

Casos Clínicos

SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS COMO HALLAZGO DURANTE CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Paolo Ricci A., Vicente Solà D., Jack Pardo S.

Unidad de Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Las Condes.

RESUMEN

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una perihepatitis producida por una peritonitis secundaria al ascenso de bacterias, como resultado de una enfermedad inflamatoria pélvica. En la etapa crónica se pueden observar adherencias entre la pared abdominal y la superficie hepática, caracterizadas por la semejanza a "cuerdas de violín". Esta imagen es considerada criterio diagnóstico. Se presenta un caso de hallazgo de síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, pesquisado durante la inspección rutinaria de la cavidad abdominopélvica, al finalizar una histerectomía laparoscópica.

PALABRAS CLAVE: *Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, perihepatitis crónica, adherencias en cuerda de violín*

SUMMARY

The Fitz-Hugh-Curtis Syndrome is a perihepatitis secondary to peritonitis caused by ascending bacteria from a pelvic inflammatory disease. During the chronic phase may be observe adhesences between the abdominal wall and the liver surface characterized by a "violin string" similarity. This image is considered criterion for the diagnosis. A case of incidental Fitz-Hugh-Curtis syndrome observed during a routinely abdominopelvic cavity inspection at the end of a laparoscopic hysterectomy is presented.

KEY WORDS: *Fitz-Hugh-Curtis syndrome, chronic perihepatitis, violin string adhesences*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHC) es un cuadro clínico muy poco frecuente. Existen publicaciones con un reducido número de casos. Se trata de una manifestación extrapélvica, caracterizada por una perihepatitis, como resultado del ascenso de bacterias desde una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) (1).

En 1920 Carlo Stajano describe por primera vez las adherencias en cuerdas de violín, que caracterizan a la etapa crónica de este síndrome (2). Estas

adherencias se forman entre la superficie hepática y la pared abdominal. Curtis en 1930 asocia esta formación a la presencia de *Neisseria gonorrhoeae* (3). Fitz-Hugh en 1934 las describe como resultado de una peritonitis gonocócica (4). Müller-Shoop y cols (5), en 1978, describen a *Chlamydia trachomatis* como un nuevo agente etiológico. Sharma y cols (6), en 2003, publican tres casos como resultado de tuberculosis genital.

El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de hallazgo incidental de FHC en etapa crónica, diagnosticado por la observación de adherencias

en cuerda de violín, entre la superficie hepática y la pared abdominal, en una paciente sometida a laparoscopia por patología ginecológica benigna, en que se realizó una revisión rutinaria de la superficie hepática.

Caso clínico

Mujer de 48 años, nulípara, con antecedente de un embarazo ectópico tubario derecho, que ingresa a la Unidad de Ginecología de Clínica Las Condes, para una histerectomía electiva por adenomiosis sintomática, complicada por una anemia secundaria crónica. Se realizó histerectomía total, con conservación de ovarios, por vía laparoscópica, sin incidentes. Una vez terminada la cirugía, se realizó la exploración de la cavidad abdominopélvica, incluyendo los órganos y paredes, tal como lo hacemos en forma metódica y rutinaria en toda cirugía laparoscópica. Al observar la superficie hepática, se encontraron adherencias en "cuerda de violín", entre el hígado y la pared abdominal, patognomónicas del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en etapa crónica (Figuras 1 a 4). Durante el postoperatorio, se le comunicó a la paciente el hallazgo y se dejó consignado en el protocolo operatorio, junto al registro fotográfico de estas adherencias. Se preguntó a la paciente por antecedente de dolor abdominal en hipocondrio derecho, ante lo cual relató no tenerlo. Sin embargo, recordó haber sido tratada con antibióticos, por flujo vaginal persistente 15 años antes.

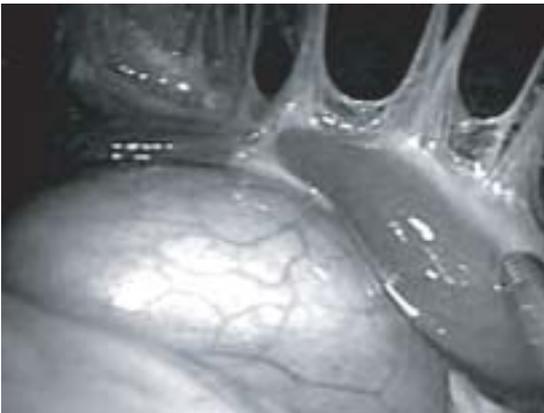


Figura 1. Adherencias en cuerda de violín, entre la superficie del lóbulo hepático izquierdo y la pared abdominal.

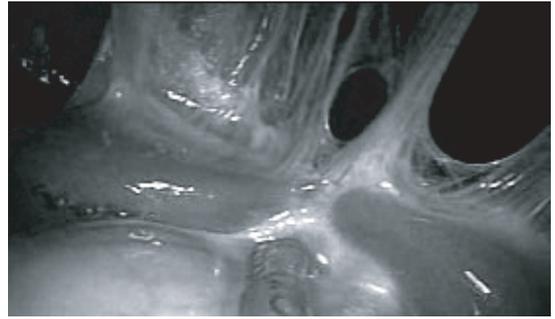


Figura 2. Detalle de las adherencias en el lóbulo hepático izquierdo.



