides, por lo que se le ameritó resección de sigmoides y colostomía terminal. Fue manejado con bolsa de Bogotá e ileostomía. Valorado también por ortopedia y llevado a sala de operaciones debido a fractura de tercio medio de radio y ulna miembro superior izquierdo. En tomografía (TC) de abdomen se evidenció Signo de Chilaiditi, que se discute en el presente reporte.

PALABRAS CLAVE

Necrosis. Laparotomía. Colostomía. Bolsa de Bogotá. Signo de Chilaiditi.

ABSTRACT

The case of a 24-years old male, without prior history of any medical condition is presented. He complained of abdominal pain, two days after a car accident. An exploratory laparotomy was performed. The trans operator findings were necrosis and sigmoid perforation. Because of this, the abdomen was kept open, with a “Bogotá’s Bag” and ileostomy. He was assessed by an orthopedist and radial and ulnar fractures were fixed. In the abdominal CT scan, the main finding was the “Chilaiditi’s Sign”, and this is the aim of the present report.

KEY WORDS

Necrosis. Laparotomy. Colostomy. Bogota’s Bag. Chilaiditi’s sign.



CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 24 años, vecino de Desamparados, sano, traído al Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios, por historia de accidente de tránsito hace dos días, con dolor abdominal y vómitos.



A: anterior. P: posterior

Figura 1. Corte sagital que evidencia la interposición colónica entre el hígado y la pared abdominal

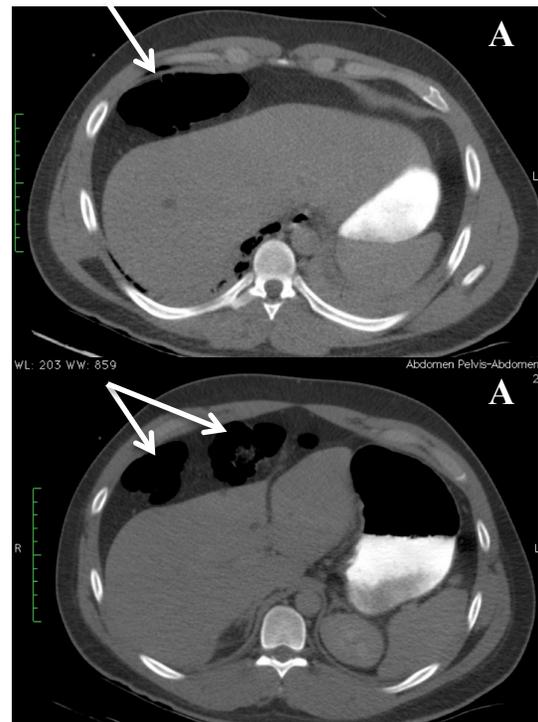
Al ingreso se encontró taquicárdico, normotenso, con abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal.

Durante su ingreso a observación persistió taquicárdico y con dificultad respiratoria. Se le realizó TC de tórax que evidenció contusión pulmonar bilateral de modo que se inició cobertura antibiótica. A las 48 horas de su ingreso persistía febril y con dolor abdominal por lo que se le realizó TC de abdomen, en la cual no se documentó lesiones intraabdominales. La AngioTC no presentó datos de tromboembolismo pulmonar, sin embargo paciente persistía álgico, distendido y taquicárdico, por lo que se decidió

llevar a sala de operaciones, para realizar laparotomía exploratoria.

DISCUSIÓN

El signo de Chilaiditi fue descrito en 1910 por el radiólogo vienés Dimitrius Chilaiditi y consiste en la interposición de intestino entre el hígado y el hemidiafragma derecho. En la mayor parte de los casos se trata del ángulo hepático del colon; sin embargo, también ha sido descrita la interposición en el lado izquierdo. Se trata de un hallazgo radiológico, generalmente casual, sin que provoque en el paciente sintomatología alguna⁽¹⁾.



A: anterior

Figura 2. Corte transversal en diferentes puntos de corte, que muestran la interposición de asas colónicas.

Nota: puede verse una reproducción en video de la tomografía del paciente en el canal de Youtube de la Revista Clínica

<http://www.youtube.com/channel/UCgRZTxrNcN6zMkw0ih9Rkaw/videos>



Se define como Síndrome de Chilaiditi a la asociación del signo radiológico con manifestaciones clínicas, que usualmente son digestivas. Es importante que el médico sepa reconocer la imagen radiológica y pueda realizar un correcto diagnóstico diferencial, así como conocer los síntomas con los que se puede presentar el síndrome.

