

Reporte de un caso: Signo de Chilaiditi - Un hallazgo radiológico

Case Report: Signo de Chilaiditi - A Radiological Hallazgo

ENCISO, Ángel Manuel Giménez

Médico Cirujano, Especialista en Didáctica Universitaria y Especialista en Salud Pública

SEGOVIA, Rufino Yavin Barreto

Médico Cirujano, Especialista en Didáctica Universitaria y diplomado en Radiografía

FERREIRA, Hamanda Victoria Estevao

Académico del 6to período de Medicina, secretaria de la Liga Universitaria de Trauma y Asistencia Prehospitalaria

DIAS, Inaê Tatiana

Académico del 6to período de Medicina, Directora Científica de la Liga Universitaria de Ginecología y Obstetricia, Lic. en Enfermería

MORGADO, María Carolina de Souza

Académico del 6to período de Medicina, Director Científico de la Liga Académica de Diagnóstico Clínico por Imagen

BRITO, Melissa Oliveira

Académico del 6to período de Medicina, Miembro de la Liga Académica de Diagnóstico Clínico por Imagen

PEREIRA, Mayara Fernanda Leitão

Académico del 6to período de Medicina, Biomédica, Presidente de la Liga Académica de Diagnóstico Clínico por Imagen

CARVALHO, Pâmela Danitza Lozano

Académico del 6to período de Medicina, Especialista en Didáctica Universitaria, Presidente de la Liga Académica de Clínica Médica y Diagnóstico Diferencial

SOBRAL, Pedro Gustavo Araujo

Académico del 6to período de Medicina, Vice Presidente de la Liga Académica de Diagnóstico Clínico por Imagen

BRITO, Raianny Guimaraes

Académico del 6to período de Medicina, Director Científico de la Liga Universitaria de Trauma y Asistencia Prehospitalaria

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay
Núcleo de Investigación Internacional en Ciencias Médicas
Ciudad Del Este, Alto Paraná, Paraguay

RESUMEN

El signo de Chilaiditi es un hallazgo radiológico extremadamente raro, es un diagnóstico diferencial para un tipo de anomalía genética hace que el intestino tenga su ala con una conformación diferente a la habitual. En algunos casos, esta ala puede invadir la porción del tórax. Cuando hay síntomas asociados se denomina síndrome de Chilaiditi. Este síndrome se caracteriza por una interposición hepatodiafrágica, de etiología amorfa, que no sigue un patrón, y tiene manifestaciones clínicas que varían según el paciente. Entre los síntomas pueden aparecer estreñimiento, dolor abdominal y dificultad respiratoria. El presente trabajo tiene como objetivo reportar un caso, el cual describe a un hombre de 62 años, residente en Ciudad del Este, departamento de Alto Paraná, Paraguay, quien presentó el signo de Chilaiditi durante una radiografía de tórax de control relacionada con cuadro previo de neumonía por Covid-19.

20

PALABRAS CLAVE: Signo de Chilaiditi, Hallazgo Radiológico, Diagnóstico Diferencial.

ABSTRACT

Chilaiditi's sign is an extremely rare radiological finding that is a differential diagnosis for a type of genetic anomaly, which causes the intestine to have its wing with a different conformation than usual. In some cases, this wing can invade the portion of the thorax. When associated with symptoms it is called Chilaiditi's syndrome. This syndrome is characterized by a hepatodiaphragmatic interposition, of amorphous etiology, which does not follow a pattern, and has clinical manifestations that vary depending on the patient. Symptoms include constipation, abdominal pain and respiratory distress. The present work aims to report a case which describes a 62-year-old man, resident in Ciudad Del Este, state of Alto Paraná, Paraguay, who presented Chilaiditi's sign during a control chest X-ray related to a previous clinical picture of pneumonia by Covid-19.

KEYWORDS: Chilaiditi Sign, Radiological Finding, Differential Diagnosis.

1. INTRODUCCIÓN

La interposición hepatodiafrágica del colon conocida como signo de Chilaiditi (1), fue descrita por primera vez en 1865 por Cantini durante un examen clínico, pero fue en 1910, con la publicación de tres casos por Demetrio Chilaiditi (2), un radiólogo griego, quien estableció la condición y esta enfermedad toma su nombre en honor a él. Se diagnostica principalmente como un hallazgo incidental en radiografías de tórax o abdomen erecto, que puede estar presente de manera temporal o permanente. La incidencia de esta condición se informa como 0,025 a 0,28% de la población general. Es más frecuente en hombres que en mujeres, en una proporción de 4:1; es más frecuente en ancianos, mayores de 65 años y personas con retraso mental (1).

