



Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis asociado con *Mycoplasma hominis*: caso clínico

Ignacio Flores-Sánchez,* José Gutiérrez-Salinas,** Jaime Calderón-Tapia,***
José Francisco Cervantes-Chávez****

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Se reporta un caso de síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en etapa crónica, en una paciente en estudio de infertilidad. Se estableció el diagnóstico durante una laparoscopia, por las secuelas de enfermedad pélvica inflamatoria asociada con *Mycoplasma hominis*.

Palabras clave: síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, *Mycoplasma hominis*

ABSTRACT

The objective of the present was to show an incidental Fitz-Hugh-Curtis Syndrome (FHCS) at chronic phase. The patient was a woman that belong to an steril treatment program. The Fitz-Hugh-Curtis Syndrome was show by laparoscopic images correlated to pelvic inflammation disease that associated to *Mycoplasma hominis*.

Key words: Fitz-Hugh-Curtis Syndrome, *Mycoplasma hominis*

RÉSUMÉ

Nous rapportons un cas de syndrome de Fitz-Hugh-Curtis stade chronique chez un patient dans l'étude de l'infertilité. A été diagnostiqué pendant la laparoscopie, pour les séquelles de la maladie inflammatoire pelvienne associée à *Mycoplasma hominis*.

Mots-clés: syndrome de Fitz-Hugh-Curtis, *Mycoplasma hominis*

RESUMO

Relatamos um caso de Fitz-Hugh-Curtis estágio de síndrome crônica em um paciente no estudo da infertilidade. Foi diagnosticada durante a laparoscopia, pois as sequelas da doença inflamatória pélvica associada com *Mycoplasma hominis*.

Palavras-chave: síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, *Mycoplasma hominis*

- * Médico adscrito. Biología de la Reproducción Humana. ,
** Laboratorio de Bioquímica y Medicina Experimental, División de Investigación Biomédica.
*** Médico Residente, Biología de la Reproducción Humana.
**** Coordinador de Ginecología y Obstetricia.
Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE.

Correspondencia: Dr. Ignacio Flores Sánchez. San Lorenzo 501, piso 1, colonia Del Valle, México 03100 DF, México. Correo electrónico: drignacioflores@yahoo.com.mx

Recibido: 29 de junio de 2011 Aceptado: 1 de septiembre de 2011

Este artículo debe citarse como: Flores-Sánchez I, Gutierrez-Salinas J, Calderón-Tapia J, Cervantes-Chávez JF. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis asociado con *Mycoplasma Hominis*: caso clínico. Ginecol Obstet Mex 2011;(79)10:637-641.

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es poco frecuente y consiste en una manifestación extrapélvica con perihepatitis como resultado del ascenso de bacterias (por diversos mecanismos no del todo conocidos) por enfermedad inflamatoria pélvica. Las bacterias invaden al hígado y causan un proceso inflamatorio agudo en la cápsula sin afectar al parénquima ni al peritoneo parietal; posteriormente, en la fase crónica, se producen adherencias entre la superficie hepática (área perihepática) y el peritoneo parietal conocidas como "cuerdas de violín".¹

Su diagnóstico en la mayor parte de los casos es accidental, al realizar una laparoscopia por una alteración ginecológica o gastrointestinal. Además, en la actuali-

dad se puede identificar este padecimiento mediante resonancia magnética.² Aunque su frecuencia es mayor en mujeres jóvenes (15-30% de los casos), puede afectar a cualquier edad y sexo.

