

¿Neumoperitoneo?

Marc Henry Syldor^a, Félix González Martínez^a,
Erick Ureña Rengel^a

^a Servicio de Urgencias.
Hospital Virgen de la Luz,
Cuenca.

Correspondencia: Marc Henry
Syldor, C/ Francisco Suay nº
96, 2ªA, 16004-Cuenca
(España). E-mail:
msyldor@yahoo.fr.

Recibido el 17 de febrero de
2010.

Aceptado para su publicación
el 1 de junio de 2010.

RESUMEN

La interposición hepatodiafragmática del colon, conocido como signo de Chilaiditi, se descubre generalmente en forma casual durante un estudio radiológico por otra causa, pues su presentación suele ser asintomática. Cuando el hallazgo se acompaña de síntomas clínicos como dolor abdominal, náuseas, vómitos o estreñimiento, se conoce como síndrome de Chilaiditi. Este síndrome es de escasa frecuencia y responde generalmente de forma favorable a tratamientos conservadores. Consideramos de gran interés conocerlo dado la gran variabilidad de sus formas de presentación clínica, que pueden mimetizar otras entidades, entre las que destaca sobretodo el neumoperitoneo por rotura de víscera hueca. En estos casos, una radiografía simple de tórax o abdomen puede bastar para el reconocimiento de esta entidad.

Presentamos el caso de un varón de 50 años que presentó clínica aguda de intenso dolor epigástrico, con sospecha de abdomen quirúrgico y en el que la realización de pruebas de imagen (radiografía y TAC) hizo posible el diagnóstico definitivo.

Palabras clave. Síndrome de Chilaiditi, Neumoperitoneo.

ABSTRACT

Pneumoperitoneum?

The interposition of the bowel between the liver and diaphragm, known as Chilaiditi's sign, is usually found by chance during a radiological examination for another reason, as it is often asymptomatic. When this finding is accompanied by clinical symptoms such as abdominal pain, nausea, vomiting or constipation it is known as Chilaiditi's syndrome. This syndrome is rare and generally responds favourably to conservative treatment. We consider it of maximum interest to be aware of this syndrome given its wide range clinical signs and symptoms that could mimic other conditions, especially pneumoperitoneum due perforated hollow viscera. In such cases, a simple X-ray of the chest or abdomen could be sufficient to recognise this condition.

We present the case of a 50 year old man who had acute, severe epigastric pain, with suspicion of surgical abdomen. A definite diagnosis was made possible through imaging tests X-ray and CAT scan).

Key words. Chilaiditi Syndrome, Pneumoperitoneum.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un paciente con dolor epigástrico intenso y sospecha de abdomen quirúrgico, en el que la realización de pruebas de imagen (radiografía y TAC) hizo posible el diagnóstico definitivo. Al observar la radiografía con neumoperitoneo, que indica la presencia de aire en la cavidad peritoneal, compatible con la perforación de una víscera hueca, se le comentó al adjunto quien solicitó la presencia del cirujano de guardia para su valoración. Tras la realización de una Tomografía Computarizada (TC) abdominal se comprobó que no se trataba de un neumoperitoneo.

Es interesante profundizar en el concepto de interposición hepatodiafragmática del colon, conocido como signo de Chilaiditi, que es poco frecuente en nuestro medio.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Se trata de un varón de 50 años, sin alergias medicamentosas conocidas, no fumador, sin tratamiento habitual y sin antecedentes patológicos de interés, que acudió a urgencias por dolor epigástrico moderado de inicio súbito y 6 horas de evolución. El dolor era constante y con irradiación a hipocondrio derecho y espalda, sin vómitos ni náuseas. El paciente negaba síntomas vegetativos.

En la exploración física, el paciente se encontraba consciente y orientado con quejas de dolor epigástrico. Registramos cifras de TA de 130/80 mm/Hg, la frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto y la temperatura axilar de 36,50C. La exploración neurológica y cardio-respiratoria era normal. El abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación epigástrica y con peristaltismo conservado (Blumberg y Murphy negativo).