Sin embargo, si la aparición del signo de Chilaiditi es rara, la del síndrome de Chilaiditi lo es aún más (3). Los factores predisponentes para esta condición siguen sin estar claros, pero cualquier factor que aumente el espacio entre el hígado y el diafragma puede predisponerlo. Estos factores incluyen un colon agrandado, redundante e hipermóvil (debido al estreñimiento crónico), ligamentos suspensorios flojos, hígado pequeño (debido a cirrosis o hepatectomía), ascitis, pérdida sustancial de peso en pacientes obesos, un diafragma anormalmente alto (debido a la degeneración muscular de diafragma) o lesión del nervio frénico y aerofagia excesiva (en pacientes con retraso mental) (1). Esta condición suele ser asintomática, pero puede presentarse dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión abdominal, anorexia, sudoración, estreñimiento, dolor retroesternal e incluso arritmias cardíacas o dificultad respiratoria. Con menos frecuencia, esta condición se ha asociado con varias complicaciones, que incluyen hernias internas, vólvulo gástrico y colónico, obstrucción intestinal aguda y apendicitis suprahepática.

Hay tres manifestaciones clínicas que son características de este síndrome, que dependen de la posición del colon en relación con el diafragma y el hígado. En todas estas formas evidenciamos la presencia de aire en el espacio subdiafrágico (4). El manejo de esta condición generalmente implica enfoques más conservadores.

El objetivo de este artículo es presentar el caso del paciente, hombre adulto, 62 años, portador del Signo de Chilaiditi, así como resaltar la importancia del diagnóstico clínico por imágenes de esta rara condición y proveer informaciones sobre el síndrome, el manejo adecuado para esta enfermedad y su tratamiento.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Para lograr el objetivo de este trabajo, inicialmente se realizó una revisión bibliográfica, seleccionando autores que apoyan al signo de Chilaiditi. El reporte de caso presentado contribuye a un proceso constructivo de investigación sobre las causas, manifestaciones clínicas y diagnóstico de esta rara condición.

La metodología de esta investigación consiste en un reporte de caso de un paciente masculino de 62 años, inicialmente diagnosticado con neumonía por COVID-19, tratado y curado. Tras este cuadro, a través de una radiografía de tórax de control, se detectó el signo de Chilaiditi.

Los datos fueron recolectados a través de anamnesis, examen físico, laboratorio e imagen muy detallados, los cuales fueron significativos para comprender el fenómeno investigado y corroborar con los resultados recolectados.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 REPORTE DE UN CASO

Paciente A.P. Hombre, 62 años, hipertenso crónico. Acude al servicio médico por cuadro respiratorio, paciente refiere dificultad respiratoria y tos con expectoración mucopurulenta. Los exámenes de laboratorio de ingreso reportan los siguientes valores: glóbulos blancos 11.720/mm³, neutrófilos 8.673/mm³, plaquetas 253.000/mm³ y PCR positivo. Se solicita radiografía del tórax, donde se observa vidrio esmerilado, cardiomegalia (corazón en bota), infiltrados pulmonares y diagnóstico de neumonía bilateral por SARS-CoV-2 positivo. Se prescribió tratamiento a base de antibióticos, corticoides y anticoagulantes. Se administró dobles antibióticos con Ceftriaxona, dos frascos y Levofloxacino 750 mg, pastillas vía oral, 1 cada 24 horas, ambos durante 7 días. Corticosteroides utilizados; Dexametasona 8 mg por vía intravenosa a cada 24 horas y Enoxaparina 40 mg por vía subcutánea a cada 24 horas, también se recomendó el uso de aerosoles, Salbutamol dos tomas cada 8 horas por cinco días y Budesonida dos tomas cada 12 horas por cinco días.

Después de cinco días de antibioterapia se presentó mejora del cuadro respiratorio, se realizaron nuevos exámenes de laboratorio; glóbulos blancos 5.100/mm³, neutrófilos 4.270/mm³ y PCR negativa. Durante la evaluación física, auscultación; sonidos hidroaéreos conservados, palpación; Abdomen distendido y doloroso en la región del hipocondrio derecho. El paciente refiere condición previa similar, de estreñimiento y distensión abdominal poco frecuentes, desconoce otros síntomas subyacentes.

Se solicita nueva radiografía de tórax de control (Figura 1) donde se mostró vías aéreas conservadas, sin presencia de líquidos y fibrosis. En la placa se detectó una interposición anormal del colon ascendente y flexura derecha entre el hígado y el diafragma, lo que corresponde al signo radiológico de Chilaiditi.