La primera descripción de este padecimiento la realizó Carlos Stajano en 1920, al reportar adherencias perihepáticas asociadas con dolor.³ Posteriormente, Arthur Curtis vinculó las adherencias perihepáticas con una enfermedad pélvica inflamatoria y consideró como agente causal a *Neisseria gonorrhoeae*.⁴ Años después, Thomas Fitz-Hugh publicó en 1934 tres casos asociados con peritonitis gonocócica y en 1936 describió seis casos más en los que la afectación se localizaba exclusivamente en el lóbulo derecho del hígado.^{5,6}

Durante muchos años se consideró a *Neisseria* como el único agente causal; sin embargo, en 1978 Müller-Schoop⁷ demostró evidencia serológica de infección aguda por *Chlamydia trachomatis* en 9 de 11 pacientes con peritonitis y signos clínicos de este síndrome; seis de las pacientes también tenían perihepatitis. Desde entonces se publican estudios similares y se considera a *Chlamydia trachomatis* como el agente causal más frecuente, aislado de cultivos de cuello uterino, trompas y, en algunos casos, de la cápsula hepática de pacientes con perihepatitis. Los agentes causales pueden ser diversos, como los tres casos reportados por Sharma y colaboradores, con tuberculosis genital.⁸

Se reporta el caso de una paciente con síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en etapa crónica, como hallazgo durante el estudio de infertilidad de una pareja en una laparoscopia, con infección por *Mycoplasma hominis*.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 33 años de edad en estudio de infertilidad de siete años de duración. Manifiesta irregularidad menstrual con ciclos de 45, 60 y 90 días con sangrado de 4 a 5 días de duración, con dismenorrea. Su índice de masa corporal fue de 27.3 kg/m², índice cintura-cadera de 0.86, vello terminal en el mentón y en las extremidades inferiores sin acantosis nigricans. Antes de iniciar el protocolo de estudio de la pareja infértil, usó durante un año inductores de la ovulación (citrato de clomifeno y menotropinas). El resultado de la citología cervical fue negativo para malignidad con proceso inflamatorio. Se realizó un cultivo y examen de exudado vaginal negativo para *Chlamydia* y positivo para *Gardnerella vaginalis*

y *Mycoplasma hominis*, ambas detecciones fueron por análisis de inmunofluorescencia. Los resultados de las determinaciones hormonales en el día tres del ciclo menstrual que incluyeron FSH, LH, estradiol y prolactina se encontraban dentro de los límites normales, sólo encontraron elevadas la testosterona y la insulina, ésta última con una concentración de 7 mUI/mL. La concentración de glucosa fue de 85 mg/dL. El ultrasonido endovaginal mostró imágenes compatibles con ovarios poliquísticos y en la histerosalpingografía se observó el útero en anteversoflexión, con cavidad uterina normal, trompa derecha fija, permeable, con signos que sugerían adherencias y la trompa izquierda con hidrosalpinx y obstrucción distal. Los resultados de la espermatozoidoscopia del esposo demostraron astenozoospermia, en dos muestras.

Se programó a la paciente para laparoscopia e histeroscopia. En la laparoscopia se encontraron adherencias tuboperitoneales y tuboováricas peritoneales (Figura 1), útero en anteversoflexión, trompas uterinas visibles en su tercio medio, ovarios en las fosas pélvicas y con aspecto poliquístico. Se observaron adherencias perihepáticas-peritoneo parietal densas y en típicas “cuerdas de violín” en el lóbulo derecho del hígado. (Figuras 2, 3 y 4)

Se realizó adherenciólisis en el área pélvica y se observó del lado izquierdo la obstrucción tubaria distal e hidrosalpinx (Figura 5). La trompa derecha se encontró fija y la fimbria filiforme, adherida al ovario y peritoneo parietal, con paso lento del medio de contraste. Se realizó la oclusión proximal de ambas tubas uterinas.

En la histeroscopia se encontraron dos pólipos endocervicales que se resecaron; el resto de la cavidad uterina estaba sin alteraciones.

Como parte del tratamiento se contempló la opción de un procedimiento de fertilización asistida.

