

---

---

# Síndrome de Chilaiditi simulando un neumoperitoneo

Jorge Isaac Ramírez Rivera<sup>1</sup>, José Reinaldo Leiva Flores<sup>1</sup>, María Elizabeth Ramírez Rivera<sup>2</sup>

1-Cirujano Pediatra. Hospital del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante. Guayaquil, Ecuador.

2-Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador

---

---

## Resumen

El signo de Chilaiditi es el hallazgo radiológico de un segmento intestinal que se interpone entre la cara superior del hígado y el diafragma. Se considera síndrome cuando se acompaña de sintomatología. Puede confundirse con neumoperitoneo, motivo de interconsulta a cirugía.

Presentamos el caso de una paciente de 14 años atendida en nuestro hospital.

**Palabras clave.** Síndrome de Chilaiditi, neumoperitoneo

## Chilaiditi's syndrome simulating pneumoperitoneum

### Abstract

Chilaiditi's sign is the radiographic finding of an interposed intestinal segment between the upper surface of the liver and the diaphragm. It is considered as syndrome when is accompanied by symptoms. It can be confused with pneumoperitoneum, reason of consultation for surgery.

We report the case of a patient of 14 years old treated in our hospital.

**Key words:** Chilaiditi's syndrome, pneumoperitoneum

### Introducción

El signo de Chilaiditi hace referencia al hallazgo radiológico de un segmento intestinal -generalmente, colon-, que se interpone entre la cara superior del hígado y el diafragma. Se considera como un descubrimiento casual, pero cuando se acompaña de sintomatología gastrointestinal, respiratoria, cardiovascular o incluso sistémica, se denomina síndrome de Chilaiditi<sup>1</sup>. De rara observación en la población pediátrica<sup>2</sup>, puede ser confundido con neumoperitoneo, que es uno de los motivos de interconsulta para el cirujano. Presentamos un caso clínico atendido en nuestro hospital.

### Caso clínico

Paciente de 14 años de edad, sexo femenino, con parálisis cerebral. Ingresó por tos y alza térmica no cuantificada de dos semanas de evolución y vómito. Se acompañó de distensión abdominal y ausencia de deposiciones desde hace siete días. Facies álgida. En el tórax se auscultaron estertores bilaterales. El abdomen estaba distendido, moderadamente tenso y doloroso. Los ruidos hidroaéreos aumentados de intensidad. La radiografía de

tórax mostró un infiltrado parahiliar derecho e incidentalmente imágenes aéreas delante del hígado (figura 1).

Por éstas imágenes, y bajo la sospecha de neumoperitoneo se pidió la valoración de Cirugía, quienes solicitaron una radiografía de abdomen en donde se observó el colon distendido y visiblemente sobrepuesto al hígado; el segmento transversal aumentado de longitud y a nivel distal, escíbalos y materia fecal (figura 2).

Se indicó administrar enemas de solución salina y glicerina, que consiguieron la eliminación de abundante materia fecal y la disminución de la distensión abdominal. La paciente permaneció hospitalizada por dos semanas debido a su cuadro respiratorio. Las deposiciones se presentaron espontáneas, con tendencia a la regularidad y el vómito remitió. Actualmente acude a control por consulta externa de Pediatría y Cirugía, con adecuada evolución.

## Discusión

El síndrome de Chilaiditi debe su nombre al médico austriaco que lo describió como signo en 1910<sup>3</sup>. La sintomatología descrita con frecuencia es gastrointestinal, principalmente dolor abdominal y vómitos<sup>4</sup>. Otros autores reportan también manifestaciones respiratorias, cardiovasculares e incluso sistémicas<sup>1</sup>. La matidez hepática puede encontrarse desplazada o ausente debido a la interposición de aire del colon transversal<sup>5,6</sup>.