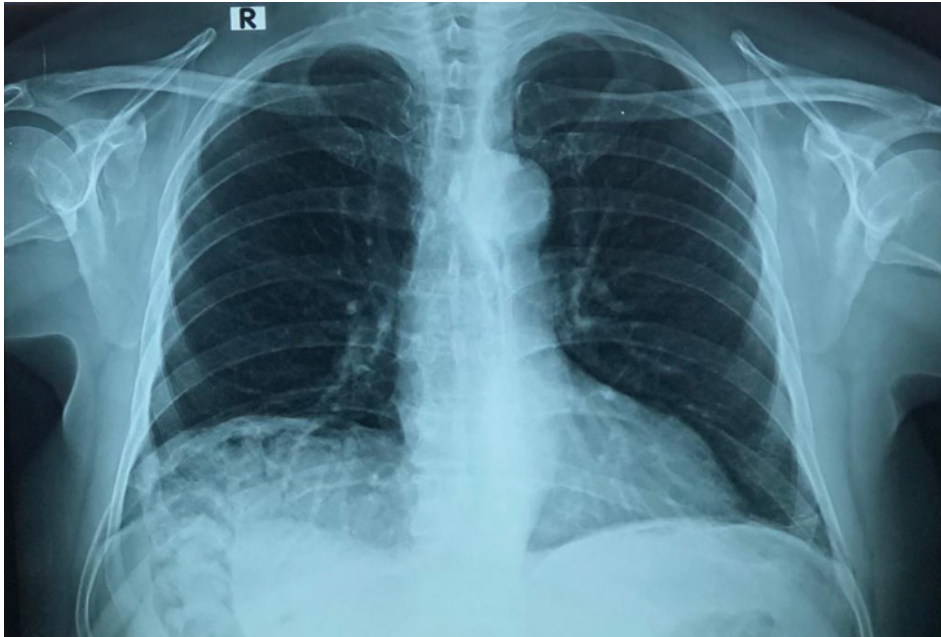


FIGURA 1 - Radiografía del tórax PA en posición bipedestación. Con buena rotación, penetración e inspiración adecuada. Se observa el botón aórtico prominente, la cardiomegalia presente en una imagen típica de un corazón de bota y la presencia del signo de Chilaiditi (La presentación aislada y asintomática al examen radiológico se conoce como signo de Chilaiditi).

3.2 DISCUSIÓN DEL CASO

23

El Signo de Chilaiditi es una variación anatómica rara caracterizada por la interposición hepatodiafragmática del colon y su curso generalmente es asintomático (5). Puede evolucionar al síndrome de Chilaiditi si el signo radiológico toracoabdominal acompaña manifestaciones clínicas de intensidad más acentuada y asociaciones eventualmente digestivas. También hay síntomas respiratorios como disnea o dolor pleurítico.

La descripción regional anatómica del signo de Chilaiditi refiere la interposición temporal, o permanente, de las alas intestinales entre órganos abdominales superiores, como el hígado, el estómago y el bazo (6). Cabe mencionar el defecto o ausencia de los ligamentos suspensorios del colon (omento o epiplón mayor) en la flexura cólica derecha que en correcto funcionamiento permiten la fijación del colon e impiden su interposición hepatodiafragmática. Comúnmente el lado derecho es el más afectado, pero existen reportes de interposición del colon transversal y el ángulo cólico izquierdo, afectando ocasionalmente la funcionalidad del estómago, páncreas y bazo. Sin embargo, existen variaciones anatómicas que pueden dar lugar a la interposición fisiológica del colon, como ascitis, cirrosis, aumento de la presión abdominal, obesidad o mala rotación congénita (7), (8).

El nombre Signo de Chilaiditi, fue en honor a Demetrius Chilaiditi quien, en 1910, describió una interposición del colon por el hígado y el diafragma que puede ser permanente o temporal. Los factores que descartan esta condición patológica aún son inciertos, pero

podemos considerar el alargamiento del colon, laxitud de ligamentos, el tamaño pequeño de un hígado, líquido libre en la cavidad abdominal, diafragma relativamente alto o incluso aerofagia excesiva (9).

Este signo puede ser considerado un síndrome Chilaiditi cuando se relaciona con dolor abdominal, vómitos, náuseas y disnea (10). También es importante considerar la distensión abdominal, la pérdida de apetito y el dolor pleurítico asociado con disnea (11).

Es posible describir tres formas de posible interposición hepatodiafragmática, la forma clásica que es una interposición del colon transverso en el espacio subfrénico anterior derecho, la interposición del colon o estómago en el espacio extraperitoneal derecho y la interposición del colon transverso en el espacio subfrénico posterior derecho (12).

El reporte de caso presentado aquí es la forma más clásica que fue descrita por Demetrius Chilaiditi. Pero el colon que se interponía entre el hígado y el diafragma en este caso clínico era el colon ascendente. El diagnóstico diferencial es muy importante para tomar las medidas necesarias para iniciar el tratamiento, una simple radiografía de tórax puede descartar un absceso subfrénico. La tomografía computarizada de tórax/abdomen también puede ser una gran aliada en este hallazgo (10). Es importante que el médico sepa interpretar las pruebas de imagen para que un diagnóstico sea certero, además de conocer este signo radiológico y el síndrome que afecta a esta patología (13).

