



Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis hallazgo transoperatorio durante colecistectomía endoscópica

Rafael Sánchez Guzmán,* Fabiola González Márquez,** María Samai Ruiz Hernández**

Resumen

Objetivo: Presentar un caso clínico poco frecuente en nuestro medio, con dificultad para establecer el diagnóstico preoperatorio, de una paciente atendida por el Servicio de Cirugía General. **Diseño:** Descripción de un caso. **Sede:** Hospital de Segundo Nivel de Atención de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. **Descripción del caso:** Femenino de 47 años de edad, con antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus de larga evolución, cirugías previas, y cervicovaginitis de repetición multitratadas. Atendida por presentar dolor en cuadrante superior derecho, diagnosticado inicialmente como colon irritable y enfermedad ácido péptica, se realiza ultrasonido que reporta colecistitis crónica litiásica y enfermedad hepática difusa. Se refiere al Servicio de Cirugía General para colecistectomía y toma de biopsia hepática. Así como al Servicio de Gastroenterología para protocolo por probable neoplasia hepática que es descartada. Se realiza colecistectomía laparoscópica encontrándose como hallazgos adherencias filiformes perihepática (en cuerda de violín), se realiza adherensiólisis. El laboratorio postoperatorio reporta anticuerpo anticlamidia positivos. Se prescribe tratamiento antimicrobiano. La paciente actualmente asintomática. **Conclusión:** El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es poco frecuente en nuestro medio, probablemente subdiagnosticado. Hay dificultad para establecer diagnóstico preoperatorio.

Palabras clave: Caso inusual, síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, colecistitis crónica litiásica, colecistectomía, adherensiólisis laparoscópica.

Abstract

Objective: To present an unusual clinical case in our environment, with some difficulties to establish the pre-operative diagnosis. The case refers to a patient who received attention at the Service of General Surgery. **Design:** A case description. **Place:** Second-level attention hospital, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. **The case description:** Female patient being 47 years old, with a personal record of long-evolution diabetes mellitus, previous surgeries, and repetition of multi-treated cervicovaginitis. The patient was attended due to pain presentation in the right superior (upper) quadrant, which was initially diagnosed as irritable bowel syndrome and acid-peptic disease. The performed ultrasound practice reported chronic lithiasic cholecystitis and diffuse liver disease. The patient is referred to the Service of General Surgery for cholecystectomy, as well to the Service of Gastroenterology to establish the record due to a possible hepatic neoplasia, which is discarded then. The performed laparoscopic cholecystectomy found out filiform (thread-like – violin chords) perihepatic adhesions as the main findings. After this, an adhesiolysis is performed. The post-operative laboratory reported positive results for anti-Chlamydia antibodies. An antimicrobial treatment is prescribed. Currently, the patient is asymptomatic. **Conclusion:** The Fitz-Hugh-Curtis (FHC) syndrome is very unusual in our environment, and it is probably subdiagnosed. It is difficult to establish a pre-operative diagnosis.

Key words: Unusual case, Fitz-Hugh-Curtis syndrome, chronic lithiasic cholecystitis, cholecystectomy, laparoscopic adhesiolysis.

INTRODUCCIÓN

Descrito en 1920 el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una manifestación extrapelviana de la enfermedad inflamatoria pélvica que se caracteriza por dolor en el cuadrante superior derecho, que resulta de la infección pélvica ascendente y la inflamación de la cápsula de Glisson o el diafragma.¹

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis puede imitar otras emergencias abdominales y frecuentemente constituye un diagnóstico de exclusión.

Internacionalmente su frecuencia se encuentra entre el 15 y 30% de las mujeres en edad reproductiva que sufren de enfermedad pélvica inflamatoria, siendo más frecuente en

* Cirujano adscrito.

** Médicos Internos de Pregrado.

Hospital General de Zona 2 IMSS.

Correspondencia:

Rafael Sánchez Guzmán

Calzada Emilio Rabasa sin número,
Col. Centro, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Teléfono: 96 1604-7367
E-mail: lachispachis@hotmail.com

mujeres jóvenes y aunque es una patología predominantemente de mujeres, se han reportado casos en hombres.²

La prevalencia en México se desconoce, podría ser la observada en otros países en vías de desarrollo, correspondiente al 34%.

