



# Prevalencia del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis por laparoscopia en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Juárez de México

Mildret Lozano Domínguez,\* Juan Jiménez Huerta,\* Rafael Hernández Galván\*

## RESUMEN

**Introducción.** El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHC) se refiere a la presencia de perihepatitis con adherencias en cuerda de violín entre el hígado y la pared anterior del abdomen asociado a salpingitis por gonococo o *Chlamydia*. Se manifiesta con dolor e hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho. Dicho dolor, que se exacerba por la respiración, tos y el movimiento, es causado por irritación de la cápsula de Glisson del hígado. El diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria es frecuentemente un reto aun en las manos más experimentadas. La laparoscopia, aunque considerada el Standard de oro para el diagnóstico, mostró solamente 50% de sensibilidad y 85% de especificidad cuando se le confrontó con microbiopsia de salpinges. **Objetivo.** Determinar la incidencia del Sx. de Fitz-Hugh-Curtis en pacientes sometidos a laparoscopia del Servicio de Ginecología. **Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional durante el periodo del 2002 al 2007 en el Servicio de Ginecología del Hospital Juárez de México, donde se analizaron 192 casos de laparoscopia por patología uterina, infertilidad primaria y secundaria. **Resultados.** La edad promedio de las pacientes fue de 26 a 35 años. La presencia del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis se documentó bajo visualización directa de adherencias perihepáticas en 14 pacientes (7.2%). El 33.8% de las pacientes presentó infertilidad primaria y el resto infertilidad secundaria. De las 192 pacientes en 68% el diagnóstico laparoscópico se reportó normal, mientras que en 11% se documentó síndrome adherencial severo. En relación con las pacientes con síndrome de Fitz-Hugh-Curtis 43% presentó síndrome adherencial severo. **Conclusiones.** El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es más frecuente en mujeres jóvenes de 15 a 30% de acuerdo con la literatura mundial. Generalmente es un hallazgo transoperatorio con o sin relación con la enfermedad original.

**Palabras clave:** Enfermedad pélvica inflamatoria, síndrome de Fitz Hugh Curtis, laparoscopia.

## ABSTRACT

**Introduction.** The syndrome Fitz-Hugh-Curtis (FHC) refers to the presence of adhesions in perihepatitis with violin strings between the liver and the anterior wall of the abdomen associated with salpingitis by Gonococcus or *Chlamydia*. It manifests itself in pain and hypersensitivity in the upper right quadrant. That pain, which is exacerbated by breathing, coughing and movement, is caused by irritation of Glisson's capsule of the liver. The diagnosis of pelvic inflammatory disease is often a challenge in even the most experienced hands. Laparoscopy while considered the gold standard for diagnosis showed only 50% sensitivity and specificity of 85% when it was compared with microbiopsy of salpingo. **Objective.** To determine the incidence of Fitz-Hugh-Curtis syndrome in patients undergoing laparoscopic in the Service of Gynecology. **Material and methods.** Retrospective study, observational and descriptive. During the period from 2002 to 2007 in the Service of Gynecology Hospital Juarez of Mexico, where analyzed 192 cases of laparoscopy for uterine disease, primary and secondary infertility. **Results.** The average age of patients was 26 to 35 years. The presence of the Fitz-Hugh-Curtis syndrome was documented under direct visualization of adhesions perihepatic in 14 patients (7.2%). The 33.8% of patients had primary infertility and the rest secondary infertility. Of the 192 patients 68% diagnostic laparoscopy was reported normal, while in 11% was documented adhesive severe syndrome. In relation to patients with Fitz-Hugh-Curtis syndrome 43% presented adhesive severe syndrome. **Conclusions.** The Fitz-Hugh-Curtis syndrome is more common in young women from 15 to 30% according to world literature. Usually it is a common finding after surgery with or without connection with the original disease.

**Key words:** Pelvic inflammatory disease, Fitz Hugh Curtis syndrome, laparoscopy.

\* Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Juárez de México.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad pélvica inflamatoria afecta a mujeres jóvenes sexualmente activas, la mayoría de las veces es considerada como una secuela de patógenos transmitidos sexualmente tales como *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*.<sup>1,3</sup>

Su frecuencia exacta es desconocida debido a que la enfermedad pélvica inflamatoria no es reportable, su incremento es en parte debido a la diseminación de las enfermedades de transmisión sexual. Se estima en alrededor de 1 millón de casos nuevos al año.<sup>4,5</sup>

