



Colelitiasis y colecistitis en paciente con síndrome de chilaiditis: reporte de un caso

Cholelithiasis and cholecystitis in a patient with chilaiditis syndrome: case report

Colelitíase e colecistite em paciente com síndrome de quilaidite: relato de caso

Samantha Michelle Tamayo Freire ^I
samanthatf33@uniandes.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0003-3658-2815>

Genesis Arlette Rivera Tintin ^{II}
genesistr68@uniandes.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0003-8183-6968>

Luis Rodrigo Garcia Camino ^{III}
luisagc80@uniandes.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-3387-0056>

Washington Wladimir Tuza Quinatoa ^{IV}
ma.washingtonwtq08@uniandes.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-9930-2268>

Correspondencia: samanthatf33@uniandes.edu.ec

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 15 de diciembre de 2024 * **Aceptado:** 24 de enero de 2025 * **Publicado:** 18 de febrero de 2025

- I. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.
- II. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.
- III. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.
- IV. Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.

Resumen

Introducción: El signo de Chilaiditi es un hallazgo radiológico incidental en el que el intestino se interpone entre el diafragma y el hígado. El síndrome de Chilaiditi (SC), que se caracteriza por síntomas gastrointestinales y el signo de Chilaiditi en las imágenes, tiene una importancia clínica importante a pesar de su rareza debido a las complicaciones asociadas, que incluyen obstrucción intestinal, isquemia intestinal y perforación. **Objetivo:** Analizar la colelitiasis y colecistitis en pacientes con síndrome de chilaiditis. **Metodología:** En el presente estudio es una revisión no sistemática de la literatura en donde los recursos se obtuvieron de la base de datos de sitios como PubMed; Scielo; google académico e ScieceDirect. **Resultados:** El síndrome de Chilaiditi generalmente requiere una intervención médica inmediata, aunque se puede considerar el tratamiento quirúrgico en los casos en que el tratamiento médico no tenga éxito o si el paciente muestra evidencia de obstrucción intestinal/isquemia o empeoramiento de los síntomas. **Conclusiones:** El síndrome de Chilaiditi es una enfermedad compleja que puede manifestarse con diversas complicaciones, según las causas subyacentes.

Palabras claves: chilaiditi; rareza; colelitiasis; colecistitis; perforación.

Abstract

Introduction: Chilaiditi's sign is an incidental radiological finding in which the intestine is interposed between the diaphragm and the liver. Chilaiditi syndrome (CS), characterized by gastrointestinal symptoms and the Chilaiditi sign on imaging, is of important clinical importance despite its rarity due to associated complications, including intestinal obstruction, intestinal ischemia, and perforation. **Objective:** To analyze cholelithiasis and cholecystitis in patients with chilaiditis syndrome. **Methodology:** This study is a non-systematic review of the literature where resources were obtained from the database of sites such as PubMed; Scielo; google scholar and ScieceDirect. **Results:** Chilaiditi syndrome generally requires immediate medical intervention, although surgical treatment may be considered in cases where medical treatment is unsuccessful or if the patient shows evidence of intestinal obstruction/ischemia or worsening symptoms. **Conclusions:** Chilaiditi syndrome is a complex disease that can manifest with various complications, depending on the underlying causes.

Keywords: chilaiditi; rarity; cholelithiasis; cholecystitis; drilling.

Resumo

Introdução: O sinal de Chilaiditi é um achado radiológico incidental em que o intestino está interposto entre o diafragma e o fígado. A síndrome de Chilaiditi (SC), caracterizada por sintomas gastrointestinais e pelo sinal de Chilaiditi nos exames de imagem, é de importante importância clínica, apesar de sua raridade, devido às complicações associadas, incluindo obstrução intestinal, isquemia intestinal e perfuração. **Objetivo:** Analisar colelitíase e colecistite em pacientes com síndrome de quilaidite. **Metodologia:** Este estudo é uma revisão não sistemática da literatura onde foram obtidos recursos na base de dados de sites como PubMed; Scielo; Google Scholar e ScieDirect. **Resultados:** A síndrome de Chilaiditi geralmente requer intervenção médica imediata, embora o tratamento cirúrgico possa ser considerado nos casos em que o tratamento médico não tenha sucesso ou se o paciente apresentar evidências de obstrução/isquemia intestinal ou piora dos sintomas. **Conclusões:** A síndrome de Chilaiditi é uma doença complexa que pode se manifestar com diversas complicações, dependendo das causas subjacentes.

Palavras-chave: chilaiditi; raridade; colelitíase; colecistite; perfuração.

Introducción

La enfermedad de cálculos biliares (EG) (colelitiasis) es una de las enfermedades gastrointestinales más prevalentes, con una carga sustancial para los sistemas de atención médica. Los cálculos biliares (CG) pueden formarse debido a muchos trastornos diferentes. La EG es una enfermedad hepatobiliar crónica recurrente, cuya base es el metabolismo alterado del colesterol, la bilirrubina y los ácidos biliares, que se caracteriza por la formación de cálculos biliares en el conducto biliar hepático, el conducto biliar común o la vesícula biliar (1).

Por otro lado, la colecistitis aguda se refiere a la inflamación de la vesícula biliar. El mecanismo fisiopatológico de la colecistitis aguda es el bloqueo del conducto cístico. La colecistitis es una afección que se trata mejor con cirugía; sin embargo, puede tratarse de manera conservadora si es necesario. Esta afección puede estar asociada con o sin la presencia de cálculos biliares y también puede clasificarse como aguda o crónica (2).

La colecistitis aguda también puede confundirse con otras enfermedades como la enfermedad de úlcera péptica, la enfermedad del intestino irritable y la enfermedad cardíaca. La pancreatitis crónica y aguda también puede imitar la enfermedad de la vesícula biliar (3).

