

Síndrome de Chilaiditi: relato de caso*

Chilaiditi's syndrome: a case report

Rachid Guimarães Nagem¹, Henrique Leite Freitas²

Resumo Os autores apresentam um caso de síndrome de Chilaiditi em uma mulher de 56 anos de idade. Mesmo tratando-se de condição benigna com rara indicação cirúrgica, reveste-se de grande importância pela implicação de urgência operatória que representa o diagnóstico equivocado de pneumoperitônio nesses pacientes. É realizada revisão da literatura, com ênfase na fisiopatologia, propedêutica e tratamento desta entidade.

Unitermos: Síndrome de Chilaiditi; Sinal de Chilaiditi; Abdome agudo; Pneumoperitônio; Espaço hepatodiafragmático.

Abstract The authors report a case of Chilaiditi's syndrome in a 56-year-old woman. Although this is a benign condition with rare surgical indication, it has great importance for implying surgical emergency in cases where such condition is equivocally diagnosed as pneumoperitoneum. A literature review is performed with emphasis on pathophysiology, diagnostic work-up and treatment of this entity.

Keywords: Chilaiditi's syndrome; Chilaiditi's sign; Acute abdomen; Pneumoperitoneum; Hepatodiaphragmatic space.

Nagem RG, Freitas HL. Síndrome de Chilaiditi: relato de caso. Radiol Bras. 2011 Set/Out;44(5):333-335.

INTRODUÇÃO

Denomina-se síndrome de Chilaiditi a interposição temporária ou permanente do cólon ou intestino delgado no espaço hepatodiafragmático, causando sintomas. A apresentação isolada e assintomática é conhecida como sinal de Chilaiditi. Este sinal foi descrito inicialmente em 1865 por Cantini ao exame clínico, porém apenas em 1910, com a publicação de três casos por Demetrius Chilaiditi, sedimentou-se como um diagnóstico radiológico⁽¹⁾. Sua incidência em radiografias situa-se entre 0,025% e 0,28% incluindo todas as faixas etárias, aumentando levemente nos maiores de 60 anos de idade, sendo mais comuns em homens do que em mulheres, em uma relação de 4:1^(2,3). A associação do sinal de Chilaiditi com sintomas como dor abdominal, náuseas, dor retroesternal, sintomas respiratórios, vômitos, distensão abdominal, obstrução ou suboclusão intestinal caracteriza a síndrome de Chilaiditi.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 56 anos de idade, foi admitida na unidade de atendimento imediato com quadro de dor abdominal iniciada oito horas antes. Relatava dor intensa em epigástrio e ombro direito, náuseas e vômitos. Não conseguia manter-se em decúbito dorsal para a realização do exame físico, devido à intensidade da dor abdominal. Apresentava sons respiratórios normais, taquipneia (frequência respiratória de 32 ipm), taquicardia (frequência cardíaca de 116 bpm), pulsos amplos e simé-

tricos, com pressão arterial de 130 × 90 mmHg. Abdome tenso, doloroso, sem irradiação peritoneal, com ruídos hidroaéreos preservados. De imediato, foram solicitados os seguintes exames: amilase: 94; PCR: negativa; Na: 146; Cl: 107; K: 4,3; leucograma: 7.100 (0% de bastonetes); eletrocardiograma: ritmo sinusal regular, sem supra ou infradesnívelamento do segmento ST.

Radiografia simples de tórax em ortostatismo (Figura 1) evidenciava imagem de hipertransparência na região hepatodiafragmática direita, sugestiva de pneumoperitônio.

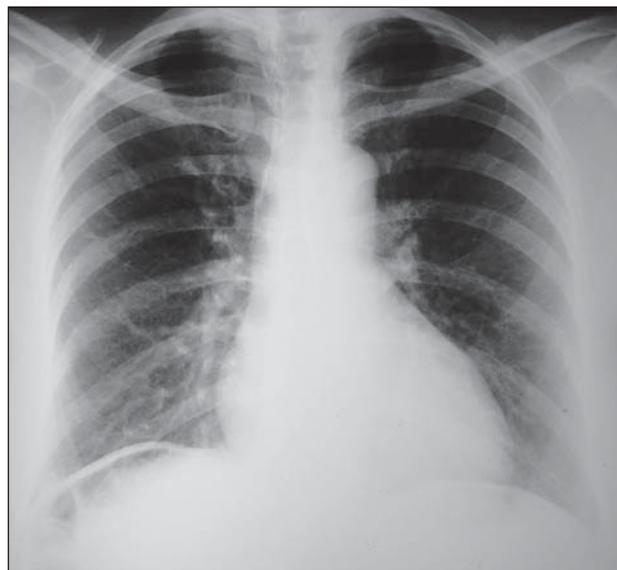


Figura 1. Radiografia de tórax em ortostatismo revela ar no espaço hepatodiafragmático direito.

