

Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis y colelitiasis, asociación patológica y diagnóstico diferencial. Reporte de un caso

Fitz-Hugh-Curtis syndrome and cholelithiasis, pathological association, and differential diagnosis. Case report

Dr. Baltazar Alberto Soto-Dávalos, Dr. Artfy Bandera-Delgado, Dra. María Guadalupe Morales-Plascencia, Dr. José Antonio Del Pozzo-Magaña, Dr. Javier Luna-Martínez

Resumen

Objetivo: Describir la asociación patológica del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC) y colelitiasis en una paciente inmunosuprimida.

Diseño: Reporte de un caso

Introducción: El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC) es la presencia de adherencias en “cuerda de violín” entre el hígado y la pared abdominal anterior secundaria a perihepatitis por salpingitis gonocóccica o por clamidia. Clínicamente se traduce como fiebre y hepatalgia aunada a enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Se cree que ocurre en el 4 al 14% de todos los casos de salpingitis. El diagnóstico diferencial incluye colecistitis aguda o pancreatitis.

Descripción del caso: Mujer de 27 años con insuficiencia renal terminal sometida a trasplante renal de donador vivo emocionalmente relacionado y esquema inmunosupresor, antecedente de cervicovaginitis de repetición, presenta dolor en hipocondrio derecho, el USG hepatoabdominal corrobora el diagnóstico de colelitiasis, se somete a colecistectomía laparoscópica y se encuentran adherencias perihepáticas.

Conclusión: El SFHC es una causa no quirúrgica de dolor abdominal, por lo que es importante hacer diagnóstico diferencial con otras entidades que cursan con dolor en hipocondrio derecho, se debe sospechar de SFHC en toda paciente con datos clínicos de EPI y hepatalgia.

Abstract

Objective: To describe the pathological association between the Fitz-Hugh-Curtis syndrome (SFHC) and cholelithiasis in an immunosuppressed patient.

Design: Case report.

Background: The SFHC is defined as the presence of adhesions in “violin string” appearance, between the liver and the abdominal wall, secondary to perihepatitis caused by chlamydial or gonococcal salpingitis. The patient presents fever and right upper quadrant pain with Pelvic Inflammatory Disease (PID), which is known to occur in 4 to 14% of all salpingitis cases. Differential diagnosis includes cholecystitis and pancreatitis.

Case description: 27 year-old woman with terminal renal failure, who received a renal graft of an emotionally-related living donor and was treated with an immunosuppressive drug regimen. She had a history of repeated genital tract infections and now has right upper quadrant pain, hepatobiliary ultrasound confirmed the diagnosis of cholelithiasis and a laparoscopic cholecystectomy was performed finding perihepatic adhesions.

Conclusion: The SFHC is a non-surgical cause of abdominal pain, for this reason it is important to make differential diagnosis with other pathologies that course with right upper quadrant pain. SFHC must be suspected in all patients with pelvic inflammatory disease and right upper quadrant pain.

Servicio de Cirugía General del Hospital Central Sur de Alta Especialidad y Ginecología y Obstetricia del Hospital de la Mujer. SSA.

Recibido para publicación: 2 marzo 2005

Aceptado para publicación: 22 agosto 2005

Correspondencia: Baltazar Alberto Soto-Dávalos y/o Artfy Bandera-Delgado
e-mail: drbaltazarso@yahoo.com.mx

Hospital de la Mujer. SSA. Dpto de Enseñanza. Prol. Salvador Díaz Mirón 374, Col. Casco de Santo Tomás. Delegación Miguel Hidalgo.
Tel. 53 41 11 00.

Palabras clave: Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, laparoscopia, enfermedad pélvica inflamatoria.
Cir Gen 2006;28:118-121