Normalmente, los ligamentos suspensorios y la fijación del colon evitarán la interposición del colon entre el hígado y el diafragma. Las variaciones en esta anatomía conducen a la interposición patológica del colon que se observa en el síndrome de Chilaiditi. Estas variaciones pueden incluir la ausencia, laxitud o elongación de los ligamentos suspensorios del colon transversal o el ligamento falciforme (4).

También existen factores que pueden predisponer a desarrollar el síndrome de Chilaiditi incluyen malposiciones congénitas, trastornos funcionales como el estreñimiento crónico causado por elongación y redundancia colónica, distensión gaseosa del colon, hígado pequeño debido a cirrosis o hepatectomía, ascitis debido al aumento de la presión intraabdominal, pérdida de peso sustancial en pacientes obesos y diafragma anormalmente alto o parálisis diafragmática, una enfermedad pulmonar obstructiva crónica que causa agrandamiento de la cavidad torácica inferior y embarazos múltiples (4).

Se cree que la etiología del SC es la elongación, laxitud o ausencia de los ligamentos suspensorios del colon transversal o del ligamento falciforme, con otros factores de riesgo que incluyen cirrosis, ascitis, obesidad, parálisis diafragmática y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Afecta más comúnmente la flexura hepática colónica y el colon transversal. De hecho, la afectación del íleon rara vez se informa. Aquí, presentamos un caso raro de SC que causa obstrucción del intestino delgado (SBO) enmascarada como colecistitis aguda y destacamos la importancia del diagnóstico y el tratamiento tempranos (5).

Los síntomas más comunes que se presentan en pacientes con síndrome de Chilaiditi son dolor abdominal, anorexia, náuseas, vómitos, flatulencia, estreñimiento, cambios en los hábitos intestinales seguidos de dificultad respiratoria y, con menor frecuencia, síntomas cardíacos como dolor torácico tipo angina y arritmias. Estos síntomas suelen empeorar por la noche mientras el paciente está en decúbito supino. En raras ocasiones, un paciente presentará una combinación de estos síntomas multiorgánicos (6).

Muchas veces, los signos vitales son en general normales. En el examen, cuando se encontraba en posición horizontal, desarrolla un dolor intenso. Un dolor considerable en el cuadrante superior derecho y el epigastrio, pero el signo de Murphy era negativo. Sin signos peritoneales, ictericia escleral, ictericia ni dolor en el ángulo costovertebral. La colecistitis aguda se puede dar como diagnóstico diferencial, dadas estas características clínicas similares.

Método

a. Palabras clave

La información de trabajo presente de investigación se ha recuperado en consideración a las palabras claves: síndrome chilaiditi, colelitiasis, colecistitis, perforación y en inglés chilaiditi syndrome, cholelithiasis, cholecystitis, perforation.

b. Bases de datos

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos publicados en revistas indexados en las bases de datos: Scielo, Medline, PudMed, Scopus y google académico permitiendo analizar e interpretar la información actualizada con menos de 6 años dando así veracidad en el trabajo.

c. Criterios de Selección

Para la selección de artículos se tomaron criterios como su tipo de estudio transversales, descriptivos, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas que proporcionan información sobre bases bioquímicas de la expresión de simples mutaciones. Se excluyeron de longitudinales, metaanálisis y casos clínicos y resúmenes. Se consideraron artículos publicados entre 2020 y 2025.

Marco teórico

Es importante reconocer el signo de Chilaiditi, ya que los diagnósticos diferenciales incluyen neumoperitoneo, hernia diafragmática y absceso subfrénico. Sin embargo, la presencia de plicas circulares normales o marcas haustrales del colon debajo del diafragma puede ayudar a descartar estas afecciones más graves. Además, a diferencia de lo que ocurre en los casos de aire libre, cambiar la posición de un paciente con signo de Chilaiditi no alterará la posición de la radiolucidez (7).

El neumoperitoneo y las acumulaciones de líquido subdiafragmático también pueden ir acompañadas de hallazgos pulmonares como derrame pleural ipsilateral y atelectasia basilar. La TC distingue de manera efectiva la presencia de intestino interpuesto entre el hígado y el diafragma, como se observó en nuestro paciente. Específicamente, permite la diferenciación entre líquido subfrénico, neumoperitoneo y gas intestinal intraluminal. La identificación del signo de Chilaiditi también es crucial antes de ciertos procedimientos. Su reconocimiento puede prevenir el riesgo de perforación intestinal durante intervenciones transhepáticas percutáneas o biopsias hepáticas,

especialmente en pacientes cirróticos, que están predispuestos al desarrollo del signo de Chilaiditi (8).

Además, la colonoscopia debe realizarse con precaución debido al riesgo de atrapamiento progresivo de aire en un intestino interpuesto y muy angulado, que puede conducir a una perforación. Por lo tanto, la colonoscopia debería utilizarse idealmente después de la resolución del SC cuando se sospecha una neoplasia maligna colorrectal asociada. Además, existe cierta evidencia de que la colonoscopia puede predisponer al SC (9).

El signo de Chilaiditi, o interposición hepatodiafragmática, es un hallazgo poco común con una incidencia entre el 0,25% y el 0,28% en las imágenes. Su importancia clínica radica en el potencial de confusión con el neumoperitoneo y el desarrollo de SC (10).

La clave para el tratamiento del síndrome de Chilaiditi es un diagnóstico preciso y oportuno. No se requiere intervención en pacientes asintomáticos con signo de Chilaiditi. En la mayoría de los casos de síndrome de Chilaiditi, el tratamiento es conservador y consiste en reposo intestinal, descompresión intestinal, ablandadores de heces o enemas y rehidratación intensiva. La repetición de las imágenes después de la descompresión intestinal que muestran la resolución del aire debajo del diafragma confirma tanto el diagnóstico como el éxito del tratamiento, y debe realizarse especialmente dado que la tasa de recurrencia no está bien dilucidada en la literatura (6,11).

