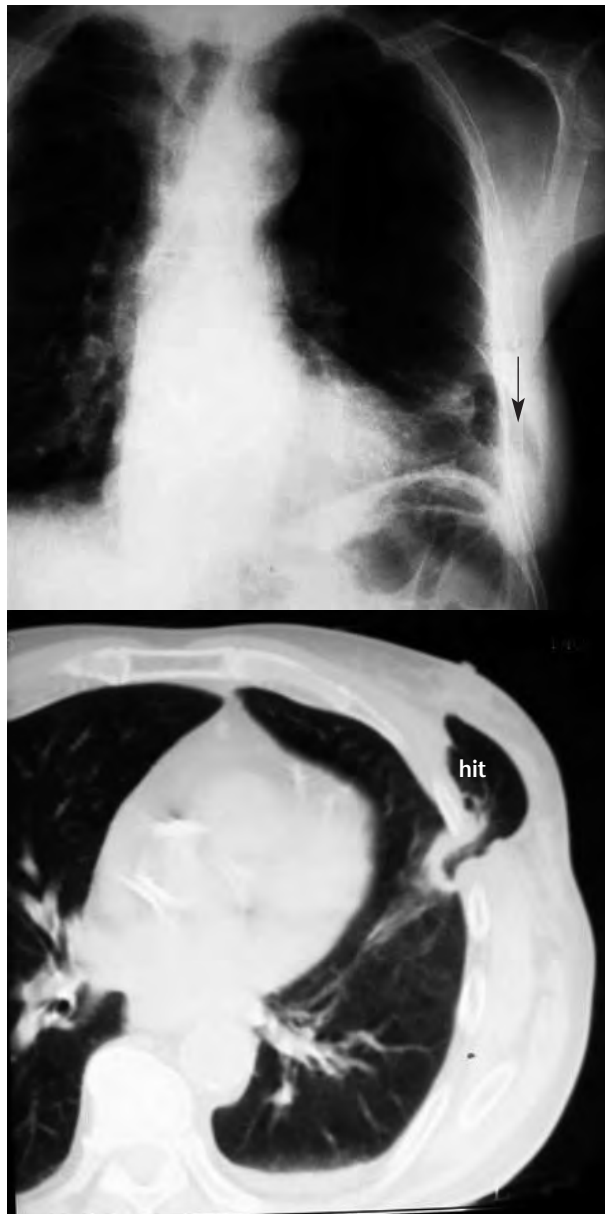


## CARTAS AL EDITOR

**Hernia pulmonar intercostal traumática****Sr. Editor:**

El neumocèle se define como la protusión de una porción de parénquima pulmonar a través de una apertura anormal de la pared del tórax. El segmento herniado casi siempre está cubierto por pleura parietal que forma el saco y sobre éste la piel. Pueden clasificarse, según su etiología, en congénitas y adquiridas; estas últimas a su vez pueden ser traumáticas, postquirúrgicas y espontáneas o patológicas. Según su localización, puede dividirse en cervicales, costales o diafragmáticas<sup>3</sup>. Se expone un caso clínico de hernia pulmonar costal secundaria a un traumatismo torácico. Los síntomas suelen ser escasos e infrecuentes. El diagnóstico suele hacerse por la exploración física y puede confirmarse con la radiografía simple o la tomografía computarizada (TC) torácicas.

Varón de 73 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hernia de hiato, claudicación intermitente, poliartrosis, fractura costal múltiple (de 2ª a 6ª costillas derechas), trastorno adaptativo ansioso-depresivo, parkinsonismo sin filiación etiológica y apendicectomía. Acude a urgencias por presentar traumatismo torácico izquierdo tras una caída accidental. Se encuentra taquipneico, afectado por el intenso dolor costal que aumenta con la inspiración profunda, maniobras de Valsalva y palpación de la zona afectada, consciente y orientado, normohidratado, afebril, con una presión arterial de 155/90 mmHg, un pulso de 84 latidos por minuto, yugulares no ingurgitadas, tonos cardiacos audibles con frecuente extrasistolia, murmullo vesicular conservado de manera bilateral con crepitantes basales derechos, y abdomen sin hallazgos valorables, excepto la cicatriz de apendicectomía. Llama la atención una discreta, aunque valorable, ginecomastia izquierda (no referida previamente por el paciente ni sus familiares) con clara crepitación a la palpación de la zona, tumefacción y hematoma submamario que se extiende hacia la zona anterolateral. Se realiza una radiografía de tórax (Figura 1) en la que se evidencia contusión pulmonar izquierda en relación con una fractura de la 7ª costilla izquierda e imagen compatible con una hernia intercostal en 7º espacio intercostal, y fracturas costales antiguas sobre parrilla costal derecha. Una TC torácica (Figura 1) confirma la existencia de una hernia intercostal traumática no complicada sin neumotórax, hemotórax ni derrame pleural asociado. El paciente permanece hospitalizado durante 6 días, con reposo absoluto en cama, oxigenoterapia y tratamiento analgésico, sin complicaciones y con notable mejoría. El



**Figura 1.** Radiología simple de tórax (superior). Se aprecia contusión pulmonar izquierda en relación con una fractura de la 7ª costilla izquierda e imagen compatible con hernia intercostal en el 7º espacio intercostal izquierdo (flecha). Tomografía computarizada de tórax inferior. Hernia intercostal traumática (hit) no complicada sin neumotórax, hemotórax ni derrame pleural asociado.

control radiológico no muestra evidencias de complicación torácica y dada la buena evolución clínica, de acuerdo con él y con la familia se decide actitud conservadora, desestimando la cirugía.

