Revista Pediatría
Órgano oficial de la Sociedad Colombiana de Pediatría

PEDIATR (2024) 57(4) e480

Pediatría

http://www.revistapediatria.org/ • ISSN 0120-4912 • eISSN 2444-9369

Sociedad Colombiana de Pediatría
Regional Bogotá

Reporte de caso

DOI: https://doi.org/10.68770/rp.v57i4.480

El signo de Chilaiditi, mucho más que un hallazgo incidental en pediatría: caso clínico

Chilaiditi Sign: Beyond an Incidental Finding in Pediatrics—A Case Report

Diego Andrés Cruz Acevedo[a], *Sofia Martínez Guerrero*[a], *Gabriela Africano Díaz*[a] *y José Miguel Suescún-Vargas*[a,b,c,d]

[a] Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.
[b] Pediatra hospitalario, Instituto Roosevelt, Bogotá, Colombia.
[c] Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.
[d] Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Recibido: 8 de agosto de 2023
Aceptado: 15 de febrero de 2024

Palabras clave:
Síndrome de Chilaiditi
Pediatría
Neumoperitoneo
Hallazgos incidentales
Radiografía

RESUMEN

Antecedentes: El signo de Chilaiditi es un hallazgo radiológico descrito como la presencia de aire entre el hígado y el hemidiafragma derecho, secundario a la interposición de un segmento intestinal. Habitualmente, se documenta como un hallazgo radiológico incidental y suele tratarse de una afección benigna asintomática. Puede confundir al clínico por sus características radiológicas y dar lugar a intervenciones diagnósticas o terapéuticas innecesarias. Algunos pacientes presentan el síndrome de Chilaiditi que se diferencia del signo por la presencia de síntomas inespecíficos como distensión y dolor abdominales, anorexia, náuseas y emesis.
Resumen del caso: Presentamos el caso de un lactante masculino de tres meses con antecedente de comunicación interventricular en manejo crónico con medicación anticongestiva, quien presentó sintomatología respiratoria dada por la presencia de bronquiolitis aguda fenotipo B por virus sincitial respiratorio. Durante su hospitalización, presentó deterioro clínico, por lo cual se tomó radiografía de tórax que evidenció como hallazgo incidental superposición de asas intestinales en el parénquima hepático que orienta a la presencia del signo de Chilaiditi, confirmado posteriormente en radiografía de abdomen. En su evolución, cursó sin presencia de sintomatología gastrointestinal.
Conclusiones: El conocimiento del signo de Chilaiditi es de gran importancia para los clínicos responsables de la atención pediátrica, ya que su desconocimiento puede llevar a la realización de abordajes diagnósticos o terapéuticos innecesarios. Asimismo, resulta fundamental la diferenciación de este con el síndrome de Chilaiditi.

Keywords:
Chilaiditi Syndrome
Pediatrics
Pneumoperitoneum
Incidental Findings
Radiography

ABSTRACT

Background: Chilaiditi's sign is a radiological finding described as the presence of air secondary to the interposition of an intestinal segment between the liver and the right hemidiaphragm. It is usually documented as an incidental radiological finding and is usually an asymptomatic benign condition. Due to its radiological characteristics, it can confuse the clinician and lead to unnecessary diagnostic or therapeutic interventions. Some patients present with Chilaiditi syndrome, which is differentiated from the sign by the presence of nonspecific symptoms such as abdominal distension and pain, anorexia, nausea, and emesis.
Case summary: We present the case of a 3-month-old male infant with a history of ventricular septal defect under chronic management with anticongestive medication who presents respiratory symptoms due to the presence of acute bronchiolitis phenotype B due to Respiratory Syncytial Virus. During his hospitalization, he presented clinical deterioration, for which a chest X-ray was taken, which evidenced, as an incidental finding, superimposition of intestinal loops in the liver parenchyma, which pointed to the presence of the Chilaiditi sign, later confirmed in an abdominal X-ray. Its evolution courses without the presence of gastrointestinal symptoms.
Conclusion: Knowledge of the Chilaiditi Sign is of great importance for clinicians responsible for pediatric care, since its ignorance can lead to unnecessary diagnostic or therapeutic approaches; Likewise, the differentiation of this with the Chilaiditi syndrome is fundamental.

