
Chilaiditi: a propósito de un caso.

Chilaiditi: about a case.

Jaime Manosalvas Manosalvas *
María Auxiliadora Arce Lange **

RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre de 60 años de edad, que consulta por presentar flatulencia, sensación de saciedad, dispepsia, y dolor abdominal, en el que se encontró, en una tomografía abdominal, el signo de Chilaiditi, el cual puede presentar síntomas y convertirse en un Síndrome o mantenerse asintomático y que debe ser tomado en cuenta en el diagnóstico diferencial, ya que puede confundirse con un neumoperitono u otras entidades nosológicas.

Palabras clave: Signo de Chilaiditi. Neumoperitoneo.

SUMMARY

We present the case of a 60-year old man with symptoms of flatulence, fullness, satiety sensation, dyspepsia and abdominal pain, in whom we found, in a abdominal tomography, chilaiditi sign, which can present symptoms and turn into a syndrome or remain asymptomatic and should be taken into account in the differential diagnosis as it can be confused with a pneumoperitoneum or other nosological entities.

Key words: Chaiditi sign. Pneumoperitoneum.

Introducción

El síndrome de Chilaiditi es una alteración anatómica que consiste en la interposición de una parte del colon, generalmente el derecho, entre el hígado y el diafragma. Sin embargo, también ha sido descrita la interposición en el lado izquierdo. De esta infrecuente anomalía posicional existen referencias en la literatura desde el siglo XVIII, aunque no fue hasta 1910 cuando Chilaiditi lo describió en profundidad aportando su nombre a esta entidad nosológica¹.

La presencia del signo de Chilaiditi, entendiéndolo como tal el hallazgo casual de la imagen característica en un paciente asintomático, se presenta con una incidencia aproximada de 0,02 a 0,14% de todas las exploraciones radiológicas toracoabdominales. Es más frecuente en varones mayores de 65 años. Se ha observado una mayor incidencia en los pacientes con cáncer de pulmón (1% de los casos), así como en ciertos casos de retraso mental.

Es mucho más rara la aparición como síndrome, por lo cual se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de otras entidades, especialmente con aquellas que cursan con elevación diafragmática y aparición de aire en espacio subdiafragmático.

El término de síndrome de Chilaiditi se reserva para aquellos casos en los que hay síntomas clínicos: dolor abdominal, anorexia, vómitos, distensión abdominal o estreñimiento¹. El tratamiento es habitualmente conservador, y en casos fuertemente sintomáticos se practica hepatopexia con resultados satisfactorios².

Caso clínico

Paciente masculino de 60 años de edad, residente en la ciudad de Guayaquil, casado, sin antecedentes patológicos familiares, con antecedentes personales de herniorrafia inguinal izquierda y gastritis por h. pylori.

300 * Gastroenterólogo Endoscopista, Profesor de Gastroenterología Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador.

** Estudiante de Medicina, sexto ciclo, Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador.

Acudió a consulta en el 2002 por presentar desde hace 2 meses gases, llenura, sensación de saciedad, dispepsia. Refiere informe de endoscopia alta lesión elevada laríngea (pólipos), micosis esofágica, antritis aftosa. En la biopsia: gastritis hiperplásica, helicobacter pylori positivo. Hasta la actualidad ha acudido a consultas regularmente cursando con dolor abdominal intermitente en colon descendente y flancos, 2 episodios de diarrea, flatulencia, pesantez abdominal, borborigmos, náuseas, epigastralgia y reflujo. Ha recibido metixeno, mebeverina, omeprazol, enzimas digestivas, bromozepam, tratamiento antiparasitario cada 6 meses y tratamiento para helicobacter pylori. Se ha realizado exámenes de laboratorio básicos que han sido normales a excepción de colesterol de 216 (2004) y 238 (2006); examen de orina del 2007 reporta hematíes^{3,4}, coproparasitario positivo para ameba coli en el 2004 y en el 2007, y el 2008 reporta restos de alimentos y levaduras. Ecografías normales (2002-2004), en el 2005 se reporta que no se visualiza vesícula por lo cual se pide ecografía más prueba de Borden; reporta vesícula disquinética; en el 2006 la ecografía reporta próstata grande con calcificaciones; se pide nueva ecografía con aumento del tamaño de la próstata con calcificaciones, no acude donde el urólogo y en el 2008 nueva ecografía señala: vesícula escleroatrófica; se pide nueva ecografía para confirmar diagnóstico, la que reporta ecografía normal. En el 2002 RxCPE: ángulo esplénico alto y ciego cónico y la del 2008 Rx colon por enema: sigmoides redundante, transversal alisado, incompetencia de válvula ileocecal, no se visualiza parte alta del ángulo hepático. Figura 1.