Introducción

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC) es la presencia de adherencias en “cuerda de violín” entre el hígado y la pared abdominal anterior secundaria a perihepatitis por salpingitis gonocócica o por clamidía.¹⁻³ Este síndrome se presenta clínicamente con dolor en hipocondrio derecho causado por la irritación de la cápsula de Glisson que se exacerba durante el movimiento y la tos.³ Esta entidad fue inicialmente descrita por el cirujano uruguayo Carlos Stajano en 1920.⁴ Sin embargo, fue Curtis, en 1930,¹ quien describe la enfermedad como adherencias fibrosas entre la superficie anterior del hígado y la pared abdominal y la relaciona con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) de origen gonocócico. Fitz-Hugh,² en 1934, la describen como una peritonitis aguda localizada de origen gonocócico en el cuadrante superior derecho del abdomen. De esta manera existen dos fases clínicas de la entidad, la fase aguda y la crónica; la primera caracterizada por perihepatitis y peritonitis focal, así como exudado fibrinoso, líquido perihepático, congestión subcapsular e inclusive puntilleo hemorrágico del hígado, resultado de la diseminación de líquido peritoneal inflamatorio, ya sea de manera directa o por vía linfática, hacia el espacio subfrénico derecho. La segunda presenta adherencias fibrosas “en cuerda de violín” entre el hígado y la pared abdominal.^{3,5} La incidencia exacta de esta entidad se desconoce pero se cree que ocurre en el 4 al 14% de todos los casos de salpingitis⁶ siendo más frecuente en mujeres jóvenes (27%).⁷ Existen casos de pacientes con dolor en hipocondrio derecho donde por imagenología se descartan otras patologías más frecuentes como la colelitiasis, colecistitis aguda, o pancreatitis, encontrando, a su vez, datos radiológicos sugestivos de SFHC.⁸ Reportamos un caso de colelitiasis y SFHC en una paciente inmunosuprimida.

Resumen del caso: Mujer de 27 años de edad con antecedente de trasplante renal de donador vivo emocionalmente relacionado con inducción inmunológica con anticuerpos monoclonales químéricos, tratada con esquema de inmunosupresión a base de ciclosporina, prednisona y micofenolato de mofetilo; posteriormente se cambia la ciclosporina por tacrolimus, desarrollando dos episodios de rechazo agudo y nefropatía crónica intersticial del injerto. Antecedentes ginecoobstétricos: GI, PI, AO, menarca a los 12 años, ritmo 30 x 5, salpingooclasis bilateral, con hiperprolomenorreia manejada con hormonales, el ultrasonido pélvico reporta poliquistosis ovárica. Antecedente de cervicovaginitis de repetición tratada con azitromicina y metronidazol. La paciente refiere dolor sordo en el hipocondrio derecho, aparentemente asociado a la ingesta de colestoxicinéticos, por lo menos en 4 ocasiones, el ultrasonido hepatobilial reporta pared vesicular de 3.4 mm,

Key words: Fitz-Hugh-Curtis syndrome, laparoscopy, pelvic inflammatory disease.
Cir Gen 2006;28:118-121

colédoco de 5.5 mm y múltiples imágenes hiperecoicas, móviles, con sombra acústica posterior que corresponden a litos en el interior de la vesícula biliar. Dado que la paciente presenta sintomatología sugestiva de patología vesicular corroborada por ultrasonido, aunado al hecho de que se trata de una paciente inmunosuprimida, se realiza colecistectomía laparoscópica electiva. Durante la exploración laparoscópica inicial se encuentran adherencias hígado-pared (**Figuras 1-3**), se realiza adherenciólisis y colecistectomía laparoscópica sin complicaciones, la paciente fue dada de alta a las 24 h de operada, con tratamiento antimicrobiano. La determinación de clamidía por PCR y anticuerpos antyclamidia fue positiva.

Discusión

Como ya se ha mencionado, este síndrome fue inicialmente descrito como de etiología gonocócica, sin embargo conforme la micropatología ha evolucionado, el microorganismo causal lo ha hecho también, ya que en la actualidad las enfermedades de transmisión sexual por gonococo son menos frecuentes por la introducción de potentes antimicrobianos derivados de la penicilina; diferentes estudios afirman que esta entidad es también causada por *Chlamydia trachomatis*.⁹⁻¹¹ Esta asociación fue inicialmente reportada por Muller-Schopf, en 1978,¹² y explica aquellos casos de mujeres con SFHC y cultivos negativos. El uso de diferentes criterios diagnósticos es la principal causa de las variaciones en la incidencia de SFHC en la literatura, ya que algunas pacientes asintomáticas presentan gran reacción inflamatoria perihepática y, por el contrario, otras pacientes con EPI y dolor en el hipocondrio derecho no presentan evidencia laparoscópica de perihepatitis. Se ha encontrado hasta un 37% de pacientes con evidencia laparoscópica de EPI y perihepatitis sin sintomatología abdominal.¹³ En los casos de SFHC en fase aguda el diagnóstico se hace evidente cuando la paciente presenta fiebre, dolor abdominal y leucorrea.