Cómo citar: Cruz Acevedo DA, Martínez Guerrero S, Africano Díaz G, Suescún-Vargas JM. El signo de Chilaiditi, mucho más que un hallazgo incidental en pediatría: caso clínico. Pediatr. 2024;57(4): e480. https://doi.org/10.68770/rp.v57i4.480.
Autor de correspondencia: Diego Andrés Cruz Acevedo, diegoan.cruz@urosario.edu.co
Obra bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.
Más información: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

1. Introducción

El signo de Chilaiditi consiste en un infrecuente hallazgo radiológico benigno descrito como la interposición de un segmento intestinal —frecuentemente un segmento colónico— entre el hígado y el hemidiafragma derecho, de forma temporal o permanente. Dadas sus características radiológicas, puede confundir al clínico y dar lugar a innecesarias intervenciones diagnósticas e incluso quirúrgicas (1).

En algunos casos, se puede acompañar de síntomas gastrointestinales derivados de dolor abdominal recurrente, distensión y dolor abdominal, anorexia, náuseas, emesis y estreñimiento, configurando el síndrome de Chilaiditi, el cual generalmente tiene respuesta favorable al manejo conservador. Dependiendo de la laxitud de los sistemas de fijación del intestino, la interposición colónica podría ser intermitente, lo cual se relacionaría directamente con la sintomatología variable expuesta (1).

Se presenta el caso de un paciente pediátrico que, en el curso de una bronquiolitis aguda, se le documentó el signo de Chilaiditi como hallazgo incidental.

2. Descripción del caso

Paciente masculino de tres meses de edad, con antecedente de comunicación interventricular de nueve milímetros (mm), con cortocircuito de izquierda a derecha con repercusión hemodinámica, sin clínica de descompensación cardiaca, en manejo crónico con anticongestivos; peso adecuado para la talla, con lactancia materna exclusiva.

Ingresó a nuestra institución remitido de centro de atención primaria por un cuadro clínico de sintomatología respiratoria alta y baja de tres días de evolución, con hipoxemia, sin fiebre ni otra sintomatología asociada. Se consolidó el diagnóstico de bronquiolitis aguda fenotipo B ante aislamiento en el panel viral de virus sincitial respiratorio.

Durante su evolución clínica intrahospitalaria, presentó deterioro respiratorio, dado por utilización de músculos accesorios y aumento en los requerimientos de oxígeno suplementario, por lo que se decidió toma de radiografía de tórax (Figura 1), la cual evidenció a nivel pulmonar engrosamiento del intersticio axial peribroncovascular y, como hallazgo incidental, la presencia de interposición de asas intestinales entre el parénquima hepático y el hemidiafragma derecho. Debido a esto, se tomó radiografía de abdomen simple (Figura 2) como estudio complementario, que confirmó la sospecha del signo de Chilaiditi en el paciente en estudio.

Durante su hospitalización, presentó adecuada tolerancia a la lactancia, sin cambios en su patrón de deposiciones, sin ninguna sintomatología gastrointestinal, por lo cual se descartó la existencia del síndrome de Chilaiditi. Posteriormente, mostró mejoría de su cuadro clínico respiratorio, lo que permitió el egreso hacia su hogar con oxígeno suplementario a bajo flujo, continuando su medicación anticongestiva, además de seguimiento ambulatorio por Pediatría y Cardiología Pediátrica.

3. Discusión

El signo de Chilaiditi fue descrito por primera vez en 1910 por Demetrius Chilaiditi, un radiólogo griego, quien realizó el reporte de tres pacientes con dicho hallazgo radiológico de manera incidental en radiografías de tórax y de abdomen. Este signo corresponde a un hallazgo infrecuente, con una incidencia del 0,025 % al 0,28 % globalmente, y una proporción de 4:1 entre hombres y mujeres respectivamente, siendo excepcional en población pediátrica, ya que es más frecuente en la tercera edad (1, 2).

