

# Síndrome de Chilaiditi como un problema de decisión quirúrgica: Reporte de un caso y revisión de la literatura

*Chilaiditi's syndrome as a surgical decision problem. Report of one case and review of the literature*

D. en C. Emilio Prieto-Díaz-Chávez, Dr. José Jorge Marentes Etienne, M. en C. José Luís Medina Chávez, M. en C. Jorge Ávalos González, D. en C. Benjamín Trujillo-Hernández

## Resumen

**Introducción:** La interposición hepatodíafrágica del intestino es una anomalía rara de la población general. Fue descrita como síndrome en 1911 por Chilaiditi, reservando el término de síndrome de Chilaiditi para aquellos casos en que se acompaña de síntomas clínicos.

**Objetivo:** Presentar el caso de un anciano con cuadro de oclusión intestinal en quien se logró integrar el síndrome de Chilaiditi.

**Presentación del caso:** Adulto 85 años de edad con dolor pleurítico, dispepsia, náuseas, vómitos, distensión abdominal e historia de constipación. Al examen físico presenta ligera distensión abdominal, palpación del cuadrante superior derecho dolorosa y timpanismo. Los exámenes de laboratorio revelan una ligera leucocitosis y sodio sérico de 128 mmol/l; los rayos-X mostraron aire en el hipocondrio derecho, sin observarse signos de obstrucción. El paciente fue manejado en forma conservadora con recuperación completa del tránsito intestinal.

**Conclusiones:** El síndrome de Chilaiditi es una entidad rara, que puede ser identificado con métodos radiográficos simples.

**Palabras clave:** Síndrome Chilaiditi, colon, abdomen agudo.

Cir Gen 2007;29:294-296

## Abstract

**Introduction:** The hepatodiaphragmatic interposition of the intestine is a rare abnormality in the general population. It was described as syndrome in 1911 by Chilaiditi, reserving the term of Chilaiditi's syndrome for those cases accompanied by clinical symptoms.

**Objective:** To present the case of an old man with intestinal occlusion, in whom the Chilaiditi's syndrome could be integrated.

**Case presentation:** A 85-year-old man with pleural pain, dyspepsia, nausea, vomiting, abdominal distension and constipation. The physical examination revealed slight abdominal distension, painful palpation of the right superior quadrant and tympanites. Laboratory results revealed slight leukocytosis and serum sodium of 128 mmol/l; X-rays showed air in the right hypochondrium without signs of bowel obstruction. The patient was managed with conservative therapy attaining complete recovery of the intestinal transit.

**Conclusions:** The Chilaiditi's syndrome is a rare entity that can be identified with simple radiographic methods.

**Key words:** Chilaiditi's syndrome, acute abdomen, colon.

Cir Gen 2007;29:294-296

www.medigraphic.com

Departamento de Cirugía y <sup>2</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Colima, México.

Recibido para publicación: 7 septiembre 2007

Aceptado para publicación: 25 octubre 2007

Correspondencia: D. en C. Emilio Prieto-Díaz-Chávez, Corregidora Núm. 380, 28030, Jardines de la Corregidora, Colima, Colima, México  
Teléfono: (312) 314-44-04 Fax: (312) 313-01-11 epdch@cgic.ucol.mx

## Introducción

El síndrome de Chilaiditi es una variante de rotación colónica, la interposición hepatodiafragmática del intestino, ya sea delgado o grueso, fue descrita por primera vez por Cantina.<sup>1</sup> En 1910, Demetrius Chilaiditi definió el término de "hepatoptosis", llamado posteriormente signo de Chilaiditi,<sup>2</sup> reservando el término de síndrome de Chilaiditi para casos en que se acompaña de síntomas clínicos.<sup>3</sup> Su incidencia es de tan sólo 0.3% en la población general.

## Reporte del caso

Se presenta al Servicio de Urgencias un paciente adulto de 85 años de edad con dolor pleurítico intenso de una semana de evolución que se incrementa al esfuerzo. Reporta además dispepsia con náuseas, vómitos, distensión abdominal e historia de constipación.

El examen físico revela un paciente senil con signos vitales dentro de la normalidad, con sonidos respiratorios normales. En abdomen, ligera distensión, la palpación del cuadrante superior derecho fue dolorosa y con percusión timpánica. El signo de Jouberg estuvo presente, el signo de Murphy y la puñopercusión hepática fueron negativos. El tacto rectal no reveló heces en el ámpula rectal. Resto del examen físico sin alteraciones.

Los exámenes de laboratorio revelan sólo ligera leucocitosis de 13,100 con 85% de neutrófilos y un sodio sérico de 128 mmol/l, los estudios de rayos-X mostraron aire en el hipocondrio derecho a causa de una interposición hepatodiafragmática del colon con elevación del hemidiafragma derecho y desplazamiento inferior de hígado, imagen que no cambia en la proyección lateral (**Figuras 1 y 2**), sin observarse signos de obstrucción.