Figura 3. Adherencias en cuerda de violín, entre la superficie del lóbulo hepático derecho y la pared abdominal.



Figura 4. Detalle de las adherencias del lóbulo hepático derecho.

DISCUSIÓN

Las adherencias características de la fase crónica del FHC son el resultado de la inflamación producida por bacterias que llegan por diseminación desde una EIP. Estos gérmenes ascienden desde la pelvis hasta la superficie hepática o del bazo, como resultado del movimiento de los fluidos peritoneales a través de la gotera parietocólica hasta el espacio subfrénico. La presencia de este fluido peritoneal puede variar en condiciones normales, entre 1 y 21 cc (promedio 8,7 cc). Se ha demostrado que este fluido baña a todos los órganos abdominopélvicos, e incluso puede entrar al lumen de las trompas de Falopio (7). Esto explica perfectamente la etiología en la mujer, condición en la que existiría un transporte de gérmenes desde una infección genital. Más aún, si sumamos la evidencia que demuestra una mayor frecuencia de FHC, en quienes poseen el antecedente de infecciones genitales, embarazo ectópico, aborto recurrente o infertilidad. Sin embargo, las adherencias perihepáticas, también han sido descritas en algunos hombres (8,9). En ellos se ajusta otro posible mecanismo para la difusión de bacterias hasta la superficie hepática, como es la diseminación hematógica y linfática, que se podrían ver en ambos géneros.

La fase aguda del FHC se caracteriza por la inflamación de la cápsula hepática y la superficie del diafragma y de la pared abdominal. Durante la fase crónica se encuentran las adherencias en cuerda de violín, que son el criterio diagnóstico. Con alta frecuencia pueden producir dolor en el hipocondrio derecho, sin embargo se han descrito algunos casos asintomáticos en la literatura médica.

La presencia de títulos altos de anticuerpos (IgG) para clamidia, el antecedente de EIP y la descarga de fluido bacteriano en el cuello uterino, son marcadores útiles cuando se sospecha la presencia de un FHC (10). En estas mujeres se puede realizar una tomografía axial computada para orientar el diagnóstico, especialmente si tienen dolor en hipocondrio derecho (11-13).

En una revisión que publicamos en 2008 (14), se presentó una serie de tres casos de hallazgo de FHC, sin poder demostrar la presencia de infección por neisseria y/o clamidia. Sin embargo, las tres tenían antecedentes que permitían sospechar presencia de EIP en años anteriores.

Una revisión completa de la cavidad abdominopélvica debe hacerse rutinariamente cuando realizamos cirugía laparoscópica, incluyendo la superficie hepática (15). Fitz-Hugh-Curtis no es un "nuevo síndrome", sin embargo, la gran mayoría de los ginecólogos no conocen esta patología (16), o queda

sin diagnóstico por no realizar una revisión rutinaria. Tulandi & Falcone (17), demostraron que en el 4,7% de las laparoscopías realizadas por patología ginecológica benigna, se pueden encontrar incidentalmente las adherencias en cuerda de violín en la superficie hepática. De acuerdo a nuestra experiencia, pueden ser observadas en el 1,3% (4 casos en 300 mujeres) de las laparoscopías ginecológicas, cuando rutinariamente se revisa la superficie del hígado (18). Paavonen y cols (19), publicaron en una revisión entre 1978 y 1981, la presencia de perihepatitis demostrada laparoscópicamente en un 4% de mujeres con evidencia de EIP. En general, diferentes autores han comunicado el desarrollo de FHC en un 3 a 10% de las EIP (20-22). En una revisión de mujeres con infertilidad se diagnosticó FHC en un 6,1% (23).

Estas adherencias pueden ser causa de dolor abdominal crónico, y deben ser especialmente sospechadas si se localiza en el hipocondrio derecho, y más aún si se asocia a dolor pélvico crónico y antecedente de EIP (24). Cuando en ellas se realiza alguna cirugía abdominopélvica, debe rutinariamente revisarse la superficie de los órganos, diafragma y paredes, especialmente si la cirugía es diagnóstica debido a dolor.

En mujeres en que se realizará una cirugía abdominopélvica, en las que se sospecha FHC, debe considerarse una posible lisis de las adherencias y tener consentimiento informado preoperatorio (25). De esta forma, al encontrarlas, una vez terminada la cirugía, podremos liberarlas, asegurando una buena hemostasia y lavado de abdomen y pelvis con abundante suero.

