



Síndrome de Chilaiditi

A. Madrigal Terrazas^a, A. Núñez Giralda^a, V. Rollán Villamarín^b y M.D. García-Novo^a

^aServicio de Gastroenterología. ^bServicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Niño Jesús. Madrid.

(An Esp Pediatr 2000; 52: 189-190)

INTRODUCCIÓN

La interposición del intestino delgado o grueso entre el hígado y el diafragma se encuentra de forma casual en la población general, con una incidencia muy baja.

El término de síndrome de Chilaiditi se reserva para aquellos casos en los que hay síntomas clínicos: dolor abdominal, anorexia, vómitos, distensión abdominal o estreñimiento¹.

El tratamiento es habitualmente conservador, y en casos fuertemente sintomáticos se practica hepatopectia con resultados satisfactorios².

Se presenta el caso de una niña con episodios de dolor abdominal recurrente que fue diagnosticada de síndrome de Chilaiditi e intervenida quirúrgicamente.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se remite para estudio a la consulta de gastroenterología a una niña de 2 años y 9 meses de edad que en los últimos 3 meses presentaba anorexia con pérdida de peso, pseudodisfagia para sólidos y líquidos y flexión lateral del cuello y del tronco hacia lado izquierdo (no siempre en relación con la ingesta), sensación de plenitud precoz posprandial y episodios de distensión y dolor abdominal de tipo cólico de forma ocasional.

Los datos antropométricos y la exploración física por aparatos y sistemas fue normal.

Se realizó un tránsito gastrointestinal en el que se objetivó hernia de hiato y reflujo gastroesofágico. Una esofago-gastroscopia mostró hiperemia del tercio distal esofágico.

Con estos resultados, se diagnosticó un síndrome de Sandiffer asociado a reflujo gastroesofágico. Se pautó tratamiento con procinéticos, antiácidos y protectores de la mucosa gástrica.

Tras seguir este tratamiento durante unos meses, la paciente presentó una mejoría clínica parcial persistiendo el dolor abdominal.

En uno de estos episodios agudos de dolor abdominal fue traída a urgencias. Una radiografía simple de abdomen puso de manifiesto aerogastria acusada con el estómago verticalizado, gran distensión de asas intestinales y del colon, el cual a nivel de la flexura hepática se encontraba por encima y lateral al hígado (fig. 1).



Figura 1. Radiografía simple de abdomen: gran distensión de estómago y asas intestinales con interposición del colon ascendente entre el diafragma y el hígado, el cual es desplazado hacia la línea media.

En la ecografía abdominal se objetivó desplazamiento del hígado a la línea media.

Posteriormente, se realizó un enema opaco en donde se reprodujo la interposición del colon entre el diafragma y el hígado. Cuando el colon se llenaba completamente, desplazaba el hígado hacia la línea media, y recuperaba su posición normal cuando se vaciaba.

De esta manera se confirmó que la niña presentaba un síndrome de Chilaiditi.

A los 3 meses del diagnóstico se realizó una hepatopectia, fijándose la cara posterior del hígado al diafragma. Durante la intervención se observó que el lóbulo derecho del hígado era muy móvil, sin ningún elemento de fijación. Además, el colon era anormalmente largo.

Tras la intervención quirúrgica, desapareció el dolor abdominal.

Correspondencia: Dra. M.D. García-Novo. Servicio de Gastroenterología. Hospital Niño Jesús. Avda. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid.

Recibido en abril de 1999.

Aceptado para su publicación en septiembre de 1999.

DISCUSIÓN

La interposición del intestino delgado o grueso entre hígado y diafragma suele detectarse de forma casual al realizar una radiografía por otros motivos. La mayoría de los individuos están asintomáticos, pero en ocasiones pueden presentar náuseas, vómitos, dolor abdominal, estreñimiento, obstrucción intestinal intermitente¹ e, incluso en casos graves, distrés respiratorio o arritmia cardíaca². Cuando se presenta alguno de estos síntomas, se utiliza el término de síndrome de Chilaiditi¹.

Se detecta en el 0,025-0,28% de los estudios radiológicos de abdomen^{2,3}. La frecuencia es mayor en varones que en mujeres. La probabilidad de hallarlo aumenta con la edad y con la cantidad de grasa intrabdominal⁴.

El síndrome es muy raro en niños, siendo muy pocos los casos publicados^{3,5}.

Se han descrito múltiples factores predisponentes. Los más frecuentes están relacionados con posibles alteraciones anatómicas entre hígado, colon y diafragma: disminución del 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, eventración diafragmática y aumento del diámetro torácico¹.

Otros factores predisponentes descritos han sido: estreñimiento crónico, cirugía previa, obesidad y aerofagia^{1,2,4,6}.

