



Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Gerardo Ramírez Colín,* Silverio De la Peña Méndez,* Carlos Fernando Ramírez Aboites,*
Antonio Liho Necochea*

Resumen

Objetivo: Revisar la incidencia del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis y la literatura actual. **Diseño:** Reporte de un caso. **Introducción:** El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, caracterizado por perihepatitis asociada a infección del tracto genital. El diagnóstico es difícil debido a que imita otras enfermedades. Se confunde más comúnmente con la colecistitis, especialmente cuando hay dolor en hipocondrio derecho. Es aún más difícil sin síntomas pélvicos clásicos. **Descripción del caso:** Femenino de 48 años con antecedente de ictericia de patrón obstructivo 2 semanas previas a su ingreso, acompañado de dolor en hipocondrio derecho, ultrasonografía de hígado y vías biliares se reporta colecistitis crónica litiasica, descartando coledocolitiasis por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Se realiza colecistectomía laparoscópica encontrándose múltiples adherencias perihepáticas fibrosas simulando «cuerdas de violín». Se re-interroga a la paciente tales hallazgos refiriendo antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria un año previo, no completando el tratamiento establecido por ginecología. **Conclusión:** El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una causa no quirúrgica de dolor abdominal, el cual es de difícil diagnóstico preoperatorio llegando al mismo como hallazgo transoperatorio, por lo que es importante hacer un interrogatorio adecuado, tener una alta sospecha diagnóstica y realizar un diagnóstico diferencial con otras entidades que cursan con dolor en hipocondrio derecho.

Palabras clave: Perihepatitis adherencial, Chlamydia.

Abstract

Objective: To review the incidence of the syndrome of Fitz-Hugh-Curtis and the current literature. **Design:** Case report. **Introduction:** Fitz-Hugh-Curtis syndrome, characterized by perihepatitis associated with genital tract infection. Diagnosis is difficult because it mimics other diseases. Is frequently confused with cholecystitis, especially when right upper quadrant pain. It's even harder without pelvic symptoms classics. **Case description:** Women's 48 years with a history of obstructive jaundice pattern 2 weeks before admission, accompanied by right upper quadrant pain in ultrasonography of liver and bile ducts is reported chronic cholelithiasis, choledocholithiasis is ruled by endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Laparoscopic cholecystectomy was performed finding multiple fibrous adhesions perihepatic simulating «violin strings». It re-examine these findings, the patient reported a history Pelvic Inflammatory Disease completing one year subject to no established treatment for gynecology. **Conclusion:** Fitz-Hugh-Curtis syndrome is a non-surgical cause of abdominal pain, which preoperative diagnosis is difficult as reaching the same finding transoperative making it important to do a proper interrogation, have a high diagnostic suspicion and make a differential diagnosis with other entities that present with right upper quadrant pain.

Key words: Perihepatitis adhesions, Chlamydia.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC) es caracterizado por inflamación de la cápsula hepática asociada a infección del tracto genital. Esta perihepatitis se manifiesta como adherencias fibrosas «en cuerda de violín» entre la cápsula hepática y la cúpula diafragmática, asociada a infección de tracto genital, principalmente por salpingitis gonocócica o clamidia. 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

* Servicio de Cirugía General, Hospital General Tacuba, ISSSTE, México D.F.

Correspondencia:

Gerardo Ramírez Colín

Calle Lago Ontario Núm. 119 Esquina Golfo San Lorenzo.

Colonia Tacuba Delegación Miguel Hidalgo 11410

Tel: 54 99 61 99 Ext 111, 55 34 23 51 99

E-mail: gerramcol@yahoo.com.mx

y la tos. Fue Curtis, en 1930, 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, en 1934, la describen como una peritonitis aguda localizada de origen gonocócico en el cuadrante superior derecho del abdomen. Existen dos fases clínicas de la entidad, la primera fase (Aguda) caracterizada por perihepatitis y peritonitis focal, así como exudado fibrinoso, líquido perihepático, congestión subcapsular, resultado de la diseminación de líquido peritoneal inflamatorio, ya sea de manera directa o por vía linfática, hacia el espacio subfrénico derecho. La segunda (crónica) presenta adherencias fibrosas entre el hígado y la pared abdominal. La incidencia exacta de esta entidad se desconoce, pero se cree que ocurre en el 3-37% de todos los casos de salpingitis, siendo más frecuente en mujeres jóvenes (27%). Se reporta un caso de colecistitis crónica litiásica asociada al SFHC en nuestro hospital con revisión de la literatura.

