Síndrome de Chilaiditi

Chilaiditi´s syndrome

MARCELO WILSON ROCHA ALMEIDA – Cirurgião-Geral. Residente de cirurgia plástica.
THIAGO VIAL COSTA – Cirurgião-Geral do HUSFP. Residente de Cirurgia Plástica.
BRUNO HELLWIG – Títular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia e Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Professor Adjunto da Clínica Cirúrgica da Escola de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPel).
FÁBIO SILVEIRA DE OLIVEIRA – Acadêmico da Escola de Medicina da Universidade Federal de Rio Grande.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário São Francisco de Paula – Pelotas – RS.

✉ Endereço para correspondência:
Marcelo Wilson Rocha Almeida
Rua São Clemente, 182, apto 201
22260-000 – Rio de Janeiro, RJ – Brasil
☎ (21) 2526-2776
marcelowralmeida@yahoo.com.br

RESUMO

A interposição permanente ou temporária do cólon, intestino delgado ou estômago no espaço hepatodiafragmático é conhecido como sinal de Chilaiditi, sendo geralmente assintomático. É evidenciado normalmente em um exame radiológico de rotina. A sua incidência é de 0,025% nos exames radiológicos em todas as idades, aumentando levemente nos pacientes maiores de 60 anos, sendo mais comuns em homens do que em mulheres, com uma relação de 4:1. A associação do sinal de Chilaiditi com sintomas como dor abdominal, náuseas, volvo intestinal, dor retroesternal, sintomas respiratórios, vômitos, distensão abdominal, obstrução ou suboclusão intestinal caracteriza a síndrome de Chilaiditi. No presente estudo, apresentamos um novo caso do sinal de Chilaiditi observado ocasionalmente ao exame radiológico de abdome.

UNITERMOS: Sinal de Chilaiditi, Cólon, Síndrome de Chilaiditi.

ABSTRACT

The permanent or temporary interposition of the colon, small intestine or stomach in between the liver and the diaphragm is known as Chilaiditi's sign, usually being asymptomatic. The condition is usually diagnosed in routine X-rays. Its incidence is 0.025% in radiological scans in all age groups, with a slight increase in patients over 60. It is more common in males than females in a ratio of 4:1. The association of Chilaiditi's sign with symptoms of abdominal pain, nausea, intestinal volvus, retrosternal pain, respiratory symptoms, vomiting, abdominal distension, intestinal obstruction or sub-occlusion characterizes the Chilaiditi syndrome. Here we report the case of Chilaiditi's sign as detected in abdominal X-rays.

KEYWORDS: *Chilaiditi's Sign, Colon, Chilaiditi Syndrome.*

INTRODUÇÃO

A interposição temporária ou permanente do cólon, intestino delgado (raro) ou estômago (raríssimo) no espaço hepatodiafragmático é conhecida como sinal de Chilaiditi, sendo geralmente assintomática (1). É evidenciado normalmente em um exame radiológico de abdome de rotina. A sua incidência é de 0,025% nos exames radiológicos em qualquer faixa etária, aumentando levemente nos maiores de 60 anos, sendo mais comuns em homens do que em mulheres, em uma relação de 4:1 (1, 4).

Demetrius Chilaiditi, em 1910, relatou três casos de pacientes assintomáticos com interposição hepatodiafragmática do cólon (1-7). 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 (1, 7).

O presente relato apresenta um novo caso do sinal de Chilaiditi observado ocasionalmente e tratado clinicamente no nosso serviço.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 41 anos, branco, casado, residente e natural de Pelotas. Procurou o Pronto-Socorro de Pelotas (PSP) com queixa de dor na região tóraco-abdominal direita há 12h. Relata queda da própria altura há 14h. Nega dispnéia ou qualquer outro sintoma. Ao exame físico, apresentava-se normo-hidratado, com fácies de dor, sem distensão abdominal, timpânico, ruídos hidroaéreos presentes, dor à palpação profunda no hipocôndrio direito. Toque retal com fezes na ampola retal e sem alterações ao alcance do dedo.

Refere que apresenta desde a adolescência quadro de constipação intestinal, com fezes de consistência, na maioria das vezes, endurecida, sem muco, pus ou sangue até o momento. Relata usar laxativos na frequência de 1 a 2 vezes por semana, conseguindo evacuar. Tabagista há 30 anos. Nega cirurgia prévia ou internação prévia.

Foi realizado exame radiológico de abdome agudo, sendo evidenciado distensão de cólon, com imagem de cólon transverso entre o fígado e o diafragma (Figura 1). Hemograma, ureia, creatinina, TGO, TGP sem alterações.

