

SIGNO DE CHILAITIDI SECUNDARIO A PERITONITIS QUÍMICA

J. Gómez-Rubio¹, A.B. Bárcena-Atalaya², A. Cáceres-Valverde³

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. ³Servicio de Radiodiagnóstico.
Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Resumen

La interposición de un segmento de intestino, habitualmente ángulo hepático del colon, entre el hígado y el diafragma se denomina signo de Chilaiditi y se define como síndrome cuando se asocia a síntomas clínicos, como dolor abdominal o estreñimiento¹. Es fundamental reconocer la imagen radiológica y realizar un adecuado diagnóstico diferencial con patologías más graves que pueden simular esta entidad. Se presenta un caso de signo de Chilaiditi en una paciente con retraso mental y estreñimiento tras manipulación reciente de sonda de gastrostomía.

Palabras clave: Signo de Chilaiditi, Diafragma, Colon.

Abstract

The interposition of a segment of the bowel (usually hepatic flexure of the colon) between the liver and the diaphragm is called Chilaiditi's sign and is defined as a syndrome when it is associated with clinical symptoms such as abdominal pain or constipation¹. It is essential to recognize the radiological image and make a proper differential diagnosis to discard more serious diseases that can mimic this disease. This study describes a case of

Chilaiditi's sign in a patient with mental retardation and constipation after having recently undergone an intervention with a gastrostomy tube.

Palabras clave: Chilaiditi's sign, Diaphragm, Colon.

Cuerpo

Mujer de 39 años con retraso psicomotor severo por meningitis en la infancia y estreñimiento crónico que acudió a la Unidad de Día de Medicina Interna para recambio rutinario de sonda de gastrostomía. Una hora después, tras administrar 50 ml de alimentación enteral a través de la misma comenzó de forma brusca con cuadro de malestar general, distensión abdominal, diaforesis profusa y inquietud psicomotriz. Se trasladó al Servicio de Urgencias Hospitalarias para valoración. En la exploración física presentaba defensa abdominal y abolición de ruidos hidroaéreos por lo que se solicitó radiografía simple de abdomen en decúbito lateral izquierdo con rayo horizontal en la que se objetivó una imagen de densidad aire entre el hemidiafragma derecho y el hígado (Figura 1, izquierda). Ante la sospecha de neumoperitoneo, se solicitó una TAC abdominal urgente que lo descartó y que fue informado como interposición del ángulo hepático del colon entre la pared abdominal y el hígado o signo de Chilaiditi (Figura 1, derecha). Además, se apreció protrusión del globo de la sonda de gastronomía sobre la pared anterior de la cavidad gástrica quedando fuera de ella y se demostró el paso de contraste yodado hidrosoluble a la cavidad abdominal tras su administración a través del tubo de alimentación, lo que había provocado una peritonitis química por extravasación a la cavidad abdominal de la

CORRESPONDENCIA

José Gómez Rubio
jogoru1@hotmail.com

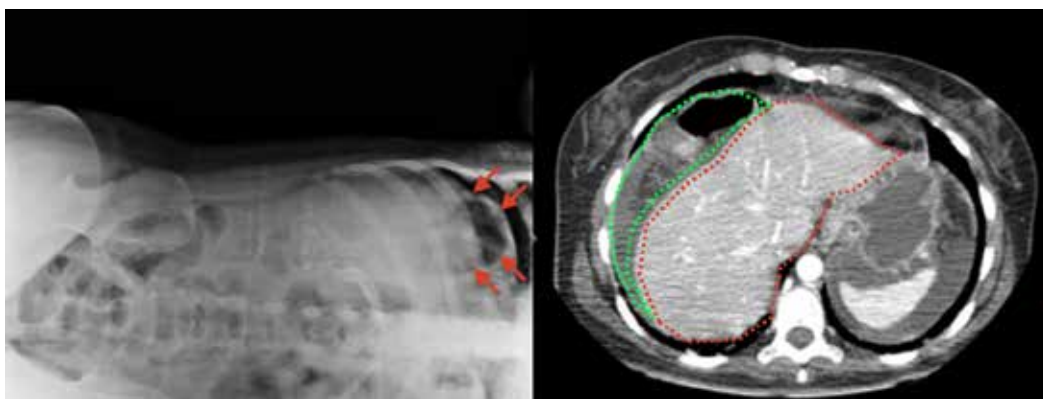


Figura 1 Izquierda: radiografía simple de abdomen en decúbito lateral con rayo horizontal con imagen de densidad aire entre hemidiafragma derecho e hígado (flechas rojas). Derecha: corte axial de TAC de abdomen con contraste que muestra interposición del ángulo hepático del colon (línea de puntos verdes) entre hígado (línea de puntos rojos) y pared abdominal.

alimentación enteral. Se procedió a abordaje quirúrgico urgente con realización de laparotomía, limpieza de cavidad y recambio de sonda de gastrostomía. La evolución postquirúrgica de la paciente fue favorable, siendo dada de alta una semana después. Se realizó una TAC de abdomen de control al mes que no mostraba signo de Chilaiditi.