DISCUSIÓN

Debido a que el diagnóstico se establece principalmente mediante procedimientos endoscópicos y su publicación es como reporte de caso, la frecuencia del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis se desconoce. Paavonen y colaboradores realizaron una revisión de 1978 a 1981 y reportaron perihepatitis demostrada por laparoscopia en 4% de las mujeres con evidencia de enfermedad pélvica inflamatoria.⁸ En otro reporte se diagnosticó este síndrome en 6.1% de las mujeres con infertilidad.¹⁰ En el reporte más grande



Figura 1. Adherencias tuboováricas peritoneales con hidrosalpinx en la trompa uterina izquierda

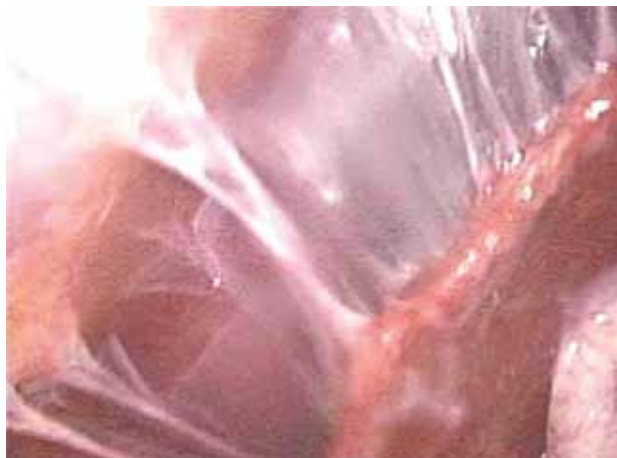


Figura 4. Adherencias en "cuerdas de violín"



Figura 2. Adherencias perihepáticas densas a peritoneo parietal en el lóbulo derecho



Figura 5. Liberación de adherencias y oclusión tubaria derecha

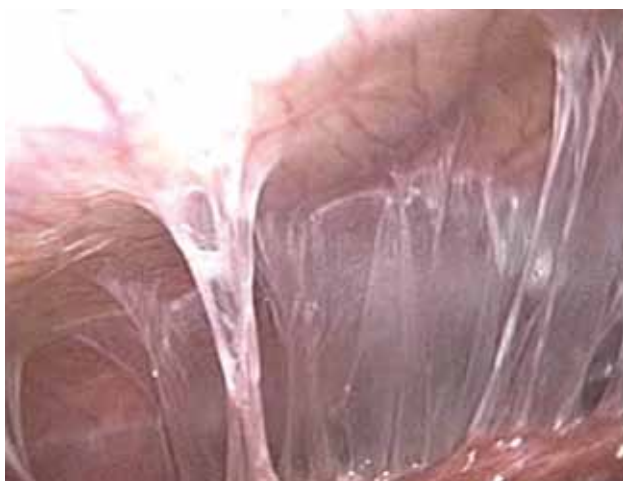


Figura 3. Adherencias perihepáticas densas a peritoneo parietal

hasta la fecha, en 3,564 laparoscopias, se diagnosticó este síndrome en 14.8% de las pacientes con infertilidad tubaria; 6.7% en embarazos ectópicos y en 1.4% por otras indicaciones ginecológicas.² En un reporte de tres casos con diagnóstico de síndrome de Fitz-Hugh-Curtis no se demostró infección por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamydia* y únicamente existía el antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria.¹¹

En este síndrome se desconocen los mecanismos exactos por los que los agentes causales que inicialmente producen una cervicitis, endometritis o enfermedad pélvica inflamatoria, ascienden al hígado. Se considera el ascenso por vía directa, hematógena o linfática. La vía directa es la que se identifica con mayor frecuencia y se refiere a que el agente causal asciende desde la pelvis hasta la superficie

hepática o el bazo como resultado del movimiento de los fluidos peritoneales por la gotera parietocólica hasta el espacio subfrénico. El fluido peritoneal puede variar, pero se ha demostrado que baña a todos los órganos abdominopélvicos.¹²

Esto explica la fisiopatología en la mujer, debido a que existe la migración del agente infeccioso desde una infección genital. Por esta razón es más frecuente este síndrome cuando existe el antecedente de infecciones genitales, embarazo ectópico, aborto recurrente o infertilidad.