La hernia pulmonar es una entidad rara, con aproximadamente 300 casos descritos en la literatura<sup>4</sup>. De acuerdo con Morel-Lavelle, se dividen en congénitas y adquiridas, a su vez éstas se subdividen en traumáticas y patológicas o espontáneas. Las hernias espontáneas se asocian a una maniobra de hiperpresión de la pared torácica (tos, estornudo), que provoca la fractura de una o varias costillas o el desgarrado de los músculos intercostales<sup>5</sup>. Generalmente, se presentan en pacientes con osteoporosis senil y/o tosedores crónicos. La protusión del parénquima pulmonar pueden ocurrir a través de los espacios intercostales (65% de los casos), región supraclavicular (35% de los casos)<sup>6</sup> o a través de defectos de pared diafragmática (infrecuente).

Las hernias pulmonares traumáticas como la de nuestro caso son lesiones poco frecuentes, debidas a la mayor parte de las ocasiones a traumatismos torácicos cerrados y de gran energía<sup>5</sup>. No necesariamente deben aparecer de manera inmediata al traumatismo, ya que también pueden hacerlo meses o años después<sup>1,7</sup>. Su etiología puede explicarse gracias a la anatomía de los espacios intercostales. Los músculos intercostales externo e interno que revisten el espacio intercostal son algo más cortos que las costillas, de forma que los extremos de los espacios están recubiertos por uno sólo de los músculos y por la aponeurosis del otro. Los espacios intercostales presentan, además, unas perforaciones por donde atraviesan vasos y nervios de la pared torácica. Son precisamente estos lugares los puntos más frágiles de los espacios intercostales a las maniobras de hiperpresión. No representan un problema serio a menos que experimenten encarceración y/o estrangulación, lo que provocaría dolor y en ocasiones hemoptisis<sup>8</sup>. Para su diagnóstico, además de ser necesaria una buena exploración clínica, precisa habitualmente de una radiografía de tórax, y son más útiles las proyecciones oblicuas<sup>9</sup>. No obstante, se considera de elección la TC torácica, ya que además de visualizar el neumocoele, determina la ubicación exacta y el tamaño del defecto de la pared torácica<sup>10,11</sup>.

En lo que respecta a la actitud terapéutica hay una marcada controversia<sup>12</sup>. Algunos autores optan por la actitud conservadora con vendaje inmovilizador de la zona y, si este falla y/o surgen complicaciones sobreañadidas, se opta por el tratamiento quirúrgico reparador. Sin embargo, para otros autores la cirugía está indicada en todas las hernias intercostales anteriores, incluso si son asintomáticas, mediante reparación o con material protésico (PTFE), de forma abierta o mediante toracoscopia.

## Bibliografía

- 1 Taylor DA, Jacobson HG. Post-traumatic herniation of the lung. *Radio-logy*. 1962;5:896-9.
- 2 Morel-Lavelle A. Hernias du Pomon. *Bull Soc Chir Paris*. 1847;1:75.
- 3 Moncada R, Vade A, Gimenez C, Rosado W, Demos TC, Turbin R. Congenital and acquired lung hernias. *J Thorac Imaging*. 1996;11:75-82.
- 4 Reardon MJ, Fabre J, Reardon PR, Baldwin JC. Video-assisted repair of a traumatic intercostals pulmonary hernia. *Ann Thorac Surg*. 1998;65:1155-7.
- 5 Jiménez Aguero R, Hernández Ortiz C, Izquierdo Elea JM, Cabeza Sánchez R. Hernia pulmonar intercostal espontánea: aportación de un caso. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:354-6.
- 6 Munnell ER. Herniation of the lung. *Ann Thorac Surg*. 1968;5(Supl):204.
- 7 Reynolds, J, Davis JT. Injuries of the chest wall, pleura, pericardium, lung bronchi and esophagus. *Radiol Clin North Am*. 1966;4:383-401.
- 8 Francois B, Desachy A, Cornu E, Ostyn E, Niquet L, Vignon P. Traumatic pulmonary hernia: surgical versus conservative management. *J Trauma*. 1998;44:217-9.
- 9 Allen GS, Fischer RP. Traumatic lung herniation. *Ann Thorac Surg*. 1997;63:1455-6.
- 10 Hauser M, Weder W, Largiader F, Glazer GM. Lung herniation through a postthoracoscopy chest wall defect: demonstratio with spiral CT. *Chest*. 1997;112:558-60.
- 11 Tamburro F, Grassi R, Romano R, Del Vecchio W. Acquired spontaneous intercostal hernia of the lung diagnosed on helical CT. *Am J Roentgenol*. 2000;174:876-7.
- 12 Goverde P, Van ZIL P, Van der Brande F, Vanmaele R. Chronic of the lung in patint with chronic obstructive pulmonary disease. Case report and review of the literature. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1988;46:164-6.