El paciente fue admitido a hospitalización y, después de 72 horas, el paciente refiere mejoría, tolerando adecuadamente la vía oral y evacuando en cinco ocasiones líquidas fétidas sin moco o sangre, persistien-

do sólo la hiponatremia de 128 mmol/l. Se le realizó estudio de tránsito intestinal con bario y placas tardías, revelando un colon interpuesto entre el hígado y el diafragma (**Figura 3**).

El paciente fue manejado en forma conservadora a base de hidratación intravenosa, reposo intestinal y observación con recuperación completa del tránsito intestinal.

El análisis médico del caso indicó que el curso clínico del paciente obedeció a desequilibrio hidroelectrolítico por probable aldosteronismo con el consecuente íleo reflejo que motivó la dilatación del colon y su interposición subdiafragmática.

## Discusión del caso

La presencia de la interposición hepatodiafragmática del intestino es una anomalía rara, que se presenta en el 0.28 al 0.3% de la población general, con una relación hombre-mujer de cuatro a uno. Fue descrita como síndrome en 1911 por Chilaiditi, creyéndolo inicialmente irrelevante desde el punto de vista clínico.<sup>4</sup> En la actualidad, estudios recientes establecen que esta entidad es una fuente potencial de problemas abdominales que, en su momento, pudieran requerir cirugía. En una revisión reciente de la literatura se han reportado, desde 1976, sólo cuatro casos de síndrome de Chilaiditi (tres muje-



Fig. 1. Telerradiografía posteroanterior de tórax.



Fig. 2. Proyección lateral de tórax.



Fig. 3. Tránsito intestinal con bario.

res y un hombre), siendo la interposición de colon transverso el hallazgo más frecuente.

El término de síndrome de Chilaiditi se ha reservado para aquellos casos en que se acompaña de síntomas clínicos, como dolor o distensión abdominal, espasmos intestinales, vómitos, constipación y, más raramente, obstrucción intestinal intermitente o síntomas respiratorios o cardíacos.<sup>3</sup>

La aparición de este síndrome en niños es frecuente, aunque ocurre con mayor frecuencia en adultos mayores, el vólvulos de sigmoides es más común en adultos, siendo el colon transverso la parte menos frecuentemente afectada (2 a 5% de los casos), la constipación parece ser la causa predisponente más frecuente y se ha asociado a desórdenes neurológicos o falta de fijación del colon derecho.<sup>5</sup>

El síndrome es tradicionalmente diagnosticado por radiografía simple de abdomen aunque la mayoría de las veces es inespecífica, en ocasiones sólo manifestada por dilatación de colon, con gas entre el hígado y el diafragma. Los hallazgos en la radiografía de colon son determinantes para el diagnóstico, aunque en ocasiones se requieren estudios baritados para obtener mejor información, identificando la localización de la obstrucción intestinal, mostrando la imagen característica de pico de pájaro. La tomografía computada se utiliza excepcionalmente y pocos reportes se enfocan al ultrasonido con hallazgos de pequeñas cantidades de aire libre sobre el lóbulo hepático derecho.<sup>6</sup> En la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico se realiza durante el transoperatorio, durante la laparotomía, y generalmente es causado por un vólvulos, cuando la obstrucción es repetitiva se ha propuesto hemicolectomía ya que la simple destorsión con fijación intestinal muestra alta tasa de recurrencia.<sup>7</sup>

### Conclusiones

En conclusión el síndrome de Chilaiditi completo es una entidad rara, el signo del mismo nombre puede ser identificado con métodos radiográficos simples, pero el alto índice de sospecha, en presencia de datos obstructivos, debe alertar al cirujano sobre una urgencia quirúrgica, escogiendo el abordaje quirúrgico más adecuado.

### Referencias

1. Barroso JJM, Balaguer A, Escribano J, Pagone F, Domenech J, del Castillo D. Chilaiditi syndrome associated with transverse colon volvulus: first report in a pediatric patient and review of the literature. *Eur J Pediatr Surg* 2003; 13: 425-428.
2. de Paula PR, Bartolomucci AC, Bassi DG, Silva MA. Chilaiditi syndrome associated the volvulus of the transverse colon. *AMB Rev Assoc Med Bras* 1991; 37: 96-8.
3. Madrigal TA, Núñez GA, Rollán VV, García-Novo MD. Síndrome de Chilaiditi. *An Esp Pediatr* 2000; 52: 189-190.
4. Risaliti A, De Anna D, Terrosu G, Uzzau A, Carcoforo P, Bresadola F. Chilaiditi's syndrome as a surgical and no surgical problem. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 176: 55-58.
5. Zinkin LD, Kats LD, Rosin JD. Volvulus of the transverse colon: report of case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 492-496.
6. Sato M, Ishida H, Konno K, Hamashima Y, Naganuma H, Komatsuda J, et al. Chilaiditi syndrome: sonographic findings. *Abdom Imaging* 2000; 25: 397-399.
7. White JJ, Chavez EP, Souza J. Internal hernia of the transverse colon – Chilaiditi syndrome in a child. *J Pediatric Surg* 2002; 37: 802-804.