El tratamiento quirúrgico se reserva para pacientes que no responden a medidas conservadoras o desarrollan complicaciones graves, como obstrucción/isquemia intestinal, perforación y vólvulo cecal/colónico. De hecho, la fortaleza de nuestro caso fue que sospechamos rápidamente una SBO temprana en el contexto del síndrome de Chilaiditi, lo que puede haber evitado la necesidad de cirugía (12).

En conclusión, el conocimiento de esta afección acelera el diagnóstico temprano y preciso y reduce las laparotomías exploratorias innecesarias por neumoperitoneo mal diagnosticado. Si bien este paciente presentó síntomas sugestivos de colecistitis, el reconocimiento temprano de la obstrucción del intestino delgado en el contexto de una cesárea probablemente evitó la intervención quirúrgica y mejoró los resultados. En resumen, si bien el signo de Chilaiditi suele ser benigno, el reconocimiento rápido de una cesárea es crucial para prevenir posibles complicaciones (13).

La interposición intestinal es una afección médica en la que un segmento del intestino se interpone temporal o permanentemente entre dos órganos, por ejemplo, el hígado y el diafragma, el bazo y el diafragma, el bazo y el riñón izquierdo o el estómago y el páncreas. Entre estos, la interposición

hepatodiafragmática se denomina signo de Chilaiditi y los demás se denominan signo no Chilaiditi. El intestino interpuesto suele ser el ángulo hepático del colon y, con mucha menos frecuencia, el intestino delgado, que se presenta en el 3-5% de los casos de signo de Chilaiditi (14).

El signo de Chilaiditi suele revelarse incidentalmente en radiografías de tórax o abdomen, con una incidencia del 0,025-0,28%. Además, el signo de Chilaiditi suele ser asintomático y, cuando se acompaña de síntomas clínicos, se denomina síndrome de Chilaiditi. La incidencia del síndrome de Chilaiditi aumenta con la edad y tiene un marcado predominio masculino (7).

Normalmente, los ligamentos suspensorios y la fijación del colon impiden la interposición del colon entre el hígado y el diafragma. Sin embargo, se han implicado diversos factores que dan lugar a la interposición patológica del colon, entre ellos, causas hepáticas, intestinales, diafragmáticas y otras diversas. Un gran espacio entre el hígado y el diafragma puede conducir potencialmente a la interposición colónica. Otros factores incluyen los relacionados con los intestinos, como el megacolon, un colon alargado/hipermóvil con estreñimiento, ausencia/laxitud/elongación del ligamento que suspende el colon transversal, acumulación anormal de gas debido a aerofagia (15).

Entre los factores diafragmáticos incluyen el ascenso de la hemidiafragma derecha, como la eventración o la lesión del nervio frénico, y los factores hepáticos incluyen la atrofia del hígado debido a cirrosis o etiología congénita (por ejemplo, una división congénita del hígado o relajación/elongación de los ligamentos suspensorios). Otros factores incluyen el agrandamiento de la cavidad torácica inferior (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), el aumento de la presión intraabdominal (obesidad, embarazos múltiples y ascitis), el retraso mental y la esquizofrenia, que también se asocian con anomalías anatómicas que dan lugar al signo de Chilaiditi (12).

La adherencia intraperitoneal, que es causada por metástasis tumoral generalizada o cirugía previa, también es uno de los factores. Además, se han reportado como factores causales la medicación psicotrópica y los factores iatrogénicos, como los procedimientos endoscópicos. En el presente caso, el paciente presentó un síntoma de inicio en la infancia, por lo tanto, la interposición del colon probablemente se debió a una anomalía anatómica congénita. Además, el paciente tenía enfisema y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, por lo tanto, el agrandamiento de la cavidad torácica inferior también puede haber sido una posible causa (7,9).

El síndrome de Chilaiditi tiene diversas manifestaciones clínicas, como disminución del apetito, dolor abdominal, flatulencia, náuseas, vómitos y estreñimiento. Los siete casos revisados en el

presente estudio presentaron síntomas gastrointestinales con la excepción de un paciente. Sin embargo, en casos raros, también se pueden observar otros síntomas además de los asociados con el tracto gastrointestinal, como dificultad respiratoria y dolor torácico similar a la angina. Por lo tanto, el síndrome de Chilaiditi debe considerarse en pacientes con dolor torácico con resultados de electrocardiograma, función cardíaca y enzimas cardíacas dentro de los rangos normales. Además, el síndrome de Chilaiditi también puede ser una manifestación indirecta de ciertas neoplasias malignas abdominales, con o sin metástasis peritoneal(3,5).

Un marcador característico del signo de Chilaiditi es la observación de aire debajo del diafragma, con pliegues haustrales visibles o válvulas conniventes entre el hígado y la superficie diafragmática. Además, la ubicación del aire no se modifica al alterar la postura del paciente. El signo de Chilaiditi debe diferenciarse del neumoperitoneo mediante radiografía. El neumoperitoneo normalmente muestra una sombra de gas en forma de medialuna debajo del diafragma sin pliegues haustrales ni válvulas conniventes, y al alterar la postura del paciente cambia la posición del gas. Los pacientes con neumoperitoneo siempre presentan una lesión en la víscera hueca y simultáneamente presentan signos de peritonitis. La ecografía también es útil para diferenciar el síndrome de Chilaiditi del neumoperitoneo, que generalmente requiere una intervención quirúrgica inmediata (11).

Es importante identificar la interposición colónica en pacientes predispuestos a desarrollar el signo de Chilaiditi, como los pacientes cirróticos, para prevenir complicaciones durante un procedimiento transhepático percutáneo o una biopsia hepática. Además, las colonoscopias deben realizarse con cuidado en pacientes con el signo de Chilaiditi para prevenir la perforación intestinal (13).

