



387/134 - CURIOSA RADIOGRAFÍA

L. Rodríguez Vélez¹, I. Rivera Panizo², J. Andino López¹, J. Villar Ramos³, V. Acosta Ramón⁴, C. Granja Ortega⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.⁴Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años, sin antecedentes de interés, que acude derivado a urgencias remitido por su centro de salud tras episodio de mareo autolimitado, con sudoración y palidez sin pérdida de conciencia, de segundos de duración y con recuperación completa posterior espontánea. En el centro de salud se intenta realizar ECG sin conseguir realizar las derivaciones I, II, III, aVR, aVF, aVL y objetivándose bradicardia a 54 lpm y TA 95/65. El paciente refiere que acude a su MAP por tos y mucosidad sin fiebre los días previos.

Exploración y pruebas complementarias: T^o: 35,3 °C, TA: 132/65 mmHg, FC: 64 lpm, SatO₂: 98%. Consciente y orientado en las tres esferas. Normohidratado, coloreado y perfundido. Eupneico en reposo. AC: rítmico. No se auscultan soplos. AP: mvc. No se auscultan ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. EEII: no edemas. No datos de TVP. Exploración neurológica normal, sin focalidad. Bioquímica: glucosa 108 mg/dL, función renal normal, Iones normales, PCR 5,3 mg/dL, troponina 0,00 ng/mL. Hemograma: leucocitos 6.400/?L (fórmula normal), Hemoglobina 15,0 g/dL, Plaquetas 117 × 10³?/L. Radiografía tórax: no se objetivan condensaciones. Senos costofrénicos libres. En hemidiafragma derecho se objetiva una imagen compatible con asa intestinal interpuesta (con contenido aéreo en su interior). ECG: RS. FC 64 lpm. No alteraciones de la repolarización.

Juicio clínico: Presíncope vasovagal. Signo radiológico de Chilaiditi.

Diagnóstico diferencial: Neumoperitoneo, hernia diafragmática, neumatosis intestinal, absceso subfrénico, quiste hidatídico o vólvulo.

Comentario final: El signo de Chilaiditi consiste en la interposición del colon entre el hígado y el diafragma y habitualmente es un hallazgo radiológico casual. Suele ser asintomático pero cuando se acompaña de síntomas como dolor o distensión abdominal, disnea, náuseas/vómitos o estreñimiento se conoce como síndrome de Chilaiditi. Suele ser un hallazgo raro y su presentación sindrómica más rara aún. Su etiología no está clara pero se ha relacionado con cirugía abdominal previa, estreñimiento, aerofagia, retraso mental, obesidad, agenesia del lóbulo derecho del hígado o elevación del hemidiafragma derecho. El tratamiento en el caso del síndrome dependerá de la etiología, pero lo más frecuente son las medidas conservadoras con reposo, hidratación, enemas o dieta rica en fibra y descompresión nasogástrica. La principal complicación es la obstrucción intestinal o la volvulación.

Bibliografía

Moaven O, Hodin RA. Chilaiditi Syndrome: A Rare Entity with Important Differential Diagnoses. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;4:276.

Moralioglu S. Chilaiditi's syndrome: A case report. *Turk Arch Ped*. 2011;46:253-5.

Hazra NK, Panhani NL, Tiwari PK, Gupta A. Chilaiditi's Syndrome. *Kathmandu University Medical Journal*. 2009(7);3:20-3.

Síndrome de Chilaiditi. *Rev Inst Med Sucre*. 2004;124:61-2.