



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“SÍNDROME DE CHILADITI EN ADULTO MAYOR CON
DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: BRYAN VLADIMIR NARVÁEZ VIVANCO

DIRECTOR: DR. MANUEL RAFAEL ALDÁS ERAZO

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“SÍNDROME DE CHILADITI EN ADULTO MAYOR CON
DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: BRYAN VLADIMIR NARVAÉZ VIVANCO

DIRECTOR: DR. MANUEL RAFAEL ALDÁS ERAZO

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Bryan Vladimir Narváez Vivanco portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107322588**.

Declaro ser el autor de la obra: “**SÍNDROME DE CHILADITI EN ADULTO MAYOR CON DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 24 de abril de 2024

F:

Bryan Vladimir Narvaez Vivanco

C.I. 0107322588

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**SÍNDROME DE CHILADITI EN ADULTO MAYOR CON DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE**" realizado por **Bryan Vladimir Narvaez Vivanco** con documento de identidad **No. 0107322588**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 24 de abril de 2024

F:

Dr. Manuel Rafael Aldás Erazo

DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a mi familia, a las personas que aportaron durante toda mi formación académica, y que estuvieron apoyandome en los momentos de mayor necesidad.

AGRADECIMIENTO

A mis padres que son el pilar fundamental en todos los ambitos, les agradezco por el amor, ayuda, el soporte social y economico en mis metas profesionales.

Quiero agradecer a mi tutor Dr. Manuel Rafael Aldás Erazo, por la ayuda y asesoria para la culminación del presente trabajo de investigación. A mis profesores que fueron parte de mi formación académica que permitió llegar hasta este punto de mi vida académica.

RESÚMEN

Antecedentes: El Síndrome de Chilaiditi es una patología de prevalencia e incidencia baja, y en adultos mayores es aún más rara. Fue descrita en 1910 en tres pacientes que presentaban dolor asociados al hallazgo radiográfico de una zona hidroaérea en hemidiafragma derecho descartando otras etiologías.

Descripción del caso: Paciente femenino de 73 años que acude a centro de salud por dolor abdominal que impide el sueño y actividades cotidianas. Los estudios endoscópicos no presentan hallazgos de relevancia, en tomografía computarizada se evidencia interposición de una porción del colon, anterior y superior al hígado. Se emplean varios esquemas de tratamiento para dolor abdominal, sin mejoría.

Conclusión: El síndrome de Chilaiditi presenta un cuadro clínico inespecífico, lo que dificulta el diagnóstico. El tratamiento es variable, en algunos casos puede ser conservador; sin embargo, el dolor abdominal puede ser persistente como en el presente caso; y, en ocasiones, producir complicaciones potencialmente mortales.

Palabras clave: Anciano, Dolor abdominal, Síndrome de Chilaiditi, Tratamiento.

ABSTRACT

Background: Chilaiditi syndrome is a low prevalence and incidence pathology and is even less common in older adults. It was described in 1910 in three patients with pain associated with a radiographic finding of a hydro-aerial zone in the right hemidiaphragm, excluding other etiologies.

Case description: A 73-year-old female patient attended a health center because of abdominal pain, which was interfering with her sleep and daily activities. Endoscopic studies reveal no relevant findings; computerized tomography shows interposition of a portion of the colon, anterior and superior to the liver. Several treatment schemes for abdominal pain were used without any improvement.

Conclusion: Chilaiditi syndrome presents a non-specific clinical condition, which makes the diagnosis difficult. Treatment is varied; in some cases, it can be conservative; however, abdominal pain can be persistent, as in this case; and, sometimes, produce life-threatening complications.

Keywords: Elderly, Abdominal pain, Chilaiditi syndrome, Treatment.

ÍNDICE

<i>RESÚMEN</i>	7
<i>ABSTRACT</i>	8
<i>INTRODUCCIÓN</i>	10
<i>REPORTE DEL CASO</i>	11
<i>DISCUSIÓN</i>	14
<i>CONCLUSIONES</i>	15
<i>CONFLICTO DE INTERESES</i>	15
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	16
<i>GLOSARIO</i>	18
<i>ANEXOS</i>	19

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Chilaiditi (SC) es la interposición de una parte del colon, ya sea, anterior o posterior al hígado y al diafragma (1); causando síntomas gastrointestinales o cardiopulmonares (2). Fue descrito por primera vez por Demetrius Chilaiditi en 1910 con el análisis de tres casos de interposición hepato-diafragmática (3). Presenta una incidencia del 1% a nivel mundial y puede evidenciarse en hallazgos incidentales en radiografía toracoabdominales en un 0,025%-0,28% y 1,18%-2,4% en la tomografía computarizada de abdomen, afectando más a hombres, que a mujeres en una relación de 4:1 (4). Su etiología se desconoce; sin embargo, se sospecha que se debe a malformaciones congénitas, trastornos funcionales, secuelas posquirúrgicas de cirugía bariátrica o colonoscopia (4), cirugía de corazón abierto (5) o cirugía intraabdominal (2).

