

SINAL DE CHILAITITI: RELATO DE CASO.**CHILAITITI'S SIGNS: CASE REPORT.**Jonatas REICHERT¹.

Rev. Méd. Paraná/1499

Reichert J. Sinal de Chilaiditi – relato de caso. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2018;76(2):116-118.

RESUMO - O autor apresenta um caso de “sinal de Chilaiditi” em mulher com manifestação radiológica e assintomática. É condição benigna e apenas sinal se assintomática ou síndrome caso contrário, com manifestações clínicas na área. Raramente configura-se indicação cirúrgica. O correto diagnóstico é importante pois evita-se conduta inadequada, principalmente se a indicação for cirúrgica e de caráter emergencial, como abdome agudo (pneumoperitônio, abscesso subfrênico) ou pneumotórax.

DESCRITORES - Sinal de Chilaiditi, Síndrome de Chilaiditi, Abdome agudo, espaço hepatodiafragmático, pneumotórax.

INTRODUÇÃO

A interposição temporária ou permanente do cólon ou intestino delgado no espaço hepatodiafragmático pode causar sintomas (Síndrome de Chilaiditi) que podem incluir dor abdominal, náuseas, vômitos, distensão abdominal, obstrução ou suboclusão intestinal, dor retroesternal, desconforto respiratório^(1,2,3,4,5) ou apenas achado radiológico (Sinal de Chilaiditi)⁽⁶⁾

Evidências clínicas deste sinal foi descrito inicialmente em 1865 por Cantini, mas com o advento da radiologia Demetrius Chilaiditi, médico radiologista grego, publicou em 1910 três casos confirmados por imagem.⁽⁷⁾

RELATO DE CASO

A.S.G, 67 anos, mulher, com antecedentes de alergia respiratória (rinosinusite) e asma e acompanhada em nosso serviço desde 1999 quando já no início foi observado elevação da hemicúpula diafragmática direita e presença de conteúdo gasoso na área e sem desconforto alérgico na área no acompanhamento de 18 anos. Provas ventilatórias evidenciam defeito ventilatório combinado (obstrutivo + restritivo) moderados. A investigação com ultrassonografia e tomografia computadorizada de alta resolução evidenciou a interposição de cólon no espaço hepatodiafragmático (Figuras 1,2,3,4)

FIGURA 1 - IMAGEM GASOSA EM TOPOGRAFIA ATÍPICA.

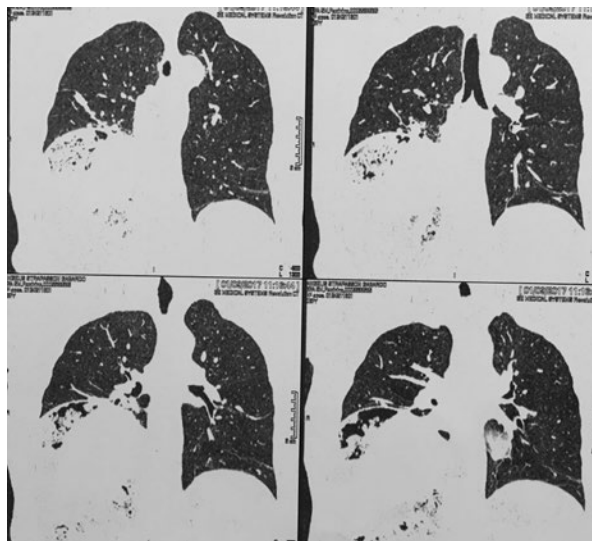
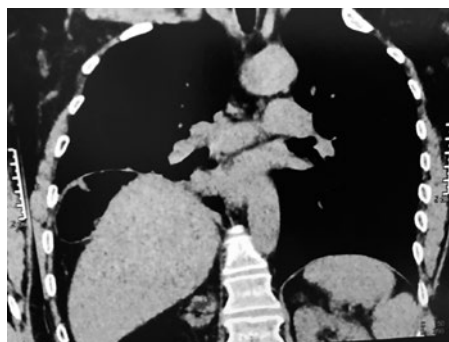


FIGURA 2



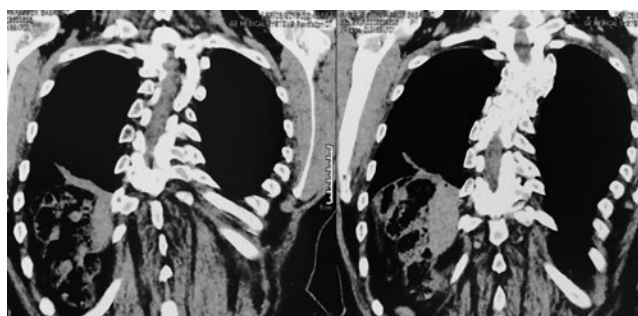
Trabalho realizado em Consultório de Pneumologia - Jonatas Reichert.