Figura 1

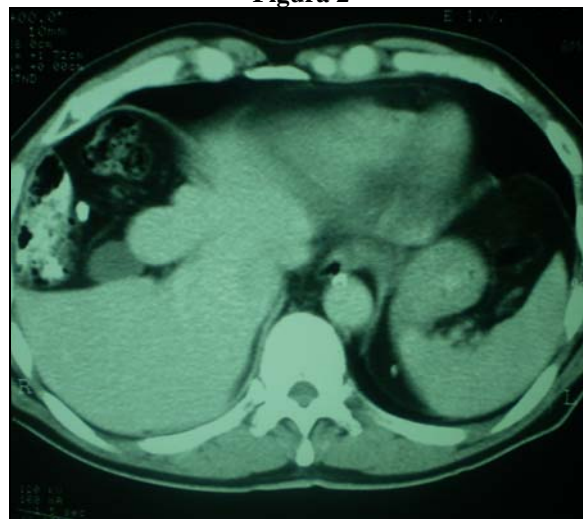


Rx CPE del paciente donde no se visualiza la terminación del ángulo hepático.

Fuente: Clínica Panamericana-Departamento de Radiología.

En el 2006 se realiza endoscopia digestiva alta (EDA), donde se encuentra una hernia hiatal, esofagitis leve y pliegues pre-pilóricos gruesos. En la biopsia de EDA: gastritis erosiva crónica, helicobacter pylori positivo. En el 2008 TAC abdominal, reporta hígado normal, vesícula de paredes finas sin litiasis, presencia de colon entre hígado y diafragma: signo de Chilaiditi. Actualmente el paciente se encuentra asintomático. Figura 2.

Figura 2



TAC abdominal del paciente donde se observa la presencia del colon entre el hígado y el diafragma.

Fuente: Clínica Panamericana-Departamento de Radiología.

Discusión

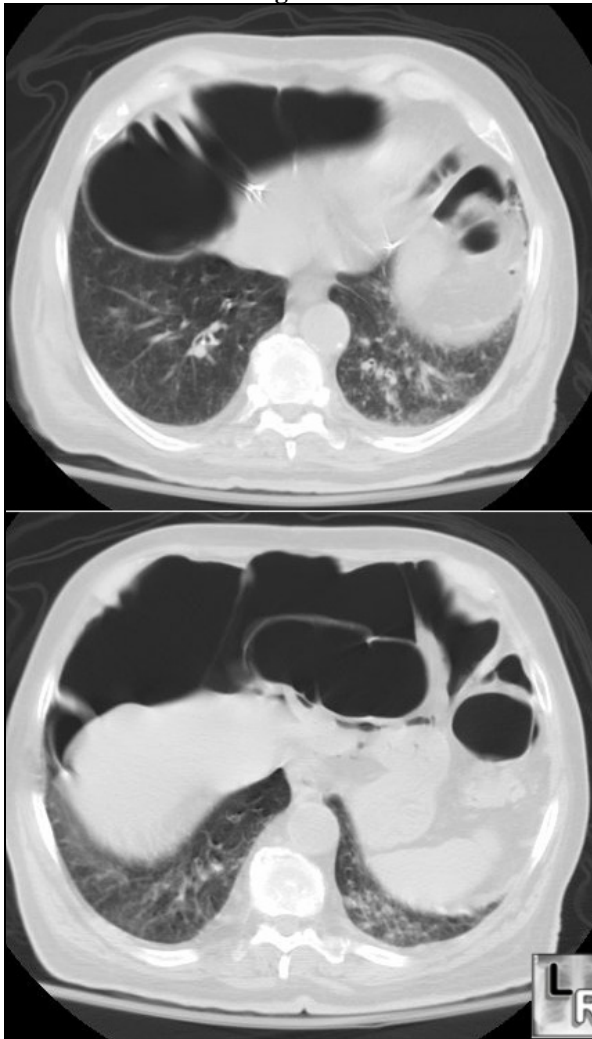
El síndrome de Chilaiditi es una condición rara que ocurre cuando hay una intercalación del colon (usualmente el transversal) entre el diafragma y el hígado, que es visible en una Rx simple de tórax y/o de abdomen³. Se observa en un 0.1-0.25 % de las Rx de tórax⁴ y es más frecuente en varones y adultos.