El cuadro clínico en el SC se presenta por lo general con dolor abdominal, diarrea, náuseas, vómitos o flatulencias (1), en algunos casos se presentan con síntomas cardiorrespiratorios como disnea (2) o dolor opresivo retroesternal (2); por lo que el diagnóstico del SC resulta difícil.

En la actualidad no existen guías o esquemas diagnósticos para SC, es por ello que se presenta de forma incidental en estudios imagenológicos (2,4). El tratamiento para SC depende del cuadro clínico del paciente; en algunos casos la sintomatología y el riesgo de complicaciones amerita intervención laparoscópica para la resolución del cuadro (6); y en la mayoría de casos se ha reportado resolución mediante manejo conservador (5).

REPORTE DEL CASO

Paciente femenino de 72 años, quien acude a emergencias por cuadro clínico de dolor abdominal en epigastrio derecho con irradiación a hipogastrio derecho que aumenta en decúbito supino, deposiciones líquidas ocasionales que alivian el dolor, a este cuadro acompaña disnea ocasional de medianos esfuerzos. Se realizaron exámenes complementarios los cuales estaban dentro de parámetros normales. Se realizó endoscopia digestiva alta y colonoscopia de control por antecedentes de enfermedad diverticular del intestino grueso y resección colónica, la cual reporta: plicoma anal, hemorroides internas grandes, fisura anal, diverticulosis colónica; sin embargo, no se evidencian hallazgos de relevancia. Se prescribe tratamiento con Bromuro de Pinaverio + Dimeticona 100mg/300mg cada 8 horas por 1 mes.

Acude a control después de un mes de tratamiento para valoración, no obstante, la paciente persiste con dolor abdominal, con heces de consistencia normal; reevaluando el cuadro se determina intestino neurogénico, es por ello que se modifica el tratamiento a Mebeverina 135mg VO 8 am por 30 días, Amitriptilina 25mg VO 8 pm y Omeprazol 20mg por VO 7 am por 30 días, sin embargo, acude nuevamente a valoración con especialista por dolor abdominal empeora en decúbito supino, lo que interrumpe el sueño, acompañado de dolor precordial y disnea de medianos esfuerzos.

Debido a los antecedentes y comorbilidades se solicita valoración por servicio de cardiología; no encontrando etiología exacta para dolor precordial, ni de disnea. Se realiza tomografía simple de abdomen, donde se evidencia interposición de flexura cólica derecha adoptando una posición anterior al hígado (**Figura 1**). Se indica manejo con tratamiento conservador, dieta FODMAP, hidratación, se modifica el tratamiento farmacológico a Amitriptilina 25mg VO cada noche, Tramadol 50mg VO cada 12h por 30 días, Omeprazol 20mg VO cada día por 30 días.

Paciente acude a emergencia luego de 2 meses con dolor abdominal persistente que no cede a tratamiento previamente establecido, refiriendo dificultad en el desarrollo de actividades cotidianas; por esta razón se suspende tramadol, y se continua con dieta FODMAP, hidratación, laxantes y trimebutina 200mg 8 am y 400mg 8 pm por VO por 7 días.

Paciente acudió luego de 7 días a control por consulta externa con radiografía de tórax, donde se evidencia elevación de la cúpula hemidifragmática derecha con presencia de una estructura radiolúcida que corresponde a flexura cólica derecha (**Figura 2**), la paciente refiere leve mejoría en cuanto al dolor abdominal; sin embargo, el dolor precordial y disnea de medianos esfuerzos persisten; decidiendo mantener tratamiento conservador por preferencia de la paciente, el cual se mantiene hasta el momento.

