

Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Presentación de un caso en una mujer mayor

Fitz-Hugh-Curtis Syndrome. A case in an elderly woman

Dr. Guillermo Padrón Arredondo, Dr. David Arsenio Martínez Góngora

Resumen

Objetivo: Presentar un caso poco frecuente de dificultad diagnóstica, en una mujer, atendido en el Hospital Integral de Playa del Carmen, Quintana Roo.

Sede: Hospital de segundo nivel de atención

Diseño: Reporte de un caso.

Descripción del caso: Mujer de 56 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal. Se ingresó con diagnóstico de abdomen agudo. Laboratorio de ingreso: biometría hemática (Bh); leucocitosis de 10,200; examen general de orina (EGO) hemoglobina (Hb) (++++), proteínas (+), leucocitos 7 a 8 x campo y eritrocitos 11 a 12 x campo, integrando con estos datos el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal y probable pielonefritis. El estudio radiológico mostró un asa de intestino delgado dilatada en fosa iliaca derecha y en mesogastrio. El ultrasonido reportó colelitiasis agudizada. La paciente fue intervenida quirúrgicamente encontrando: adherencias múltiples de epiploon, intestino delgado e intestino grueso compactadas hacia el lecho perivesicular; adherencias perihepáticas filiformes (en cuerda de violín); absceso en la masa adherencial con pus verde-amarillo no fétido, espeso; se localiza vesícula cubierta por adherencias compactas. Se realiza adherenciólisis, colecistectomía simple y drenaje de absceso perivesicular. La paciente actualmente se encuentra asintomática.

Conclusión. El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es un padecimiento observado con mayor frecuencia por los ginecoobstetras y raramente por los cirujanos generales, por lo cual ante hallazgos como los de esta paciente habrá que pensar en la posibilidad

Abstract

Objective: To present an unusual hard to diagnose case of a woman cared for at the Integral Hospital of Playa del Carmen, QR, México.

Setting: Second level health care hospital.

Design: Report of one case.

Description of the case: Woman, 56-year-old, who attended the emergency service due to abdominal pain. Diagnosis at admission was of acute abdomen. Laboratory tests at admission consisted of blood biometrics revealing: 10,200 leukocytes; general urine exam revealed hemoglobin (Hb++++); proteins (+); leukocytes, 7 x 8 per field; erythrocytes, 11 to 12 per field. With these data a diagnosis of painful abdominal syndrome and probable pyelonephritis was integrated. The radiological study revealed a small bowel loop dilated in the right iliac fossa and mesogastrium. The ultrasound revealed acute cholelithiasis. The patient was subjected to surgery finding multiple adherences of the epiploon, small and large bowel, compacted toward the perivascular bed; perihepatic filiform (violin string) adherences; abscess of the adherent mass with green-yellowish non-fetid pus; gallbladder covered by compact adherences. Lysis of adherences, simple cholecystectomy, and drainage of the abscess were performed. The patient is currently asymptomatic.

Conclusion: The Fitz-Hugh-Curtis syndrome is more frequently observed in the gynecologic-obstetric practice and is rarely seen by general surgeons; therefore, when faced with these findings, the possibility of integrating this diagnosis must be considered, especially in sexually active women.

www.medigraphic.com

Departamento de Cirugía General Hospital Integral Playa del Carmen, Secretaría de Salud.

Recibido para publicación: 17 de febrero de 2008

Aceptado para publicación: 18 de febrero de 2008

Correspondencia: Dr. Guillermo Padrón Arredondo. Servicio de Cirugía. 30 Av. entre calles 30 y 32 Entrada B, Col. Gonzalo Guerrero, 077710 Playa del Carmen, Quintana Roo. México

Tel. Consultorio: 01-984-87-33347, Celular: 01-984-87-62267, E-mail: gmopadron@salud.gob.mx

de integrar este diagnóstico sobre todo en mujeres con vida sexual activa.

Palabras clave: Perihepatitis, infección de transmisión sexual, síndrome Fitz-Hugh-Curtis, mujer mayor.
Cir Gen 2008;30:110-112

Key words: Perihepatitis, sexual transmission infection, Fitz-Hugh-Curtis syndrome, elderly woman.
Cir Gen 2008;30:110-112

Introducción

En 1930, Curtis¹ presentó el primer caso descrito de este síndrome y, cuatro años más tarde, en 1934, Fitz-Hugh Jr.² corroboró esta primera observación. A partir de entonces, esta enfermedad lleva sus nombres. La perihepatitis o síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHC) es una complicación de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) que generalmente tiene características de adherencias en forma de cuerda de violín en la superficie hepática anterior. Estas adherencias son hallazgos incidentales comunes en cirugía abdominal debido a la falta de sospecha diagnóstica de este síndrome.

