



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

de Andrés González, A.; Lumbreras Torija, C.; Blanco Gutiérrez, M.
Síndrome de Chilaiditi; a propósito de un caso
Pediatría Atención Primaria, vol. XIII, núm. 49, enero-marzo, 2011, pp. 89-92
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638728008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Síndrome de Chilaiditi; a propósito de un caso

A. de Andrés González^a, C. Lumbreras Torija^b, M. Blanco Gutiérrez^b

^aPediatra. CS Reyes Magos. Alcalá de Henares, Madrid. España.

^bMédico de Familia. CS Reyes Magos. Alcalá de Henares, Madrid. España.

Resumen

Se presenta el caso de un niño de cinco años con cuadro clínico de dolor abdominal, distensión abdominal y estreñimiento, en quién la radiografía simple de tórax y abdomen hizo posible el diagnóstico de síndrome de Chilaiditi.

Palabras clave: Síndrome de Chilaiditi. Dolor abdominal. Pediatría.

Chilaiditi syndrome; a case report

Abstract

We report the case of a five years old child with a clinical picture of abdominal pain and distension, and constipation. The plain thorax and abdominal radiograph made possible the diagnosis of the Chilaiditi syndrome.

Key words: Chilaiditi's syndrome. Abdominal pain. Pediatrics.

Introducción

El signo radiológico de Chilaiditi es la interposición de una parte del colon entre el diafragma y el hígado, siendo en general un hallazgo radiológico casual; en algunos pacientes se asocia a síntomas, en cuyo caso recibiría el nombre de síndrome de Chilaiditi. Es un cuadro de muy escasa frecuencia y que responde, generalmente, de forma favorable.

Caso clínico

Paciente de cinco años con antecedentes familiares de estreñimiento (madre y hermano de 12 años) y antecedentes personales de estreñimiento, que acude a consulta por dolor abdominal difuso de diez días de evolución, con anorexia y sin deposiciones los tres últimos días; sin síntomas miccionales ni sensación febril.

Antonio de Andrés González, antoniodeandresgonzalez@hotmail.com

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Figura 1. Radiografía posteroanterior de tórax: interposición del colon entre el hígado y el diafragma.



Figura 2. Radiografía posteroanterior de tórax: resolución de los hallazgos anteriores.



Exploración física: afebril, con buen estado general; tensión arterial de 105/55 mmHg; frecuencia cardiaca de 110 lpm. Normocoloreado. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias; sin signos de irritación peritoneal, signos de Blumberg, Murphy y del psoas negativos; dolor a la palpación, más intenso en el hipocondrio derecho; se palpan masas compatibles con heces en la fosa iliaca izquierda.

Dada la exploración del paciente, se solicita radiografía de abdomen, en la cual se evidencia interposición del colon entre el hígado y el diafragma (figura 1).

Con el diagnostico de síndrome de Chilaiditi, se inicia tratamiento conservador con dieta y laxantes, siendo valorado a las 24 y 48 horas; el paciente elimina gases y heces a las 24 horas. Desde entonces permanece asintomático.

Se realiza una radiografía de control a los siete días, en la que ha desaparecido la interposición colónica entre el diafragma y el hígado (figura 2).

Discusión

Nos encontramos ante un cuadro clínico frecuente en las consultas de Pediatría de Atención Primaria, como es el dolor abdominal. Son múltiples las causas que pueden ocasionar esa sintoma-

tología; entre ellas nos encontramos con un cuadro poco habitual, como es el síndrome de Chilaiditi.

El síndrome de Chilaiditi es la interposición temporal o permanente hepato-diafragmática del colon y, más raramente, del intestino delgado o el estómago; descrito por Chilaiditi en 1911, el signo pasa a denominarse síndrome cuando se acompaña de síntomas clínicos².

La incidencia en la población es del 0,02-0,14% de todas las exploraciones radiológicas toracoabdominales.

Puede presentarse con una gran variabilidad clínica, y tan inespecífica como dolor abdominal, vómitos, anorexia o estreñimiento, y excepcionalmente se complica con un vólvulo u obstrucción intestinal.

Es más frecuente en varones que en mujeres (razón 4:1), se asocia a estreñimiento, parálisis del nervio frénico, eventración del diafragma, hipermotilidad del colon y cirugía abdominal previa^{2,3}. Es muy raro en niños, y son muy pocos los casos infantiles publicados, al ser propio del adulto (sobre todo a partir de los 65 años). Parece que en niños podría existir una asociación con alteraciones anatómicas congénitas⁴.

En la exploración es frecuente encontrar distensión abdominal y descenso del hígado por el colon. La radiografía

toracoabdominal puede ser suficiente pero no diagnóstica; en ella, aparecerá una masa de densidad aire entre el hemidiafragma derecho y el hígado. Así, se puede realizar el diagnóstico diferencial con neumoperitoneo, absceso subfrénico, neumatosis intestinal, quiste hidatídico infectado y tumores hepáticos¹.

El tratamiento suele ser conservador: reposo en cama y dieta que favorezca la eliminación de gases y evite el estreñimiento, pueden ser útiles los laxantes y enemas; el tratamiento quirúrgico se reserva para aquellas situaciones en que se asocia a complicaciones graves (vólvulos y obstrucción)⁴.

Bibliografía

1. Alcober Pérez C, Carod Benedico E, Sanz Martínez D. El síndrome de Chilaiditi en el diagnóstico diferencial del cólico renal. Medifam [revista en Internet]. 2003;13(1):49-52 [consultado el 03/02/2011]. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000100007&lng=es
2. Prieto Díaz-Chávez E, Marentes EJJ, Medina CJL, Avatos GJ, Trujillo-Hernández B. Síndrome

de Chilaiditi como un problema de decisión quirúrgica; reparte de un caso y revisión de la literatura. Cir Gen. 2007;29(4):244-96.

3. Flora N, Ingar C, Sánchez J, Fernández C, Lazarte C, Málaga J, y cols. Síndrome de Chilaiditi complicado con vólvulo de colon. Rev Gastroenterol (Perú). 2005;25:279-84.

4. Yañes Llobet W, Sfeir Byron R, Hayes Dorado JP, Paniagua Guzmán R. Síndrome de Chilaiditi. Rev Inst Med Su. 2004;69(124):61-2.