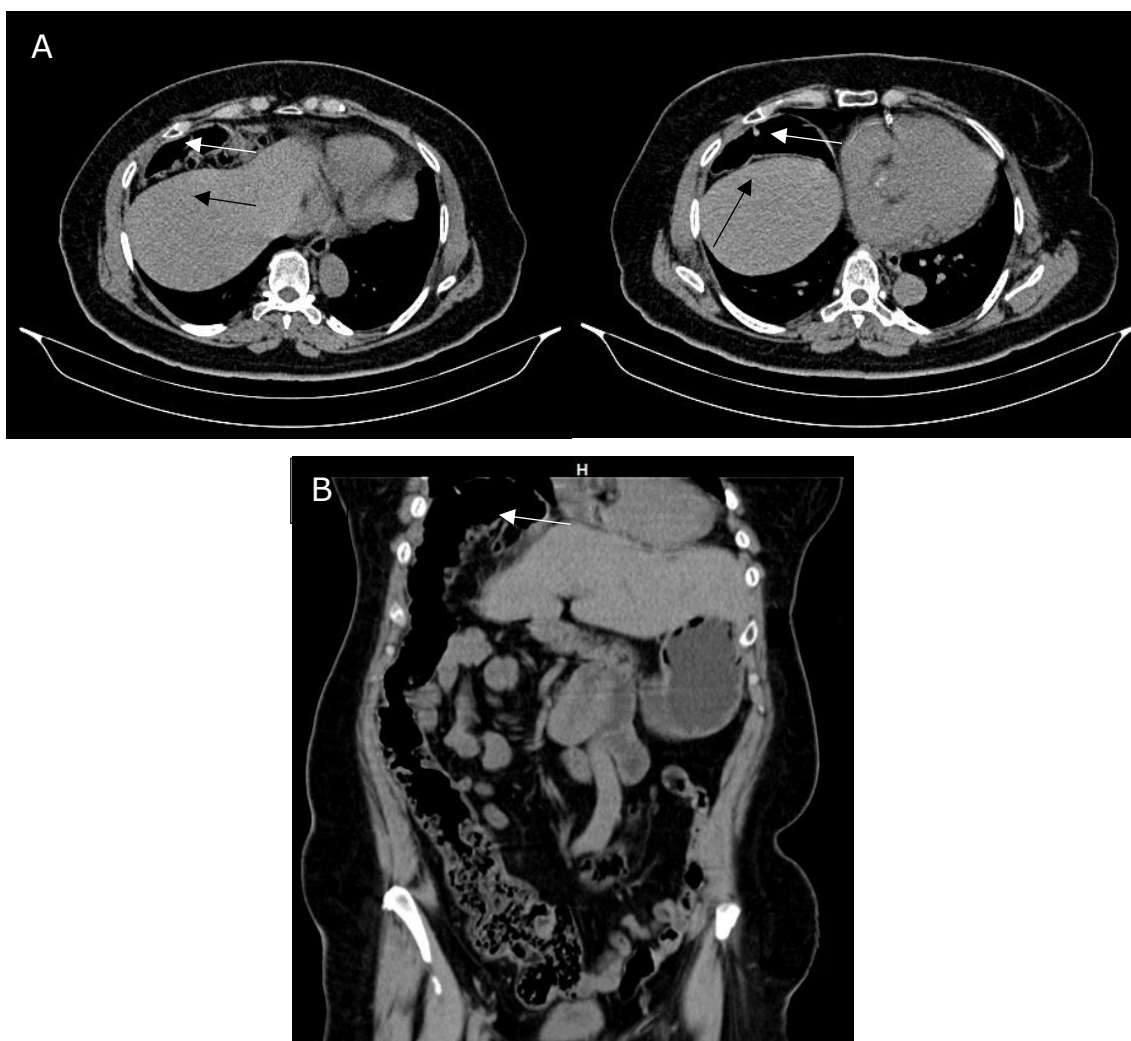


Figura 1. Tomografía Axial Computarizada (TAC) de abdomen **A:** Plano transversal, interposición de la flexura cólica derecha (flecha blanca) en relación con la cara anterior del hígado (flecha negra) ubicado en hemidiafragma derecho, que conforma el Síndrome de Chilaiditi. **B:** Plano frontal, elevación de la flexura cólica derecha (flecha blanca) en hemidiafragma derecho.

