

## Síndrome de Chilaiditi. Una imagen vale más que mil palabras

C. Serrano Riobos, F. Echávarri Olavarría

Unidad de Pediatría. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón (Madrid)

### Resumen

Se presenta el caso de una niña de 6 años que refería un dolor abdominal leve de 2 meses de evolución, en la que la radiografía de tórax permitió hacer el diagnóstico de síndrome de Chilaiditi.

**Palabras clave:** Síndrome de Chilaiditi, dolor abdominal, pediatría

### Abstract

*Title:* Chilaiditi syndrome. An image is better than thousand words

We report the case of a 6-year-old girl who was recounting abdominal slight pain of 2 months of evolution, in which the X-ray picture of thorax allowed us to do the diagnosis of Chilaiditi's syndrome.

**Keywords:** Chilaiditi's syndrome, abdominal pain, pediatrics

### Introducción

La interposición del intestino delgado o grueso entre el hígado y el diafragma se encuentra de forma casual en la población general, con una incidencia muy baja, y su imagen radiológica constituye el signo de Chilaiditi. El término «síndrome de Chilaiditi» se reserva para los casos en que hay síntomas clínicos acompañantes: dolor abdominal, anorexia, vómitos, distensión abdominal o estreñimiento. El tratamiento es habitualmente conservador y, en general, presenta resultados satisfactorios.

Se presenta el caso de una niña con clínica de dolor abdominal que fue diagnosticada de síndrome de Chilaiditi.

### Caso clínico

Niña de 6 años de edad, remitida a consulta externas para su estudio y seguimiento debido a un asma episódica ocasional, desencadenada por infecciones respiratorias de las vías altas. En la anamnesis por aparatos, realizada durante su primera visita a nuestra consulta, refiere un dolor abdominal por el que

Fecha de recepción: 17/07/12. Fecha de aceptación: 29/10/12.

**Correspondencia:** C. Serrano Riobos. Unidad de Pediatría. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Valdelaguna, 1. 28922 Alcorcón (Madrid). Correo electrónico: [cserranor@fhalcorcon.es](mailto:cserranor@fhalcorcon.es)

**Cómo citar este artículo:** Serrano Riobos C, Echávarri Olavarría F. Síndrome de Chilaiditi. Una imagen vale más que mil palabras. Acta Pediatr Esp. 2013; 71(8): e233-e236.

hacia 2 meses había consultado en el servicio de urgencias de su centro de salud. Los padres lo describen como casi diario, intermitente, no bien localizado, de intensidad moderada, sin irradiación ni síntomas vegetativos acompañantes. Hace una deposición diaria, a veces dura y algo trabajosa, aunque no ha recibido tratamientos para ello. El dolor no le despierta, y la paciente no suele vomitar habitualmente.

En la exploración física se demuestra un buen estado general de la paciente en cuanto a nutrición e hidratación, con una somatometría correcta, con un peso de 21,6 kg (p37; -0,34 desviaciones estándares [DE] y una talla de 116,1 cm (p36; -0,38 DE). La auscultación cardíaca y respiratoria fue normal, y en la palpación abdominal la paciente no mostraba dolor a la presión, masas ni hallazgos patológicos. El examen neurológico y la exploración otorrinolaringológica fueron normales.

Debido a su patología respiratoria se solicitó una radiografía de tórax. En su historia clínica constaba una radiografía de tórax normal, practicada 5 años antes (figura 1). Al realizarse la nueva radiografía de tórax (figura 2) se observó una presencia anormal de aire en la cúpula del hemiabdomen derecho, por interposición del colon entre el hígado y el diafragma, que nos llevó a realizar el diagnóstico de síndrome de Chilaiditi. El dolor abdominal disminuyó espontáneamente hasta su práctica desaparición al cabo de 2 meses.

## Discusión

La imagen radiológica de interposición de un segmento de intestino entre el hígado y el diafragma constituye el signo de Chilaiditi, tal como se puede observar en la radiografía del caso que presentamos. Fue descrito por primera vez en 1865, por Cantini; en 1910 el radiólogo austriaco Demetrius Chilaiditi lo denominó «hepatoptosis», y más adelante el signo recibió su nombre actual. En la mayor parte de los casos la localización anómala de las asas intestinales se sitúa en el ángulo hepático del colon. Se han publicado unas tasas de incidencia del 0,02-0,28% de todas las exploraciones radiológicas de tórax y abdomen. Este signo, raro en pediatría<sup>1</sup>, es algo más frecuente en los varones mayores de 65 años, con una relación hombre/mujer de 4:1<sup>2,3</sup>.