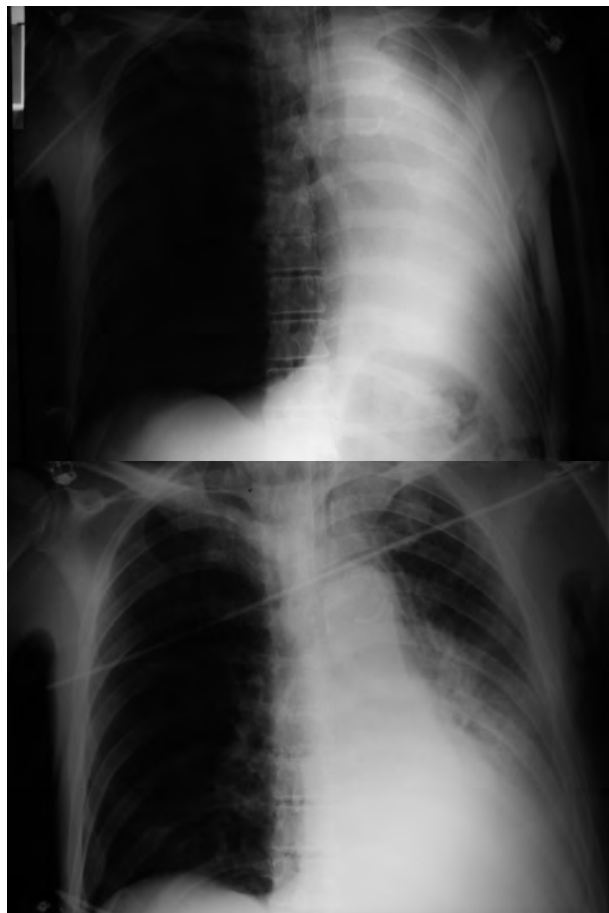
Javier GIL DE BERNABÉ LÓPEZ<sup>1</sup>,  
Luis Manuel CLARACO VEGA<sup>1</sup>,  
Amos URTUBIA PALACIOS<sup>2</sup>,  
María Isabel FERNÁNDEZ ESTEBAN<sup>3</sup>,  
Pedro PARRILLA HERRANZ<sup>1</sup>,  
Javier GARCÍA TIRADO<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España. <sup>2</sup>Servicio Urgencias. Hospital General Elda. Alicante, España. <sup>3</sup>Médico de Familia. Área 16. Alicante, España. <sup>4</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España.

## Atelectasia post-atragantamiento

### Sr. Editor:

La aspiración de cuerpos extraños es un problema frecuente y sus manifestaciones pueden ser desde leves a muy graves, tales como una parada cardiorrespiratoria (PCR) por asfixia, que depende del punto y grado de obstrucción que cause el cuerpo aspirado en la vía aérea. Tiene un patrón bimodal, con un pico en menores de un año y otro a los 75 años. Cualquier objeto puede ser aspirado, y es especialmente frecuente durante la comida, por lo que muchas veces es presenciado. La mayoría se resuelven con la tos o mediante maniobras de reanimación básicas<sup>1</sup>, pero ocasionalmente esto no basta y se precisan técnicas de reanimación cardiopulmonar avanzada (RCP) y medidas post-resucitación.



**Figura 1.** Radiografía de tórax al ingreso del paciente (superior) en la que se observa una atelectasia del pulmón derecho, y evolución posterior tras broncoscopia (inferior).

Paciente de 62 años que se atragantó mientras comía. A la llegada del servicio de emergencias extrahospitalario, el paciente estaba en PCR, con asistolia, y recuperó el pulso tras RCP durante unos 10 minutos. Previamente a la intubación orotraqueal, se extrajo una bola de pan de la vía aérea. En la radiografía realizada a su ingreso en unidad de cuidados intensivos se apreció una atelectasia completa del pulmón derecho, que se resolvió parcialmente con broncoscopia (Figura 1), durante la cual se extrajeron restos de pan y abundantes secreciones.

La migración por el árbol traqueobronquial de cuerpos extraños aspirados, más frecuentemente hacia el lado derecho, puede causar atelectasias obstructivas que precisan realización de broncoscopia para su resolución<sup>2</sup>. Ocasionalmente, en aspiraciones de larga evolución con cambios irreversibles del parénquima pulmonar, puede necesitarse cirugía<sup>3</sup>.

## Bibliografía

1 Handley AJ, Koster R, Monsieurs L, Perkins GD, Davies S, Bossaert L, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation

2005. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation*. 2005;67(Supl. 1):S7-S23.

2 Sauret Valet J. Cuerpos extraños. *Arch Bronconeumol*. 2002;38:285-7.

3 Montero Cantú CA, Garduño Chávez B, Elizondo Ríos A. Broncoscopia rígida y cuerpo extraño. ¿Procedimiento obsoleto? *Cir Ciruj*. 2006;74:51-3.