RESUMEN DEL CASO

Femenino de 48 años sin antecedente de enfermedades cronicodegenerativas, antecedentes ginecoobstétricos: Menarca 11 años ritmo 28 x 3, G2 P0 C0 A2, inicio vida sexual activa 18 años, parejas sexuales (2) antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria diagnosticada un año previo a su ingreso y valoración por el Servicio de Cirugía General, refiriendo no haber completado su tratamiento y revisiones por el Servicio de Ginecología. Inicia su padecimiento 2 semanas previas a su ingreso al presentar dolor en hipocondrio derecho acompañado de ictericia de patrón obstructivo, se realiza USG de hígado y vías biliares donde se reporta colecistitis crónica litiásica, sospechando coledocolitiasis, se solicita y realiza CPRE realizando esfinterotomía sin evidencia de alteraciones en la vía biliar sin litos en su interior. Continúa con dolor en hipocondrio derecho sugestivo de colecistitis, por lo que se decide programar la colecistectomía laparoscópica, encontrándose como hallazgo, adherencias perihepáticas abundantes, fibrosas, firmes entre la cápsula hepática y la pared anterior del abdomen simulando «cuerdas de violín», que al despegar presentan fácil sangrado, realizándose adherensiólisis y colecistectomía sin complicaciones. Debido a los hallazgos encontrados en el transoperatorio se decide canalizar a la paciente al Servicio de Medicina Preventiva donde se realizan estudios complementarios, encontrándose positivos los anticuerpos anti-clamidia.

DISCUSIÓN

Actualmente se ha visto y descrito en varios artículos publicados relacionados con el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis que *Chlamydia trachomatis* está siendo el agente etiológico más

frecuentemente encontrado por encima de *Neisseria gonorrhoeae* que años atrás era el agente más frecuente. Esto se ha debido a la amplia gama de antibióticos de amplio espectro que se usan actualmente.

Se ha visto que una de las causas de la dificultad en el diagnóstico de este síndrome es que simula otras patologías y no se tiene la mayoría de las veces la sospecha diagnóstica (Cuadro 1), en nuestro caso inicialmente no se recordaba por parte de la paciente el antecedente de enfermedad infecciosa pélvica debido a que en el momento del diagnóstico de dicha enfermedad pélvica aparentemente no hubo repercusión en su economía, inclusive no terminando el tratamiento, lo que contribuyó a la diseminación de la enfermedad, presentando una fase aguda asintomática, llegando a la manifestación crónica de ésta que es la formación de adherencias fibrosas perihepáticas en «cuerdas de violín».

Como parte de los síntomas de la fase aguda se pueden presentar: fiebre, dolor abdominal en cualquier localización, más frecuentemente en hipocondrio derecho y leucorrea. Dentro de los síntomas de la fase crónica se ha visto una gran variedad de síntomas no específicos (dolor en hipocondrio derecho, hipo, ictericia, simular cólico renoureteral, dolor precordial, etc.), por lo que se debe tener una alta sospecha diagnóstica y descartar diagnósticos diferenciales (Cuadro 2). Una vez que se tiene la sospecha de este síndrome se pueden aplicar los criterios diagnósticos mayores y menores para enfermedad pélvica inflamatoria, lo que acerca aún más al clínico a este diagnóstico, descartando una patología quirúrgica y evitando así una cirugía innecesaria.

Cuadro 1. Criterios clínicos para SFHC.

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

En este cuadro se muestran los criterios diagnósticos para el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Cuadro 2. 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



Figura 1. Imágenes en cuerdas de violín, características de síndrome de Fitz Hugh Curtis.



Figura 2. Disección roma de las adherencias durante la cirugía.



Figuras 1, 2 y 3. Fotografía transoperatoria de colecistectomía laparoscópica que muestra las adherencias firmes entre la cápsula hepática y cúpula diafrágica.

El diagnóstico definitivo de perihepatitis se realiza por medio de la laparoscopia (Figuras 1, 2 y 3), pero como se comentó anteriormente, la mayoría de las veces es de forma incidental. Con respecto a los estudios de laboratorio y gabinete para el diagnóstico de SFHC es limitado, sobre todo durante la fase crónica, sin embargo se ha visto su utilidad para descartar otras causas de dolor en el hipocondrio derecho (Figuras 4 y 5). La indicación para cirugía en

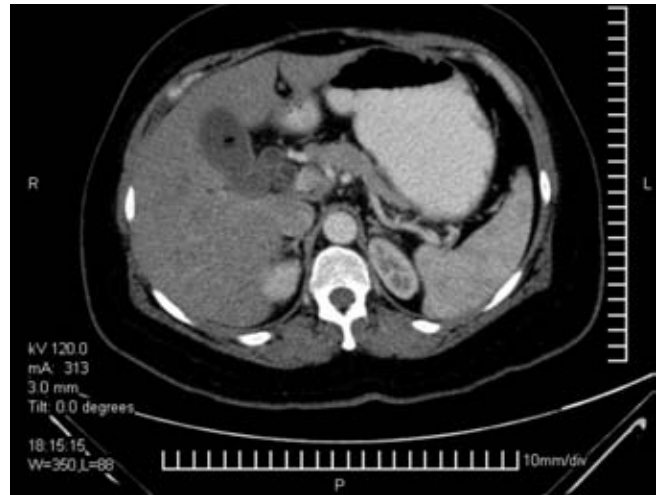


Figura 4. Tomografía preoperatoria con vesícula biliar sin engrosamiento de la pared.



