

IMAGEN DE INTERÉS

Signo de Chilaiditi como hallazgo radiológico incidental en una paciente con asma bronquial: A propósito de un caso**B. Raboso Moreno¹, M. Bentanachs González², L. Ernesto Saldaña Pérez¹**¹Servicio de Neumología, ²Medicina de Familia. Hospital Universitario de Getafe.**CHILAITITI SIGN AS AN INCIDENTAL RADIOLOGICAL FINDING IN A PATIENT WITH BRONCHIAL ASTHMA: A CASE REPORT***Rev Patol Respir. 2021; 24(3): 111-113***Descripción del caso**

Presentamos el caso de una mujer de 62 años, exfumadora, con antecedentes personales de hipotiroidismo y sobrepeso, que acude por disnea de esfuerzo, opresión torácica y tos seca de años de evolución. Sin antecedentes de exposición laboral a humos ni a sustancias tóxicas y sin clínica abdominal. En la exploración presentaba una auscultación pulmonar normal y sin alteraciones significativas en la analítica.

Se realizó una radiografía de tórax en la que se evidenció elevación del diafragma derecho con pequeña atelectasia laminar en lóbulo medio. Además, es visible la presencia de imagen de posible interposición de asa intestinal, más claramente en la proyección lateral (Fig. 1A y B). Ante estos hallazgos, se solicitó una tomografía computarizada (TC) de tórax en la que se confirmó que la elevación del hemidiafragma derecho estaba en relación con la interposición del colon entre este y el hígado, correspondiente al signo de Chilaiditi (Fig. 1C y D).

Además, se realizaron unas pruebas funcionales respiratorias: FEV₁/FVC: 67%; FEV₁: 1.240 ml (75%) y FVC: 1680 ml (83%). La prueba broncodilatadora fue positiva.

Diagnóstico

El diagnóstico fue de asma bronquial con buena respuesta al uso de broncodilatador beta 2 de larga acción y glucocorticoide inhalado; sin embargo, con la radiografía de tórax realizada, se pudo determinar la presencia del signo de Chilaiditi sin descartarse la posibilidad de acentuación de su sintomatología respiratoria de forma relacionada.

Discusión

El signo de Chilaiditi es una alteración anatómica rara, más frecuente en hombres, y fue descrita por primera vez por el radiólogo Demetrius Chilaiditi en 1910. Consiste en la interposición de intestino entre el hígado y el hemidiafragma derecho¹.

En la mayor parte de los casos, se trata de un hallazgo radiológico incidental y suele ser asintomático. Cuando este hallazgo se asocia con sintomatología se denomina Síndrome de Chilaiditi y los síntomas más habituales suelen ser digestivos, como dolor abdominal difuso o náuseas, entre otros, pero también respiratorios como disnea y dolor pleurítico².

En nuestro caso, la paciente no presentó clínica digestiva, solo hallazgos radiológicos compatibles con el signo de Chilaiditi, debido a que se observaron tres características principales: elevación del hemidiafragma derecho sobre el hígado, desplazamiento caudal del mismo e interposición de un asa intestinal. En este caso, los síntomas respiratorios fueron atribuidos al diagnóstico tardío de asma bronquial.

Uno de los problemas más frecuentes al enfrentarse a pacientes con enfermedades pulmonares crónicas como el asma bronquial o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es determinar si el signo de Chilaiditi puede causar un mayor impacto en la sintomatología respiratoria, respuesta que aún está por definir³.

Es frecuente confundir el signo de Chilaiditi con una gran variedad de patologías como: neumoperitoneo, hernia diafragmática, absceso subfrénico, vólvulo, obstrucción intestinal, entre otros^{4,5}.

Sin embargo, en nuestro caso, la paciente solo tenía síntomas respiratorios atribuidos al asma bronquial y carecía de otros que permitieran definir diagnósticos diferenciales;

Correspondencia: Beatriz Raboso Moreno. Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Getafe.