No se requieren intervenciones para pacientes asintomáticos con el signo de Chilaiditi y el tratamiento suele ser conservador. Cuando el tratamiento conservador falla, la obstrucción intestinal, como el vólvulo, la isquemia intestinal o la perforación intestinal, no se puede aliviar y, por lo tanto, se requiere una intervención quirúrgica. Saber y Boros informaron previamente que el 26% de los pacientes requieren tratamiento quirúrgico y que el número de intervenciones quirúrgicas para el dolor abdominal intermitente a largo plazo continúa aumentando. Las intervenciones quirúrgicas incluyen la resección segmentaria del colon, la colopexia y la hepatopexia (7).

Historia clínica

1. Registro de admisión

Numero de historia:	1135**
Cédula de ciudadanía:	1801599***
Nombre:	N.N
Fecha de nacimiento:	17 DE MAYO DE 2960
Edad:	63
Nacionalidad:	ECUATORIANA
Sexo:	MASCULINO
Raza:	MESTIZO
Estado Civil:	CASADO
Ocupación	EMPLEADO
Lugar de nacimiento:	AMBATO
Residencias ocasionales:	N/A
Residencia habitual:	HUACHI LORETO
Dirección:	UNIVERSIDAD CATOLICA
Teléfono:	099814*****
Nivel de educación:	PRIMARIA
Fecha de admisión:	21/11/2023

2. Motivo de consulta:

Dolor abdominal, náuseas, vómito y falta de aire

3. Antecedentes patológicos personales

3.1 Alérgias a medicamentos:	No refiere
3.2 Otras alergias:	No refiere
3.3 Vacunas:	4ta dosis de COVID
3.4 Patologías Clínicas	No refiere
3.5 Medicación habitual:	No refiere
3.6 Quirúrgicos:	No refiere

3.7 Hábitos	Alimentación: 3 veces al día Micción: 3-4 veces al día Defecación: 1 vez por día Alcohol: no refiere Tabaco: no refiere Drogas: no refiere Tóxicos: no refiere Exposición a Biomasa: no refiere
3.8 Condición socioeconómica	Clase media
3.9 Discapacidad	Paciente padece de hipoacusia y desarrolla una dislalia audiógena
3.10 Religión:	Católico
3.11 Tipificación sanguínea:	Desconoce

4. Antecedentes patológicos familiares

No refiere

5. Enfermedad actual

Paciente acude por presentar dolor abdominal de 8 días de evolución, por ingesta de comida grasa, acompañado de náuseas y vomito por varios días, y dolor continuo con falta de aire EVA 8/10.

Anamnesis de dolor

Paciente refiere dolor abdominal continuo localizado a nivel del hipocondrio derecho de tipo cólico con irradiación a epigastrio, EVA 8/10, acompañado de náuseas, vómito y malestar general, refiere como causa aparente la ingesta de alimentos hipercalóricos acompañado de disnea.

6. Revisión de aparatos y sistemas

Respiratorio:	Disnea
Cardiovascular:	No refiere
Digestivo:	Náuseas, vómitos y dolor abdominal
Urogenital	No refiere
Locomotor:	No refiere

7. Examen físico

- Signos vitales y medidas antropométricas

Frecuencia Respiratoria:	19 RPM
Frecuencia Cardíaca:	110 LPM
Presión Arterial:	164/70 mmHg
Temperatura:	37,4 °C
Estatura:	1.63 m
Peso:	61kg
IMC	23 Normopeso
SPO2:	87%
FIO:	21%
Llenado capilar	2 seg
Glucemia capilar	124 mg/dl

- Examen físico general

Paciente se encuentra en estado vigíl, escala de GLASGOW 14/15 (motor 6/6, ocular4/4, verbal 4/5), orientado en tiempo, espacio y persona, afebril, deshidratado, facie dolorosa, no icterico.

- Examen físico regional
- **Piel:** Piel Normotérmica.
- **Cabeza:** Normocefálica, no se observa masas o lesiones.
- **Ojos:** Escléras anictéricas, pupilas normorreactivas a la luz y acomodación.
- **Nariz:** Pirámide nasal sin lesiones, fosas nasales permeables sin secreciones.
- **Oídos:** Estructura e implantación normal, CAE permeable sin secreciones.
- **Boca:** Mucosas orales semi húmedas,
- **Orofarínge:** no congestiva no eritematosa
- **Cuello:** Simétrico, no adenopatías, tiroides no visible no palpable, no ingurgitación yugular.
- **Tórax:** Simétrico.
- **Corazón:** Taquicardia no soplos aparentes.
- **Pulmonar:** Murmullo vesicular suave a la inhalación
- **Extremidades:** Simétricas, tono, fuerza y sensibilidad conservado no edemas.
- Examen físico de abdomen

Suave depresible, doloroso a la palpación profunda a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy (positivo), ruidos hidroaéreos, presentes en tono de timbre intensidad y frecuencia normal, no visceromegalias ni masas.

8. Lista de problemas

- Dolor de tipo cólico (Hipocondrio derecho que se irradia al epigastrio)
- Náuseas
- Vomito
- Disnea

9. Exámenes complementarios

- **Ecografía de abdomen**

Higado: De forma y tamaño normal, parenquima con aumento difuso de su ecogenicidad por depositos grasos, no presenta procesos ocupativos

Vesicula: Litiásica, calculos multiples de 11 mm de dipametro, 7,2 de longitud, pared engrosada de 6,5 mm

Vias viliares intra y extrahepaticas no dilatadas. Coledoco mide 4 mm de diámetro.

Páncreas: de forma y tamaño normal, grasa peripancreática conservada, sin adenopatías.

Bazo: De tamaño normal sin evidencias de lesiones parenquimatosas.