Se denomina signo de Chilaiditi a la alteración anatómica consistente en la interposición de una parte del colon, generalmente derecho o transverso, entre el hígado y el hemidiafragma derecho, de forma temporal o permanente¹. Habitualmente es un hallazgo radiológico incidental en pacientes asintomáticos estudiados por otra causa. Se define como síndrome de Chilaiditis a la asociación del signo radiológico con manifestaciones clínicas abdominales². Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal cólico, distensión abdominal, anorexia, náuseas, vómitos, estreñimiento y, en raras ocasiones, puede producir tos, disnea o dolor pleurítico^{2,4}.

Este signo fue descrito por primera vez por en 1865 por Cantini y fue el radiólogo vienés Demetrius Chilaiditi, en 1910, quien acuñó el nombre tras su hallazgo en 3 pacientes asintomáticos, denominándolo "hepaptosis"⁵. Es una entidad rara, y más aún la presentación sindrómica, con una incidencia de 0,02-0,2% en estudios radiológicos realizados por cualquier motivo y con un predominio en varones (relación varón:mujer 4:1) y en mayores de 65 años^{4, 5, 7}. El signo de Chilaiditi aparece con más frecuencia en sujetos que presentan un aumento de la presión intrabdominal (tercer trimestre del embarazo, EPOC, cirrosis)^{5, 7}. Además se ha demostrado la relación existente con entidades como el retraso mental, esquizofrenia, ectopía renal, síndrome de Cushing y síndrome de Ehlers Danlos⁸.

Se han descrito tres formas de interposición hepatodiafragmática posibles¹:

- Interposición del colon transverso y/o intestino delgado en el espacio subfrénico anterior derecho. Es la forma clásica descrita por Chilaiditi y la descrita en nuestra paciente.
- Interposición del colon o estómago en el espacio extraperitoneal derecho.

- Interposición del colon transverso en el espacio subfrénico posterior derecho.

La etiología es multifactorial, siendo el factor predisponente más frecuente el estreñimiento crónico⁵. Otras causas son las alteraciones anatómicas (elongación colónica congénita, mal rotación o malfijación intestinal), parálisis del nervio frénico, adherencias (congénitas o adquiridas), eventración diafragmática, aerofagia y diversas situaciones quirúrgicas como vólvulos y obstrucción intestinal⁷.

Es primordial que el médico reconozca la imagen radiológica y realice un adecuado diagnóstico diferencial con otras entidades con expresión radiográfica similar como son: neumoperitoneo, hernia diafragmática, absceso subfrénico, neumatosis intestinal, quiste hidatídico, tumores hepáticos, etc^{7,9}. Una forma de diferenciarlo del aire libre intraperitoneal es mediante la visualización de las haustras intestinales en su interior. No obstante, en caso de duda, se pueden emplear otras técnicas como la ecografía abdominal y la tomografía computarizada para completar el estudio^{1,9}.

El tratamiento del síndrome es conservador en la mayoría de casos (analgesia y recomendaciones higiénico-dietéticas) salvo que se produzca una complicación intrabdominal que requiera abordaje quirúrgico urgente^{7, 8, 10}.

Tras una revisión de la literatura, no se ha descrito hasta la fecha ningún caso de signo de Chilaiditi secundario a peritonitis química por extravasación de alimentación enteral por sonda de gastrostomía. Como se resalta anteriormente, es fundamental saber diferenciar este signo de entidades más graves que pueden poner en peligro la vida del paciente, como el neumoperitoneo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gil Díaz MJ, Murillo Gómez M, Jiménez González P. Signo y síndrome de Chilaiditi: entidades a tener en cuenta. *Semergen*. 2011;37:267-269.
2. Chen SY, Liu CT, Tsai YC, Lin CH. Sigmoid volvulus associated Chilaiditi's syndrome. *Rev Esp Enf Dig*. 2007;99:476-483.
3. Gallego Soriano MJ. Síndrome de Chilaiditi. Revisión a propósito de un caso. *Rev Esp Enf Digest*. 1983;63:66-71
4. Prieto Díaz Chávez E. Síndrome de Chilaiditi como un problema de decisión quirúrgica: reporte de un caso y revisión de literatura. *Cir Gen*. 2007;29:294-296.
5. Alcocer Pérez C, Carod Benedico E, Sanz Martínez D. El síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal. *MEDIFAM*. 2003;13:41-44.
6. Somolinos Pérez S, Díaz Segué R, Arruga Mombiela C. Varón de 91 años con tos persistente y síndrome de Chilaiditi. *FMC Form Med Contin Aten Prim*. 2005;12:273-276.
7. Flores N, Ingar C, Sánchez J, Fernández J, Lazarte C, Málaga J, et al. The Chilaiditi syndrome and associated volvulus of the transverse colon. *Rev Gastroenterol Peru*. 2005;25:279-284.
8. Iparraguirre Azcona M, Guevara Linares X, Alarcón Alarcón T, González Montalvo JI. El signo de Chilaiditi como hallazgo casual en un paciente en estudio por deterioro cognitivo. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:293-296
9. Van Everdingen KJ, Feldberg MA. Diagnostic image Chilaiditi syndrome. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2001;145:20-26.
10. Saber AA, Boros MJ. Chilaiditi's syndrome: what should every surge on know? *Am Surg*. 2005;71:261-266.