Tradicionalmente se señalaba como agente causal a la *Neisseria gonorrhoeae*, sin embargo estudios recientes han demostrado que la *Chlamydia trachomatis* es el germen más frecuentemente aislado en los cultivos con este síndrome tanto en Europa como en Estados Unidos.^{3,4}

Clínicamente el síndrome está constituido por dos fases, aguda y la crónica:

La fase aguda se caracteriza por dolor de inicio súbito intenso y transitorio, más intenso a nivel del borde costal derecho sobre el área de la vesícula, el dolor puede ser referido al hombro derecho y con frecuencia unilateral, se puede presentar hipo, náuseas o vómito. Durante la fase aguda, el hallazgo característico es una ligera inflamación del peritoneo de la cara anterior del hígado acompañado de ingurgitación vascular y exudado granular; el examen microscópico revela inflamación aguda de la cápsula sin afección del parénquima.

En contraste, la fase crónica se caracteriza por las adherencias típicas en «cuerdas de violín» en la cara anterior del hígado y la superficie peritoneal de la pared abdominal, patognomónicas de este síndrome. Ocasionalmente estas adherencias se extienden sobre la cara superior del hígado e involucran al diafragma. Estas adherencias pueden ser causa de dolor abdominal crónico y deben ser especialmente sospechadas si se localiza en hipocondrio derecho, más si se asocia con dolor pélvico crónico y enfermedad pélvica inflamatoria.⁵

El síndrome de FHC es un padecimiento observado con mayor frecuencia por los ginecoobstetras y raramente por cirujanos generales. A continuación se describe el caso clínico de una paciente atendida por el Servicio de Cirugía General.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trató de una paciente de 47 años de edad, con antecedentes personales patológicos de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución tratada con hipoglucemiantes orales. Cirugías previas: dos cesáreas por productos macrosómicos y oclusión tubaria bilateral, tabaquismo, alcoholismo y toxicománias negadas. Antecedentes ginecoobstétricos: gestaciones tres, cesáreas dos, abortos uno, inicio de vida sexual a los 20 años, una pareja sexual, relación monogámica. Antecedente de cervicovaginitis de repetición multitratadas.

Paciente que comienza el padecimiento con dolor en cuadrante superior derecho, diagnosticado inicialmente como colon irritable y enfermedad acidopéptica. Evoluciona tórpida ameritando numerosos internamientos por agudizaciones del cuadro doloroso. Se realiza ultrasonido de abdomen superior, reportándose enfermedad hepática difusa y colecistitis crónica litiasica agudizada.

Es referida al Servicio de Cirugía, para programar colecistectomía y toma de biopsia hepática, por probable neoplasia hepática, se solicita valoración por Servicio de Gastroenterología, se piensa la posibilidad de neoplasia hepática, se solicitan estudios complementarios serología para hepatitis A, B, C, VIH los cuales son no reactivos, TORCH que reporta memoria inmunológica, marcadores tumorales, los cuales son negativos.

Finalmente, se procede a realizar colecistectomía laparoscópica, encontrándose como hallazgos transoperatorios múltiples adherencias filiformes perihepáticas (en cuerdas de violín). Se localiza la vesícula biliar cubierta por masa adherencial. Se realiza adherenciólisis, colecistectomía, y biopsia hepática (Figuras 1 a 4).

La paciente evoluciona satisfactoriamente, se solicitan estudios postquirúrgicos complementarios como pruebas de función hepática, química sanguínea, citometría hemática, los cuales se reportan dentro de parámetros normales, cultivo vaginal y anticuerpos para *Chlamydia trachomatis*. Se egresa del hospital 48 horas posteriores al evento quirúrgico.