Los factores de riesgo asociados han sido identificados: mujeres jóvenes, historia previa de enfermedad pélvica inflamatoria, el no uso de protección anticonceptiva (métodos de barrera) y hormonales con progesterona, y el uso de duchas vaginales. Las complicaciones agudas son los abscesos tubo-ováricos y la enfermedad adherencial perihepática con microbiología idéntica, habitualmente los microorganismos ya comentados. A largo plazo las complicaciones como infertilidad por factor tubario, dolor pélvico crónico y embarazo ectópico son responsables del gran impacto económico y de salud de la enfermedad pélvica inflamatoria.<sup>6,7</sup>

El diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria es frecuentemente un reto aun en las manos más experimentadas. Los centros para control de las enfermedades en los Estados Unidos de América han enfatizado este problema en sus últimas publicaciones que refieren que el diagnóstico clínico tiene un valor predictivo positivo de 65 a 90% (10), la razón para estos valores es que algunos órganos adyacentes pueden dar los mismos síntomas referidos. Numerosos padecimientos ginecológicos (torsión de ovario, quistes embarazo ectópico y endometriosis) pueden también asemejar la enfermedad.<sup>8,9</sup>

La laparoscopia, aunque considerada el Standard de oro para el diagnóstico, mostró solamente 50% de sensibilidad y 85% de especificidad cuando se le confrontó con microbiopsia de salpinges. Eckert y cols. demostraron que la ausencia de evidencia visual de salpingitis no excluye la presencia de inflamación en el tracto genital superior. De tal manera, el procedimiento debe ser considerado en pacientes seleccionadas considerando costos, acceso limitado y riesgos quirúrgicos para la paciente.<sup>10,11</sup>

En relación con el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHC) se refiere a la presencia de perihepatitis con adherencias en cuerda de violín entre el hígado y la pared anterior del abdomen asociado a salpingitis por gonococo o *Chlamydia*.<sup>6</sup> Se manifiesta con dolor e hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho. Dicho dolor, que se exacerba por la respiración, tos y el movimiento, es causado por irritación de la cápsula de Glisson del hígado. El dolor cede a la aplica-

ción del régimen apropiado para salpingitis a saber el mismo empleado en enfermedad pélvica inflamatoria. La incidencia del síndrome es poco conocida, se sabe de alrededor de 4 a 14% según las series tiende a aumentar cuando el diagnóstico se realiza por laparoscopia debido a que algunas mujeres pueden cursar asintomáticas.<sup>1</sup> Se ha encontrado una alta incidencia de adherencias perihepáticas en pacientes sometidas a cirugía por embarazo ectópico (14% vs. 3% en controles).<sup>7</sup> La laparoscopia puede ser no sólo diagnóstica, sino una herramienta para el tratamiento definitivo.<sup>12,13</sup>

La perihepatitis infecciosa o síndrome de Fitz-Hugh-Curtis ha sido discutida en la literatura en los últimos 50 años. Las estimaciones más recientes muestran una tasa de 15 a 30% entre mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica.<sup>9</sup> Aunque el síndrome lleva el nombre de Thomas Fitz-Hugh Jr. y Arthur Curtis fue Curtis quien en 1930 describió los aspectos crónicos de la enfermedad, cuatro años después Fitz-Hugh describió las manifestaciones agudas y conectó sus observaciones con aquellas de Curtis;<sup>14,15</sup> ni Curtis ni Fitz-Hugh tomaron en cuenta las observaciones previas en este tema en español y francés (1920 y 1922) por Carlos Stajano y ninguno de estos tres autores advirtió que en 1848 el cirujano danés Martinus Hassing describió el cuadro caracterizado por dolor abdominal alto, usualmente localizado a la región por debajo del margen costal derecho y frecuentemente irradiado al hombro derecho en pacientes con salpingitis.<sup>16</sup>

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis se compone de dos fases: aguda y crónica. En la fase aguda la instalación de los síntomas es dramático y caracterizado por un dolor de inicio súbito intenso y transitorio, más intenso a nivel del borde costal derecho sobre el área de la vesícula, dicho dolor puede ser referido al hombro derecho y con frecuencia es unilateral. El dolor es pleurítico y exacerbado por la tos, risa, inspiración profunda y movimientos rotacionales del torso; se puede presentar hipo, náusea o vómito. Frecuentemente la presentación clínica es acompañada de calosfríos, fiebre, sudoración nocturna, cefalea y malestar general. 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.<sup>17</sup>