Si no se realiza la lisis, por lo menos debemos describir la presencia de estas adherencias patognomónicas y advertir a la paciente, ya que se han descrito casos en que se ha confundido dolor de hipocondrio derecho debido a esta causa con enfermedad biliar aguda (26,27). Aunque más infrecuente, también existen publicaciones de casos de obstrucción intestinal debido a estas adherencias (28,29). Por otro lado, en un trauma abdominal, si se rompen, podrían provocar teóricamente un sangrado de la superficie hepática, al desgarrar la cápsula. Se han descrito casos de hemoperitoneo secundarios a ruptura de las adherencias, después de un trauma abdominal menor (30). Además, el agregar un procedimiento de adherenciólisis, no prolonga significativamente la cirugía (31). Sin embargo, al realizar la adherenciólisis debemos asegurarnos que la hemostasia fue satisfactoria, de lo contrario se puede complicar con un hemoperitoneo durante el postoperatorio, especialmente cuando se realiza por laparoscopia, ya que la presión del pneumoperitoneo

puede enmascarar una hemostasia insuficiente, llevando a un sangrado inmediato, al disminuir la presión del gas que distiende la cavidad abdominal para la cirugía (32).

CONCLUSIONES

El FHC es un síndrome infrecuente, caracterizado por el hallazgo de adherencias tipo "cuerdas de violín", entre la superficie hepática y la pared abdominal. La presencia de FHC debe sospecharse al existir antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica de origen ginecológico. Al existir la sospecha debemos estar preparados para realizar adherenciólisis. Se recomienda revisar rutinariamente la superficie de la pared abdominopelvíana, ya que es posible encontrar patologías, que pueden tener alta importancia para la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Parolini I, Blanc P, Larrey D. Bacterial perihepatitis. *Rev Prat* 2001;51(19):2081-5.
- Stajano C. La reacción frénica en ginecología. *La Semana Médica* 1920;27:243-8.
- Curtis A. A cause of adhesions in the right upper quadrant. *JAMA* 1930;94:1221-2.
- Fitz-Hugh T Jr. Acute gonococcal peritonitis of the right upper quadrant in women. *JAMA* 1934;102:2094-6.
- Müller-Schoop JW, Wang SP, Munzinger J, Schläpfer HU, Knoblauch M, Tammann RW. Chlamydia trachomatis as possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. *Br Med J* 1978;1(6119):1022-4.
- 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.
- 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.
- Hamdan M, Johanel H, Benhamou G. The Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a man revealed by ectopic appendicitis. *Eur J Med* 1992;1(5):314-5.
- Davidson AC, Hawkins DA. Pleuritic pain: Fitz Hugh Curtis syndrome in a man. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982;284(6318):808.
- 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.
- 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.
- 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.
- Nishie A, Yoshimitsu K, Irie H, Yoshitake T, Aibe H, Tajima T, *et al.* *J Comput Assist Tomogr* 2003;27(5):786-91.
- 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.
- 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.
- 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.
- Tulandi T, Falcone T. Incidental liver abnormalities at laparoscopy for benign gynecologic conditions. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998;5(4):403-6.
- 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.
- 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.
- Wang SP, Eschenbach DA, Holmes KK, Wager G, Grayston JT. Chlamydia trachomatis infection in Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1980;138(7 Pt 2):1034-8.
- Chung HJ, Choi HY, Cho YJ, Han KH, Kim YD, Jung SM, Kim JU, Cheon GJ. Ten cases of Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *Korean J Gastroenterol* 2007;50(5):328-33.
- Risser WL, Risser JM, Benjaminis LJ, Feldmann JM. Incidence of Fitz-Hugh-Curtis syndrome in adolescents who have pelvic inflammatory disease. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20(3):179-80.
- Godinjak Z, Idrizbegovic E. Should diagnostic hysteroscopy be a routine procedure during diagnostic laparoscopy in infertile women? *Bosn J Basic Med Sci* 2008;8(1):44-7.
- 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(3):233-9.
- Ali V, Lilja JF, Chuang AZ, Mogallapu RV, Sabonghy E. Incidence of perihepatic adhesions in ectopic gestation. *Obstet Gynecol* 1998;92(6):995-8.
- Woo SY, Kim Ji, Cheung DY, Cho SH, Park SH, Han JY, Kim JK. Clinical outcome of Fitz-Hugh-Curtis syndrome mimicking acute biliary disease. *World J Gastroenterol* 2008;14(45):6975-80.
- Piscaglia F, Vidili G, Ugolini G, Ramini R, Montroni I, De Iaco P, *et al.* Fitz-Hugh-Curtis mimicking acute cholecystitis: value of new ultrasound findings in the differential diagnosis. *Ultraschall Med* 2005;26(3):227-30.
- Burton E, McKeating J, Stahlfeld K. Laparoscopic management of a small bowel obstruction of unknown cause. *JSLs* 2008;12(3):299-302.
- Abul-Khoudoud OR, Khabbaz AY, Butcher CH, Farha MJ. Mechanical partial bowel obstruction in a patient

- with Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2001;11(2):111-4.
30. Foster HM. Haemoperitoneum: an unusual complication of Fitz-Hugh Curtis syndrome. *Aust N Z J Surg* 1998;58(4):342-3.
31. Palade R, Vasile D, Grigoriu M, Voiculescu D. The Fitz-Hugh-Curtis síndrome in laparoscopic surgery. *Chirurgia (Bucuru)* 2002;97(6):557-61.
32. Rogers RG, Monahan EG. Postoperative hemorrhage due to avulsion of perihepatic adhesions after pneumoperitoneum. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996;3(4):631-3.
-