* Trabalho realizado no Hospital Regional de Betim, Betim, MG, Brasil.

1. Mestre em Cirurgia, Coordenador do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Betim, Betim, MG, Brasil.

2. Médico Residente de Cirurgia Geral do Hospital Regional de Betim, Betim, MG, Brasil.

Endereço para correspondência: Dr. Rachid G. Nagem. Rua Gonçalves Dias, 332, ap. 1001, Bairro Funcionários. Belo Horizonte, MG, Brasil, 30140-090. E-mail: rgnagem@yahoo.com.br

Recebido para publicação em 27/2/2011. Aceito, após revisão, em 18/4/2011.

Transferida para o Hospital Regional de Betim com diagnóstico de abdome agudo perfurativo, foi submetida a radiografia de abdome, que sinalizou presença de cólon interposto entre o fígado e o diafragma (Figura 2). Realizou-se, então, ultrassonografia abdominal (Figura 3), que não evidenciou líquido livre e nenhuma anormalidade. Descartou-se laparotomia exploradora nesse primeiro momento. Mantida sem analgésicos, sob jejum e soroterapia venosa, a paciente apresentou, abruptamente, melhora completa do quadro algico. Encontrava-se, então, com aproximadamente 24 horas do início da dor. Realizou-se nova radiografia de tórax (Figura 4), que não revelou a imagem anterior de hiper-

transparência subfrênica direita. Recebeu alta hospitalar, com orientação de retorno ambulatorial.

DISCUSSÃO

Interposição hepatodiafragmática de víscera oca, cólon ou intestino, descrita em 1910 por Chilaiditi⁽⁴⁾, é entidade rara, normalmente achado fortuito de exames de imagem. Sua incidência chega a 0,3% em radiografias simples de tórax e a 2,4% em tomografias computadorizadas de tórax/abdome⁽⁵⁾. Quando associada com sintomas (dor, náuseas, dispepsia e vômitos), é chamada síndrome de Chilaiditi⁽⁶⁾. Sua causa é desconhecida, mas provavelmente mul-

tifatorial. Várias condições, ao alterarem as relações anatômicas entre fígado, cólon e diafragma, facilitam o surgimento da síndrome de Chilaiditi. Estes fatores predisponentes podem ser divididos entre fatores hepáticos (ptose por relaxamento de seus ligamentos, cirrose, atrofia hepática, ascite), intestinais (megacólon, meteorismo, motilidade colônica anormal) e diafragmáticos (adelgaçamento do diafragma, lesões de nervo frênico, mudanças na pressão intratorácica, como no enfisema)⁽⁷⁻⁹⁾. Em indivíduos saudáveis a síndrome de Chilaiditi é normalmente atribuída ao aumento no comprimento, diâmetro e mobilidade do cólon. Estudo grego com 1.440 pacientes submetidos a tomografia computadorizada

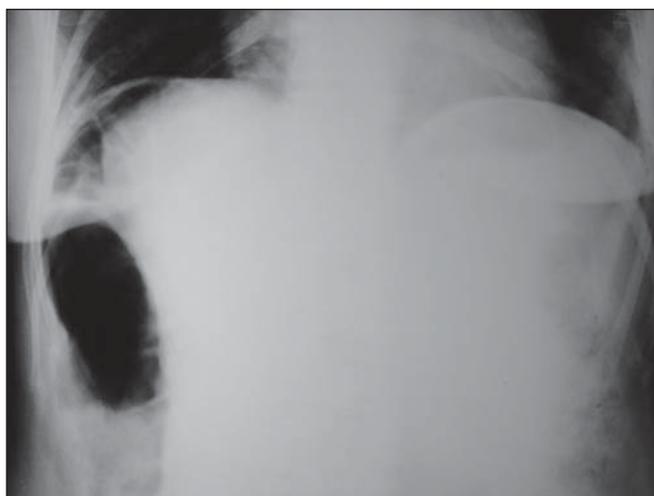


Figura 2



Figura 3

Figura 2. Radiografia de abdome confirma ar no espaço subfrênico direito, sugerindo tratar-se de víscera oca (cólon).