24

El tratamiento para una condición patológica de este tipo suele ser conservador, lo que incluye reposo en cama continuo, suplementos de líquidos, descompresión nasogástrica, uso de laxantes. La intervención quirúrgica suele estar indicada cuando los síntomas empeoran o se asocian a complicaciones abdominales y debe realizarse de forma urgente.

Se han descrito pocos casos de Signo de Chilaiditi en la literatura. Mediante una radiografía simple del tórax que se solicitó para el control y eliminación otras enfermedades, se identificó el signo de Chialaiditi en un paciente de 62 años con cardiomegalia. La radiografía anterior mostró infiltrados pulmonares y neumonía bilateral por SARS-CoV-2.

4. CONSIDERACIONES FINALES

El Signo de Chilaiditi es una deformidad inusual en el diafragma, que permite que el asa intestinal migre a la zona del tórax, este paciente fue descubierto durante la investigación de otra comorbilidad (covid 19). Estos hallazgos son raros, poco reportados por la comunidad médica, sus deformidades y disfunciones tienen grados. Las discapacidades no siempre están presentes, en sus pacientes.

5. REFERENCIAS

1. Young-Eun Joo, Department of Internal Medicine, Chonnam National University Medical School, **The Korean Journal of Gastroenterology** 2012; 59(3): 260-261. Published online: 21 March 2012. Disponible en: <https://synapse.koreamed.org/articles/1006931>
2. Nagem RG, Freitas HL. **Síndrome de Chilaiditi: relato de caso**. Radiologia Brasileira. 2011 Set/Out;44(5):333–335.
3. García, César Raúl Aguilar; Jesús García, Acosta. **Signo y síndrome de Chilaiditi. Reporte de caso**. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 55, núm. 1, pp. 114-117, 2017.
4. Correa Jiménez Oscar, Buendía De Ávila María, Parra Montes Edwin, Davidson Córdoba Juan, De Vivero Camacho Rodrigo. **Signo y síndrome de Chilaiditi: condiciones infrecuentes, pero con importancia diagnóstica en pediatría**. Casos clínicos. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2017 [citado 2022 Mayo 25]; 88(5): 635-639. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000500010>.
5. M. J. Gil Díaz, M. Murillo Gómez, P. Jiménez González. **Signo y síndrome de Chilaiditi: entidades a tener en cuenta**. Sciencedirect.Jornal y books. [Internet]. 2011, May 5. [citado 2022 May 22]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S11383593100042599>.
6. H. G. Escobar Palma y L. S. León Tapia. Escribió sobre: **Relevancia clínica del signo y síndrome de Chilaiditi, reporte de un caso**. Revista de Ciencias de la Salud. QhaliKay. [Internet]. 2019; 3 (2): 18-22. Disponible en: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/1674>
7. Rachid G. Nagem Y H. L. Freitas. **Síndrome de Chilaiditi: relato de caso**. Revista Scielo. [Internet].2011. [cited 2022 May, 26]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rb/a/cVXMB6kWGLZSgbJTrjvyhHb/?lang=pt>
8. Ramos JL, Poza Cordon J, Froilán Torres C, Oterino Serrano C. **Síndrome de Chilaiditi complicado con vólvulo de sigma y desplazamiento hepático**. Rev Esp Enferm Dig. REED. [Internet]. 2018. [Cited 2022, May 25]. Disponible en: <https://www.reed.es/sindrome-de-chilaiditi-complicado-con-volvulo-de-sigma-y-desplazamiento-hepatico2826>
9. Young-Eun Joo, Department of Internal Medicine, Chonnam National University Medical School, **The Korean Journal of Gastroenterology** 2012; 59(3): 260-261. Published online: 21 March 2012. Disponible en: <https://synapse.koreamed.org/articles/1006931>
10. Nagem RG, Freitas HL. **Síndrome de Chilaiditi: relato de caso**. Radiologia brasileira. 2011 Set/Out;44(5):333–335.

11. Badilla DC, León CB. Caso 3-2014: Masculino 24 años con dolor abdominal, **Signo de Chilaiditi**. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2013 Dec 21;4(2).
12. García CRA, Acosta JG. **Signo y síndrome de Chilaiditi. Reporte de caso**. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015 Apr 28;55(1):114-118.
13. Rubio JG, Atalaya ABB, Valverde AC. **Signo de Chilaiditi secundario a pielonefritis química**. RAPD online. 2015;38(3):32-134.