El dolor puede asociarse a hipo por irritación frénica y dolor referido en el hombro ipsilateral, que habitualmente se exacerba con el movimiento. En ocasiones, puede auscultarse un frote en el reborde costal derecho causado por los movimientos respiratorios y las adherencias firmes.² Nishie⁸ en un estudio radiológico sobre este síndrome definió a pacientes con SFHC con ciertos criterios clínicos (**Cuadro I**). La aplicación de los criterios diagnósticos ya descritos para EPI (mayores y menores) aumenta la sensibilidad para la detección de SFHC. El uso de estudios de laboratorio e imagen para el diagnóstico de SFHC es limitado, sobre todo durante la fase crónica, sin embargo su utilidad ha sido probada para descartar otras causas de dolor en el hipocondrio derecho. El tratamiento de este pa-



Fig. 1. Se observa el lóbulo hepático izquierdo elevado por adherencias sobre la superficie del estómago.



Fig. 2. Adherenciólisis de la paciente. Nótense adherencias firmes entre el hígado y la pared abdominal.



Fig. 3. Adherencias por SFHC. Nótese la vesícula biliar.

decimiento es farmacológico, se indica exploración quirúrgica para realizar adherenciólisis en aquellas pacientes donde el dolor persiste a pesar del tratamiento médico. En estos casos, la cirugía de mínima invasión (laparoscopia diagnóstica) garantiza un menor trauma quirúrgico y excluye otras causas de dolor abdominal^{11,14} (**Cuadro II**). El tratamiento para el SFHC es similar al de la EPI y ha sido recientemente revisado por el CDC (*Centers for Disease Control*) y el estudio PEACH, que recomienda el uso inicial de antibióticos parenterales como clindamicina y gentamicina por 48 h seguido de doxiciclina oral y clindamicina oral de manera ambulatoria (si la respuesta inicial fue favorable) hasta completar 14 días; los esquemas alternativos con fluoroquinolonas y metronidazol son también efectivos.^{15,16} El control del dolor puede hacerse con AINES. Se sugiere manejo intrahospitalario en pacientes adolescentes, mujeres embarazadas, en presencia de inmunocompromiso, sintomatología severa, falta de respuesta a tratamiento oral ambulatorio, incapacidad para un seguimiento fidedigno, o candidato potencial a cirugía (p. ej, cuando no puede excluirse la posibilidad de colecistitis aguda).

La colelitiasis como diagnóstico diferencial del SFHC ya ha sido reportada por autores mexicanos.¹⁷ Sin embargo, en la era laparoscópica la detección de este tipo de pacientes se ha hecho más frecuente.

El estudio de Ali y cols.¹⁸ entre embarazo ectópico (EE) y SFHC sugiere que las pacientes con antecedente de EPI son pronas a presentar embarazo ectópico por el hecho de presentar una arquitectura anatómica alterada por procesos agudos o crónicos de salpingitis, y concluye que siempre que se explore quirúrgicamente el hueco pélvico por EE o alguna patología anexial se deberán revisar ambos hipocondrios de manera intencionada.

La pregunta surge sobre qué hacer cuando se realiza una laparoscopia diagnóstica y se encuentran adherencias firmes entre el hígado y la pared abdominal anterior, si deberá hacerse adherenciólisis o únicamente dar antimicrobiano. En este caso en particular se decidió realizar la colecistectomía por tratarse de una paciente inmunosuprimida con colelitiasis donde el riesgo de colecistitis aguda complicada es mayor. Es poco probable que el dolor en hipocondrio derecho de la paciente haya estado en relación con colelitiasis, ya que nunca fue tipo cólico, y el reporte histopatológico no refiere proceso inflamatorio agudo o crónico. Se decidió realizar ad-

Cuadro I. Criterios clínicos para SFHC.⁸

- Dolor en el hipocondrio derecho
- Niveles altos de anticuerpos contra *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae* en el suero
- Leucocitosis o niveles elevados de proteína C reactiva
- Criterios clínicos de EPI (pueden estar ausentes)
- Respuesta clínica a antimicrobianos

Cuadro II.
Diagnóstico diferencial.