En contraste, la fase crónica es caracterizada por las adherencias típicas en "cuerdas de violín" entre la cara anterior del hígado y la superficie peritoneal de la pared abdominal. Ocasionalmente estas adherencias se extienden sobre la cara superior del hígado e involucran al diafragma, la presencia de infección tubaria es frecuente, pero no invariable.<sup>18</sup>



La tasa de infertilidad en relación con un episodio de enfermedad pélvica inflamatoria es de 12%, con dos episodios 35% y con tres 75%.<sup>17,18</sup>

La laparoscopia ofrece el diagnóstico y además permite una completa valoración de los órganos abdominales, como la parte alta del abdomen donde se pueden encontrar adherencias perihepáticas (Sx. de Fitz-Hugh-Curtis), así como la identificación a través de cultivos y antibiograma del agente causal.<sup>17,18</sup>

En México no existe una casuística del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en pacientes con esta enfermedad, por tal motivo se busca conocer la incidencia del síndrome en un grupo de pacientes sometidas a laparoscopia diagnóstica del Hospital Juárez de México y poder ofrecer un tratamiento oportuno y evitar la presencia de complicaciones relacionadas con la fertilidad y el alto costo económico y social de la enfermedad.

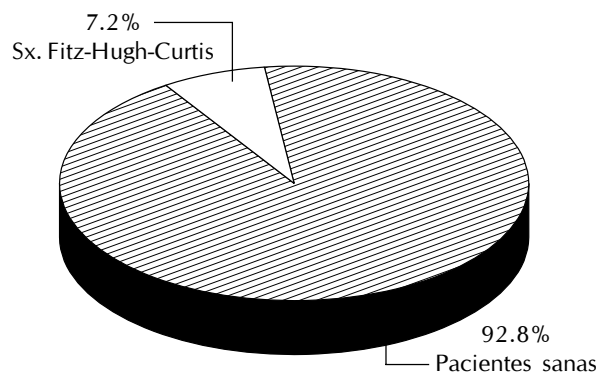
## MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron las pacientes que acudieron a la consulta externa del Servicio de Ginecología por patologías uterinas, infertilidad primaria y secundaria que fueron sometidas a laparoscopia diagnóstica y operatoria durante el periodo de enero del 2000 a diciembre del 2005. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional.

## RESULTADOS

Se revisaron un total de 192 registros de laparoscopia diagnóstica de pacientes con infertilidad realizados en el servicio en un periodo comprendido de enero del 2002 a diciembre del 2007.

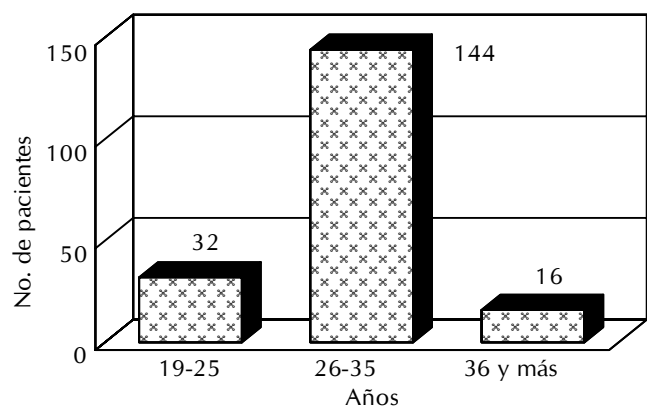
La presencia del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis se documentó bajo visualización directa de adherencias perihepáticas en 14 pacientes (7.2 %) (Figura 1).



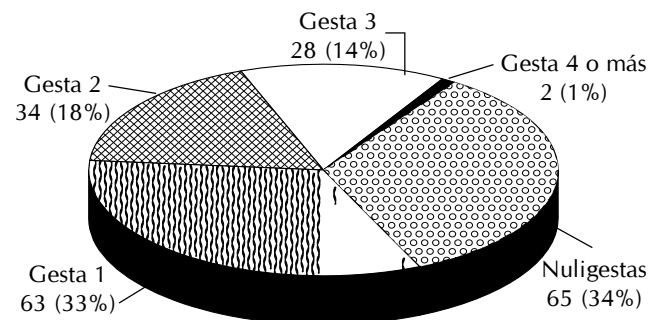
**Figura 1.** Incidencia del síndrome de Fitz Hugh Curtis (n = 14).

El rango de edad de las pacientes estudiadas fue 22 a 42 años, predominando el grupo de 26 a 35 años con 75% (n = 144) del total y con más de 36 años sólo se captaron 16 pacientes (Figura 2).