Riñones: De forma, situación, tamaño y ecomorfología normales, relaciones córtico medulares conservadas, no presenta signo de ectasia.



Conclusiones

- **COLELITIASIS MULTIPLE**
- **COLECISTITIS**
- **ESTEATOSIS HEPATICA DIFUSA GRADO II**

- **Hemograma**

Hematocrito:	51,2 %
Hemoglobina:	17,3 g/dL
Volumen Corpuscular Medio (VCM)	89,8 fL

Hemoglobina Corpuscular Media (HCM)	30,4 pg
Plaquetas :	306 10 ³ /uL
Leucocitos:	12,92 10 ³ /uL
Neutrófilos:	84,7 %
Linfocitos:	11,7 %
Monocitos	3,6 %
Eosinofilos:	0,0 %
Basofilos:	0,3 %
Bilirrubina directa:	3,06 mg/dL
Bilirrubina indirecta:	0,89 mg/dL
Bilirrubina total:	3,65 mg/dL
TGP:	438,7 U/L
TGO:	197,9 U/L
GGT:	854,6 mg/dL
Amilasa:	173,1 U/L
Lipasa:	79,9 U/L
Glucosa:	124 mg/dL
Creatinina:	1,16 mg/dL
F A	430,5 U/L

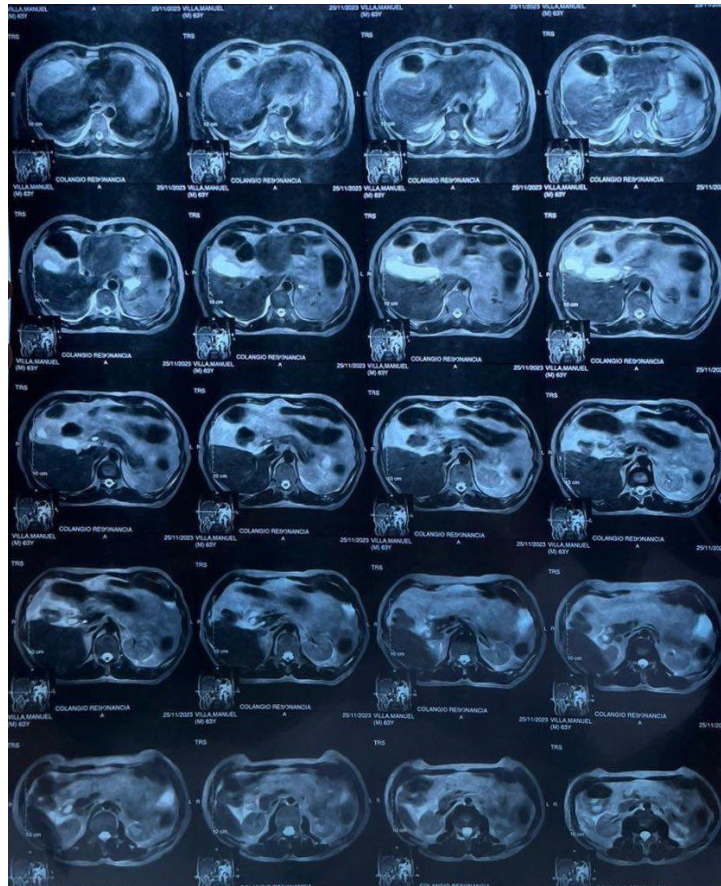
- **Colangio Resonancia**

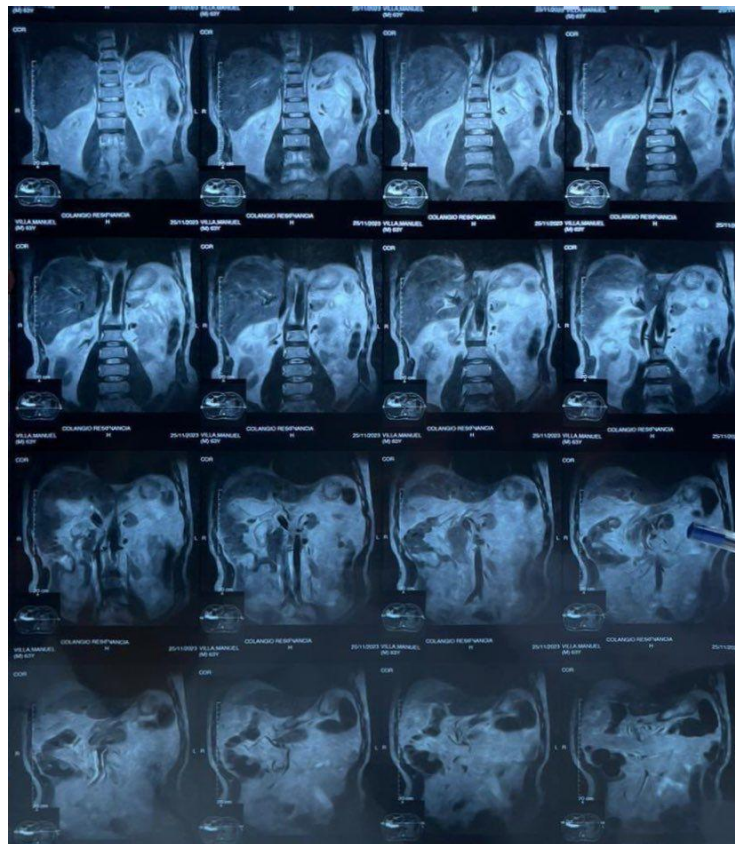
Se realiza cortes axiales y coronales en secuencias T1, T2 e I.R se observa:

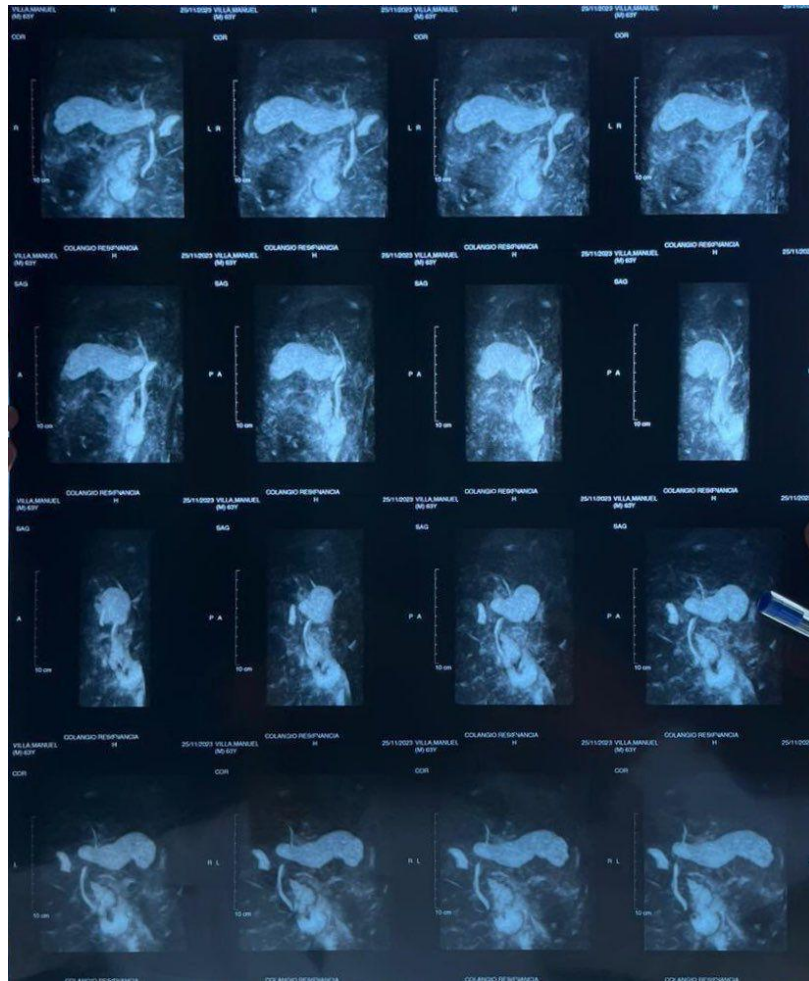
- A nivel del borde anterior del hígado se parecía ángul colónico distendido con contenido gaseoso.
- Hígado del tamaño normal, con bordes lisos, estrucutra interna normal, sin alteraciones circunscritas de la señal.
- Vesicula Biliar distendia mide 11,5 cm de longitud, por 3,6 cm de ancho, de paredes engrosadas miden 6,5mm, presenta contenido heterogéneo, con barro biliar e imágenes microlitiasicas en el cuerpo.
- Vías Biliares intra y extrahepaticas no dilatadas, el colédoco mide 7,8 mm de diámetro.
- Bazo de tamaño normal, con contorno eterior liso y estructuras internas homogénea.
- Páncreas de tamaño normal, bordes regulares, sin alteraciones de señal.
- Riñones y glándulas suprarrenales sin alteraciones evidentes.

Conclusiones

- **CHILAITIDIS**
- **COLECISTITIS/COLELITIASIS**
- **SIN SIGNO DE OBSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES**







Diagnóstico:

- Colectitis
- Colecistitis
- Disnea asociada a Síndrome de Chilaiditis

RESULTADOS

1. Información General:

- Edad: 63 años.
- Sexo: Masculino.
- Ocupación: Empleado, lo que podría indicar un nivel de actividad física moderado.
- Condición socioeconómica: Clase media.

2. Motivo de consulta:

El paciente se presenta con dolor abdominal, náuseas, vómitos y falta de aire. Este cuadro se asocia con la ingesta de alimentos grasos, lo que podría sugerir un problema relacionado con el sistema digestivo, especialmente con la vesícula biliar.

3. Antecedentes médicos:

Discapacidad auditiva (hipoacusia y dislalia audiógena).

No presenta antecedentes patológicos familiares relevantes, lo que indica que no hay antecedentes de enfermedades hereditarias graves.

4. Enfermedad actual:

- El dolor abdominal de 8 días de evolución, localizado en el hipocondrio derecho, irradiado al epigastrio, sugiere una patología asociada con la vesícula biliar (colecistitis y colelitiasis).
- El dolor es de tipo cólico, lo que es característico de cólicos biliares.
- La disnea o dificultad para respirar podría estar relacionada con un cuadro de síndrome de Chilaiditis (padecimiento que involucra la distensión del colon que afecta al diafragma y puede generar falta de aire).
- La exploración física muestra signos de deshidratación y dolor en la palpación abdominal, con un signo positivo de Murphy (indicativo de colecistitis aguda).

5. Examen físico:

El estado de alerta es adecuado, aunque el paciente muestra facie dolorosa, lo cual es consistente con su malestar.

Signos vitales:

Frecuencia respiratoria (19 RPM) y frecuencia cardiaca (110 LPM) están dentro de los límites normales, pero la taquicardia puede estar relacionada con el dolor y/o el estrés.

Presión arterial: 164/70 mmHg, lo que sugiere un rango de hipertensión sistólica moderada.

SPO2 (87%) es anómala, lo que confirma la disnea y sugiere una posible hipoxia o insuficiencia respiratoria.

En el abdomen, el paciente presenta dolor a la palpación en el hipocondrio derecho, lo que es típico de inflamación biliar (colecistitis).

6. Exámenes complementarios

7. Ecografía abdominal: Confirma colelitiasis múltiple y colecistitis (inflamación de la vesícula biliar). También muestra un aumento de la ecogenicidad hepática, lo que sugiere esteatosis hepática (hígado graso), probablemente relacionado con dieta y/o obesidad.