Recebido: 3/5/2008 – Aprovado: 5/6/2008

20-199-Sindrome de Chilaiditi.pmd 75 14/4/2009, 13:44

Uma tomografia computadorizada de abdome foi realizada para elucidação diagnóstica, que evidenciou interposição do cólon transverso entre o fígado e o diafragma (Figura 2).

O paciente ficou em observação clínica (medicado com repouso no leito, hidratação e analgesia) por 12h com melhora da dor. Após esse período foi realizado novo exame radiológico de tórax, que não evidenciou qualquer alteração (Figura 3). O paciente foi encaminhado para o ambulatório de cirurgia geral, para acompanhamento, sendo realizado novo exame radiológico de tórax em 30 e 90 dias, que não evidenciaram nenhuma alteração.

DISCUSSÃO

Na literatura médica, são descritos três tipos de interposição hepatodiafragmática: interposição do cólon transverso e/ou intestino delgado no espaço subfrênico anterior direito, interposição do cólon ou estômago no espaço extraperitoneal direito e interposição do cólon transverso no espaço subfrênico posterior direito (3).

São descritos muitos fatores predisponentes, os mais frequentes relacionados com possíveis alterações anatômicas entre fígado, cólon e diafragma, como: diminuição do tamanho do fígado, defeitos congênitos dos ligamentos hepáticos, má rotação ou mobilidade anormal do intestino, alongamento do cólon ou estreitamento da inserção no mesentério, alteração do nervo frênico, eventração diafragmática e aumento do diâmetro torácico (4). Outros fatores também relatados: constipação crônica, cirurgia abdominal prévia, obesidade e aerofagia (5).

Geralmente assintomática, essa circunstância é relatada como um achado ocasional em exame radiológico, sendo denominado de sinal de Chilaiditi, mas pode ser acompanhado de dor abdominal, náuseas, vômitos, anorexia, constipação e menos geralmente associado a complicações severas, como obstrução intestinal aguda, sendo denominada de síndrome de Chilaiditi (2).

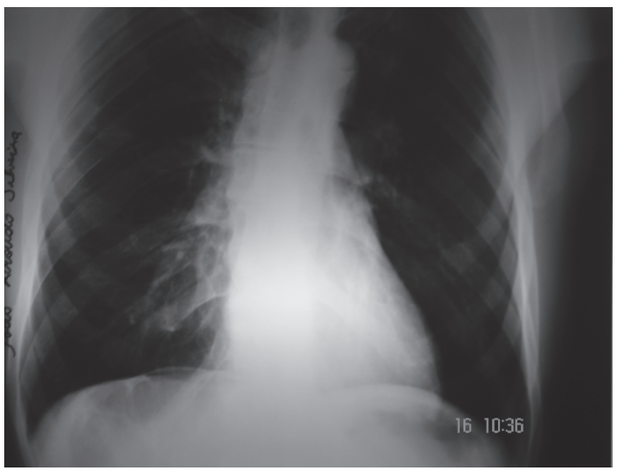


Figura 1 – Radiografia de tórax mostra interposição do cólon transverso entre o fígado e o diafragma.

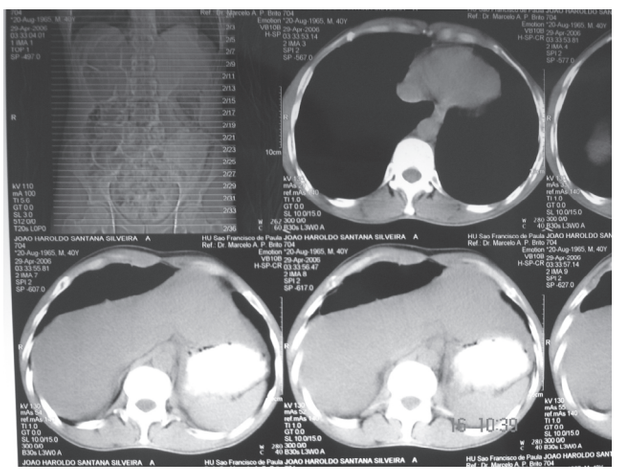


Figura 2 – TC do abdome demonstra interposição do cólon transverso entre o fígado e o diafragma.

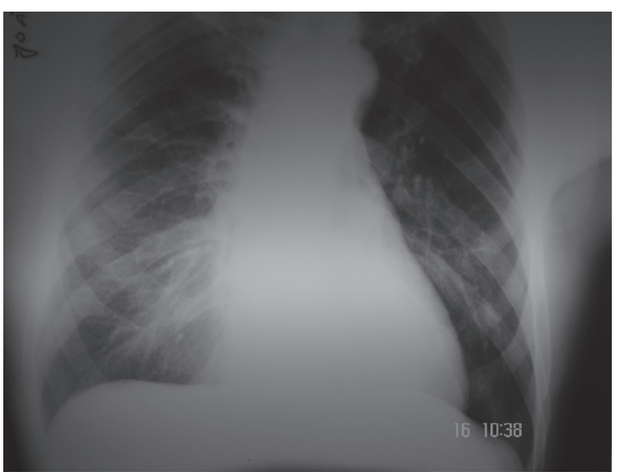


Figura 3 – Radiografia de tórax após 12 horas não mostra mais a presença de alça de cólon transverso entre o fígado e o diafragma.