En adultos, el síndrome suele asociarse a cirrosis, enfisema, hipotiroidismo con estreñimiento crónico, obesidad, esquizofrenia, apendicitis, etc.^{2,7,8}.

En los niños parece existir una relación más estrecha con la presencia de alteraciones anatómicas congénitas. En el caso que presentamos se pudo objetivar ausencia de elementos de fijación del lóbulo derecho del hígado y una acusada elongación del colon, en el proceso quirúrgico.

No hemos encontrado en la literatura la asociación de síndrome de Sandiffer y síndrome de Chilaiditi, pero es posible que la aerofagia y el meteorismo que presentaba la paciente fueran factores que contribuyeran al desencadenamiento del síndrome.

La interposición hepatodiafragmática suele ser intermitente⁹. En el caso que presentamos la interposición colónica se observaba durante los episodios de dolor y distensión abdominal.

El diagnóstico se establece mediante radiografía simple, ecografía o TC abdominal.

Se han descrito tres formas de interposición diafragmática posibles³:

1. Interposición del colon transversal y/o intestino delgado en el espacio subfrénico anterior derecho, que es la forma clásica descrita por Chilaiditi.

2. Interposición del colon o estómago en el espacio extraperitoneal derecho¹⁰.

3. Interposición del colon transversal en el espacio subfrénico posterior derecho, que es la forma descrita en nuestra paciente.

En ocasiones la imagen radiológica se puede confundir con otras patologías más graves, como son absceso subfrénico, neumoperitoneo, hernia diafragmática o masa abdominal^{1,6,11-13}. En estos casos es de utilidad un estudio baritado de colon y/o TC abdominal.

El tratamiento generalmente es conservador. Los síntomas disminuyen con reposo en cama, descompresión nasogástrica, dieta líquida y enemas. Sin embargo, si se compromete el estilo de vida del paciente o se asocia a complicaciones severas, por ejemplo vólvulo^{1,7,9}, obstrucción intestinal o apendicitis subfrénica⁸, entonces se requiere tratamiento quirúrgico.

En esta paciente se optó por el tratamiento quirúrgico a causa de la persistencia y recurrencia de los síntomas que interferían en su actividad diaria, con buena evolución posterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plorde JJ, Raker EJ. Transverse colon volvulus and associated Chilaiditi's syndrome: case report and literature review. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 2613-2616.
2. Risaliti A, De Anna D, Terrosu G, Uzzau A, Carcoforo P, Bresadola F. Chilaiditi's syndrome as a surgical and nonsurgical problem. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 176: 55-58.
3. London D, Sestopal-Epelman M, Lebovici O. Chilaiditi's syndrome in an infant: bowel loops mimicking mass lesions on sonography. *Pediatr Radiol* 1995; 25: 238-239.
4. Prassopoulos PK, Raissaki M, Gourtsoyiannis NC. Hepatodiaphragmatic interposition of the colon in the upright and supine position. *J Comput Assist Tomogr* 1996; 20: 151-153.
5. Jackson AD, Hodson CJ. Interposition of the colon between liver and diaphragm (Chilaiditi's Syndrome) in children. *Arch Dis Child* 1957; 32: 151-158.
6. Melester T, Burt ME. Chilaiditi's syndrome: Report of three cases. *JAMA* 1985; 254: 944-945.
7. Takagi Y, Abe T, Nakada T, Matsuura H. A case of Chilaiditi's syndrome associated with strangulated volvulus of the sigmoid colon. *Am J Gastroenterol* 1995; 10: 1905.
8. Cumming WA, Kays DW. Posterior hepatodiaphragmatic interposition of the colon complicated by appendicitis. *J Pediatr Surg* 1994; 29: 1626-1627.
9. Orangio GR, Fazio VW, Winkelmann E et al. The Chilaiditi's Syndrome and associated volvulus of the transverse colon. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 653-656.
10. Fukuchi Y, Hirano A, Aoki T. Rare case of internal hernia with a new type of hepatodiaphragmatic interposition of the stomach and colon. *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 1322-1324.
11. Changchien Ch. Sonographic findings in Chilaiditi Syndrome. *J Clin Ultrasound* 1995; 23: 49-51.
12. Auh Y, Pardes J, Chung K, Rubenstein W, Kazam E. Posterior hepatodiaphragmatic interposition of the colon. Ultrasonographic and computed tomographic appearance. *J Ultrasound Med* 1985; 4: 113-117.
13. Ozturk E, Narin Y, Pabucco Y, Ozguven M, Gunalp B, Bayhan H. A false positive space-occupying lesion. Appearance in colloid liver Scintigraphy due to Chilaiditi's syndrome. *Clin Nucl Med* 1993; 18: 159-160.