Figura 3. Ultrassonografia abdominal descartou líquido livre ou qualquer outra anormalidade.

Figura 4. Nova radiografia de tórax mostra desaparecimento da imagem de ar no espaço hepatodiafragmático.



Figura 4

de tórax/abdome evidenciou o aumento de gordura intra-abdominal como fator mais frequentemente associado com o sinal de Chilaiditi⁽⁵⁾. A grande importância da síndrome de Chilaiditi está no seu diagnóstico diferencial com entidades que cursam com pneumoperitônio, este normalmente implicando cirurgia imediata. Outro diagnóstico a ser descartado é o abscesso subfrênico. Persistindo a dúvida após a radiografia simples de tórax, pode-se complementá-la com incidências em perfil (as haustrações são mais bem visualizadas em visão lateral) e em decúbito lateral esquerdo com raios horizontais. Nesta, o ar livre tende a migrar para a goteira parietocólica enquanto o ar dentro da alça tende a permanecer em posição subfrênica. Outros exames de imagem indicados no diagnóstico diferencial da síndrome de Chilaiditi são o enema opaco e a tomografia computadorizada de tórax/abdome, sendo esta considerada o método de maior acurácia diagnóstica^(5,8). O tratamento da síndrome de Chilaiditi é normal-

mente conservador, incluindo perda de peso, controle de aerofagia e ascite, e mudança de decúbito. Raramente pode ser necessária abordagem cirúrgica com ressecção ou, mais comum, fixação da víscera interposta. Os casos de vólculo, normalmente, requerem cirurgia de urgência com colecotomia (perfuração e gangrena) ou colopexia. Pela menor intensidade da dor pós-operatória, menores complicações referentes à incisão cirúrgica, menor tempo de internação e retorno mais precoce às atividades, a via laparoscópica vem ganhando a preferência dos cirurgiões^(1,2,9,10).

REFERÊNCIAS

1. Barroso Jornet JM, Balaguer A, Escribano J, et al. Chilaiditi's syndrome associated with transverse colon volvulus: first report in a pediatric patient and review of the literature. *Eur J Pediatr Surg.* 2003;13:425-8.
2. Kamiyoshihara M, Ibe T, Takeyoshi I. Chilaiditi's sign mimicking a traumatic diaphragmatic hernia. *Ann Thorac Surg.* 2009;87:959-61.
3. Prieto-Díaz-Chávez E, Marentes EJJ, Medina CJL, et al. Síndrome de Chilaiditi como un pro-

blema de decisión quirúrgica: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cir Gen.* 2007;29:294-6.

4. Chilaiditi D. Zur Frage der Hepatoptose und Ptose im allgemeinen im Anschluss an drei fälle von temporarae, partiellae Leberverlagerung. *Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed.* 1910;16:173-208.
5. Prassopoulos PK, Raissaki MT, Gourtsoyiannis NC. Hepatodiaphragmatic interposition of the colon in the upright and supine position. *J Comput Assist Tomogr.* 1996;20:151-3.
6. Jackson ADM, Hodson CJ. Interposition of the colon between liver and diaphragm (Chilaiditi's syndrome) in children. *Arch Dis Child.* 1957;32:151-8.
7. Duarte MA, Carvalho AST, Penna FJ, et al. Síndrome de Chilaidite na infância (interposição hepato-diafragmática do colo) – relato de cinco casos. *Pediatr (S. Paulo).* 1983;5:379-82.
8. Farkas R, Moalem J, Hammond J. Chilaiditi's sign in a blunt trauma patient: a case report and review of the literature. *J Trauma.* 2008;65:1540-2.
9. Sorrentino D, Bazzocchi M, Badano L, et al. Heart-touching Chilaiditi's syndrome. *World J Gastroenterol.* 2005;11:4607-9.
10. Nurdjanah S, Bayupurnama P, Maduseno S, et al. Abdominal malignant fibrous histiocytoma infiltrating stomach with Chilaiditi's sign manifestation (a rare case report). *Kobe J Med Sci.* 2007; 53:119-24.