Figuras 4 y 5. Tomografía preoperatoria que demuestra ausencia de dilatación de la vía biliar y páncreas normal.

estos casos cuando ya se tiene el diagnóstico por clínica y comprobada con estudios de imagen y laboratorio, es cuando no se tiene una respuesta adecuada al tratamiento médico persistiendo el dolor. Si este es el caso se realizará una laparoscopia donde se intentará la adherensiólisis, ya que ésta produce menos trauma y descarta otras patologías que producen dolor abdominal.

El patógeno habitualmente se aísla de tomas cervicales. Hay varios tests para *Chlamydia* y *N. gonorrhoeae*. Los cultivos aún son ampliamente utilizados, pero los tests de amplificación genética (PCR) y los de amplificación de ácido nucleico son altamente sensibles y específicos. También la identificación sérica de anticuerpos anti-*Chlamydia*, aumentando aún más la sensibilidad. Se pueden realizar en muestras vaginales urinarias y cervicales. Su principal limitación es el costo elevado.

Con respecto al tratamiento médico, éste deberá ser con antibióticos parenterales inicialmente (clindamicina y

gentamicina) por 48 horas seguido de antibioticoterapia por vía oral (doxiciclina y clindamicina) por 14 días posteriores. Teniendo como alternativas (azitromicina 1 g v.o. dosis única, ofloxacino 300 mg/8 h/7 días, eritromicina 500 mg/6 h/7 días). También deberá recibir tratamiento la pareja sexual.

CONCLUSIÓN

Considerando que el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis tiene una frecuencia del 3 al 37%, es muy importante realizar un diagnóstico diferencial de dolor abdominal en hipocondrio derecho y tener presente este síndrome, ya que la asociación entre colelitiasis y el SFHC es meramente clínica y no existe una asociación patológica establecida, además de que la colecistitis aguda requiere de primera instancia manejo quirúrgico y no así el SFHC.

REFERENCIAS

1. Parolini I, Blanc P, Larrey D. Bacterial perihepatitis. *Rev Prat* 2001; 51(19): 2081-5.
2. Stajano C. La reacción frénica en ginecología. *La Semana Médica* 1920; 27: 243-8.
3. Curtis A. A cause of adhesions in the right upper quadrant. *JAMA* 1930; 94: 1221-2.
4. Fitz-Hugh T Jr. Acute gonococcal peritonitis of the right upper quadrant in women. *JAMA* 1934; 102: 2094-6.
5. Müller-Schoop JW, Wang SP, Munzinger J, Schiapfer HU, Knoblauch M, Tammann RW. *Chlamydia trachomatis* as possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. *Br Med J* 1978; 1(6119): 1022.
6. Sharma JB, Malhotra M, Arora R. Fitz-Hugh-Curtis syndrome as a result of genital tuberculosis: a report of three cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(3): 295-7.
7. Hunter RH, Cicinelli E, Einer-Jensen N. Peritoneal fluid as an unrecognized vector between female reproductive tissues. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86(3): 260-5.
8. Hamdan M, Johanet H, Benhamou G. The Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a man revealed by ectopic appendicitis. *Eur J Med* 1992; 1(5): 314-5.
9. Davidson AC, Hawkins DA. Pleuritic pain: Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a man. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982; 284(6318): 808.
10. Choi TY, Kang JO, Chung SR, Ahn Y. *Chlamydia trachomatis* antibody in Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *Korean J Lab Med* 2008; 28(4): 293-8.
11. Cho HJ, Kim HK, Suh JH, Lee GJ, Shim JC, Kim YH. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: CT finding of three cases. *Emerg Radiol* 2008; 15(1): 43-6.
12. Yoshitake T, Nishie A, Mitsuura T, Takahashi S, Yoshimitsu K, Irie H, Aibe H et al. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: analysis of CT findings. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi* 2003; 63(6): 303-7.
13. Nishie A, Yoshimitsu K, Irie H, Yoshitake T, Aibe H, Tajima T et al. *J Comput Assist Tomogr* 2003; 27(5): 786-91.
14. Ricci P, Lema R, Solà V, Fernández C, Fabres C, Fernández E, Pardo J. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: three cases of incidental diagnosis during laparoscopy. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28(3): 352-4.
15. Ricci P, Solà V, Pardo J, Lema R, Guiloff E. Hernia asintomática de pared abdominal como hallazgo durante cirugía laparoscópica ginecológica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72(1): 45-9.
16. Wu HM, Lee CL, Yen CF, Wang CJ, Soong YK. Laparoscopic diagnosis and management of Fitz-Hugh-Curtis syndrome: report of three cases. *Chang Gung Med J* 2001; 24(6): 388-92.
17. Tulandi T, Falcone T. Incidental liver abnormalities at laparoscopy for benign gynecologic conditions. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998; 5(4): 403-6.
18. Ricci P, Solà V, Pardo J. *Asymptomatic Fitz-Hugh-Curtis visualized like violin string during gynecologic laparoscopic surgeries*. Presentado en: 37th Annual Meeting of the American Association of Gynecologic Laparoscopists; October 28-November 1, 2008; Las Vegas, Nevada.
19. Paavonen J, Saikku P, von Knorring J, Aho K, Wang SP. Association of infection with *Chlamydia trachomatis* with Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *J Infect Dis* 1981; 144(2): 176.