La diseminación por vía hematógena es otra teoría en la que se describe el ascenso de los microorganismos desde la pelvis hasta la superficie del hígado por la comunicación vascular. El ascenso por la vía linfática puede explicar que la mayoría de las pacientes no muestren datos de infección en otros sitios intraabdominales, aunque se debe considerar que la mayor parte del drenaje linfático del aparato reproductivo es retroperitoneal.

También se han reportado casos de síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en varones. En estos casos se consideran como formas de ascenso a la superficie hepática desde la pelvis a la vía hematógena y linfática.^{13,14}

En este síndrome, las adherencias pueden causar dolor abdominal crónico y deben sospecharse si el dolor es en el hipocondrio derecho y especialmente si hay dolor pélvico crónico y antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria.¹⁵ A las mujeres con estos síntomas y que se les realiza algún procedimiento quirúrgico abdominopélvico por laparotomía o laparoscopia, debe revisárseles sin excepción, la superficie de los órganos, diafragma y paredes del abdomen, especialmente si la cirugía fue indicada por dolor abdominal.

Las adherencias perihepáticas (“cuerdas de violín”) se clasifican de acuerdo con el número en: leves, moderadas y severas; leves cuando son menos de cinco adherencias, moderadas cuando son más de cinco adherencias localizadas en el lóbulo derecho y severas cuando existen adherencias en ambos lóbulos hepáticos.²

Determinar al agente causal de este padecimiento es importante para establecer el tratamiento adecuado. El agente causal más frecuente era *Neisseria gonorrhoeae*; en la actualidad se reconoce a *Chlamydia trachomatis* como el microorganismo que causa con mayor frecuencia este síndrome.¹⁶ Por esta razón, se pone poca atención en los *Mycoplasmas* por lo que su repercusión en la salud reproductiva no es cuantificable.

La familia de los *Mycoplasmataceae* es muy amplia. Hay dos géneros conocidos: *Mycoplasma* y *Ureaplasma*. En el género *Mycoplasma* hay 118 especies y en el *Ureaplasma* hay 7 especies reportadas. Son microorganismos procariotas sin pared celular que habitualmente colonizan las mucosas respiratoria y urogenital.

La prevalencia en la vagina o el cuello uterino de *M. hominis* varía de 15 a 72%^{17,18,19} en mujeres sexualmente activas y se desconoce totalmente su patogénesis.

Por lo general, las infecciones por micoplasmas y ureaplasmas son silentes, tienen síntomas inespecíficos y son fácilmente transmisibles. Producen vaginosis bacteriana en combinación con bacterias anaerobias y *Gardnerella vaginalis*, también participan en los casos de enfermedad pélvica inflamatoria e infertilidad, como en nuestra paciente.

La prevalencia de esta infección varía según la población estudiada y los procedimientos diagnósticos utilizados. Los cultivos y pruebas serológicas utilizados para la detección de las infecciones por micoplasmas y ureaplasmas no son óptimos para el diagnóstico, por lo que se prefieren los métodos moleculares, como la PCR y sus variantes.¹¹

En un estudio se aisló *M. hominis* en 70.83% de las pacientes con diagnóstico clínico de cervicitis, 12.50% de las pacientes con infertilidad, 8.33% de las pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria y 4.17% de las pacientes con cervicitis asociada con enfermedad pélvica inflamatoria.^{22,23}

Existen reportes de *M. hominis* como causante de peritonitis, perihepatitis y absceso renal en pacientes con trasplante renal.^{22,23} En estos reportes se observa la asociación de *M. hominis*, enfermedad pélvica inflamatoria y síndrome de Fitz-Hugh-Curtis sin reporte previo, por lo que se considera necesaria la detección oportuna en cuello uterino y la vagina de este patógeno para evitar mayores complicaciones que afecten estructuras pélvicas y extrapélvicas.