Rosa María GARCÍA FANJUL,  
Eva GARCÍA PINEY

*Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Cabueñes,  
Gijón. Asturias, España.*

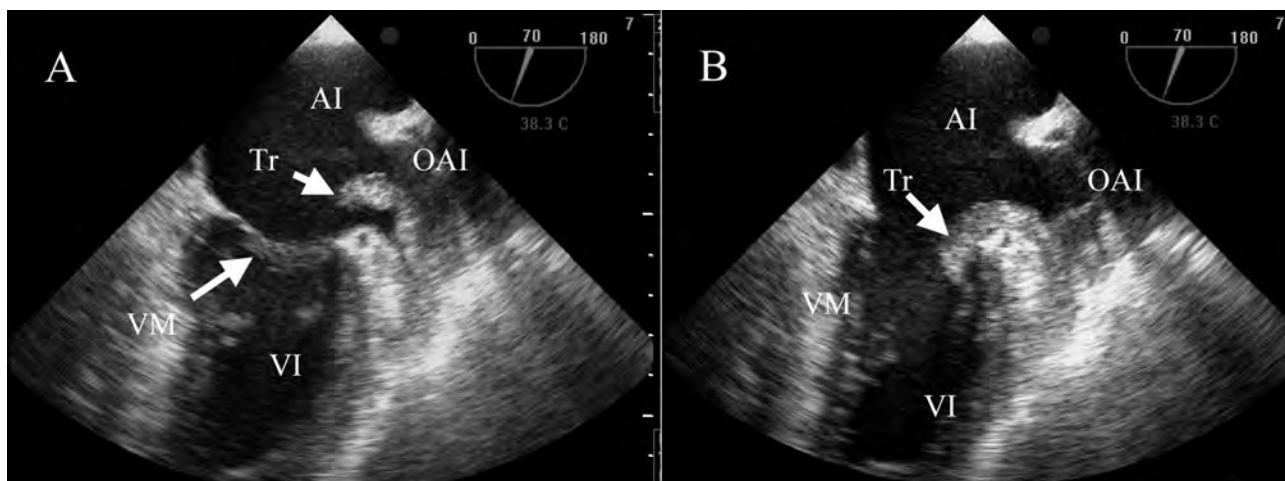
## Trombo auricular protuyente en ventrículo izquierdo

### Sr. Editor:

Como recientemente se publicaba en EMERGENCIAS<sup>1</sup>, la ecografía como procedimiento diagnóstico puede ser de gran utilidad y se proponen una serie de indicaciones potenciales para su empleo en el área de urgencias y realizada por *urgenciólogos*<sup>2</sup>. Queremos aportar un caso de un hallazgo ecocardiográfico poco frecuente, que condicionó de forma significativa la actitud terapéutica, y que evitó probablemente consecuencias catastróficas.

Mujer de 66 años sin factores de riesgo cardiovascular conocidos, antecedentes de fibrilación auricular (FA) en tratamiento con ácido acetilsalicílico 100 mg/24 h y atenolol 25 mg/24 h. Fue enviada a urgencias por cansancio y disnea con los esfuerzos moderados, sin otra clínica acompañante. La exploración física y la analítica basal fueron normales, con una FA controlada. Se realizó un ecocardiograma en el que se observó una contractilidad aparentemente normal sin lesión valvular, es una aurícula izquierda dilatada y en su interior una masa bamboleanante de 2 cm próxima al anillo mitral. Por ello se completó el estudio con un ecocardiograma transesofágico (Figura 1A) realizado por el servicio de cardiología, donde se apreció la orejuela de la aurícula izquierda ocupada por un trombo móvil que protuía en la aurícula izquierda, atravesaba el anillo mitral y asomaba al ventrículo izquierdo durante la diástole (Figura 1B). La paciente ingresó y se inició inmediatamente tratamiento con enoxaparina (1 mg/Kg/12 horas). Durante su estancia hospitalaria no se produjo ningún fenómeno embólico con repercusión clínica. En el ecocardiograma transtorácico de control realizado al cabo de una semana no se objetivó el trombo, y se pasó en ese momento a la anticoagulación crónica con warfarina. La paciente se fue de alta en ritmo sinusal.

En este caso, siguiendo las recomendaciones de las guías de actuación respecto a prevención de fenómenos tromboembólicos en la FA<sup>3</sup>, antes del hallazgo del ecocardiograma no existía indicación de anticoagulación pues no había factores



**Figura 1.** Ecocardiograma transesofágico. Panel A: Sístole. Trombo en la orejuela que protuye en aurícula izquierda. Panel B: Diástole. El trombo atraviesa el anillo mitral y asoma en el ventrículo izquierdo. OAI: orejuela aurícula izquierda. AI: aurícula izquierda. Tr: trombo. VM: válvula mitral. VI: ventrículo izquierdo.

de riesgo moderado (edad  $\geq 75$  años, hipertensión, insuficiencia cardiaca, fracción de eyección baja o diabetes mellitus) o alto (ictus previo, embolismo arterial, estenosis mitral o válvula protésica cardiaca), según las *Guidelines* de ACC/AHA/ESC 2006<sup>3</sup>. Por tanto, el empleo de la ecocardiografía en urgencias nos permitió sospechar, y posteriormente confirmar, la presencia de un trombo auricular de muy alto riesgo embolígeno en una paciente con FA<sup>4,5,6</sup>, así como iniciar inmediatamente el tratamiento adecuado para evitar posibles consecuencias catastróficas, sobre todo tromboembólicas.