1 - Pneumologista, Membro Titular da Comissão Científica de Combate ao Tabagismo da AMB (SP), Presidente da Sociedade Paranaense de Tisiologia e Doenças Torácicas (2004/2006).

FIGURA 3



FIGURA 4 - INTERPOSIÇÃO DO CÓLON SOBRE O FÍGADO E IMPORTANTE ESCOLIOSE



Curiosamente, outras alterações anatômicas foram reveladas, sempre no dimídio direito, a exemplo de agenesia renal direita e útero unicórnio esquerdo. (Figura 5, 6)

FIGURA 5 – NÃO VISUALIZAÇÃO RENAL DIREITA (AGENESIA)



FIGURA 5 – NÃO VISUALIZAÇÃO RENAL DIREITA (AGENESIA)



DISCUSSÃO

O sinal de Chilaiditi é uma entidade rara, normalmente achado radiológico eventual em exames de imagem. São constatados em 0,3% em radiografias simples de tórax e 2,4% em tomografias computadorizadas de tórax e abdome. A incidência em radiografias situa-se entre 0,025% e 0,28% incluindo todas as faixas etárias aumentando um pouco nos maiores de 60 anos de idade, observados mais em homens na relação 4:1.

A causa não é bem precisa, mas provavelmente multifatorial, incluindo as relações anatômicas entre fígado, cólon e diafragma, predispondo ao sinal e/ou a síndrome de Chilaiditi. Os fatores predisponentes hepáticos (ptose por relaxamento de seus ligamentos⁽⁸⁾, cirrose, atrofia hepática, hipogênese de segmento hepático⁽⁹⁾), ascite, intestinais (megacólon, meteorismo, motilidade colônica anormal) e diafragmáticos (adelgaçamento do diafragma), lesões de nervo frênico, mudanças na pressão intratorácica (como no enfisema) podem estar isolados ou em combinação. Um fator predominante é a variação anatômica, também manifestas em outros sistemas, como o descrito no caso relatado (agenesia renal direita e ausência de trompa uterina direita), em paciente assintomático.

CONCLUSÃO

Pensar na possibilidade da interposição do cólon ou intestino delgado no espaço hepatodiafragmático, com ou sem sintomas é relevante, pois a pesquisa e não constatação do fato, resultando em diagnóstico equivocado de patologia abdominal (pneumoperitônio ou abscesso subfrênico) e intratorácica (hidropneumotórax) poderá resultar erroneamente em intervenção cirúrgica desnecessária⁽¹⁰⁾

Reichert J. Chilaiditi's Signs: case report. *Méd. Paraná, Curitiba*, 2018;76(2):116-118.

ABSTRACT - The author presents a case of "Chilaiditi sign" in a woman with radiological and asymptomatic manifestations. It is a benign condition and only sign if asymptomatic or otherwise syndrome with clinical manifestations in the area. Surgical recommendation is rarely present. Correct diagnosis is important because inappropriate conduct is avoided, specially if surgical and emergency indication such as acute abdomen (pneumoperitoneum, subphrenic abscess) or pneumothorax.

KEYWORDS - Chilaiditi sign, Chilaiditi syndrome, acute abdomen, hepatodia-phragmatic space, pneumothorax.

REFERÊNCIAS

1. Orangio GR, Fabio VW, Winkelman F, McGonagle BA. The Chilaiditi syndrome and associated volvulus of the transverse colon: An indication for surgical therapy. *Dis Colon Rectum*. 1986;29:653-6.
 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. Messina M, Paolucci E, Casoni G, Gurioli C, Poletti V. A case of severe dyspnea and an unusual bronchoscopy: the Chilaiditi syndrome. *Respiration*. 2008;76(2):216-7.
 4. Almeida MWR, Hellwig B, Haack RL, Silva AR. Síndrome de Chilaiditi Asociada a Volvo de Cólon Sigmóide – Relato de Caso. *Rev Bras Coloproct*, 2006; 26(4): 449-453.
 5. 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
 6. Torgersen J. Suprahepatic interposition of the colon and volvulus of the cecum. *Am J Roentgenol Radium Ther*. 1951;66(5):747-51.
 7. Chilaiditi D. Zur Frage der Hepatoptose und Ptose im allgemeinen im Anschluss an drei Fälle von temporärer, partieller Leberverlagerung. München: Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 1910; 16:173-208.
 8. 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.
 9. Katagiri Y, Onitsuka A, Miyauchi T, Mimoto H, Hirose M, Shimazaki M, et al. A case of hypogenesis of the median segment of the liver complicated with Chilaiditi syndrome. *Nippon S G Zasshi* 2001; 98(1): 48-52.
 10. Saber AA, Boros MJ. Chilaiditi's syndrome: what should every surgeon know? *Am Surg*. 2005;71:261-3.(11) Moaven O, Hodin RA. Chilaiditi syndrome: a rare entity with important differential diagnoses. *Gastroenterol Hepatol (NY)*. 2012;8(4):276-8.
-