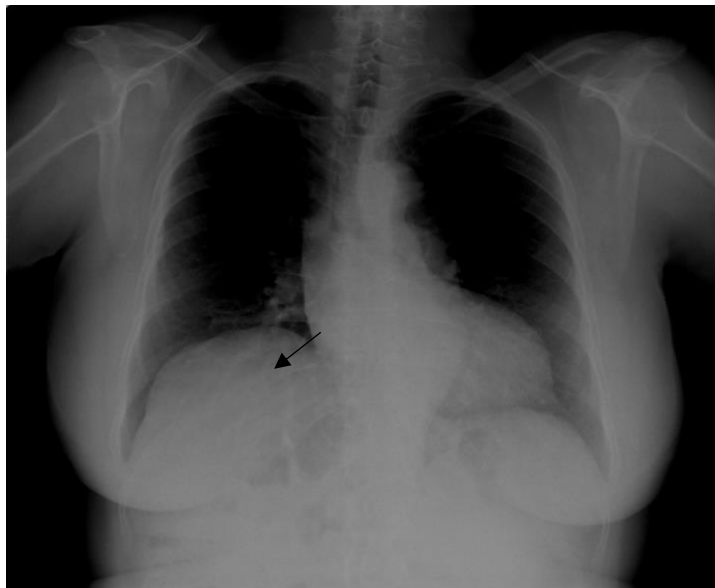


Figura 2. Radiografía de tórax, anteroposterior, elevación del hemidiafragma derecho, con presencia de estructura radiolúcida que corresponde a la flexura cólica (flecha negra).

DISCUSIÓN

El SC, descrito por primera vez en 1910, menciona la presencia de sintomatología conjuntamente con el signo radiográfico con el mismo nombre (3). Este síndrome se puede encontrar de manera incidental en estudios de imagen, evidenciándose un espacio hidroaéreo en hemidiafragma derecho; flexura cólica derecha anterior o posterior al hígado (1–6), se desconoce actualmente si esto tiene una relación con la gravedad de los síntomas. En la mayor parte de pacientes adultos mayores (65-79 años), se desconoce la causa (1,7–13); sin embargo, se reportan causas iatrogénicas derivadas de intervenciones laparoscópicas (2,14), angiografía coronaria (15), enfermedades autoinmunes (16); en el presente caso la etiología no puede identificarse de manera exacta, debido a que no se reportó antecedentes de relevancia, intervenciones quirúrgicas abdominales o enfermedad autoinmune. Las manifestaciones clínicas que se reportan con mayor frecuencia son dolor abdominal (1,7,9,11,12,14–17), dolor precordial (2,8,10,15), náusea y/o vómito (1,7,9,10,17); el tratamiento conservador es la primera elección, como reportan la mayoría de autores a nivel mundial; sin embargo, en algunos casos debe realizarse intervención quirúrgica por posibles complicaciones (16).

En el caso de nuestra paciente se utilizó tratamiento conservador; sin embargo, hasta la actualidad no presenta mejoría del dolor abdominal a pesar de utilizar analgesia conjuntamente con antiespasmódicos, laxantes, hidratación y dieta FODMAP. La disnea y el dolor precordial persiste mejoraron con el tratamiento, al momento se realiza seguimiento y control de la paciente por no presentar una mejoría.

CONCLUSIONES

El SC es un trastorno con muy baja frecuencia y más aún en adultos mayores, presenta una sintomatología muy variada que puede conllevar a diagnósticos erróneos, es por ello que debe considerarse como una etiología de dolor abdominal cuando se han descartado otras causas; debe considerarse que puede presentarse dolor abdominal persistente a tratamiento. El diagnóstico que puede emplearse con mayor facilidad es la radiografía simple de tórax, con el análisis del hemidiafragma derecho; puede emplearse tomografía computarizada para confirmar, cuando la identificación no resulte muy clara, y a su vez descartar otros trastornos. En cuanto al tratamiento, debe optarse por manejo conservador y evaluar las posibles complicaciones que pueden presentarse en SC.