En condiciones de normalidad, los ligamentos suspensorios y el mesocolon evitan la interposición del colon entre el hígado y el diafragma. No obstante, la presencia de variaciones anatómicas en estas estructuras —como la ausencia, laxitud o elongación de los ligamentos suspensorios del colon— puede generar esta condición (2). La radiografía toracoabdominal puede ser suficiente, aunque en ocasiones será necesaria la realización de la ecografía abdominal para confirmar el diagnóstico.

Generalmente, se documenta este signo radiológico como hallazgo incidental, así como describieron Venkataraman *et al*. en un paciente de tres años que cursó con infección respiratoria sin síntomas ni alteración gastrointestinales y en el que, por medio de una radiografía de tórax, se documentó la interposición colónica sobre el diafragma (3). Sin embargo, algunos pacientes presentan el síndrome de Chilaiditi que se diferencia por la presencia de síntomas leves como distensión y dolor abdominal, anorexia, náuseas y emesis, como describieron Hussain *et al*. en un niño de tres años en el curso de infección respiratoria aguda (4); o sintomatología persistente con dolor abdominal crónico, flatulencias y estreñimiento, como indicaron Evrengül *et al*. en un paciente de ocho años con síntomas crónicos gastrointestinales (5).

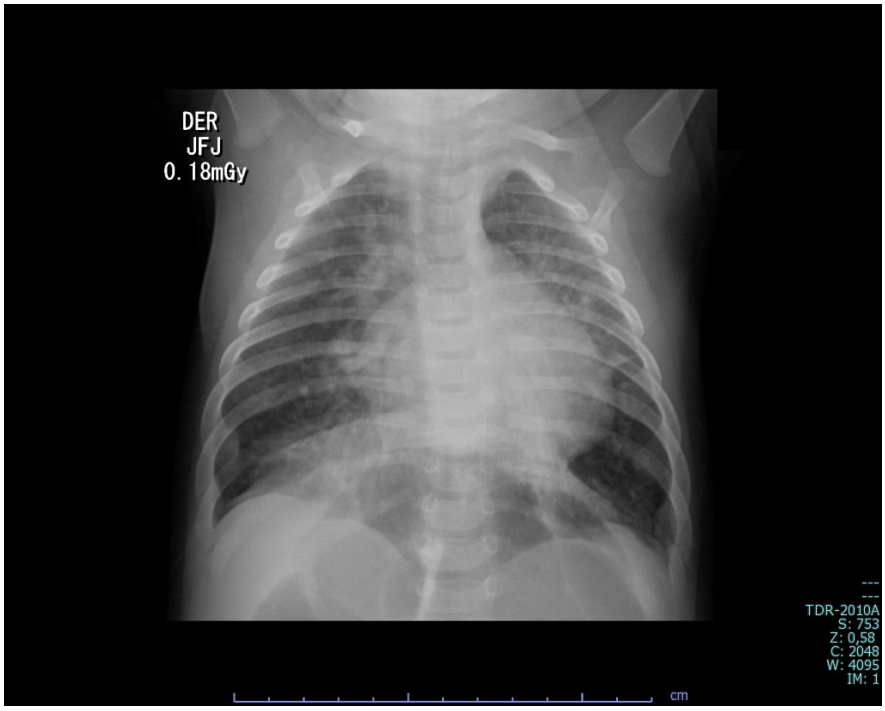


Figura 1. Radiografía de tórax del paciente en estudio, donde se evidencian alteraciones usuales de un paciente con bronquiolitis aguda, sumado al hallazgo incidental de interposición de asas intestinales entre el parénquima hepático y el hemidiafragma derecho, configurando el signo de Chilaiditi (Imagen de autores).



Figura 2. Radiografía de abdomen del paciente en estudio, donde se evidencia dilatación de asas intestinales sugestivas de íleo y superposición de asas intestinales entre el parénquima hepático y el hemidiafragma derecho confirmando signo de Chilaiditi (Imagen de autores).