Agradecimientos

Los autores agradecen al técnico Sergio Hernández Rodríguez del Laboratorio de Bioquímica y Medicina Experimental por su valiosa ayuda. De igual forma, se agradece a José Retana Arriaga, Alexis Acosta Argueta y David Tovar Díaz del Departamento de Apoyo y Medios Educativos por la recuperación de las imágenes y a

Claudia Laureano Luna y Cinthia Santiago Nicolás de la División de Investigación Biomédica, por su apoyo para la redacción de este documento. Todos ellos laboran en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

REFERENCIAS

1. Parolini I, Blanc P, Larrey D. Bacterial perihepatitis. *Rev Prat* 2001;51:2081-2085.
2. Hong DGMH, Choi MH, Chong GO, Yi JH, et al. Fitz-Hugh-Curtis Syndrome: Single centre experiences. *J Obstet Gynaecol* 2010;30:277-280.
3. Stajano C. La reacción frénica en ginecología. *La Semana Médica* 1920;27:243-248.
4. Curtis A. A cause of adhesions in the right upper quadrant. *JAMA* 1930;94:1221-1222.
5. Fitz-Hugh T Jr. Acute gonococcic peritonitis of the right upper quadrant in women. *JAMA* 1934;102:2094-2096.
6. Fitz-Hugh T. Acute gonococcic perihepatitis, a new syndrome of right upper quadrant abdominal pain in young women. *Reviews in Gastroenterology* 1936;3:125-131.
7. Müller-Schoop JW, Wang SP, Munzinger J, Schlöpfer HU, Knoblauch M, et al. Chlamydia trachomatis as possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. *Br Med J* 1978;1:1022-1024.
8. 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;82:295-297.
9. Paavonen J, Saikku P, von Knorring J, Aho K, et al. Association of infection with Chlamydia trachomatis with Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *J Infect Dis* 1981;144:176.
10. Godinjak Z, Idrizbegovic E. Should diagnostic hysteroscopy be a routine procedure during diagnostic laparoscopy in infertile women? *Bosn J Basic Med Sci* 2008;8:44-47.
11. Ricci P, Lema R, Solà V, Fernández C, Fabres C, et al. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: three cases of incidental diagnosis during laparoscopy. *J Obstet Gynaecol* 2008;28:352-354.
12. Hunter RH, Cicinelli E, Einer-Jensen N. Peritoneal fluid as an unrecognized vector between female reproductive tissues. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:260-265.
13. Hamdan M, Johanet H, Benhamou G. The Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a man revealed by ectopic appendicitis. *Eur J Med* 1992;1:314-315.
14. Davidson AC, Hawkins DA. Pleuritic pain: Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a man. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982;284:808.
15. Cohen CR, Manhart LE, Bukusi EA, Astete S, Brunham RC, et al. Association between *Mycoplasma genitalium* and acute endometritis. *Lancet* 2002;359:765-766.
16. García Compeán D, García Cantú DA, Bosques Padilla FJ, Maldonado Garza HJ, 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.
17. Peter NG, Clark LR, Jaeger JR. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: a diagnosis to consider in women with right upper quadrant pain. *Cleve Clin Med* 2004;71:233-239.
18. Edward DG, Freundt EA. Classification of the Mycoplasmatales. In: Hayflick L, ed. *The Mycoplasmatales and L-phase of bacteria*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1969;187:147-200.
19. González Velázquez F. Micoplasmas genitales. Infecciones de transmisión sexual. México: Alfíl, 2004;149-162.
20. McCormack W, Almeida P, Bailey P. Sexual activity and vaginal colonization with genital *Mycoplasmas*. *JAMA* 1972;221:1375-1378.
21. Castellano-González M, Ginestre-Pérez M, Perozo-Mena A, Alaña F y col. Colonización vaginal por micoplasmas genitales en mujeres embarazadas y no embarazadas. *Invest Clín* 2007;48(4):419-429.
22. Van der Bijl AE, Kamper AM, De Fijter JW, Paul LC. *Mycoplasma hominis* peritonitis after renal transplantation. *Nephron* 2000;86(4):541-542.
23. Camara B, Mouzin M, Ribs D, Esposito L, et al. Perihepatitis and perinephric abscess due to *Mycoplasma hominis* in a kidney transplant patient. *Exp Clin Transplant* 2007;5(2):708-709.