

Disnea de esfuerzo en paciente sin antecedentes neumonológicos

Autores: Darío Raúl Rey, Diego Brosio

Hospital Gral. de Agudos Dr. E. Tornú

Correspondencia:
e-mail: darioraulrey@gmail.com

Recibido: 21.01.2016
Aceptado: 01.03.2016

Paciente masculino de 64 años de edad, derivado por presentar disnea CF I-II de varios meses de evolución. No tabaquista. Sin antecedentes previos de tratamientos. Por su síntoma de disnea, es evaluado por cardiología en forma exhaustiva, con estudios especializados completos (que incluyen hasta un ecostress), todos con resultados dentro de parámetros normales por lo que se lo deriva para su evaluación y seguimiento.

Al examen clínico, hipersonoridad percutoria en base del hemitórax derecho. A la auscultación, murmullo vesicular abolido y reemplazado por ruidos de tipo digestivo. La radiografía de tórax (Figuras 1a y 1b) muestra importante elevación del hemidiafragma derecho (altura 8° espacio intercostal), con imágenes hidroaéreas en la zona externa de campo inferior homólogo. Algunas calcificaciones de tipo pleural en campos superior y medio izquierdos. En el perfil, esa imagen sobre elevada del diafragma es más evidente, así como una extensa calcificación supra diafragmática en la hoja izquierda del músculo. Una nueva anamnesis revela que *en su juventud, durante varios años y sin protección laboral, realizó pulido de materiales (sin especificar) lo que hace compatible este hallazgo con exposición a asbesto en baja concentración ambiental.*

Las placas pleurales son lesiones calcificadas e irregulares, localizadas principalmente en la pleura parietal. Sus sitios de hallazgos más frecuentes son la continuación del contorno costal o la cúpula diafragmática.

Su manifestación radiográfica está relacionada con su espesor y con la incidencia de los rayos X. Sin existir enfermedad pulmonar subyacente, son asintomáticas y componen un hallazgo casual y pueden constituir la causa más común y la única expresión de exposición al amianto, sobre todo si son de localización bilateral. Su significado pronóstico es incierto, aunque un estudio sueco en una cohorte de 1596 hombres, lo vincula con riesgo incrementado para padecer mesotelioma pleural¹.

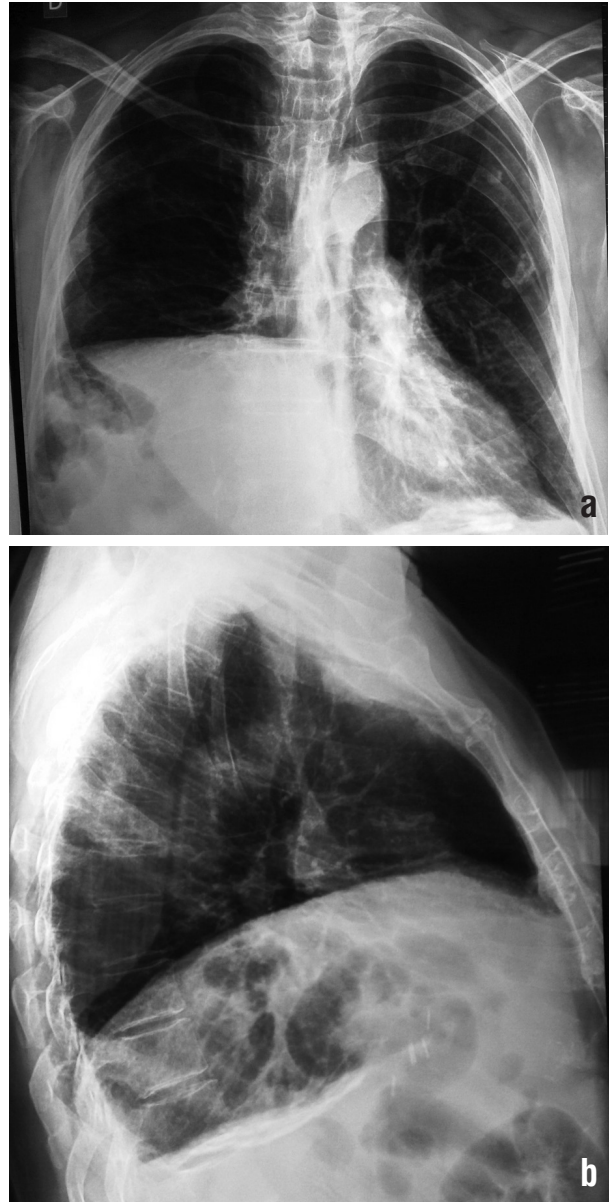


Figura 1a-b.