Hemograma: Muestra leucocitosis ($12,92 \times 10^3/\mu\text{L}$), con un aumento de neutrófilos (84,7%), lo cual es indicativo de una posible infección o inflamación aguda, como la colecistitis.

Pruebas hepáticas:

TGP y TGO elevadas, lo que sugiere lesión hepática o daño hepatocelular.

GGT también está aumentada, lo que podría asociarse con enfermedades hepáticas relacionadas con la bilis.

Bilirrubina ligeramente elevada, lo que sugiere una obstrucción leve en el sistema biliar.

Colangio Resonancia: No presenta signos de obstrucción de las vías biliares, pero se confirma la colecistitis con presencia de barro biliar y microlitiasis. Además, se observa el síndrome de Chilaiditis, caracterizado por la distensión del colon.

Diagnóstico definitivo:

Colelitiasis múltiple: Presencia de múltiples cálculos en la vesícula biliar.

Colecistitis: Inflamación de la vesícula biliar, confirmada por los hallazgos clínicos y de imágenes.

Esteatosis hepática difusa grado II: Acumulación de grasa en el hígado.

Disnea asociada a síndrome de Chilaiditis: El cuadro de dificultad respiratoria parece estar relacionado con la distensión del colon, que afecta el diafragma y reduce la capacidad pulmonar.

Plan de manejo y tratamiento:

Colelitiasis y colecistitis:

- En casos de colecistitis aguda, puede ser necesario realizar una colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar) para evitar complicaciones graves como la peritonitis o sepsis.
- Manejo conservador inicial con antibióticos (si se sospecha infección) y analgésicos para el control del dolor.
- Dieta baja en grasas hasta la resolución del problema biliar.
- Esteatosis hepática:
 - Recomendación de una dieta más saludable, evitando alimentos ricos en grasas saturadas.
 - Controlar el peso y realizar ejercicios físicos para mejorar la salud hepática.
- Síndrome de Chilaiditis:

- Se recomienda el manejo conservador con observación y control de síntomas (como la disnea). Si el síntoma se agrava, podrían evaluarse intervenciones quirúrgicas para aliviar la distensión del colon.

Consideraciones

El paciente debe ser monitorizado estrechamente debido a su hipoxia (baja saturación de oxígeno, SPO2 del 87%) y su presión arterial elevada, que podría indicar complicaciones a nivel cardiovascular. Es importante realizar un seguimiento de las pruebas hepáticas y la evolución del cuadro biliar para evitar complicaciones adicionales. Este caso presenta una combinación de problemas digestivos, respiratorios y hepáticos, que requieren un enfoque multidisciplinario para un manejo adecuado.

Discusión

El signo de Chilaiditi es la descripción anatómica de la interposición del colon entre el hígado y el diafragma. Fue descrito por primera vez por Demetrius Chilaiditi en 1910. Más comúnmente, es un hallazgo radiológico sintomático. Sin embargo, a veces se asocia con síntomas que van desde dolor abdominal leve hasta obstrucción intestinal intermitente aguda. El diagnóstico diferencial del síndrome de Chilaiditi incluye neumoperitoneo, neumobilia y gas hepático-porto-venoso (HPVG). En este artículo, presentamos nueve pacientes con síndrome de Chilaiditi y uno de ellos fue mal diagnosticado.

La terapia para el síndrome de Chilaiditi es la descompresión nasogástrica conservadora y el reposo en cama. Rara vez está indicada la intervención quirúrgica. Sin embargo, un diagnóstico erróneo realizado por los médicos puede resultar en una cirugía innecesaria. En este trabajo se analizan más a fondo estos casos y se recuerda a los médicos los hallazgos clínicos del síndrome de Chilaiditi para disminuir las cirugías innecesarias.

La interposición hepatodiafragmática del colon se conocía como signo de Chilaiditi. La incidencia es de alrededor del 0,1% - 0,25%. Cuando se acompaña de síntomas clínicos como dolor abdominal, náuseas, vómitos y estreñimiento, se conoce como síndrome de Chilaiditi.

Se ha informado que varias causas, incluida la ausencia de ligamentos suspensorios del colon transversal, hígado atrófico o pequeño, agenesia segmentaria del lóbulo derecho del hígado,

anomalía del mesocolon redundante falciforme, colon redundante o dilatado y vólvulo de colon, están asociadas con el síndrome de Chilaiditi. Además, la deficiencia mental también puede estar asociada con el síndrome de Chilaiditi.

La etiología no está muy clara, pero puede estar asociada con obstrucción intestinal parcial. La mayoría de nuestros pacientes presentaron distensión abdominal y estreñimiento; los hallazgos radiográficos mostraron íleo e impactación de heces. Por lo tanto, creemos que el síndrome de Chilaiditi puede deberse a la obstrucción intestinal.

El signo de Chilaiditi es a menudo un hallazgo incidental y asintomático. Sin embargo, la mayoría de los casos (6 de cada 9) en nuestro estudio tenían quejas sobre el abdomen. Por lo tanto, la toma de la historia clínica y un examen físico cuidadoso son importantes para los cirujanos. La mayoría de los pacientes (5 de cada 9) tenían antecedentes de estreñimiento. El estreñimiento o las heces impactadas harían que el colon transversal se dilatara, haciendo que el colon transversal proximal flotara sobre el hígado en caso de anomalía del mesocolon redundante falciforme o del colon transversal redundante.