El análisis de una radiografía

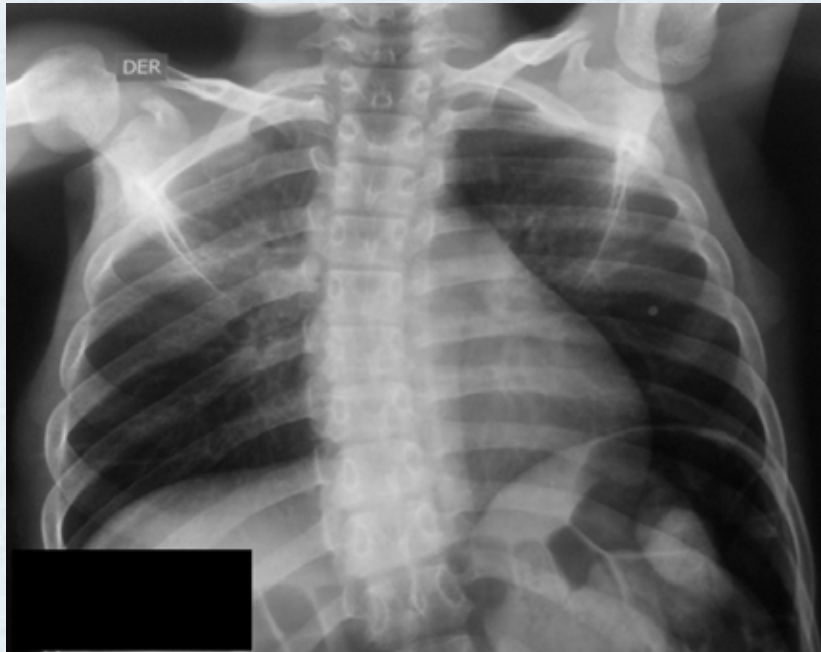


Figura 1. Infiltrado parahiliar derecho. Imágenes aéreas en la parte inferior delante del hígado.



Figura 2. Imagen de asas intestinales interpuestas entre el hígado y el hemidiafragma. Las haustras indican que se trata de colon.

simple de abdomen es suficiente para el diagnóstico<sup>2</sup>. Se observan imágenes con densidad aire sobrepuestas al hígado, que se pueden interpretar de forma errónea como neumoperitoneo<sup>7</sup>, pero la identificación de haustras aclara su naturaleza colónica, tal como en el caso presentado.

El tratamiento en su forma simple se basa en descompresión nasogástrica<sup>8,9</sup>, medidas dietéticas<sup>2,9</sup>, enemas<sup>8-10</sup>, administración de laxantes<sup>1</sup> o ablandadores del bolo fecal<sup>9</sup>.

En personas sanas, el síndrome de Chilaiditi se atribuye a un incremento en la longitud, diámetro y motilidad del colon<sup>7</sup>. También se ha relacionado con alteraciones anatómicas congénitas, principalmente de los medios de fijación hepáticos e intestinales y de la inserción diafragmática<sup>9,10</sup>. La presentación clínica en estos pacientes puede ser de una obstrucción intestinal debido a vólvulo, adherencias

o malrotación. En estos casos se indica el tratamiento quirúrgico que es controvertido, por cuanto adicional al manejo específico de cada una de estas complicaciones, algunos autores recomiendan realizar hepatopexia, fijación del colon al peritoneo a nivel umbilical o incluso colectomía subtotal<sup>1</sup>. Otros autores indican el tratamiento quirúrgico en presencia de sintomatología recurrente<sup>8,11</sup>.

Nosotros creemos sin embargo, que a falta de un consenso general, el tratamiento empleado debe ser el más conservador posible según el mejor criterio y la experiencia del cirujano.

## Bibliografía

1. Erdem SB, Nacaroglu, Ünsal CS, Alper H, Can D. Chilaiditi syndrome in two cases presented with respiratory distress symptoms. *Turk Thorac J* 2015; 16:97-100
2. Iturralde I, Rocandio B, Canduela C. Síndrome de Chilaiditi: una única radiografía es diagnóstica. *An Pediatr (Barc)* 2011; 74:53-54
3. Chilaiditi D. Zur frage der hepatoptose und ptose im allgemeinen im anschluss an drei falle von temporarer, partieller leberverlagerung. *Fortcschr Geb Rontgenstr Nuklearmed Erganzongsband 1910-11*; 16:173-208
4. Jackson ADM, Hodson CJ. Interposition of the colon between liver and diaphragm (Chilaiditi's syndrome) in children. *Arch Dis Child* 1957; 32:151-158
5. Mendoza G, Alvarez ME, Argente HA. Examen físico del abdomen. En: Argente HA, Alvarez ME, editores. *Semiología Médica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana 2008, pp. 687-702
6. Surós A, Surós J. *Semiología Médica y Técnica Exploratoria*, 8ª ed. Barcelona: Elsevier 2001, pp. 357-534
7. Nagem RG, Freitas HL. Chilaiditi's syndrome: a case report. *Radiol Bras* 2011; 44:333-335
8. Madrigal A, Núñez A, Rollán V, García-Novo MD. Síndrome de Chilaiditi. *An Esp Pediatr* 2000; 52:189-190
9. Kang D, Pan AS, Lopez MA, Buicko JL, López-Viego M. Acute abdominal pain secondary to Chilaiditi syndrome. *Case Reports in Surgery* 2013; 2013:756590
10. Klein M, García C. Caso clínico-radiológico. *Rev Chil Ped* 2005; 76:199-201
11. Huang WC, Teng CS, Tseng MH, et al. Chilaiditi's syndrome in children. *Acta Pediatr Taiwan* 2007; 48:77-83