## Bibliografía

- 1 Nogué Bou R. La ecografía en medicina de urgencias: una herramienta al alcance de los *urgenciólogos*. *Emergencias*. 2008;20:75-7.
- 2 García Martín LA, Campo Linares R, Rayo Gutiérrez M. Pericarditis purulenta: diagnóstico ecográfico precoz en el servicio de urgencias. *Emergencias*. 2008;20:135-8.
- 3 New ACC/AHA/ESC Guidelines for the management of atrial Fibrillation: Highlighting Stroke Prevention. Nueva York: Medscape Cardiology; 2006.
- 4 García Quintana JA, González Morales L, Castro Bueno N, Medina Fernández-Acytuno. Tromboembolismo pulmonar con trombo móvil e la aurícula. *Med Intensiva*. 2006;30:183-6.
- 5 Gómez R, Penas, JL, Fleitas C, Cascallana JE. Trombo libre en aurícula izquierda. *Biomédica*. 2005;25:293-4.
- 6 Alexis Llamas J. Papel de la ecocardiografía convencional y transesofágica en la fibrilación auricular. *Rev Col Cardiol*. 2007;14(Supl. 3):165-70.

Rubén GÓMEZ IZQUIERDO<sup>1</sup>,  
Lorenzo ALONSO VEGA<sup>2</sup>,  
Íñigo GÓMEZ ZABALA<sup>3</sup>,  
Carlos TEJA SANTAMARÍA<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. <sup>2</sup>Servicio de Urgencias.

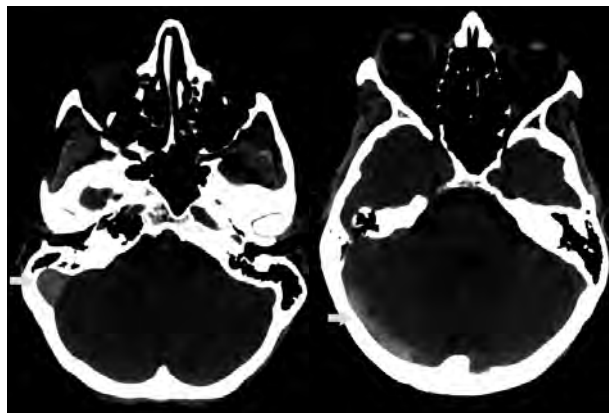
<sup>3</sup>Médico de Familia. Hospital de Laredo. Cantabria, España.

## Cefalea subaguda en una mujer joven con exploración neurológica normal

**Sr. Editor:**

La cefalea es un motivo frecuente de consulta en urgencias<sup>1-3</sup>, y es importante para la práctica diaria la diferenciación de las causas potencialmente peligrosas de las que no lo son. Para esto, además de la anamnesis siempre, debemos basarnos en la exploración neurológica y en las técnicas de imagen<sup>4,5</sup>.

Mujer de 34 años con cefalea progresiva de cuatro días de evolución, de localización holocraneal y carácter opresivo, que aumentaba a lo largo del día, con periodos de remisión y sin relación con las maniobras de valsalva. No refería vómitos ni fiebre. Había sufrido dos abortos espontáneos en los últimos 5 años. La exploración física y neurológica fueron anodinas. La analítica y la radiografía de tórax resultaron normales, con test de embarazo negativo. La tomografía computarizada (TC) reveló una imagen hiperdensa en los senos venosos sigmoide y transversos derechos (Figura 1). La angiorrisonancia nuclear magnética (RM) craneal constató una trombosis aguda de esos senos. La ecografía Doppler venosa yugular mostró alteraciones. Se anticoaguló con heparina sódica intravenosa, y posteriormente con dicumarínicos, con buena evolución. El estudio de trombofilia fue normal [VSG, antitrombina III, Dímero D, Proteína C, Proteína S, anticoagulante lúpico, serología hepatitis B y C, VIH, RPR, anticuerpos (Ac) anti-treponema pallidum, anticardiolipina y antinucleares, vitamina B12, ácido fólico, ferritina sérica, inmunoglobulinas (Ig) A, G y M, homocisteína plasmática, TSH, B2-microglobulina, gen factor V-Leiden y protrombina mutación 20210<sup>6</sup>], por lo que se diagnosticó una trombosis venosa cerebral idiopática (TVC).



**Figura 1.** Tomografía computarizada craneal con imagen hiperdensa en localización del seno venoso sigmoide (flecha) y transverso derechos (flecha).

La TVC es una entidad infradiagnosticada, que afecta a todas las edades de la vida, y tanto el cuadro clínico como las técnicas de neuroimagen muestran una gran variabilidad, lo que convierte el diagnóstico en un auténtico reto<sup>2,3</sup>. La TC es la primera exploración a realizar, pues permite descartar otras causas, así como mostrar la fuente subyacente. En un 80% será anormal, aunque no siempre sus hallazgos serán diagnósticos. La RM es la técnica de elección: la venografía por RM aumenta la sensibilidad del estudio, y debe realizarse ante la sospecha de TVC, independientemente del resultado de la TC. El tratamiento consiste en terapia anticoagulante con heparina sódica en la fase aguda, seguido de anticoagulación oral (INR entre 2-3) durante un mínimo de 6 meses, cuando se trata de una TVC sin trastorno trombofílico<sup>4,5,7</sup>. En conclusión, la TVC es una causa potencialmente peligrosa de cefalea que requiere la utilización de pruebas de imagen complejas, y que puede cursar con exploración neurológica normal.