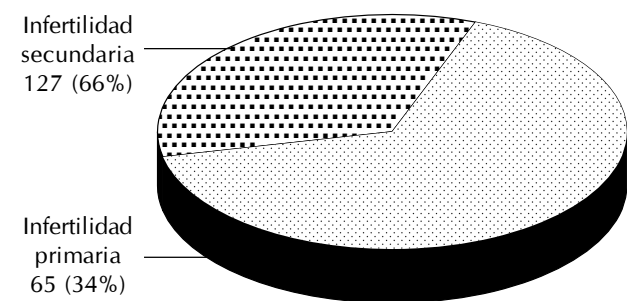
En relación con la paridad de las 192 pacientes del estudio se encontró que 65 pacientes (33.8%) fueron nuligestas y el resto se distribuyeron de manera decreciente: 63 pacientes (32.8%) gesta 1; 34 pacientes (17.8%) gesta 2; 28 pacientes (14.5%) gesta 3 y dos pacientes (1.1%) con cuatro y más gestaciones (Figura 3).



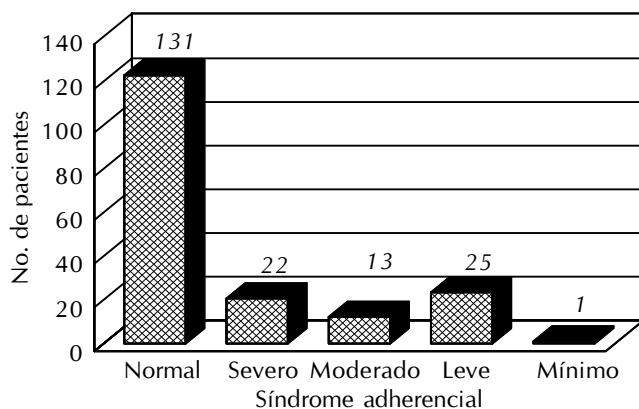
**Figura 2.** Distribución por grupo de edad de las pacientes estudiadas (n = 192).



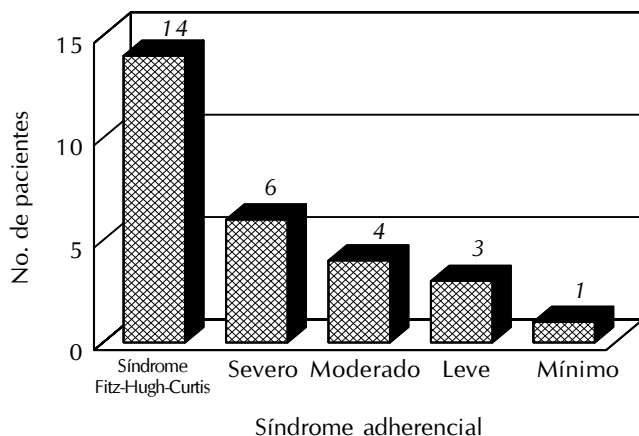
**Figura 3.** Paridad de las pacientes en el momento del estudio laparoscópico (n = 192).



**Figura 4.** Prevalencia de infertilidad en el grupo de estudio (n = 192).



**Figura 5.** Incidencia del síndrome adherencial en las pacientes (n = 192).



**Figura 6.** Prevalencia del Sx. adherencial en las pacientes con Sx. de Fitz Hugh Curtis (n = 14).

El diagnóstico de infertilidad secundaria fue el más frecuente con (66%) de los casos, mientras que la infertilidad primaria sólo se presentó en 65 de los casos revisados (Figura 4).

De las 192 pacientes del estudio, se utilizó la clasificación de adherencias anexiales de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM) encontrando que 131 pacientes (68%) se encontró normal, 11% con adherencias severas y sólo 1% con Síndrome adherencial mínimo (Figura 5).

De las pacientes identificadas con Sx. de Fitz-Hugh-Curtis se utilizó la clasificación de adherencias anexiales de la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASMR) encontrando que 43% (n = 6) mostraron un proceso adherencial severo de los anexos (Figura 6).

## DISCUSIÓN

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis se presenta en 15 a 30% de las mujeres jóvenes con EPI, quienes general-

mente son tratadas por ginecólogos y no por cirujanos generales. También existen una serie de dudas diagnósticas, ya que debe hacerse diagnóstico diferencial con una gran variedad de procesos como: trauma abdominal, apendicitis, colecistitis, coledocitis, neumonía. Además de considerar el embarazo ectópico, pielonefritis, peritonitis y absceso subfrénico.

