

Chilaiditi: signo o síndrome

Sánchez García-Altare MJ¹, González Sendra FJ², Parra Gordo ML², Bandrés Carballo B², Rosado Caracena P², Velasco Ruiz M²

¹Área 2 de Atención Primaria

²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Princesa Madrid

La interposición de intestino delgado o grueso entre el hígado y el diafragma se denomina signo de Chilaiditi. Fue descrito por primera vez en 1910 por un radiólogo vienés, Demetrius Chilaiditi. Este fenómeno se observa en 0,025-0,28% de la población general y casi siempre es un hallazgo casual. Es más frecuente en adultos, varones y cuando hay aumento de grasa intraabdominal.

El término síndrome se reserva para casos en los que existe sintomatología: dolor abdominal, anorexia, vómitos, distensión abdominal, estreñimiento, obstrucción intestinal intermitente, dificultad respiratoria e incluso arritmia cardiaca.

Se han descrito múltiples factores predisponentes: alteraciones anatómicas entre hígado, colon y diafragma, disminución de tamaño del hígado, defectos congénitos de los ligamentos hepáticos, malrotación, malposición o movilidad anormal del intestino, elongación del colon o estrechamiento de su inserción en el mesenterio, alteración del nervio frénico, sobreelevación del hemidiafragma derecho y aumento del diámetro torácico.

Otros factores predisponentes son estreñimiento crónico, cirugía previa, obesidad, ascitis y aerofagia. En adultos, el síndrome suele asociarse a cirrosis, enfisema, hipotiroidismo con estreñimiento crónico, obesidad, esquizofrenia o múltiples gestaciones.

La interposición hepatodiafragmática suele ser intermitente. Se han descrito tres formas de interposición posibles:

- Colon transversal y/o intestino delgado en el espacio subfrénico anterior derecho (forma clásica descrita por Chilaiditi).
- Interposición del colon o estómago en el espacio extraperitoneal derecho.
- Interposición de colon transversal en espacio subfrénico posterior.

El diagnóstico se establece mediante radiografía simple, ecografía o tomografía computerizada (TC) abdominal. Las **figuras 1 y 2** de radiología simple corresponden a las radiografías pósterio-anteriores



Figura 1

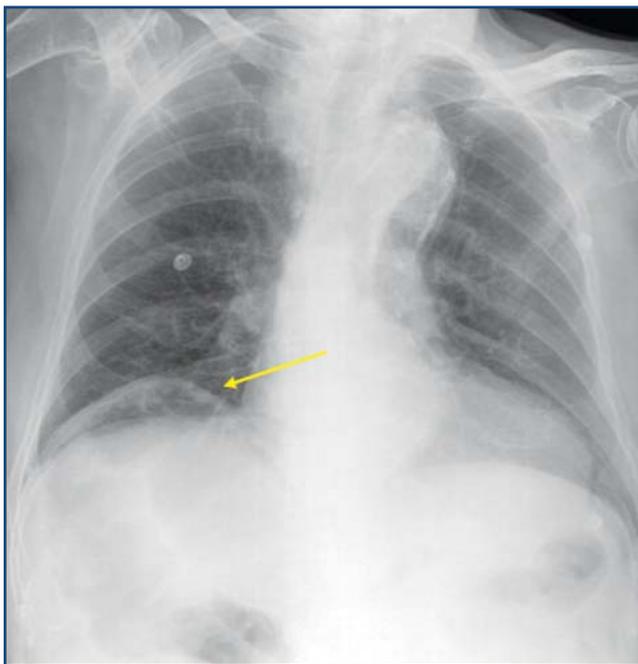


Figura 2

(PA) de tórax de dos pacientes diferentes. En ambas se aprecia la interposición de colon entre hígado y hemidiafragma derecho (flechas) mediante la identificación de las haustras colónicas.

La figura 3 corresponde a TC abdominal con contraste intravenoso y se observa la interposición de colon entre hígado y espacio subfrénico (flecha).

El tratamiento del síndrome de Chilaiditi incluye medidas conservadoras: reposo, aporte de fluidos,

descompresión con sonda nasogástrica, enema, dieta rica en fibra; sin embargo, un 26% de los pacientes necesitarán tratamiento quirúrgico si aparecen complicaciones como vólvulo, obstrucción intestinal o apendicitis subfrénica.

En conclusión, es importante reconocer el síndrome de Chilaiditi y su espectro de presentación porque esta entidad puede confundirse con otras alteraciones más graves, como neumoperitoneo, absceso subfrénico, rotura de vísceras abdominales, lesiones hepáticas o masas retroperitoneales, y puede dar lugar a intervenciones quirúrgicas innecesarias.



Figura 3

BIBLIOGRAFÍA

1. Aldoss IT, Abuzetun JY, Nusair M, Suker M, Porter J. Chilaiditi Syndrome Complicated by Cecal Perforation. *South Med J* 2009;102:841-3.
2. Sanyal K, Sabanathan K. Air below the right diaphragm: Chilaiditi sign. *Emerg Med J* 2008; May 25:300.
3. Lo BM. Radiographic look-alikes: Distinguishing between pneumoperitoneum and pseudopneumoperitoneum. *J Emerg Med* 2008; Aug 30.
4. Madrigal Terrazas A, Núñez Giralda A, Rollán Villamarín V, García Novo MD. Síndrome de Chilaiditi. *An Pediatr (Barc)* 2000;52:189-90.
5. Alcocer Pérez C, Carod Benedico E, Sanz Martínez D. El síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal. *MEDIFAM* 2003; 13:41-4.
6. Alva S, Shetty-Alva N, Longo WE. Image of the Month. *Arch Surg* 2008;143:93-4.