Pablo FRANQUELO MORALES,  
Margarita ALCÁNTARA ALEJO,  
Carlos HERRÁIZ DE CASTRO,  
Félix GONZÁLEZ MARTÍNEZ

*Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Luz.  
Cuenca, España.*

## Bibliografía

- 1 Dolera C, Peiro LZ, Antón JL, Navarro M. Trombosis de los senos venosos cerebrales: una emergencia neurológica poco frecuente. *Med Intensiva*. 2008;32:198.
- 2 Sánchez JP, Espina Riera B, Valle San Román N, Gutiérrez Gutiérrez A. Trombosis de los senos venosos cerebrales. *Medicine*. 2003;8:4987-94.
- 3 Laín Terés N, Julián Jiménez A, Núñez Acebes AB, Barrero Raya C, Aguilar Florit JL. Trombosis venosa cerebral. Un realiad en Urgencias. *Emergencias*. 2007;19:99-103.

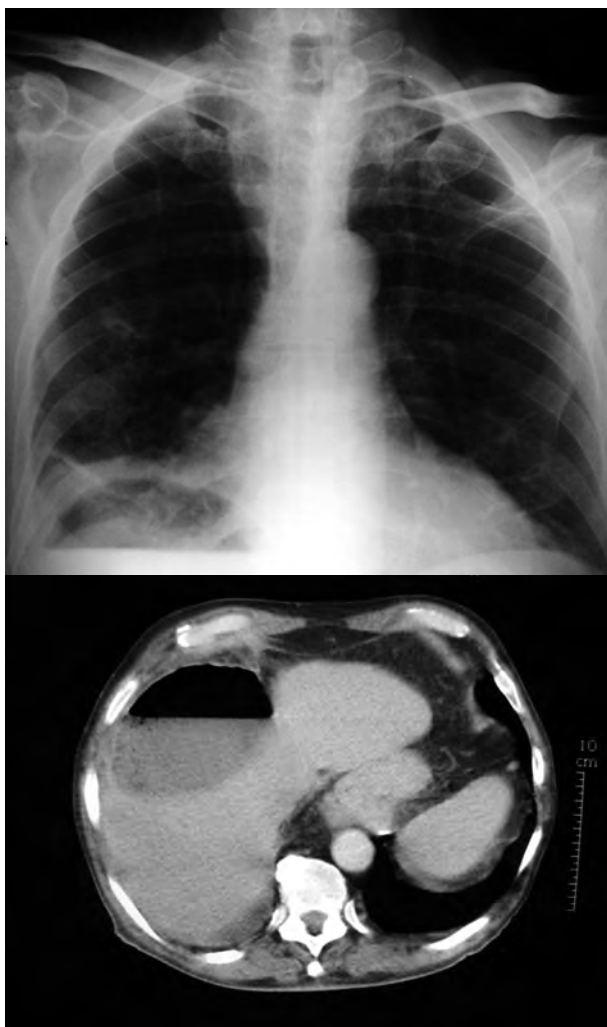
- 4 González Hernández A, Fabre Pi O, López Fernández JC, Arana Toledo V, López Veloso C, Suárez Muñoz J. Prevalencia de los trastornos de la coagulación en una serie de trombosis de senos venosos cerebrales. *Rev Neurol*. 2007;45:661-4.
- 5 González Martínez F. Cefalea. En: Moya Mir MS, editor. *Manejo Integral de las Urgencias*. Madrid: Adalia Ed; 2007. p. 67-71.
- 6 Pérez D, Cambra L, Noguera Julián A, Palomeque Rico A, Toll Costa T, Campistol J, et al. Trombosis venosa cerebral en niña portadora de la mutación 20210GA del gen de la protrombina, tratada mediante fibrinolisis local del seno sagital superior. *Rev Neurol*. 2002;35:913-7.
- 7 Manzano P, Egido H, Sáiz A, Jorquera M. Ataque isquémico transitorio como expresión de trombosis de senos venosos duros. *Neurología*. 2006;21:155-8.

## Absceso subfrénico

### Sr. Editor:

Varón de 80 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal y síndrome febril. Entre sus antecedentes personales destaca un episodio de colecistitis aguda litiasica dos meses antes que evolucionó favorablemente con tratamiento conservador. A su llegada a urgencias, la exploración física reveló un abdomen no doloroso a la palpación, sin defensa ni peritonismo y una temperatura corporal de 37,2°C. En la radiografía de tórax se observó un nivel hidroaéreo en el hipocondrio derecho sugestivo de absceso subfrénico (Figura 1). La ecografía abdominal que puso de manifiesto una colección subdiafragmática derecha de 14 cm de diámetro, próxima a la línea media, con abundante contenido ecogénico e imágenes aéreas en su interior en relación con un absceso subfrénico. No se consiguió identificar la vesícula. Se completó el estudio mediante tomografía computarizada (TC) abdominal (Figura 1), que mostró una colección subfrénica anterior con nivel hidroaéreo que se continuaba con una lesión de 9 cm en el lecho vesicular, en la que se observaba aire y múltiples imágenes cálcicas sugestivas de litiasis. Se procedió a realizar una punción y aspiración de la lesión que dio salida a un líquido purulento, por lo que se colocó un drenaje percutáneo. El diagnóstico final fue de colecistitis complicada con absceso subfrénico.