Diagnóstico diferencial en síndrome de Fitz-Hugh-Curtis

Colecistitis aguda	Pileflebitis
Colelitiasis	Pleurodinia epidémica enteroviral (Enf de Bornholm)
Hepatitis viral	Pielonefritis
Úlcera duodenal perforada	Neumonía
Pancreatitis aguda	Paquipleuritis/empiema
Herpes Zoster	Fractura costal
Absceso subfrénico	Tromboembolia pulmonar

herenciólisis ya que la gran cantidad de adherencias no permitía una adecuada exposición de la zona quirúrgica y hacía la colecistectomía técnicamente más difícil. En el caso de diagnosticar SFCH durante un procedimiento laparoscópico por otra causa, si la zona de las adherencias no está relacionada al procedimiento quirúrgico deberá únicamente tratarse mediante analgésicos y antimicrobianos. Se recomienda en todo procedimiento laparoscópico revisar con cautela toda la cavidad abdominal, inclusive colocar al paciente en posición de Trendelenburg para permitir una adecuada exploración de útero y anexos en búsqueda intencionada de patología anexial. En realidad, la asociación entre colelitiasis y el SFHC es meramente clínica como se describe en el cuadro de diagnóstico diferencial (**Cuadro II**) y no existe una asociación patológica establecida. El hecho de que clínicamente puedan confundirse es relevante, ya que la colecistitis aguda requiere de primera instancia manejo quirúrgico y no así el SFHC.

Conclusión

La piedra angular del diagnóstico en medicina es la clínica. Alguna vez el Dr. Gregorio Maraño, eminente médico español, cuando se le preguntó qué cuál era la herramienta diagnóstica más útil de todas, respondió: la silla. En el entendido de que este instrumento permite sentar al paciente e interrogarlo, lo que inequívocamente nos llevará al diagnóstico. El desconocimiento de una patología no habitual nos lleva a no identificarla y, por ende, a no tratarla de manera adecuada, es importante sospechar de SFHC en toda paciente con datos clínicos de EPI y hepatalgia.

Referencias

1. Curtis AH. Cause of adhesions in right upper quadrant. *JAMA* 1930; 94: 1221-1222.
2. Fitz-Hugh T. Acute gonococcal peritonitis of right upper quadrant in women. *JAMA* 1934; 102: 2094-2096.
3. Sharma JB, Malhorta M, Arora R. Incidental Fitz-Hugh-Curtis syndrome at laparoscopy for benign gynecologic conditions. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79: 237-240.
4. Stajano C. *La reacción frénica en ginecología*. La semana médica, Buenos Aires. 1920; 27: 243-248.
5. Lopes-Zeno JA, Keith LG, Berger GS. The Fitz-Hugh-Curtis syndrome revisited: changing perspectives after half a century. *J Reprod Med* 1985; 30: 567-582.
6. Owens S, Yeko TR, Bloy R, Maroulis GB. Laparoscopic treatment of painful perihepatitis in Fitz-Hugh-Curtis Syndrome. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 542-543.
7. Litt IF, Cohen MI. Perihepatitis associated with salpingitis in adolescents. *JAMA* 1978; 240: 1253-1254.
8. Nishie A, Yoshimitsu K, Irie H, Yoshitake T, Aibe H, Tajima T, et al. Fitz-Hugh-Curtis syndrome. Radiologic manifestation. *J Comput Assist Tomogr* 2003; 27: 786-791.
9. Wang SP, Eschenbach DA, Holmes KK, Wager G, Grayston JT. *Chlamydia trachomatis* infection in Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138: 1034-1038.
10. Wolner-Hanssen P, Westrom L, Mardh PA. Perihepatitis and chlamydial salpingitis. *Lancet* 1980; 1(8174): 901-903.
11. Reichert JA, Valle RF. Fitz-Hugh-Curtis syndrome. A laparoscopic approach. *JAMA* 1976; 236: 266-269.
12. Muller-Schoop JW, Wang SP, Munzinger J, Schlapper HU, Knoblauch M, Tammann RW. *Chlamydia trachomatis* as possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. *Br Med J* 1978; 1: 1022-1024.
13. Onsrud M. Perihepatitis in pelvic inflammatory disease- association with intrauterine contraception. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1980; 59: 69-71.
14. McCormick M, DelCastillo J, Berk RS. An atypical presentation of the Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *J Emerg Med* 1990; 8: 55-58.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *MMWR Recomm Rep* 2002; 51(RR-6): 1-78.
16. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randal H, Sweet RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 929-37.
17. García CD, Blanc P, d'Abregeon G, Larrey D, Michael H. Fitz-Hugh and Curtis syndrome. *Presse Med* 1995; 24(29): 1348-51.
18. Ali V, Lilja JF, Chuang AZ, Mogallapu RW, Saboughy E. Incidence of perihepatic adhesions in ectopic gestation. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 995-998.