En las pruebas complementarias realizadas se constató un hematocrito del 45,4%, hemoglobina de 15,4 g/L, 180.000 plaquetas/mm³ y 8.500 leucocitos/mm³, con un 75,9% de neutrófilos. Otros parámetros: glucemia 123 mg/dl, creatinina 0,84 mg/dL, sodio 135 mEq/L, potasio 3,5 mEq/L y amilasa 59 U/L.

El electrocardiograma (ECG) reveló un ritmo sinusal a 60 latidos por minuto, sin signos de isquemia aguda. La radiografía de tórax mostró una imagen sugestiva de neumoperitoneo (figura 1).

Valorado por el cirujano de guardia, quien notó discordancia clínica-radiológica, se repitió el estudio radiológico y se realizó TC abdominal, evidenciándose interposición hepatodiafragmática de colon, sin signos de neumoperitoneo.

Fue tratado con analgesia, con buena respuesta clínica, y se decidió el alta. El paciente refirió que nunca se le había realizado alguna exploración radiológica de rutina, negando la existencia de alteración alguna.

COMENTARIOS

La interposición hepatodiafragmática del intestino observada en la radiografía fue descrita inicialmente por Cantini en 1865. En 1910 Demetrius Chilaiditi definió esta condición radiológica como "hepatoptosis" y posteriormente recibió el nombre de Signo de Chilaiditi, el cual es asintomático y descubierto en forma accidental^{1,3}.

Se han descrito 3 formas de interposición hepatodiafragmática o Signo de Chilaiditi posibles:

1. Interposición del colon transversal y/o intestino delgado en el espacio sub-frénico 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 sub-frénico posterior derecho.

Esta interposición hepatodiafragmática tiene características radiológicas que debemos tener en cuenta:

- a. Elevación del hemidiafragma derecho.
- b. Interposición de asa delgada o gruesa entre el hígado y el diafragma
- c. Desplazamiento caudal y medial del hígado.

Desde el punto de vista de los hallazgos radiológicos, se debe hacer el diagnóstico diferencial con neumoperitoneo, absceso subfrénico, neumatosis intestinal, quiste hidatídico infectado y tumor hepático. El diagnóstico de la interposición hepatodiafragmática se hace por radiología, ecografía, o tomografía^{2,5}.

Se han descrito múltiples factores predisponentes. Los más frecuentes están relacionados con posibles alteraciones anatómicas entre hígado, colon y diafragma. Otros factores predisponentes descritos han sido: estreñimiento crónico, cirugía previa, obesidad y aerofagia^{4,5}.

El tratamiento es generalmente conservador. Los síntomas disminuyen con reposo en cama, descompresión nasogástrica, dieta líquida y enemas⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallego Soriano MJ. Síndrome de Chilaiditi. Revisión a propósito de un caso. *Rev Esp Enferm Digest.* 1983; 63(1):66-71.
2. Alcober Pérez C, Carod Benedico E, Sanz Martínez D. El síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal. *Medifam.* 2003; 13(1):49-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000100007&lng=es.
3. Fisher AA, Davis MW. An elderly man with chest pain, shortness of breath, and constipation. *Postgrad Med J.* 2003; 79:183-4.
4. Flores N, Ingar C, Sánchez J. et al. Síndrome de Chilaiditi complicado con Vólvulo de Colon transversal. *Rev Gastroenterol Perú.* 2005; 25(3):279-84.
5. Hayes JP, Sfeir R, Yañez W, Paniagua R. Síndrome de Chilaiditi. Reporte de Caso. *Rev. Inst. Med. "Sucre".* 2004; 124:61-2.



Figura 1. Radiografía de tórax PA con imagen sugestiva de neumoperitoneo.



Figura 2. Interposición hepatodiafragmática del colon.