Debe evaluarse si existe una relación entre la ubicación de la flexura cólica derecha con respecto al hígado en SC, con la gravedad y frecuencia de las manifestaciones clínicas. La implementación de un esquema de manejo debe considerarse con relevancia, debido a que las manifestaciones clínicas del SC son muy variadas, lo que puede conllevar a diagnósticos y tratamientos innecesarios.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lakhani DA, Hadi Y, Smith M. A “Nonemergent” Case of Air Under the Diaphragm. *Gastroenterology*. 2020;159:2028–2029. doi: 10.1053/j.gastro.2020.04.053.
2. Xu Y, Wang Q, Meng G, Li D, Ma Z, Gao P, Zhang J, Zhang Q, Su Z. A rare cause of sudden chest pain and dyspnea. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99:e20220. doi: 10.1097/MD.00000000000020220.
3. 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;65:1540–1542. doi: 10.1097/01.ta.0000208194.49228.03.
4. Yin AX, Park GH, Garnett GM, Balfour JF. Chilaiditi Syndrome Precipitated by Colonoscopy: A Case Report and Review of the Literature. *Hawaii J Med Public Health*. 2012;71:158–162. PMID: PMC3372788
5. Çora AR, Çelik E. Chilaiditi Sign and Syndrome: A Rare Case Seen After Open-Heart Surgery. *Ann Thorac Surg*. 2020;110:e261–e263. doi: 10.1016/j.athoracsur.2020.01.063.
6. Fiumecaldo D, Buck L. Chilaiditi’s Syndrome Causing High-Grade Small-Bowel Obstruction Requiring Exploratory Laparotomy. *Mil Med*. 2018;183:e281–e283. doi: 10.1093/milmed/usx069.
7. Guerra F, Sacchetti R. Chilaiditi syndrome. An uncommon cause of crampy, upper abdominal pain. *Ann Hepatol*. 2016;15:773–774. doi: 10.5604/16652681.1212590.
8. Sorrentino D, Bazzocchi M, Badano L, Toso F, Giagu P. Heart-touching Chilaiditi’s syndrome. *World J Gastroenterol*. 2005;11:4607–4609. doi: 10.3748/wjg.v11.i29.4607.

10. Matsuura H, Hata H. Gas under the right diaphragm. *Cleve Clin J Med*. 2018;85:98–100. doi: 10.3949/ccjm.85a.16139.
11. Haddad CJ, Laclé J. Chilaiditi's syndrome. A diagnostic challenge. *Postgrad Med*. 1991;89:249–250, 252. doi: 10.1080/00325481.1991.11700877.
13. Orr J, Elson CO. Abdominal Pain With an Unusual Radiographic Image. *Gastroenterology*. 2016;151:241–242. doi: 10.1053/j.gastro.2016.03.047.
14. Lo BM. Radiographic look-alikes: distinguishing between pneumoperitoneum and pseudopneumoperitoneum. *J Emerg Med*. 2010;38:36–39. doi: 10.1016/j.jemermed.2008.01.011.
15. Pascarella S, Dadparvar S. Chilaiditi Sign on 99mTc-Mebrofenin Hepatobiliary Scan Mimicking Bile Leak in Acute Cholecystitis. *Clin Nucl Med*. 2016;41:488–489. doi: 10.1097/RLU.0000000000001155.
14. Abboud ME, Frasure SE. Adult Female With Abdominal Pain. *Ann Emerg Med*. 2017;69:10–17. doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.04.014.
15. Hountis P, Chounti M. Chilaiditi's sign or syndrome? Diagnostic question in two patients with concurrent cardiovascular diseases. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2017;87:775. doi: 10.4081/monaldi.2017.775.
16. Oh SN, Rha SE, Byun JY, Kim JY, Song KY, Park CH. Chilaiditi syndrome caused by Fitz-Hugh-Curtis syndrome: multidetector CT findings. *Abdom Imaging*. 2006;31:45–47. doi: 10.1007/s00261-005-0342-4.
17. Rosat A, Eiroa D. Acalculous cholecystitis in patient with hepatic hypogenesis and chilaiditi sign. *Pan Afr Med J*. 2015;21:297. doi: 10.11604/pamj.2015.21.297.7675.

GLOSARIO

ANEXOS

1. Consentimiento informado



Universidad
Católica
de Cuenca

Se deberán firmar dos juegos originales del presente documento: uno será entregado al participante y otro será conservado por el profesional que solicita el consentimiento

HOJA INFORMATIVA PARA EL/LA PACIENTE

TÍTULO DE LA PUBLICACION CIENTÍFICA:

“SÍNDROME DE CHILADITI EN ADULTO MAYOR CON DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE”

INVESTIGADORES:

Dr. MANUEL RAFAEL ALDÁS ERAZO

BRYAN VLADIMIR NARVÁEZ VIVANCO

Este documento tiene por objeto ofrecerle información con la finalidad de **pedir su autorización** para recoger datos sobre el problema de salud de OMELIA MERCEDES CARRILLO RAMOS por el que, fue tratada/o en este centro.