E-mail: beatriz.raboso@salud.madrid.org

Recibido: 17 de junio de 2021; *Aceptado:* 29 de septiembre de 2021

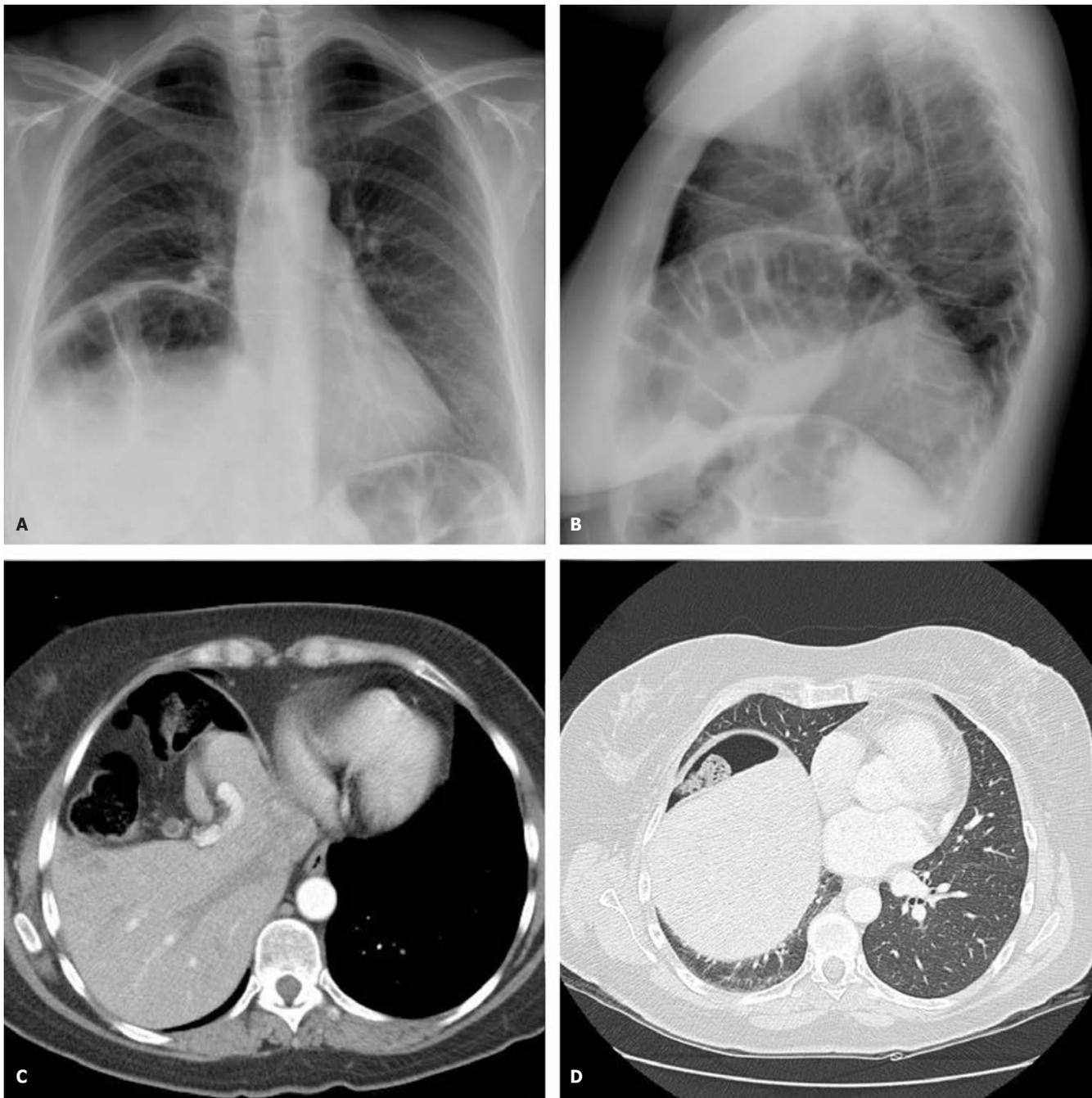


Figura 1. A-B) Radiografía de tórax AP y lateral: elevación del diafragma derecho con pequeña atelectasia laminar en lóbulo medio. C-D) TAC de tórax: elevación del hemidiafragma derecho estando en relación con la interposición del colon entre este y el hígado (signo de Chilaiditi) en presencia de una hipotrofia del segmento IV hepático. Pulmón derecho con pequeñas atelectasias laminares en lóbulo medio secundarias a la elevación diafragmática. Estructuras del mediastino normales en presencia de alguna adenopatía subcentimétrica inespecífica. Pleura, pared torácica y columna vertebral torácica, sin hallazgos significativos.

en este sentido no precisó manejo específico del signo de Chilaiditi. Sin embargo, hay publicado un caso de síndrome de Chilaiditi que debutó con distress respiratorio y acidosis respiratoria que precisó ventilación mecánica no invasiva para su completa resolución⁶.

Además, es posible que existan algunas alteraciones funcionales respiratorias asociadas con la presencia del signo o síndrome de Chilaiditi, por ejemplo, alteraciones espirométricas restrictivas u obstructivas; pero hasta el momento no

se han descrito en los diferentes reportes de casos, salvo en algunos particulares en donde se reporta la espirometría dentro de límites normales⁷.

Por último, las enfermedades respiratorias obstructivas pueden producir cambios abdominales que favorezcan la presencia del signo de Chilaiditi, como en nuestro caso.

En conclusión, consideramos que es importante tener en cuenta esta entidad en el diagnóstico diferencial, dada la alta complejidad de las patologías que se podrían confun-

dir con el signo o el síndrome de Chilaiditi y, además, una interpretación inadecuada de este hallazgo puede llevar al planteamiento de diagnósticos erróneos, sin ningún beneficio para el paciente. Con este caso pretendemos que una entidad tan infrecuente como el signo de Chilaiditi o síndrome de Chilaiditi esté presente en el diagnóstico diferencial de elevación del diafragma.

Fuentes de financiación

El presente trabajo no ha recibido ninguna financiación específica de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gil MJ, Murillo M, Jiménez P. Signo y síndrome de Chilaiditi: entidades a tener en cuenta. *Semergen*. 2011; 37: 267-9.
2. Gallego Soriano MJ. Síndrome de Chilaiditi. Revisión a propósito de un caso. *Rev Esp Enferm Digest*. 1983; 63: 66-71.
3. Garg K, Mohapatra PR, Aggarwal D, Gupta R, Janmeja AK. Interstitial lung disease with Chilaiditi syndrome. *J Clin Diagnostic Res*. 2016; 10: TD04-05.
4. Uygungul E, Uygungul D, Ayrik C, Narci H, Bozkurt S, Köse A. Chilaiditi sign: Why are clinical findings more important in ED? *Am J Emerg Med*. 2015; 33: 733.e1-733.e2.
5. Indiran V, Kannan K, Ramachandra Prasad T, Maduraimuthu P. Chilaiditi sign. *Abdomen Radiol*. 2017; 42: 2188-9.
6. Belkouch A, Htit A, Zidouh S, Belyamani L. Dyspnoea caused by Chilaiditi Syndrome: contribution of non-invasive ventilation *BMJ Case Rep*. 2013; 2013: bcr2013010421.
7. Kumar S, Singh GV, Singh R, Singh DP. Rare association B/W respiratory distress and chilaiditi syndrome. *Indian J Allergy Asthma Immunol* 2012; 26: 9-10.