



## CARTAS AL DIRECTOR

### Signo de Chilaiditi



#### Chilaiditi's sign

Sr. Director:

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, descrita por primera vez por Demetrius Chilaiditi, un radiólogo griego en 1910<sup>1</sup>. Es más frecuente en varones (relación 4:1), y generalmente es un hallazgo casual que aparece entre el 0,02-0,14% de los estudios radiológicos realizados por cualquier motivo<sup>2</sup>. Su causa es desconocida, aunque probablemente sea multifactorial.

El signo de Chilaiditi es asintomático. En caso de asociarse a sintomatología se denomina síndrome de Chilaiditi. Los síntomas más habituales son digestivos: vómitos, anorexia, estreñimiento y distensión abdominal. También puede asociarse a síntomas respiratorios como disnea o dolor pleurítico. Puesto que la exploración física suele ser anodina, es una entidad generalmente infradiagnosticada<sup>3</sup>.

Normalmente, los ligamentos suspensorios y la fijación del colon impiden la interposición del mismo entre el hígado y el diafragma. Se han descrito diversos factores predisponentes (tabla 1) para el síndrome de Chilaiditi, debido a los cambios que pueden generar en la relación entre hígado, colon y diafragma<sup>2,4</sup>.

Es importante conocer la presencia del signo de Chilaiditi en pacientes con factores predisponentes para minimizar la iatrogenia, como en el caso de procedimientos percutáneos transhepáticos o biopsia hepática en pacientes cirróticos o durante la realización de colonoscopías.

El diagnóstico de la interposición hepatodiafragmática se hace generalmente por radiografía simple. La imagen típica muestra aire debajo del diafragma, con haustras visibles entre el hígado y la superficie diafragmática (fig. 1). En caso de duda diagnóstica, la localización del aire no se modificará con el cambio de postura del paciente.

El diagnóstico diferencial se deberá realizar principalmente con el neumoperitoneo, que radiológicamente suele mostrar una sombra en forma de media luna bajo el diafragma, pero sin haustras visibles y que se modifica con el cambio de postura.

**Tabla 1** Factores predisponentes para el síndrome de Chilaiditi

#### Hepáticos

Ptosis hepática  
Cirrosis  
Atrofia hepática  
Alteraciones en el ligamento suspensorio del hígado

#### Intestinales

Megacolon  
Meteorismo  
Motilidad colónica anormal  
Alteraciones en el ligamento suspensorio del colon  
Acumulación anormal de gas por aerofagia

#### Diafragmáticos

Adelgazamiento diafragmático  
Elevación hemidiafragma derecho  
Eventración  
Lesión nervio frénico  
Cambios en la presión intratorácica (p. ej., enfisema)

#### Otros

Aumento de la cavidad torácica inferior (EPOC)  
Aumento de presión intraabdominal (obesidad, gestaciones múltiples, ascitis)  
Retraso mental y esquizofrenia  
Adherencias intraabdominales (por cirugía previa o neoplasia)  
Procedimientos endoscópicos previos

Otras entidades que deben incluirse en el diagnóstico diferencial son absceso subfrénico, neumatosis intestinal, quiste hidatídico infectado y tumor hepático<sup>2</sup>. Además se ha documentado algún caso con clínica similar a un cólico renal, por lo que también debería tenerse en cuenta para realizar un diagnóstico diferencial de esta enfermedad.

En caso de dudas diagnósticas, la ecografía o la tomografía axial computarizada son las exploraciones más comúnmente utilizadas para ampliar el estudio.

En el caso de pacientes asintomáticos no se precisa de ningún tratamiento. En los casos de síndrome de Chilaiditi sin criterios de gravedad inicialmente se suele realizar



**Figura 1** Interposición de intestino entre hígado y hemidiafragma derecho en paciente asintomático. Visualización de haustras (flecha blanca). Hallazgos compatibles con signo de Chilaiditi.

un tratamiento conservador: reposo en cama, descompresión con sonda nasogástrica, sueroterapia endovenosa, enemas, laxantes y suspensión de medicación potencialmente relacionada. Pese al tratamiento, el 26% de los

pacientes sintomáticos acaban precisando tratamiento quirúrgico (colectomía, hepatopexia o colopexia)<sup>5,6</sup>.

## Bibliografía

1. Chilaiditi D. On the question of hepatoptosis ptosis and generally in the exclusion of three cases of temporary partial liver displacement. *Fortschr Geb Röntgenstr Nuklearmed.* 1910;11:173–208.
2. Weng WH, Liu DR, Feng CC, Que RS. Colonic interposition between the liver and left diaphragm—management of Chilaiditi syndrome: A case report and literature review. *Oncol Lett.* 2014;7:1657–60.
3. Gil MJ, Murillo M, Jimenez P. Signo y síndrome de Chilaiditi: entidades a tener en cuenta. *Semergen.* 2011;37:267–9.
4. Rosa F, Pacelli F, Tortorelli AP, Papa V, Bossola M, Doglietto GB. Chilaiditi syndrome. *Surgery.* 2011;150:133–4.
5. Saber AA, Boros MJ. Chilaiditi's syndrome: What should every surgeon know? *Am Surg.* 2005;71:261–3.
6. Lohr CE, Nuss MA, McFadden DW, Hogg JP. Laparoscopic management of Chilaiditi's syndrome. *Surg Endosc.* 2004;18:348.

Bernat de Pablo Márquez<sup>a,\*</sup>, David Pedrazas López<sup>b</sup>, David García Font<sup>b</sup>, Jovita Roda Diestro<sup>c</sup> y Silvia Romero Vargas<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Urgencias, EAP Abrera, Abrera, Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Urgencias, CUAP Sant Andreu de la Barca, Sant Andreu de la Barca, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [bernatdepablo@gmail.com](mailto:bernatdepablo@gmail.com) (B. de Pablo Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.12.002>

## Infiltración intestinal por linfoma no Hodgkin-T de células grandes de alto grado con sobreexpresión de ciclina-D1 y expresión aberrante de CD79a en paciente con diagnóstico de micosis fungoide en estadio tumoral



### Intestinal infiltration of high-grade large T-cell non-Hodgkin lymphoma with cyclin-D1 overexpression and aberrant CD79a expression in a patient with a diagnosis of tumour stage mycosis fungoides

Sr. Director:

La presencia de afectación intestinal por micosis fungoide (MF) en estadio tumoral es excepcional y solo existen

aislados casos reportados<sup>1-4</sup>. Teniendo en cuenta lo infrecuente de esta complicación y las dificultades clínicas, radiológicas y patológicas que conlleva, presentamos un caso reciente de infiltración intestinal por linfoma no Hodgkin-T (LNH-T) de células grandes de alto grado en paciente con antecedentes de MF en estadio tumoral. Se trata de un varón de 78 años con antecedentes de LNH-T cutáneo tipo MF que, en los últimos meses, ha evolucionado a estadio tumoral con confirmación histológica e inmunohistoquímica (IHQ). El paciente fue sometido a laparotomía de urgencia por cuadro de abdomen agudo secundario a perforación intestinal, extirpándose un segmento de intestino delgado que presentaba signos de peritonitis fibropurulenta y múltiples nódulos tumorales con necrosis e invasión de todo el espesor intestinal (figs. 1 A y B). El estudio histológico mostró una infiltración de todas las capas del intestino por proceso linfoproliferativo de células grandes de alto grado (figs. 1 C-E). Inicialmente se planteó el diagnóstico diferencial con el linfoma del manto variante blastoide, linfoma B difuso de células grandes o con el linfoma T intestinal primario o secundario relacionado con