Se le dio seguimiento en la consulta externa de cirugía general cuatro semanas después, los estudios reportaron: cultivo vaginal, bacilos Gram positivos y *Candida* sp los anticuerpos anti-*Chlamydia* por inmunofluorescencia indirecta positivo mayor de 1:320. El reporte histopatológico de la biopsia hepática se reporta normal, vesícula biliar con serosa fibrosa y mucosa atrófica con cálculo de colesterol en su interior.

La paciente actualmente se encuentra asintomática, se prescribió tratamiento para *Chlamydia trachomatis*.

DISCUSIÓN

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es infrecuente, sin embargo ya ha sido ampliamente descrito en diferentes publica-



Figura 1. Adherencias perihepáticas en «cuerdas de violín» en el síndrome de FHC correspondientes a la fase crónica de la enfermedad.

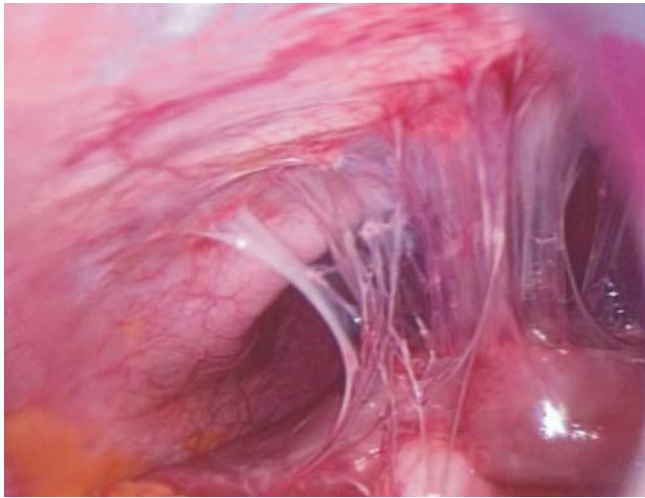


Figura 2. Más detalle de las adherencias.

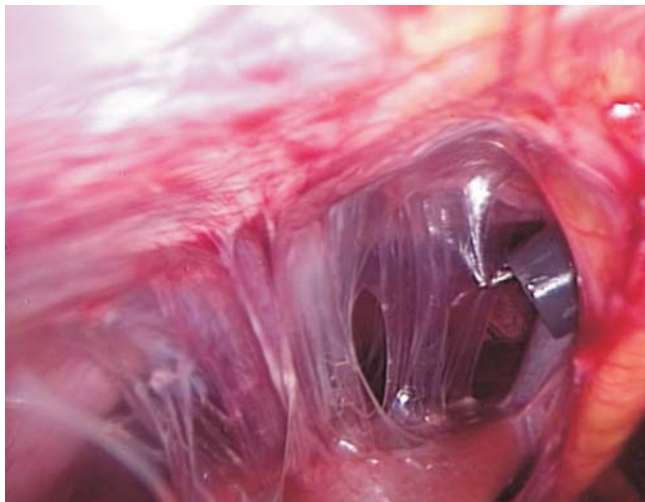


Figura 3. Adherenciólisis. Adherencias entre el hígado y la pared abdominal.

ciones, el caso presentado posee variables interesantes, debido a la dificultad para realizar el diagnóstico preoperatorio, la aportación del laboratorio fue limitado, puesto que el caso citado se caracteriza por presentar los datos de la fase crónica de la enfermedad, no se documentó leucocitosis o velocidad de sedimentación globular elevada, que son alteraciones que pueden encontrarse en la fase aguda junto con discreta elevación de enzimas hepáticas; posterior a la cirugía se realizó búsqueda intencionada de anticuerpos anti-*Chlamydia trachomatis*, agente causal que más frecuentemente se ha aislado en cultivos. El empleo del ultrasonido condujo a hallazgo preoperatorio de colelitiasis, patología asociada y que constituye uno de los numerosos diagnósticos diferenciales;⁶ el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis al no ser patología frecuentemente vista por cirujanos

