

IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Chilaiditi

A. Arcega Baraza^{a,*}, M. Soto García^b y Á. Thomas-Balaguer Cordero^a

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Santa María de Benquerencia, Área Sanitaria de Toledo, Toledo, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Palomarejos, Área Sanitaria de Toledo, Toledo, España

Acude a nuestra consulta un paciente varón de 77 años con los siguientes antecedentes: abandono de hábito tabáquico hace 5 años, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tipo enfisematoso y episodios de estreñimiento y diarrea alternantes, en seguimiento por gastroenterología. Consulta por cuadro respiratorio que señala reagudización de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica. A la auscultación, se escucha disminución del murmullo vesicular generalizado con crepitantes predominantes en base derecha. Por ello, pautamos tratamiento con broncodilatadores de rescate, antibioterapia y solicitamos radiografía de tórax (fig. 1).

En la imagen observamos el signo de Chilaiditi. Se trata de un signo radiológico que muestra una alteración anatómica consistente en la interposición del intestino delgado o el colon entre el hígado y el diafragma. Es asintomática y suele ser un hallazgo radiológico casual. Se trata de una entidad rara y aún es más raro que se presente como síndrome de Chilaiditi, es decir, de manera sintomática, asociando clínica como dolor abdominal inespecífico recurrente¹. El signo de Chilaiditi tiene una prevalencia de entre un 0,25 y un 0,28% y predomina en el sexo masculino (4:1)². Además, su incidencia aumenta con la edad y la obesidad.

La etiología es poco clara. Por un lado, las alteraciones congénitas se han relacionado con algunos factores como elongación colónica por alargamiento del mesenterio, agenesia del lóbulo hepático, mala fijación colónica por ausencia de ligamentos suspensorios, malrotación congénita del intestino o elevación hemidiafragmática derecha.



Figura 1

Por otro lado, existen casos adquiridos asociados a cirugías abdominales, estreñimiento crónico o aerofagia, entre otros¹.

Este signo puede confundirse radiológicamente con la presencia de neumoperitoneo o de hernia diafragmática. Por ello, tendremos que correlacionarlo con la clínica. Si observamos haustras intestinales, como en nuestro paciente, sabremos que no se trata de un neumoperitoneo.

En caso de clínica compatible y dudas radiológicas, deberíamos recurrir a otras pruebas de imagen².

La aparición del signo radiológico de Chilaiditi en un paciente asintomático no requiere tratamiento. En el caso del síndrome de Chilaiditi, el tratamiento es principalmente

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aarcegab@gmail.com (A. Arcega Baraza).

de tipo conservador con medidas higiénico-dietéticas, abundante hidratación, enemas de limpieza si aparece estreñimiento y dieta rica en fibra.

El abordaje quirúrgico se reserva para los casos en los que aparecen complicaciones. La complicación principal del síndrome de Chilaiditi es la obstrucción o pseudoobstrucción intestinal (síndrome de Ogilvie) y la volvulación colónica³.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses, así como la ausencia de financiación para la elaboración de este manuscrito.

Agradecimientos

Agradecimientos al Servicio de Radiología del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, por cedernos la imagen.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Ramos JL, Poza Cordon J, Froilán Torres C, Oterino Serrano C. Síndrome de Chilaiditi complicado con vólvulo de sigma y desplazamiento hepático. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018;110:195–6.
2. Nair N, Takieddine Z, Tariq H. Colonic interposition between the liver and diaphragm: The chilaiditi sign. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2016;2016:1–2.
3. 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.