Si decide autorizar, debe recibir información personalizada del profesional que solicita su consentimiento, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si autoriza o no.

Su decisión es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no autorizar el uso de sus datos de salud. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con el profesional que se lo solicita ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. y sus familiares tienen derecho.

¿Cuál es el propósito de esta petición?

Nuestro interés es exponer SU problema de salud como “**caso clínico**” a la comunidad científica, con la finalidad de dar a conocer a otros profesionales cómo ha sido tratada y cómo ha evolucionado. Esta información podría ser de utilidad en el futuro para otras personas con un problema de salud como el suyo.

¿Qué me están solicitando?

Usted fue atendida/o en el HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO por presentar una enfermedad de SÍNDROME DE CHILADITI.

Si firma este documento, nos autoriza para recoger datos de su historia clínica y realizar una publicación científica sobre el problema de salud que se describe.

Entre la información que queremos recoger, es necesario antecedentes patológicos personales, evolución intrahospitalaria, estudios de imagen, evolución extrahospitalaria. La publicación científica puede ser de varios tipos, por ejemplo: una conferencia, una

Se deberán firmar dos juegos originales del presente documento: uno será entregado al participante y otro será conservado por el profesional que solicita el consentimiento

comunicación a un congreso, un artículo en una revista científica o incluso una actividad docente.

¿Obtendré algún beneficio o inconveniente?

No se espera que Usted ni sus familiares obtengan beneficio, ni se expongan a ningún riesgo. Con su colaboración contribuirá a aumentar el conocimiento científico.

¿Se publicarán los datos del caso clínico?

Sí, en publicaciones científicas dirigidas a profesionales de la salud. Ha de saber que algunas de estas publicaciones pueden ser de acceso libre en internet, por lo que también pueden ser leídas por muchas otras personas ajenas al mundo sanitario. No se transmitirá ningún dato de carácter personal, tal como se describe en el punto siguiente. Si es de su interés, se le podrá facilitar la publicación realizada.

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

Solamente los autores de la publicación científica tendrán acceso a todos sus datos de identificación personal, que se recogerán **anonimizados**, es decir, sin ningún dato de carácter personal. Le garantizamos que no recogeremos nombre y apellidos, ni fecha de nacimiento, ni cédula de identidad, pasaporte, ni número de historia clínica, ni código de identificación personal contenido en su carnet de salud.

Vamos a utilizar datos de su historia clínica. Los profesionales autores de la publicación científica no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por autorizar el uso de los datos de salud.

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, pero una vez que el caso clínico haya sido aceptado para su publicación no habrá posibilidad de cambiar de parecer.

Si tiene alguna duda puede contactar con: Bryan Vladimir Narvaez Vivanco

Teléfono: 0991141585

Correo-electrónico:
bryannarvaezv@gmail.com

Muchas gracias por su colaboración

**CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PACIENTE / POR REPRESENTANTE LEGAL
PARA REVISIÓN DE HISTORIA CLÍNICA Y PUBLICACIÓN CIENTÍFICA**

TÍTULO: "SÍNDROME DE CHILADITI EN ADULTO MAYOR CON DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE"

Yo: OMELIA MERCEDES CARRILLO RAMOS, con cédula de identidad: OMMCAR99194909214. Leí la información contenida en este documento y autorizo a que se utilicen mis datos personales de historia clínica en las condiciones que se describen.

Se incluye fotografías de radiografías y tomografías computarizadas sin nombres del encabezado.

Deseo se me permita ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación científica resguardando la confidencialidad de mis datos personales

Deseo conocer el documento científico una vez que se haya publicado.

Firma.: El/ la representante legal

Firma.: Investigador/a que solicita el consentimiento



Nombre y apellidos:

Omelia Mercedes Carrillo Ramos

C.C. OMMCAR99194909214

Fecha: 21/12/2022



Nombre y apellidos:

Bryan Vladimir Navarrete Vivanco

C.C. 0107322588

Fecha: 21/12/2022

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Bryan Vladimir Narváez Vivanco portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107322588**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**SÍNDROME DE CHILADITI EN ADULTO MAYOR CON DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 24 de abril de 2024

F:

Bryan Vladimir Narváez Vivanco
C.I. 0107322588