Presentación del caso

14/11/04. Se trató de mujer de 56 años de edad que acudió al Servicio de Urgencias del hospital durante el turno nocturno, con antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial sistémica bajo tratamiento no especificado. Antecedentes gineco-obstétricos: gesta 6, cesáreas 3, para 3, abortos 0. Padecimiento actual: inició el día de su ingreso durante la madrugada al presentar dolor abdominal tipo cólico, difuso, con estado nauseoso y vómito de contenido gastrobiliar en cuatro ocasiones. A la exploración física, paciente intranquila con facies de dolor, signos vitales de ingreso: TA 160/100 mmHg, FC 90 x min, FR 30 x min, temperatura 36.5 °C, abdomen con dolor generalizado a la palpación media y profunda y ausencia de peristalsis, resto de la exploración sin datos patológicos. Se practica destroxix que revela 161 mg/dL de glucosa. Laboratorio a su ingreso: Biometría hemática que solamente reveló leucocitosis de 10,200. Examen general de orina (EGO): hemoglobina (++++), proteínas (+), leucocitos 7 a 8 x campo, eritrocitos 11 a 12 x campo. Química sanguínea (QS): glucosa 102, urea 28, creatinina 0.9. Placas de Rx simple de abdomen de pie y en decúbito con asa fija en fosa iliaca derecha (FID) y mesogastrio, con imagen en vidrio despulido. Se integra el diagnóstico de síndrome doloroso abdominal y probable pielonefritis.

15/11/04. Laboratorio con glucosa de 77 mg/dL, urea 96.2, creatinina 2.69, FA 418, BD 3.34, BI 1.7, BT 5.04, TGO 31, TGP 35, y se establecen los siguientes diagnósticos: síndrome doloroso abdominal, probable litiasis renal, descartar pancreatitis e hipertensión arterial sistémica descontrolada.

16/11/04. El ultrasonido abdominal reportó litiasis vesicular, colecistitis crónica, colitis, hidronefrosis derecha leve e hidronefrosis izquierda moderada. Impresión diagnóstica: Probable coledocolitiasis.

17/11/04. Laboratorio con glucosa de 68 mg/dL, BD 1.66, BI 0.46, BT 2.12 y FA de 45 U/l. La paciente es referida a otro hospital pero reingresa con nosotros debido a que fue programada para cirugía de vesícula y deseaba recibir tratamiento inmediato.

23/11/04. La paciente es intervenida quirúrgicamente en nuestro hospital encontrando los siguientes hallazgos: Adherencias múltiples de epiplón, intestino delgado e intestino grueso que compactan hacia el lecho perivesicular; adherencias perihepáticas filiformes (en cuerda de violín) (**Figura 1**); absceso en la masa adherencial con pus verde-amarillo no fétido, espeso; se localiza vesícula cubierta por masa adherencial compacta. Se realiza lisis de adherencias, colecistectomía simple y drenaje de absceso perivesicular. La paciente actualmente se encuentra asintomática. Los estudios de laboratorio postoperatorios dentro de límites normales, cultivo con antibiograma de secreción purulenta positivo a *Staphylococcus schleiferi* sensible a rifampicina, tetraciclina y vancomicina, el estudio histopatológico de vesícula reportó colecistitis crónica litiasica agudizada.

Discusión

El presente caso es visto con poca frecuencia en mujeres mayores de edad ya que se presenta del 15 al 30% en mujeres jóvenes con EPI, quienes generalmente son tratadas por ginecólogos y no por cirujanos generales. También el caso es clásico para una serie de dudas diagnósticas ya que debe hacerse diagnóstico diferencial con gran variedad de procesos como: trauma abdominal por objeto romo, cáncer adre-



Fig. 1. Imagen de adherencias perihepáticas (en cuerda de violín) en el síndrome de FHC.

nal, apendicitis, colecistitis, colelitiasis, hepatitis viral, nefrolitiasis, pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, enfermedad ulceropéptica, neumonía bacteriana, neumonía micótica, neumonía viral y embolia pulmonar. Además de que también se deben considerar el embarazo ectópico, pielitis, pielonefritis, peritonitis, y absceso subfrénico.³⁻⁵