Es un hallazgo radiológico generalmente casual, y en la mayoría de los casos no hay síntomas de ninguna clase. Es raro que asocie dolor. Su descripción suele corresponder a una imagen incidental obtenida en los estudios radiológicos de adultos estreñidos, o solicitados por cualquier otro motivo, como en el caso de esta paciente. Sin embargo, se define como síndrome de Chilaiditi la asociación del signo radiológico con manifestaciones clínicas atribuibles a la interposición de asas, que usualmente son digestivas: dolor abdominal recidivante, frecuentemente estreñimiento, y raramente problemas más severos, como vómitos, obstrucción intestinal y otras complicaciones infrecuentes<sup>4</sup>. La citada interposición puede no ser permanente, en función de la laxitud de los sistemas de fijación del intestino, por lo que la sintomatología puede ser intermitente y recurrente. En este caso, en la siguiente visita a nuestra consulta la paciente refirió una desaparición casi total de los síntomas abdominales.

A pesar de no ser muchos los casos descritos en la infancia, puede resultar muy útil que el médico sepa reconocer la imagen radiológica (ya que se podrían evitar exploraciones complementarias innecesarias), y realizar así un correcto diagnóstico diferencial, sobre todo de las causas de dolor abdominal recidivante. Tal como se ha apuntado en una reciente publicación, probablemente sea ésta una de las pocas circunstancias clínicas en que la radiografía simple de abdomen pueda más eficaz como prueba inicial que la ecografía abdominal<sup>5</sup>. Es importante no confundir la imagen con un neumoperitoneo o un absceso subfrénico, excepcionales en pediatría pero más habituales en pacientes ancianos clínicamente poco expresivos.

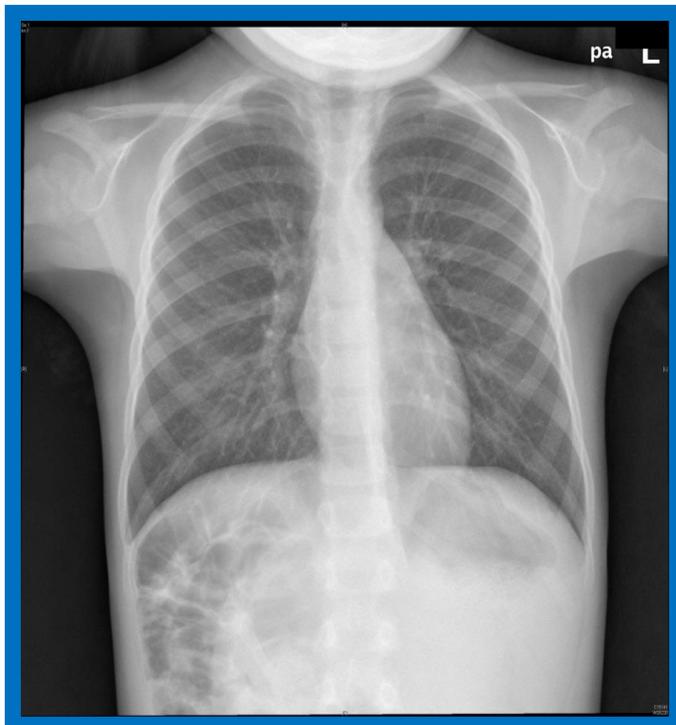
El tratamiento es conservador en la mayor parte de los casos. Consiste en la recomendación al paciente de medidas higiénico-dietéticas, basadas en una alimentación equilibrada rica en fibra, destinadas a mejorar el estreñimiento, eliminar gases y evitar su formación. Se han descrito casos infrecuentes en pacientes ancianos<sup>2</sup> y excepcionales en pacientes pediátricos<sup>3,4</sup> que requieren tratamiento quirúrgico, ya sea por la aparición de complicaciones graves, como vólvulos u obstrucción intestinal, o por la persistencia y recurrencia de los síntomas, que llegan a interferir en su actividad diaria de los pacientes<sup>6</sup>.

## Bibliografía

1. Jackson AD, Hodson CJ. Interposition of the colon between liver and diaphragm (Chilaiditi's syndrome) in children. *Arch Dis Child*. 1957; 32: 151-158.
2. De Andrés A, Lumbreras C, Blanco M. Síndrome de Chilaiditi, a propósito de un caso. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011; 13: 89-92.
3. Zaragoza M, San José S, Morán J. Signo de Chilaiditi bilateral. *Emergencias*. 2012; 24: 156-161.
4. Barroso Jornet JM, Balaguer A, Escribano J, et al. Chilaiditi syndrome associated with transverse colon volvulus: first report in a paediatric patient and review of the literature. *Eur J Pediatr Surg*. 2003; 13: 425-428.
5. Iturralde Orive I, Rocandio Cilvetti B, Canduela Fernández C. Síndrome de Chilaiditi: una única radiografía es diagnóstica. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 74(1): 53-54.
6. Madrigal Terrazas A, Núñez Giralda A, Rollán Villamarín V, García-Novo MD. Síndrome de Chilaiditi. *An Pediatr (Barc)*. 2000; 52(2):189-190.



**Figura 1.** Radiografía de tórax/abdomen, realizada en 2007, sin hallazgos



**Figura 2.** Radiografía de tórax realizada en 2012. Se aprecian asas de colon interpuestas entre el hígado y el diafragma (signo de Chilaiditi)