



P-456 - ¿OBSTRUCCIÓN INTESTINAL O TRAMPA RADIOLÓGICA? EL SÍNDROME DE CHILAIDITI COMO RETO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS QUIRÚRGICAS

Algarra García, Rocío; Cascales Sánchez, Pedro; Martínez Moreno, Agustina; Lisón Jiménez, Patricia; Stoyanov, Toni Ivanov

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Introducción: El signo de Chilaiditi consiste en la interposición de intestino (usualmente el ángulo hepático del colon) entre el hígado y el hemidiafragma derecho. Es una entidad rara y su causa es desconocida, probablemente sea multifactorial. Aunque habitualmente es asintomático (signo de Chilaiditi), en ciertos casos puede generar clínica compatible con obstrucción intestinal (síndrome de Chilaiditi), lo que requiere un enfoque diagnóstico cuidadoso para evitar tratamientos invasivos innecesarios. Los síntomas más habituales son digestivos: vómitos, anorexia, estreñimiento y distensión abdominal. También puede asociarse a síntomas respiratorios como disnea o dolor pleurítico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 64 años con diagnóstico de esquizofrenia desde 1983, en seguimiento por Psiquiatría y múltiples ingresos previos. En tratamiento actual con clozapina, recientemente aumentada por descompensación clínica, que se encuentra ingresada en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Es derivada al Servicio de Urgencias del Hospital para valoración de posible obstrucción intestinal en contexto de alteración del ritmo deposicional, con episodios alternantes de diarrea inducida con laxantes y estreñimiento de 10 días de evolución. A la exploración física: paciente afebril, hemodinámicamente estable, con abdomen distendido, timpánico, no doloroso y sin signos de irritación peritoneal. Analítica: leucocitosis (14.330/?L, con 13.490 neutrófilos/?L) y PCR elevada (59 mg/L), resto de parámetros dentro de la normalidad. Se realiza TAC abdominopélvico que muestra severa dilatación de asas de intestino delgado desde íleon hasta estómago, el cual alcanza 15 cm de diámetro anteroposterior, sin evidencia de causa obstructiva mecánica, sin antecedentes quirúrgicos ni signos de hernia interna. No se observan signos de perforación ni isquemia intestinal. Se identifica interposición del colon entre el hígado y el diafragma compatible con signo de Chilaiditi. Ante los hallazgos y la estabilidad clínica, se diagnostica síndrome de Chilaiditi con cuadro de pseudoobstrucción intestinal. Se inicia manejo conservador: descompresión mediante sonda nasogástrica, fluidoterapia intravenosa, laxantes, enemas y ajuste de tratamiento farmacológico potencialmente relacionado (revisión del uso de clozapina, fármaco asociado a hipomotilidad intestinal). La paciente continua el ingreso en la Unidad de psiquiatría y evoluciona de forma favorable sin cirugía.

Discusión: El síndrome de Chilaiditi es una entidad poco frecuente, con incidencia menor al 0,3% en la población general. Puede simular cuadros de obstrucción intestinal o perforación, lo que genera confusión diagnóstica. Su relación con fármacos que alteran el tránsito intestinal (como la clozapina) es relevante, especialmente en pacientes psiquiátricos con dificultades para comunicar síntomas. El manejo conservador es eficaz en la mayoría de los casos, reservando la cirugía para complicaciones o fracaso del tratamiento médico. Como conclusión, el síndrome de Chilaiditi debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de

pseudoobstrucción intestinal, especialmente en pacientes en tratamiento con fármacos que alteran la motilidad intestinal. Una correcta interpretación de los hallazgos radiológicos evita intervenciones innecesarias.