Los síntomas más frecuentes suelen ser dolor abdominal (episodios intermitentes, recurrentes y autolimitados), vómitos, estreñimiento, distensión abdominal y pérdida de apetito. A veces puede aparecer disnea o dolor pleurítico⁽⁴⁾.

La etiología es poco clara. Se ha relacionado con una fijación anómala del colon por defecto o ausencia de los ligamentos suspensorios del mismo, con la agenesia del lóbulo derecho del hígado, con la elevación del hemidiafragma derecho, con la malrotación congénita del intestino, entre otras⁽⁵⁾.

Parecen haber factores predisponentes, como la existencia de cirugía abdominal previa, el estreñimiento y la aerofagia.

Hay una mayor incidencia de signo de Chilaiditi en Irán, donde se reporta en 0.22% de la población general, en 2% de mujeres gestantes cerca del alumbramiento, en 2.7% de pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, en 22% de pacientes con cirrosis post-necrótica. Además se ha demostrado que está asociado a retardo mental, esquizofrenia, ectopia renal, obesidad, arritmia cardíaca, insuficiencia respiratoria, síndrome de Cushing y síndrome de Ehlers Danlos.

Tabla 1. Factores relacionados con aumento de prevalencia del signo y síndrome de Chilaiditi.

| | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| Varones | Intestino redundante |
| Retraso Mental | Aumento de la presión intraabdominal |
| Cirrosis | Adherencias congénitas |
| EPOC | Parálisis diafragmática |
| Estreñimiento persistente | Aerofagia |
| Obesidad | Mesenterio largo |
| Embarazo | Edad > 65 años |
| Cirugía abdominal previa | |

Fuente: elaboración propia.

Se ha descrito 3 formas de interposición hepatodiafragmática posibles:

1. Interposición del colon transversal y/o intestino delgado en el espacio subfrénico anterior derecho. Es la forma clásica descrita por Chilaiditi.
2. Interposición del colon o estómago en el espacio extraperitoneal derecho.
3. Interposición del colon transversal en el espacio subfrénico posterior derecho.

El signo de Chilaiditi se asocia a una mayor prevalencia de cirrosis, EPOC y retraso mental. También parece ser más frecuente en varones⁽⁶⁾. Tiene una incidencia de entre el 0.02 y el 0.14% en estudios radiológicos realizados por cualquier motivo⁽¹⁾.

La presentación sindrómica es aún menos frecuente y suele tener un desenlace favorable, aunque en algún caso se ha descrito complicaciones como perforación, obstrucción intestinal y vólvulos. Sólo hay documentados alrededor de una decena de casos en la literatura médica.

Ante el hallazgo radiológico del signo de Chilaiditi en un paciente con síntomas, se debe hacer el diagnóstico diferencial principalmente con neumoperitoneo, hernia diafragmática, neumatosis intestinal, absceso subfrénico y quiste hidatídico. Además se ha documentado algún caso con clínica similar a un cólico renal⁽¹⁾ por lo que también debería tenerse en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial.

CONCLUSIONES

El signo de Chilaiditi constituye un hallazgo radiológico usualmente incidental, que no tiene mayor traducción clínica en la mayoría de los casos.

Cuando hay manifestaciones clínicas, se llama síndrome de Chilaiditi y cobra crucial importancia el trabajo diagnóstico, que busca descartar otras entidades clínicas.

La forma más común de presentación es debida a la interposición del ángulo hepático del colon.



BIBLIOGRAFÍA

1. Alcocer Pérez C. El síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal. MEDIFAM. 2003;13:41-44.
2. Gallego Soriano MJ. *Síndrome de Chilaiditi. Revisión a propósito de un caso.* Rev Esp Enf Digest. 1983;63:66-71.
3. Glatter RD April RS Miskovitz P Neistadt LD. *Severe recurrent abdominal pain: an anatomical variant of Chilaiditis syndrome.* MedGenMed. 2007;9:67.
4. Díaz E Marentes J Medina JL Ávalos J Trujillo B. *Síndrome de Chilaiditi como un problema de decisión quirúrgica: reporte de un caso y revisión de literatura.* Cir Gen. 2007;29:294-296.
5. Longo WE. *Image of the month-diagnosis.* Arch Surg. 2008;143:94.
6. Flores N Ingar C Sánchez J *et al.* *The Chilaiditi syndrome and associated volvulus of the transverse colon.* Rev Gastroenterol Peru. 2005;25:279-284.