El estudio de Rx de nuestra paciente fue inespecífico, dando solamente una asa de intestino delgado dilatada en fosa iliaca derecha y mesogastrio, aunque hay reportes con estos datos.⁷ Se sabe que el síndrome de FHC es una complicación de una EPI, y en algunos casos es hallazgo incidental de cirugía laparoscópica o laparotómica y pueden cursar con un cuadro radiológico de suboclusión intestinal tal y como fue nuestro caso. También se han informado casos de este síndrome enmascarado por úlcera péptica (con relación al dolor en epigastrio de nuestra paciente). También han sido informados como causales de este síndrome la lesión vesical por laparoscopia ginecológica.⁸ En nuestro caso el ultrasonido no detectó las adherencias perihepáticas aunque esto es posible.¹¹⁻¹³ En otros ámbitos hospitalarios con mayor tecnología, la TAC es de gran utilidad para el diagnóstico de este síndrome.¹⁴

Es conocido que el síndrome es causado por bacterias transmitidas sexualmente como el gonococo y la *Chlamydia trachomatis* y su sintomatología semeja un cuadro de colecistitis aguda y ultrasonográficamente puede presentar líquido libre en cavidad pélvica en el espacio perirrenal derecho sugestivo de perinefritis.¹⁵

La *C. trachomatis* es el germen más frecuentemente aislado en los cultivos con este síndrome tanto en Europa como en Estados Unidos, asimismo, su frecuencia es elevada en mujeres jóvenes. Por otra parte, anteriormente el ultrasonido no era diagnóstico en estos casos y solamente se podía diagnosticar mediante laparoscopia.¹⁶ Debido a lo raro del síndrome en edad mayor de la paciente, consideramos que el caso es de interés para los cirujanos generales.

Conclusiones

1. El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es poco frecuente en mujeres mayores.
2. Los cirujanos generales no vemos con frecuencia este síndrome.

3. Generalmente es un hallazgo transoperatorio con o sin relación con la enfermedad original.

Referencias

1. Curtis AH. A cause of adhesions in the right upper quadrant. *JAMA* 1930; 94: 1221-2.
2. Fitz-Hugh T Jr. Acute gonococci peritonitis of the right upper quadrant in women. *JAMA* 1934; 102: 2094-6.
3. Wood JJ, Bolton JP, Cannon SR, Allan A, O'Connor BH, Darougar S. Biliary-type pain as a manifestation of genital tract infection; the Curtis-Fitz-Hugh syndrome. *Br J Surg* 1982; 69: 251-3.
4. Perlman PE, Mills RL. Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *Am Fam Physician* 1987; 36: 162-4.
5. Frumovitz MM, Ascher-Walsh CJ. Fitz-Hugh-Curtis Syndrome. www.emedicine.com/med/topic797.htm. Última actualización: Agosto 28, 2006.
6. López-Zeno JA, Keith LG, Berger GS. The Fitz-Hugh-Curtis syndrome revisited. Changing perspectives after half a century. *J Reprod Med* 1985; 30: 567-82.
7. Abdul-Khoudoud OR, Khabbaz AY, Butcher CH, Farha MJ. Mechanical partial small bowel obstruction in a patient with Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *J Laparoendoscopic Adv Surg Tech A* 2001; 11: 111-4.
8. Counselman FL. An unusual presentation of Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *J Emerg Med* 1994; 12: 167-70.
9. Gandhi SG, Komenaka IK, Naim JH. Fitz-Hugh-Curtis syndrome after laparoscopic tubal ligation. A case report. *J Reprod Med* 2003; 48: 302-5.
10. Sharma JB, Malhotra M, Arora R. Incidental Fitz-Hugh-Curtis syndrome at laparoscopy for benign gynecologic conditions. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 79: 237-40.
11. Schoenfeld A, Fisch B, Cohen M, Vardy M, Ovadia J. Ultrasound findings in perihepatitis associated with pelvic inflammatory disease. *J Clin Ultrasound* 1992; 20: 339-42.
12. van Dongen PW. Diagnosis of Fitz-Hugh-Curtis syndrome by ultrasound. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 50: 159-62.
13. Sugiyama H, Ono Y, Aoki M, Nishiya H, Tokumura Y, Ohyatsu I, et al. Useful abdominal ultrasonography for diagnosis of Fitz-Hugh-Curtis syndrome: two case reports. *Kansenshogaku Zasshi* 1995; 69: 320-3.
14. Romo LV, Clarke PD. Fitz-Hugh-Curtis Syndrome: pelvic inflammatory disease with an unusual CT presentation. *J Comput Assist Tomogr* 1992; 16: 832-3.
15. Garcia CD, Blanc P, d'Abrigeon G, Larrey D, Michel H. Fitz-Hugh and Curtis syndrome. *Presse Med* 1995; 24: 1348-51.
16. McCormick M, DelCastillo J, Berk RS. An atypical presentation of the Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *J Emerg Med* 1990; 8: 55-8.