



SITUACIONES CLÍNICAS

Signo y síndrome de Chilaiditi: entidades a tener en cuenta

M.J. Gil Díaz*, M. Murillo Gómez y P. Jiménez González

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro Sanitario Alpes, Área 4 de Madrid, Madrid, España

Recibido el 14 de septiembre de 2010; aceptado el 3 de diciembre de 2010

Disponible en Internet el 26 de febrero de 2011

PALABRAS CLAVE

Signo de Chilaiditi;
Síndrome de
Chilaiditi;
Diagnóstico;
Diafragma;
Colon;
Radiográfico

KEYWORDS

Chilaiditi's sign;
Chilaiditi's syndrome;
Diagnosis;
Diaphragm;
Colon;
Radiographic

Resumen El signo de Chilaiditi fue descrito en 1910 por el radiólogo vienés Dimitrius Chilaiditi y consiste en la interposición de intestino entre el hígado y el hemidiafragma derecho. En la mayor parte de los casos se trata del ángulo hepático del colon. Se trata de un hallazgo radiológico, generalmente casual, sin que provoque en el paciente sintomatología alguna.

Se define como síndrome de Chilaiditi a la asociación del signo radiológico con manifestaciones clínicas, que usualmente serán digestivas.

Es importante que el médico sepa reconocer la imagen radiológica y realizar un correcto diagnóstico diferencial, así como conocer los síntomas que puede provocar el síndrome.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Chilaiditi's sign and syndrome: conditions to be aware of

Abstract Chilaiditi's sign was described in 1910 due to the radiology by Dimitrius Chilaiditi and consists of the overlapping of the intestine between the liver and the right diaphragm. In the majority of cases it involves the hepatic angle of the colon. It is a, generally, casual radiological finding without there being any patient symptomatology.

Chilaiditi's syndrome is defined as the combination of the sign with other clinical manifestations, which are usually gastrointestinal.

It is important that the physician knows how to recognise the radiological image and make the correct differential diagnosis, as well as knowing the symptoms that may trigger the syndrome.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La imagen de gas interpuesto entre el hemidiafragma derecho y el hígado en una radiografía se denomina signo de Chilaiditi en honor al radiólogo que la describió por

primera vez a comienzos del siglo XX¹. También se ha descrito algún caso en hemidiafragma izquierdo². El signo de Chilaiditi no se correlaciona con sintomatología de ningún tipo. En caso contrario se define como síndrome de Chilaiditi³. Los síntomas más frecuentes suelen ser dolor abdominal (episodios intermitentes recurrentes autolimitados), vómitos, estreñimiento, distensión abdominal y pérdida de apetito. A veces puede aparecer disnea o dolor pleurítico⁴.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariagildiaz78@gmail.com (M.J. Gil Díaz).

Tabla 1 Factores relacionados con aumento de prevalencia del signo y síndrome de Chilaiditi.

Varones
Retraso mental
Cirrosis
EPOC
Estreñimiento persistente
Aerofagia
Cirugía abdominal previa
Obesidad
Embarazo
Edad > 65 años

Fuente: elaboración propia.

La etiología es poco clara. Se ha relacionado con una fijación anómala del colon por defecto o ausencia de los ligamentos suspensorios del mismo, con la agenesia del lóbulo derecho del hígado, la elevación del hemidiafragma derecho, malrotación congénita del intestino, entre otras⁵.

Parecen ser factores predisponentes la existencia de cirugía abdominal previa, el estreñimiento y la aerofagia (tabla 1)⁶.

Se han descrito 3 formas de interposición hepatodiafrágica posibles:

1. Interposición del colon transversal y/o intestino delgado en el espacio subfrénico anterior derecho. Es la forma clásica descrita por Chilaiditi.
2. Interposición del colon o estómago en el espacio extra-peritoneal derecho.
3. Interposición del colon transversal en el espacio subfrénico posterior derecho.

El signo de Chilaiditi se asocia a una mayor prevalencia de cirrosis, EPOC y retraso mental. También parece ser más frecuente en varones⁶. Tiene una incidencia de entre el 0,02 y el 0,14% en estudios radiológicos realizados por cualquier motivo¹.

La presentación sindrómica es aún menos frecuente y suele tener un desenlace favorable aunque en algún caso se han descrito complicaciones como perforación, obstrucción intestinal y vólvulos. Sólo hay documentados alrededor de una decena de casos en la literatura médica.

Ante el hallazgo radiológico del signo de Chilaiditi en un paciente con síntomas se debe hacer el diagnóstico diferencial con neumoperitoneo, hernia diafrágica, neumatosis intestinal, absceso subfrénico y quiste hidatídico fundamentalmente. Además se ha documentado algún caso con clínica similar a un cólico renal¹ por lo que también debería tenerse en cuenta para realizar un diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Varón de 79 años con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) en tratamiento con antidiabéticos orales, hipercolesterolemia, cardiopatía isquémica crónica (infarto agudo de



Figura 1 Radiografía de tórax tomada al paciente en urgencias. Proyección anteroposterior.

miocardio en 1988), arteriopatía periférica y amputación de pierna derecha por traumatismo en la infancia. En tratamiento habitual con enalapril-hidroclorotiazida, glicazida, carvedilol, simvastatina, amlodipino, metformina, ácido acetilsalicílico y omeprazol.