Sin embargo, los pacientes mayores o con demencia apenas pueden expresar sus quejas y también es difícil obtener su historial médico o realizar un examen físico. Los estudios radiológicos pueden ser útiles en esta situación. La mayoría de los pacientes con signo de Chilaiditi pueden diagnosticarse fácilmente mediante radiografía de tórax. En algunas ocasiones muestran los pliegues haustrales de las asas intestinales. Sin embargo, los pliegues haustrales de las asas intestinales pueden no verse en la radiografía de tórax. En esta condición, la radiografía simple abdominal en decúbito lateral izquierdo puede ayudar a diferenciar entre neumoperitoneo y signo de Chilaiditi.

El tratamiento del síndrome de Chilaiditi varía debido a las diferentes etiologías del síndrome de Chilaiditi. Incluyen abordajes tanto quirúrgicos como no quirúrgicos. Los pacientes normalmente necesitan tratamiento quirúrgico, aunque la mayoría requirió tratamiento no quirúrgico, incluida la descompresión intestinal y radiografía repetida. La descompresión intestinal puede ser tanto diagnóstica como terapéutica. La intervención quirúrgica es necesaria en caso de isquemia intestinal u obstrucción por vólvulo intestinal.

Conclusiones

En conclusión, el síndrome de Chilaiditi no es común pero sí importante y puede confundirse fácilmente con neumoperitoneo. La mayoría de los pacientes con el signo de Chilaiditi se detectan de manera incidental. Sin embargo, los pacientes suelen tener tanto el signo de Chilaiditi como molestias abdominales cuando son derivados al médico. Diagnosticar el síndrome de Chilaiditi sigue siendo un desafío para el médico. En primer lugar, intente buscar la presencia de pliegues haustrales de asas intestinales.

Una vez confirmada la ausencia de pliegues haustrales, examine más a fondo la radiografía simple de abdomen en decúbito lateral izquierdo para ayudar a diferenciar entre neumoperitoneo y signo de Chilaiditi. La ecografía puede ser útil para hacer la distinción. La TC abdominal puede diferenciar entre aire libre y signo de Chilaiditi una vez que la radiografía muestra equívocos. La mayoría de los casos con síndrome de Chilaiditi se pueden resolver con descompresión nasogástrica, laxantes repetidos y enemas. La intervención quirúrgica se reserva para pacientes con signos de toxicidad sistémica o peritonitis.

Referencias

1. Saha B, Verma A, Coelho-Prabhu N, Kelm ZS, Cabrera D. Chilaiditi syndrome masquerading as acute cholecystitis. *ACG Case Rep J* [Internet]. 2024;11(7):e01448. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14309/crj.0000000000001448>
2. Saha B, Coelho-Prabhu N, Kelm ZS, Cabrera D. S4013 chilaiditi syndrome masquerading as acute cholecystitis. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2023;118(10S):S2550–S2550. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14309/01.ajg.0000965692.29686.44>
3. Tola GG, Tesso BA, Kebede ML, Bezabih YD. A case report of Chilaiditi syndrome presenting with a small bowel obstruction in an elderly Ethiopian man: A potential case for a misdiagnosis. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2024;125(110532):110532. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2210261224013130>
4. Rosat A, Eiroa D. Acalculous cholecystitis in patient with hepatic hypogenesis and chilaiditi sign. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2015;21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2015.21.297.7675>

5. Adu Y, Nesiama EA, Siddiqui A, Prakash S, Obokhare I. Chilaiditi syndrome: A case report, literature review, and proposition of a novel management staging system. *Cureus* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.46688>
6. Yun JH, Jung HI. Laparoscopic treatment of small bowel obstruction caused by Chilaiditi syndrome in an elderly patient: a case report. *Laparosc Surg* [Internet]. 2023 [citado el 1 de febrero de 2025];7(0):12–12. Disponible en: <https://ls.amegroups.org/article/view/7943/html>
7. Ruiz Pardo J, García Marín A, Ruescas García FJ. Acute calculous cholecystitis in a patient with suprahepatic gallbladder, hepatic hypoplasia and Chilaiditi's sign. *Rev Esp Enferm Dig* [Internet]. 2020;112(2):156. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2020.6533/2019>
8. Kamel I, Yalcin Y, Ponder R, Elkhawas I, Solangi Z. Unveiling the chilaiditi syndrome: A case report and management implications. *Cureus* [Internet]. 2024; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.57483>
9. Uche C, Sepulveda RR, Calderon O, Taunk P. S2317 chilaiditi syndrome: A rare case of recurrent chest pain due to colonic interposition. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2023;118(10S):S1647–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14309/01.ajg.0000958908.71228.7b>
10. Touati MD, Ben Othmane MR, Khefacha F, Belhadj A, Saidani A, Chebbi F. An exceptional cause of dyspnea: The uncommon case report of the association between Chilaiditi syndrome and diaphragmatic eventration. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2023;112(109008):109008. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2210261223011379>
11. Silva FS, Moutinho J, Vasconcelos T, Simões IG. Chilaiditi syndrome: A rare case and clinical insights for diagnosis and management. *Cureus* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.48932>
12. Wahab A, Ghulam M, Anthony N, Khan I, Ullah N. A case report of chilaiditi's syndrome with sigmoid volvulus. *Cureus* [Internet]. 2023; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.46193>
13. Garcia EP, Stacey RF, Monraveta-Querol M. Chilaiditi's syndrome in children: A case series of a rare cause of abdominal pain [Internet]. *Medtextpublications.com*. [citado el 4 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.medtextpublications.com/open-access/chilaiditis-quos-syndrome-in-children-a-case-series-of-1312.pdf>

14. Silva Vilela F, Pinto R, Dias L, Gomes V, Rodrigues C. Chilaiditi's syndrome: about a case of apparent pneumoperitoneum. Intern Emerg Med [Internet]. 2024;19(1):245–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11739-023-03423-4>
15. Al Omran AA, Ibrahim AH, Balhareth AS. Chilaiditi syndrome: an unusual presentation in elderly man. J Surg Case Rep [Internet]. 2020;2020(7). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/jscr/rjaa141>

© 2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).