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. Sin embargo, en el presente estudio no se documentó el agente etiológico y no se realizó ultrasonido de rutina, ya que los hallazgos fueron transoperatorios.

Podemos inferir por los resultados del presente estudio que la entidad estudiada va más allá de ser un hallazgo incidental dentro del proceso de cirugía laparoscópica de la paciente infértil. Los resultados acordes a lo informado en la literatura universal proporcionan elementos para considerar la búsqueda intencionada y el tratamiento de la enfermedad, así como determinar si se trata de un continuo dentro de las múltiples manifestaciones de la enfermedad pélvica inflamatoria.

Hemos establecido su relación cercana con el proceso adherencial anexial severo y deberá dirigirse el curso del estudio actual a determinar su participación como factor pronóstico dentro de los muchos elementos que afectan negativamente la fertilidad femenina en el futuro.

## CONCLUSIONES

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es más frecuente en mujeres jóvenes de 15 a 30% de acuerdo con la literatura mundial.

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

Las complicaciones a largo plazo son raras y pueden atribuirse más a la enfermedad pélvica inflamatoria. Éstas incluyen dolor y obstrucción intestinal por adherencias en infertilidad.

En las pacientes que el dolor abdominal persiste a pesar del tratamiento adecuado debe realizarse una laparoscopia para determinar el grado y localización de las adherencias, así como su posible lisis.

## REFERENCIAS

1. Ahued R. Ginecología y Obstetricia Aplicadas. 2a. Ed. Vol. 2. El Manual Moderno; 2003, p. 769-76.



2. Munday PE. Pelvic inflammatory disease –an evidence –based approach to diagnosis. *J Infect* 2000; 40: 31-41.
3. Richard H, Beigi MD, Harold C, Wiesenfield MD. Pelvic inflammatory disease new diagnostic criteria and treatment. *Obstet Gynecol Clinics North Am* 2003; 30: 777-93.
4. Eckert LO, Hawes SE, Wolner-Hansen PK. Endometritis: the clinical pathological syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 690-5.
5. Quentin R, Lansac J. Pelvic inflammatory disease: medical treatment. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2000; 92: 189-92.
6. Lopez ZJA. The Fitz Hugh Curtis Syndrome Revisited. *J Reproduc Med* 1985; 30(8): 567-82.
7. Vaseem A, James FL. Incidence of perihepatic adhesions in ectopic gestation. *Obstetrics and Gynecology* 1998; 92(6): 995-7.
8. Sharma JB, Malhotra M, et al. Incidental Fitz Hugh Curtis syndrome at laparoscopy for benign gynecologic conditions. *Intl J Gynecol and Obstet* 2002; 79: 237-40.
9. Stanley MM. Gonococci peritonitis of the upper part of the abdomen in young women. *Arch Intern Med* 1946; 78: 1.
10. Curtis AH. A cause of adhesions in the right upper quadrant. *JAMA* 1930; 94: 1221.
11. Fitz HT. Acute gonococcal hepatitis a new syndrome of right upper quadrant abdominal pain in young women. *Rev Gastroenterol* 1936; 3: 125.
12. Pérez PE. Atención Integral de la Infertilidad. Vol. 1. Mc Graw Hill Interamericana; 2002, p. 142-8.
13. Honey AE. Templeton. Prevention of pelvic inflammatory disease by the control of *C. trachomatis* infection. *Int J Obstet Gynecol* 2002; 78: 257-61.
14. Bearse C. Ghonorrheal Salpingitis and perihepatic adhesions *JAMA* 1931; 97: 1385.
15. Fitz HT. Acute gonococci peritonitis in the right upper quadrant in women. *JAMA* 1934; 102: 2094.
16. Redewill FH. Acute gonococcal perihepatitis. Abdominal pain in the upper right quadrant in young woman. *Urol Cutan Rev* 1937; 41: 685.
17. Müller-Schoop JW, Wang SP, Munzinger J. Chlamydia trachomatis as a possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. *Br Med J* 1978; 1: 1022.
18. Paavonen, Valtoon VV. Chlamydia trachomatis as a possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. *Br J Vener Dis* 1980; 56: 341.

**Solicitud de sobretiros:**

Dr. Mildret Lozano Domínguez  
 Av. Recursos Hidráulicos  
 Cda. 31, Casa 4  
 Col. Paseos de Ecatepec  
 Tel. Casa: 2644-6231, Cel.: 74110-09721  
 Correo electrónico:  
 Dr. MildretLozano@hotmail.com