Normalmente no produce ningún síntoma, así toma el nombre de signo de Chilaiditi. El signo se puede presentar permanente o esporádicamente. Esta variante anatómica es frecuentemente diagnosticada equivocadamente como un neumoperitoneo, que es usualmente signo de perforación intestinal. Esto podría llevar a intervenciones quirúrgicas innecesarias.

El síndrome de Chilaiditi se refiere sólo a complicaciones en presencia del signo, que incluyen: dolor abdominal, torsión intestinal (vólvulo) o falta de aire.

La causa es desconocida, pero puede ocurrir en pacientes con un colon grande y móvil (dolicocolon), enfermedades pulmonares crónicas como enfisema o en trastornos hepáticos como cirrosis y ascitis. La ausencia o laxitud del ligamento suspensor del colon transverso o del ligamento falciforme parece ser un factor en la condición. Figura 3.

Figura 3



Tomografía abdominal a nivel del diafragma que muestra el colon transverso (nótese la torsión de las haustras) anterior al hígado en un paciente con signo de chilaiditi.

Fuente: www.learningradiology.com/archives05/COW%20144-Chilaiditi's%20syndrome/chilaiditiscorrect.htm, Junio de 2006.

Tomando en cuenta que el paciente presenta gastritis por helicobacter pylori así como hernia hiatal, lo que justifica la sintomatología y las varias consultas; además, del hallazgo ecográfico de una vesícula disquinética que puede estar en relación con una dispepsia biliar, y que presenta

episodios de trastorno funcional intestinal, cursando actualmente con período asintomático; correlacionando el hallazgo tomográfico con la plicatura del colon, concluimos que se trata de un "Signo de Chilaiditi"; pero de igual manera, aunque sea poco frecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial un neumoperitonio o un cuadro abdominal agudo.

Referencias bibliográficas

1. Alcober C., Carod E. y Sanz D.: "El síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal". Medifam. Dirección: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682003000100007&script=sci_arttext, enero 2003.
2. Flores N., Ingar C., Sánchez J.: "Síndrome de Chilaiditi complicado con Vólvulo de Colon transverso". Rev. gastroenterol. Perú. Dirección: www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292005000300008&script=sci_arttext, julio 2005.
3. Glatter R., April R., Miskovitz P., y Neistadt D., "Severe Recurrent Abdominal Pain: An Anatomical Variant of Chilaiditi's Syndrome". Medscape general Medicine. Dirección: www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=1994890, junio 2007.
4. Saber AA, Boros MJ.: "Chilaiditi's syndrome: what should every surgeon know?"
5. Sevgi K., Hasibe A., Ismail R., Hayrullah A. y Osman K.: "Chilaiditi syndrome as a cause of respiratory distress". Springer link. Dirección: www.springerlink.com/content/52455x2283563876/, Junio 2006.
6. www.learningradiology.com/archives05/COW%20144-Chilaiditi's%20syndrome/chilaiditiscorrect.htm, Junio 2006.

Dr. Jaime Manosalvas Manosalvas

Teléfonos: 593-04-2683965, 098409580

Correo electrónico: j_manosalvas@hotmail.com

Fecha de presentación: 15 de julio de 2008

Fecha de publicación: 30 de septiembre de 2008

Traducido por: Instituto de Cultura, Arte, Idioma y Multimedia. Responsable: Fátima Lucero.