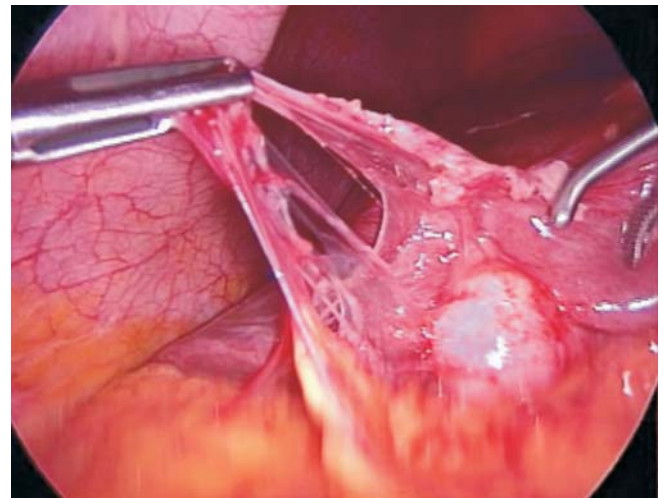


Figura 4. Masa adherencial en la vesícula biliar.

generales, sigue constituyendo diagnóstico de exclusión y un hallazgo transoperatorio, por lo que la laparoscopia o la laparotomía son el estándar de oro para el diagnóstico.

Así mismo, en el reporte ultrasonográfico no se reportaron las adherencias en cuerda de violín patognomónicas de este síndrome, las anomalías ultrasonográficas típicas en el área perihepática, descritas en pacientes con esta enfermedad son: líquido de ascitis en el espacio hepatorenal e hilio esplénico, líquido libre en abdomen y pelvis, adherencias entre la cápsula hepática y la pared abdominal.^{7,8}

En el reporte de ultrasonido del caso se evidenció patología hepática, no corroborada por el estudio histopatológico postquirúrgico, pero que llevó a realizar estudios para descartar patología epidemiológicamente más frecuente para el género y grupo de edad, ya que el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes en edad reproductiva, que tiene como factor de riesgo patología ginecológica como enfermedad pélvica inflamatoria.

Sin duda alguna el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es aún de difícil diagnóstico, por la ambigüedad de la sintomatología y el amplio abanico de posibilidades de patologías que causan dolor en el cuadrante superior derecho; pese a que actualmente se cuenta con numerosos artículos acerca del tema, la falta de correlación con enfermedades ginecológicas como enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad primaria y secundaria, seguirá generando errores en el diagnóstico y la posibilidad de evitar en algunos casos cirugías innecesarias.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es poco frecuente en nuestro medio, probablemente subdiagnosticado.

Hay dificultad para establecer el diagnóstico preoperatorio. Es una patología generalmente vista por ginecólogos.

REFERENCIAS

1. Frumovitz MM, Ascher-Walsh CJ. Fitz-Hugh-Curtis syndrome. <http://emedicine.medscape.com/article/254249-overview>. Updated: Aug 28, 2006.
2. Lozano DM, Jiménez HJ, Hernández GR. Prevalencia del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis por laparoscopia en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Juárez de México. *Rev Hosp Jua Mex* 2009; 76: 23-27.
3. García CD, García CDA, Bosques PFJ, Maldonado GHJ, Michel H. El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Causa frecuente de error de diagnóstico en hepatología y gastroenterología. *Rev Gastroenterol Mex* 1995; 60: 223-228.
4. Padrón AG, Martínez GDA. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Presentación de un caso en una mujer mayor. *Cir Gen* 2008; 30: 110-112.
5. Paolo RA, Vicente SD, Jack PS. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis como hallazgo durante cirugía ginecológica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009; 74: 189-193.
6. Soto DBA, Bandera DA, Morales PMG, Pozzo MJA, Luna MJ. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis y coledocitis, asociación patológica y diagnóstico diferencial. Reporte de un caso. *Cir Gen* 2006; 28: 118-121.
7. Perry JP, Matthew JF, Andrew JF. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: Multidetector ct findings of transient hepatic attenuation difference and gallbladder wall thickening. *AJR* 2003; 180: 1605-1606.
8. Nadja GP, Liana RC, Jeffrey RJ. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: A diagnosis to consider in women with right upper quadrant pain. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2004; 71: 233-239.