En el diagnóstico de abscesos subfrénicos es especialmente importante una adecuada correlación entre la información obtenida a través de la anamnesis, la exploración, los datos de laboratorio y los hallazgos de las pruebas de imagen. Es necesario tener presente que la existencia de procesos inflamatorios sépticos intra-abdominales o pelvianos, las perforaciones de víscera hueca, los traumatismos abdominales –fundamentalmente sobre los hipocondrios– o las intervenciones quirúrgicas abdominales favorecen el desarrollo de este cuadro. Por ello, debe sospecharse en todo paciente con los antecedentes señalados que presente signos y síntomas de sepsis y, al examen físico, limitación de los movimientos respiratorios, dolor a la compresión en la base del hemitórax, percusión dolorosa en el hipocondrio afecto o elevación del hemidiafragma de dicho lado. El tratamiento va encaminado a contro-



**Figura 1.** Radiografía de tórax (superior) en la que se observa un nivel hidrioaéreo en el hipocondrio derecho sugestivo de absceso subfrénico, el cual se confirmó mediante una tomografía computarizada (inferior).

lar el cuadro séptico con antibióticos y con drenaje del absceso, bien percutáneamente bajo control ecográfico o de TC o bien quirúrgicamente.

## Bibliografía

- 1 Gervais DA, Ho CH, O'Neill MJ, Arellano RS, Hahn PF, Mueller PR. Recurrent abdominal and pelvic abscesses: incidence, results of repeated percutaneous drainage, and underlying causes in 956 drainages. *Am J Roentgenol.* 2004;182:463-6.
- 2 Cinat ME, Wilson SE, Din AM. Determinants for successful percutaneous image-guided drainage of intra-abdominal abscess. *Arch Surg.* 2002;137:845-9.

Estela FERNÁNDEZ CUADRIELLO,  
 Ángela MEILÁN MARTÍNEZ,  
 Bonel ARGÜELLES GARCÍA,  
 Susana Ana ÁLVAREZ GONZÁLEZ  
*Servicio de Urgencias. Hospital Universitario  
 Arnau de Vilanova. Lleida, España.*

## Signo de Chilaiditi

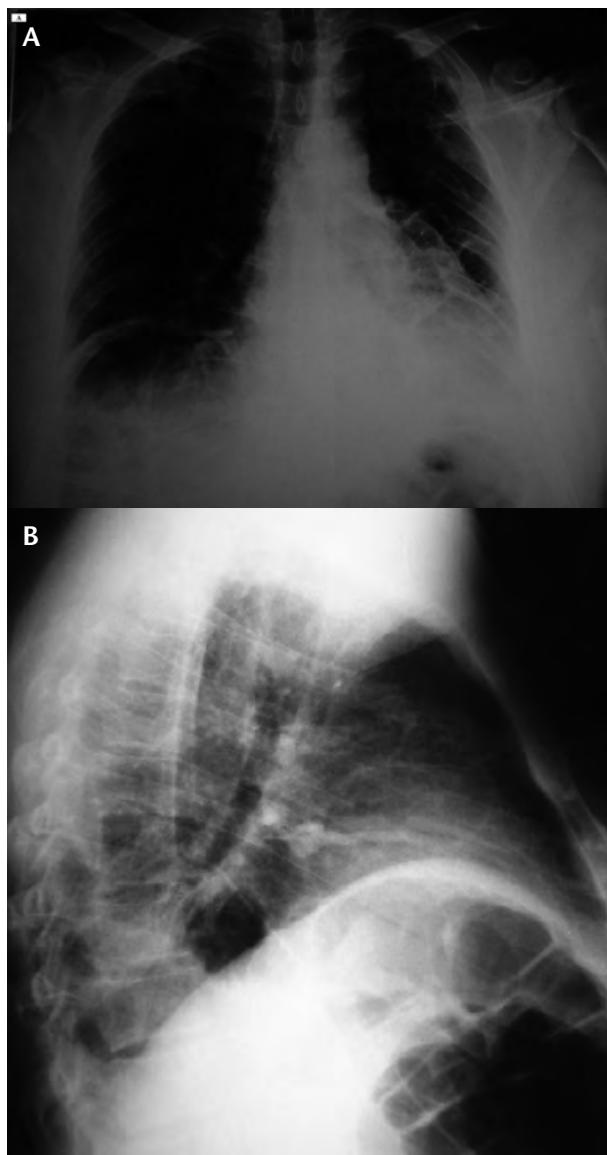
### Sr. Editor:

El signo de Chilaiditi es una imagen radiológica poco frecuente que puede confundir en ocasiones el diagnóstico de lesiones en el traumatismo torácico y abdominal.