Acudió a la consulta de atención primaria por malestar general, febrícula y dolor torácico de características pleuríticas de 2 días de evolución, sin otra sintomatología asociada. En la exploración física solo destacaba una disminución de la tensión arterial (110/60 mmHg) con respecto a las habituales (en torno a 130/80 mmHg) y crepitantes en base derecha en la auscultación pulmonar. Se derivó al paciente a urgencias donde se realizó analítica objetivándose leucocitosis de $15 \times 10^3/\mu\text{l}$ con desviación izquierda (resto de valores dentro del rango de normalidad), y ausencia de infiltrados en radiografía de tórax. Con el diagnóstico de infección respiratoria le fue dada el alta con tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico 875/125 mg cada 8 h durante una semana).

Dos días después el paciente acudió a la consulta de su médico de atención primaria por diarrea y persistencia de sintomatología respiratoria siendo la exploración normal. El paciente aportaba las pruebas complementarias realizadas previamente en el servicio de urgencias. En la radiografía de tórax se apreciaba imagen de densidad aire interpuesta entre hemidiafragma derecho e hígado que en la proyección lateral se identificaba como haustras intestinales (figs. 1 y 2). Ante la sospecha de signo de Chilaiditi se solicitaron al paciente radiografías previas, comprobándose la existencia de dicha imagen desde el año 1980.

Tras el cambio de antibiótico desapareció la diarrea y en 72 h remitió la sintomatología respiratoria que motivó la derivación a urgencias.

En un nuevo estudio radiológico de control un mes después de la clínica se informó de elevación de la porción anterior del hemidiafragma derecho con contornos diafrágicos lisos y signo de Chilaiditi sin otras alteraciones significativas salvo ligera elongación aórtica con ateromatosis calcificada.

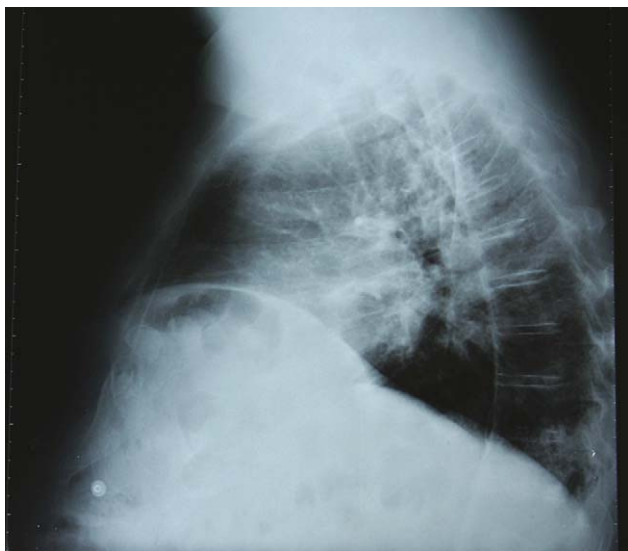


Figura 2 En la proyección lateral se pueden apreciar las haustras del colon.

Discusión

El signo de Chilaiditi es una entidad rara y lo es más aún cuando se presenta como síndrome, es decir, de manera sintomática, pero es importante que el médico de familia conozca esta imagen radiológica y la tenga presente en el momento de realizar un diagnóstico diferencial correcto. Entidades como el neumoperitoneo y la hernia diafragmática tienen una expresión radiográfica parecida que podría llevarnos a error por lo que resulta fundamental tener en cuenta la clínica del paciente. En el caso de quejas abdominales inespecíficas frecuentes e imagen radiológica compatible, habría que pensar en la posibilidad de un síndrome de Chilaiditi. Se pueden diferenciar de aire libre intraperitoneal si se visualizan las haustras intestinales.

O bien habrá que recurrir a otras proyecciones radiográficas; incluso a la realización de la tomografía computarizada⁷.

En nuestro caso se trató de un hallazgo casual y la clínica del paciente no parecía tener relación con el mismo por lo que estamos ante un signo de Chilaiditi.

El tratamiento del síndrome dependerá de la etiología. Lo más frecuente es recurrir a medidas no quirúrgicas que alivien la sintomatología, tales como reposo, hidratación, enemas, dieta rica en fibra y descompresión nasogástrica⁵. Los pacientes suelen responder muy bien al tratamiento conservador.

En caso de existir complicaciones la opción terapéutica será quirúrgica. Hay pacientes que requieren colectomía o colonopexia laparoscópica³. La principal complicación es la obstrucción o pseudoobstrucción (síndrome de Ogilvie) y la formación de vólvulos colónicos^{6,8}.

Bibliografía

1. Alcocer Pérez C. El síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal. *MEDIFAM*. 2003;13:41–4.
2. Gallego Soriano MJ. Síndrome de Chilaiditi. Revisión a propósito de un caso. *Rev Esp Enf Digest*. 1983;63:66–71.
3. Glatter RD, April RS, Miskovitz P, Neistadt LD. Severe recurrent abdominal pain: an anatomical variant of Chilaiditi's syndrome. *MedGenMed*. 2007;9:67.
4. Prieto-Díaz-Chávez E. Síndrome de Chilaiditi como un problema de decisión quirúrgica: reporte de un caso y revisión de literatura. *Cir Gen*. 2007;29:294–6.
5. Walter E. Longo. Image of the month-diagnosis. *Arch Surg*. 2008;143:94.
6. Flores N, Ingar C, Sánchez J, Fernández J, Lazarte C, Málaga J, et al. The Chilaiditi syndrome and associated volvulus of the transverse colon. *Rev Gastroenterol Peru*. 2005;25:279–84.
7. Sonke GS, Beerepoot LV, Los M. A patient with subdiaphragmatic air. *Neth J Med*. 2008;66:89–90.
8. Sparks DA, Dawood MY, Chase DM, Thomas DJ. Ischemic volvulus of the transverse colon: a case report and review of literature. *Cases J*. 2008;1:174.