Con diagnóstico presuntivo de síndrome de Chilaity y asbestosis ocupacional de baja exposición, se solicitan estudios complementarios:



Figura 2.

Examen funcional respiratorio completo: leve a moderada restricción pulmonar. Capacidad pulmonar total reducida. DLCO moderadamente reducida con cociente DL/VA normal.

TC de tórax: corrobora lo apreciado en el par radiográfico, con desplazamiento del corazón e hígado por asas intestinales. (Figura 2)

Ante la ratificación de esta singularidad anatómica, y en razón de que no justifica una corrección quirúrgica, se le recomienda mantener tránsito intestinal adecuado y consultar en caso de presentar sintomatología digestiva como dolor abdominal difuso, náuseas o vómitos, y/o cambios del ritmo evacuatorio.

Comentario

El hallazgo que presenta este paciente, lo describió Demetrio Chilaiditi hace 105 años². Se caracteriza por la interposición del colon entre el hígado y el diafragma y su patogenia, establece que se debe a una ausencia, elongación o debilidad del ligamento suspensorio o del ligamento falciforme, elementos anatómicos que en condiciones normales impiden dicha superposición.

Esta rara anomalía posicional presenta una incidencia entre 0.02-0.28% en la radiografía torácica y hasta 2.4% en las tomografías y se reconocen dos variantes: el *signo de Chilaiditi*, en el que constituye un descubrimiento incidental y asintomático, y el *síndrome de Chilaiditi*, al que lo acompaña sintomatología clínica.

Signo de Chilaiditi: Su diagnóstico debe cumplir las siguientes premisas:

1. Hemidiafragma derecho debidamente elevado por el intestino, el cual está por encima o desplazando la glándula hepática.
2. El colon distendido por aire, simulando un neumoperitoneo, el que se descarta ya sea por la presencia de haustras colonicas, la inexistencia de un abdomen agudo o de una maniobra exploradora que explique dicha cámara aérea.

Síndrome de Chilaiditi: Así como en el caso que se describe, el síndrome se caracterizó por disnea CF I-II sin otro signo respiratorio, hay publicada una observación con distress y acidosis respiratoria, que requirió VNI para su resolución³. El síndrome puede ocasionar dolor torácico tipo anginoso, o simular un falso neumoperitoneo descubierto fortuitamente por un accidente de tránsito o un abdomen agudo por un pseudo colico biliar⁴. En otras ocasiones, ha provocado desde un cuadro abdominal difuso e impreciso hasta obstrucción intestinal⁵.

El tratamiento médico requiere reposo en cama, dieta o descompresión colonica mediante sonda rectal. Si persiste el dolor abdominal, la aparición de un íleo refractario, la presencia de un vólvulo o una isquemia intestinal debe adoptarse una actitud quirúrgica. En los últimos años, se han incrementado las intervenciones para resolver las situaciones sintomáticas crónicas y/o el dolor abdominal intermitente. Dependerá del segmento colonico que se interponga y que origine el síndrome, la conducta quirúrgica a adoptar.

Conflictos de interés: Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses relacionados con el tema de esta publicación.

Bibliografía

1. Cowie R, Becklake M. Chapter 73 Pneumoconioses. In Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 6Th Edition. Ed Elsevier Saunders, 2015.
2. Moaven O, Hodin R. Chilaiditi Syndrome: A rare entity with important differential diagnoses. Gastroenterol & Hepatol 2012; 8: 276-278.
3. Belkouch A, Htit A, Zidouh S et al. Dyspnoea caused by Chilaiditi Syndrome: contribution of non-invasive ventilation. BMJ Case Rep 2013; doi: 10.1136/bcr-2013-0104214.
4. Chen Y, Chang H, Lee S et al.- Chilaiditi's syndrome presenting as chest pain in an old patient: A case report. J Case Med Reports 2014; 8: 97.
5. Shakya V. Chilaiditi's sign secondary to Richter's hernia or Chilaiditi's syndrome? J Surg Case Reports 2015; 8: 1-3.