

Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. A propósito de un caso.

Lorca Alfaro, S; Peñalver Escolano, E; Carmona Barnosi, A; Sánchez Ferrer, M; Araico Rodríguez, F; Castaño Ruiz, I; Cánovas López, L; Nieto Díaz, A.

INTRODUCCIÓN

El **Síndrome Fitz-Hugh-Curtis (SFHC)** es una perihepatitis secundaria a enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

La hipótesis fisiopatológica más aceptada implica la diseminación intraperitoneal de la infección a partir de la cavidad pélvica.

Clínicamente predomina el **dolor en hipocondrio derecho**. Los síntomas de la EIP pueden estar ausentes.

Los datos de laboratorio son inespecíficos y reflejan la existencia de fenómenos inflamatorios (leucocitosis, elevación de VSG y PCR); las pruebas hepáticas habitualmente son normales.

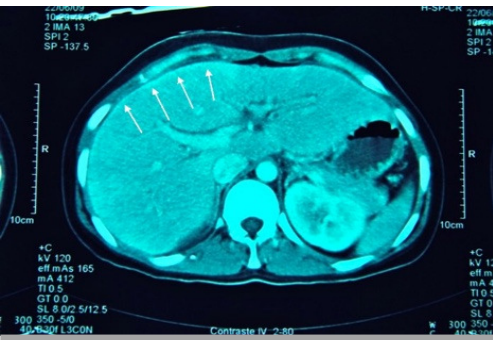
Para el diagnóstico del SFHC clásicamente se admitía la necesidad de laparoscopia o laparotomía, para visualizar las características adherencias en «cuerdas de violín» (típicas de la fase crónica) o demostrar la presencia de los microorganismos implicados; sin embargo, debido a su carácter benigno, hoy en día es aconsejable alcanzar el diagnóstico mediante procedimientos no invasivos. El **TC abdominopélvico** es el método más utilizado, siendo la imagen característica un **realce perihepático a lo largo de la superficie anterior del hígado** en las fases iniciales tras la administración del contraste intravenoso, que refleja el incremento del flujo sanguíneo en la cápsula hepática inflamada. El tratamiento es similar al de una EIP sin perihepatitis, siendo la evolución satisfactoria en la mayoría de los casos con tratamiento exclusivamente antibiótico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años que consulta en URMA por flujo vaginal marronáceo y maloliente desde hace meses y dolor hipogástrico de reciente aparición. Como antecedentes personales presenta ITUs de repetición y cirugía por fibroadenomas mamarios. En tratamiento con parche anticonceptivo. G2P2.

La paciente se encuentra apirética. En la exploración se evidencia un leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal. Al tacto bimanual se evidencia útero en retroversión móvil y cérvix no doloroso a la movilización. En la especuloscopia se observa un flujo marronáceo líquido maloliente. Hemograma, bioquímica y coagulación normales.

Con diagnóstico de vaginosis bacteriana, se pauta cloruro de decualinio vaginal durante 6 días y toma de exudados vaginales para cultivo en su Centro de Salud.



TAC: realce cápsula hepática en fase arterial

Una semana más tarde la paciente vuelve a consultar por dolor abdominal muy intenso de varios días de evolución, sin otra sintomatología acompañante.

La exploración se ve dificultada por intenso dolor, apreciándose signos de irritación peritoneal. No se evidencia dolor a la movilización cervical. Flujo vaginal no valorable por encontrarse con la menstruación.

Ecografía transvaginal: útero de ecoestructura normal. Endometrio lineal. No se evidencian imágenes compatibles con abscesos tubo-ováricos.

Ovarios normales. Escasa cantidad de líquido libre en Douglas.

Análítica: Leucocitos : $14.45 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos: $11.90 \times 10^3/\mu\text{L}$, resto hemograma normal. Bioquímica: PCR: 8.71 mg/dL, resto normal.

Coagulación normal. Anormal y Sedimentos sin hallazgos.

Se solicita TAC abdomino-pélvico con contraste que informa de útero aumentado de tamaño con mala diferenciación de sus contornos, alteración de la grasa locorregional y discreta cantidad de líquido libre en pelvis menor, compatible con EIP.

Además se observa el hígado aumentado de tamaño de forma difusa, con discreto realce de la cápsula hepática en la fase arterial, sugestivo de perihepatitis.

Con todo ello se diagnostica a la paciente de **Sd. Fitz-Hugh-Curtis**.

Ante la clínica de abdomen agudo se decide realización de laparoscopia, donde se visualizan trompas algo dilatadas en porción distal, ovarios normales, útero normal con serosa friable y escasa cantidad de líquido purulento en Douglas. Se realiza lavado de cavidad y se avisa al servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo que visualiza asas intestinales dilatadas e hígado de aspecto muy inflamatorio y realiza apendicectomía profiláctica.



Aspecto inflamatorio del hígado en laparoscopia

Durante el ingreso hospitalario se pauta antibioterapia iv con Ceftriaxona, doxiciclina y metronidazol; así como analgesia iv.

El postoperatorio cursó sin incidencias. Tras 1 semana de ingreso la paciente es dada de alta estable clínica y hemodinámicamente, sin signos de infección analíticos ni a la exploración. Al alta continuó durante 7 días más con antibioterapia vo: doxiciclina 100/12 hrs, cefuroxima 500/12 hrs y metronidazol 250 mg / 8 hrs.

Posteriormente la paciente acudió a revisión 1 mes después, encontrándose asintomática y con ecografía ginecológica y abdominal normal.

CONCLUSIONES

Considerando que el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis tiene una frecuencia estimada del 3 al 37% dentro de las EIP, es muy importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho en mujeres en edad sexualmente activa.