Em adultos, a síndrome costuma ser associada a cirrose, ascite (6), enfisema, hipotireoidismo com constipação crônica (8), hipertensão arterial, coronariopatias, apendicite, ectopia renal, síndrome de Cushing (9), esquizofrenia, retardo mental e uso de drogas antipsicóticas (7).

20-199-Sindrome de Chilaiditi.pmd 76 14/4/2009, 13:44

Nas crianças, parece existir relação com presença de alterações anatômicas congênitas (4). A incidência dessa patologia varia de 0,025% a 0,28% na população, (8) sendo 4 vezes mais frequente em homens e acima de 65 anos (2).

Embora a síndrome de Chilaiditi possa ser tratada de forma conservadora, com repouso no leito, descompressão nasogástrica, dieta líquida e enemas. Procedimento cirúrgico deve ser considerado em benefício do paciente, sendo necessário quando os sintomas não respondem à terapia conservadora ou há sinais de complicação (10, 11, 12).

CONCLUSÃO

O sinal de Chilaiditi normalmente é evidenciado em um exame radiológico de tórax ou abdome e o paciente é assintomático. A sua incidência é de 0,025% nos exames radiológicos em todas as idades, sendo mais comum em homens. A associação desse sinal com sintomas clínicos caracteriza a síndrome de Chilaiditi. O tratamento é clínico, porém a cirurgia deve ser considerada quando os sintomas não respondem à terapia conservadora ou há sinais de complicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chilaiditi D. Zur Frage der Hepatostose und Ptose im allgemeinem im Anschuss na Fälle von temporärer, partieller. Lebervelagung. Fortschr Geb Röntgenstr Nuklearmed Erganzungsband 1910; 16: 173-208.
2. Flores N, Ingar C, Sánchez J, Fernández J, Lazarte C, Málaga J, et al. The Chilaiditi syndrome and associated volvulus of the transverse colon. Rev Gastroenterol Peru 2005; 25(3): 279-284.
3. Van Everdingen KJ, Feldberg MA. Diagnostic image Chilaiditi syndrome. Ned Tijdschr Geneeskd 2001; 145(42): 2026.
4. Katagiri Y, Onitsuka A, Miyauchi T, Mimoto H, Hirose M, Shimazaki M, et al. A case of hypogenisis of the median segment of the liver complicated with Chilaiditi syndrome. Nippon S G Zasshi 2001; 98(1): 48-52.
5. Matthews J, Beck GW, Bowley DM. Chilaiditi syndrome and recurrent colonic volvulus. R Nav Med Serv 2001; 87(2): 111-112.
6. Bhattacharya PC, Bhattacharya AK, Dutta S, Mahanta N, Talukdar R. Chilaiditi syndrome with ascites. J Assoc Physicians India 2002; 50(6): 860-861.
7. Miyaoka T, Seno H, Itoga M, Ohshiro R, Inagaki T, Horiguchi J, et al. Chilaiditi´s syndrome associated schizophrenia: 3 case reports. J Clin Psychiatry 2001; 62(1): 58-59.
8. Orangio GR, Fazio VW, Winkelman E, McGonagle BA. The Chilaiditi syndrome and associated volvulus of the transverse colon. An indication for surgical therapy. Dis Colon Rectum 1986; 29(10): 653-656.
9. Pranava V, Rathod NR. Chilaiditi syndrome with hipertension. J Assoc Physicians India 2000; 48(6): 641-642.
10. Almeida MWR, Hellwig B, Haack RL, Silva AR. Síndrome de Chilaiditi Associada a Volvo de Cólon Sigmóide – Relato de Caso. Rev bras Coloproct, 2006; 26(4): 449-453.
11. Altomare DF, Rinaldi M, Petrolino M, Sallustio PL, Guglielmi A, Pannarale OC, Chilaiditi´s syndrome. Successful surgical correction by colopexy. Tech Coloproctol 2001; 5(3): 173-175.
12. White JJ, Chavez EP, Souza J. Internal hernia of the transverse colon – Chilaiditi syndrome in a child. J Pediatr Surg 2002; 37(5): 802-804.

20-199-Sindrome de Chilaiditi.pmd 77 14/4/2009, 13:44