Varón de 45 años sin antecedentes de interés, que ingresa en nuestro Centro por sufrir un accidente de motocicleta (colisión contra un muro). Destacaban a la exploración: puntuación en la escala de conciencia de Glasgow 15, presión arterial 140/80 mmHg, frecuencia cardiaca 93 lpm, 30 rpm, Sat<sub>a</sub>O<sub>2</sub> con FIO<sub>2</sub> 0,5 de 96%. Presentaba dolor torácico, erosión dorsal e hipofonesis izquierdas, enfisema subcutáneo, buena mecánica ventilatoria sin desviación traqueal cervical ni ingurgitación yugular, auscultación cardiaca y pulsos correctos, abdomen blando, depresible, sin dolor ni peritonismo y pelvis estable, raquis sin hallazgos y policontusión y polierosión en extremidades. La radiología simple (Rx) de tórax mostraba un pequeño neumotórax y un derrame pleural izquierdos, fractura de arcos costales izquierdos 3, 4, 5, 6, 7 y una imagen aérea entre el hígado y el diafragma derechos (Figura 1) por tomografía computarizada (TC) concluyó que se trataba de un Signo de Chilaiditi. Las TC de control demostraron una contusión pulmonar izquierda y una lesión hepática ocupante de espacio, compatible con hemangioma. Mediante drenaje torácico, analgesia epidural y fisioterapia ventilatoria, recuperó su fisiología respiratoria.

El signo de Chilaiditi es un hallazgo presente hasta en el 0,28% de radiografías de tórax en bipedestación<sup>1</sup> que afecta principalmente a varones de más de 65 años<sup>2</sup>. Descrito en 1910 por el radiólogo Demetrius Chilaiditi, es una anomalía posicional colónica, y raramente del intestino delgado, caracterizada por la interposición del colon entre el hemidiafragma derecho y el hígado<sup>3</sup>, y que sucede muy raramente en el lado izquierdo<sup>4</sup>. Suele ser asintomática aunque algunos pacientes pueden referir malestar abdominal, estreñimiento y náuseas insidiosas que acostumbran a autolimitarse, aunque la relación clínica con la interposición colónica es controvertida<sup>3</sup>. Se han citado como factores predisponentes la atrofia hepática, anomalías de posición y elongación colónica, parálisis del nervio frénico, hipotiroidismo, obesidad y alteraciones mentales<sup>4</sup>. La aparición de un vólvulo es una rara complicación<sup>5</sup>.

La ausencia de clínica abdominal y de líquido libre y gas intraabdominal en Eco FAST y TC de urgencia en nuestro caso, descartaron el neumoperitoneo. A pesar de la escasa clínica que aporta la hernia diafragmática traumática<sup>6</sup> y la capacidad diagnóstica limitada del TC o la radiografía para su diagnóstico<sup>7</sup>, el estudio radiológico y el meca-



**Figura 1.** Radiografía de tórax: A) Obsérvese la interposición aérea subdiafragmática derecha y las fracturas costales y derrame pleural izquierdo. B) Proyección lateral en la que se identifican las haustras colónicas.

nismo de producción con lesiones torácicas altas izquierdas y su menor frecuencia en el lado derecho (5% a 20% del las roturas diafragmáticas traumáticas (0,8 a 3,6%)<sup>8</sup> concluyeron poco probable la rotura diafragmática derecha traumática con herniación de contenido intestinal. Otras lesiones como el absceso subfrénico o el quiste hidatídico<sup>9</sup> fueron descartadas por la ausencia de hallazgos en la historia y en las pruebas complementarias. Algunos trabajos recomiendan para su diagnóstico la radiografía de tórax en supino<sup>10</sup>. La TC contribuye a la confirmación del diagnóstico. Debe siempre tenerse en cuenta al realizar técnicas invasivas en la zona como la biopsia hepática para evitar la yatrogenia<sup>10</sup>.

Jordi MELÉ OLIVÉ,  
Fernando HERRERÍAS GONZÁLEZ,  
Cristina GAS RUÍZ,  
Enrique SIERRA GRANÓN

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, España.*

## Bibliografía

- 1 Vessal K, Borhanmanesh F. Hepatodiaphragmatic interposition of the intestine (Chilaiditi's syndrome). *Clin Radiol.* 1976;27:113-6.
- 2 Torgensen J. Suprahepatic interposition of the colon and volvulus of the coecum. *Am J Roentgenol.* 1951;66:747-51.
- 3 Tzimas T, Baxevanos G, Akritidis N. Chilaiditi's Sign. *Lancet.* 2009;373:836.
- 4 Kamiyoshihara M, Ibe T, Takeyoshi I. Chilaiditi's Sign mimicking a traumatic diaphragmatic hernia. *Ann Thorac Surg.* 2009;87:959-61.
- 5 Haddad CJ, Lacle J. Chilaiditi's syndrome: a diagnostic challenge. *Postgrad Med.* 1991;89:249-50.
- 6 Mele Olive J, Nogué Bou R. Rotura diafragmática traumática asociada a gastro-colo-espleno-tórax. *Emergencias.* 2005;17:96-7.
- 7 Rodríguez Morales G, Rodríguez A, Shatney CH. Acute rupture of the diaphragm in blunt trauma: analisis of 60 patients. *J Trauma.* 1986;26:438-44.
- 8 Kozak O, Menten O, Harlak A, Yigit T, Kilbas Z, Aslan I, et al. Late presentation of blunt right diaphragmatic rupture (hepatic hernia). *Am J Emerg Med.* 2008;26:638.
- 9 Shridar G, Leow CK. Free air or colon? *Ann Coll Surg.* 2003;7:136-8.
- 10 Prassopoulos PK, Raissaki MT, Gourtsoyiannis NC. Hepatodiaphragmatic interposition of the colon in the upright and supine position. *J Comput Assist Tomogr.* 1996;20:151-3.