Este síndrome típicamente se resuelve con manejo conservador, dado por líquidos intravenosos, dieta rica en fibra, descompresión gástrica por sonda y manejo del estreñimiento con laxantes o enemas, dependiendo de la sintomatología presentada, sin requerir procedimientos quirúrgicos (1, 2, 5).

Aunque no se conocen con exactitud los factores de riesgo de esta entidad, se describe que algunas condiciones podrían favorecer su presentación como los trastornos funcionales gastrointestinales, la parálisis del nervio frénico, la distensión colónica, el hígado pequeño, la ascitis o en el contexto de condiciones metabólicas como el hipotiroidismo o de alteraciones anatómicas congénitas (1, 2, 6). También se han descrito casos de aparición del signo de Chilaiditi relacionado con procedimientos como cirugía bariátrica por inserción de sonda de alimentación enteral y por colonoscopias. Dado que este puede ser transitorio, es posible que, ante una radiografía de control posterior, los hallazgos de la interposición colónica y más raramente del intestino delgado o el estómago entre el diafragma y el hígado, desaparezcan (7).

Algunos de los diagnósticos diferenciales que se destacan en la evaluación de estos pacientes son el neumoperitoneo y la hernia diafragmática. Pese a esto, dependiendo del contexto del paciente y la sintomatología presentada, se deben considerar abscesos subdiafragmáticos, intususcepción, vólvulos, perforación intestinal, obstrucción intestinal, entre otros.

Igualmente, de manera poco frecuente, se pueden presentar complicaciones, por ejemplo, flexura esplénica, vólvulo del ciego o colon transverso, así como otras entidades que requieren cirugía de urgencia como perforación del ciego, isquemia del mesenterio y peritonitis (1, 2).

4. Conclusiones

Teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales tanto del signo como del síndrome de Chilaiditi, se considera que el conocimiento y estudio de estas entidades son de gran importancia para los clínicos responsables de la atención pediátrica, ya que su desconocimiento puede llevar a la realización de estudios complementarios o tratamientos innecesarios, incluso de intervenciones quirúrgicas no indicadas. De esta forma, debe formar parte del diagnóstico diferencial de un paciente con dolor abdominal, bien sea de evolución aguda, crónica o recidivante.

5. Declaraciones

5.1 Aprobación ética y consentimiento para participar

Los autores declaran contar con el aval del comité de ética del Instituto Roosevelt.

5.2 Agradecimientos

Al Servicio de Imágenes Diagnósticas del Instituto Roosevelt por el apoyo con la adecuada lectura de las radiografías del paciente.

5.3 Conflictos de interés

Los autores no tienen conflictos de interés para declarar.

5.4 Financiación

No aplicable.

Referencias

(1) Kumar A, Mehta D. Chilaiditi syndrome [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554565

(2) Moaven O, Hodin RA. Chilaiditi syndrome: a rare entity with important differential diagnoses. Gastroenterol Hepatol (N Y). 2012;8(4):276-8.

(3) Venkataraman D, Harrison R, Warriner S. Abnormal gas pattern under diaphragm. BMJ Case Rep. 2012;2012: bcr0820114650. https://doi.org/10.1136/bcr.08.2011.4650

(4) Hussain S, Hussain S, Hussain S. Chilaiditi syndrome—what's air doing there? J Emerg Med. 2018;55(5): 131-2. https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.07.022

(5) Evrengül H, Yüksel S, Orpak S, Özhan B, Ağladıoğlu K. Chilaiditi syndrome. J Pediatr. 2016;173: 26. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.02.060

(6) Sinopidis X, Gkentzi D, Kostopoulou E, Karatza A, Dimitriou G. Upgrade of Chilaiditi sign to syndrome: are there any predisposing factors? J Emerg Med. 2019;57(4): 573-4.

(7) Rosa F, Pacelli F, Tortorelli AP, Papa V, Bossola M, Doglietto GB. Chilaiditi's syndrome. Surgery. 2011;150(1):133-134. https://doi.org/10.1016/j.surg.2009.11.023