

NOTA CLÍNICA

Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis: dolor abdominal en mujer de 26 años

Liseth Rivero Sánchez, Elsa María López Soriano y Luisa Guarner Aguilar

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

RESUMEN

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una inflamación de la cápsula hepática, como complicación de una enfermedad inflamatoria pélvica, cuyo agente etiológico más frecuente es la *C. trachomatis*. La fase aguda del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis puede presentarse con dolor en cuadrante superior derecho del abdomen, confundiendo comúnmente con otras enfermedades hepatobiliares y del tracto gastrointestinal. El diagnóstico definitivo es posible hoy en día por técnicas no invasivas como ecografía, tomografía computarizada, además de técnicas para el aislamiento del germen responsable disponibles en la mayoría de los centros.

Palabras clave: Perihepatitis. *C. trachomatis*. Enfermedad inflamatoria pélvica.

ABSTRACT

Fitz-Hugh-Curtis syndrome is an inflammation of the liver capsule as a complication of pelvic inflammatory disease, whose etiologic agent is the most common *C. trachomatis*. The acute phase Fitz-Hugh-Curtis syndrome may present with pain in upper right quadrant abdomen, commonly confused with other diseases of the hepatobiliary and gastrointestinal tract. Definitive diagnosis is now possible for non-invasive techniques such as ultrasound, computed tomography, as well as techniques for the isolation of the germ responsible available in most centers.

Key words: Perihepatitis. *C. trachomatis*. Pelvic inflammatory disease.

Rivero Sánchez L, López Soriano EM, Guarner Aguilar L. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis: dolor abdominal en mujer de 26 años. *Rev Esp Enferm Dig* 2011; 103: 546-548.

Recibido: 23-11-10.
Aceptado: 30-11-10.

Correspondencia: Liseth Rivero Sánchez. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Vall d'Hebron. Passeig de la Vall d'Hebrón, 119. 08035 Barcelona. e-mail: liseth_rivero@hotmail.com; lisethrsan@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen es un síntoma generalmente asociado a enfermedades hepatobiliares como colelitiasis o la colecistitis, úlceras duodenales, absceso hepático, absceso subfrénico, infección por herpes zóster, etc. (1). Una causa infrecuente acompañado o no de dolor en hipogastrio es el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, el cual está caracterizado por una inflamación en la cápsula hepática concomitantemente con una inflamación pélvica sin compromiso del parénquima hepático. Ocurre en aproximadamente 12-14% de los casos de una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) (1,2). El dolor es ocasionado por la adhesión de la cápsula hepática a la superficie del peritoneo parietal y clínicamente es de características pleuríticas (desencadenado por los movimientos corporales, respiración, etc.; a veces irradiado a hombro derecho) (2,3).

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis ha sido considerado una enfermedad ginecológica, sin embargo el motivo de consulta más frecuente en la fase aguda es dolor en cuadrante superior derecho; por lo cual frecuentemente se atribuye al tracto digestivo durante el primer abordaje diagnóstico (4).

La enfermedad inflamatoria pélvica es una infección causada generalmente por un agente de transmisión sexual. El síntoma cardinal es el dolor abdominal en cuadrantes inferiores, a veces puede ser muy sutil, empeorando con el coito. La aparición del dolor durante o poco después de la menstruación es particularmente sugestivo. Aproximadamente la mitad de los casos presenta fiebre, exudado purulento endocervical, sensibilidad cervical y anexial (1,2,5). También se ha descrito la EIP subclínica que se caracteriza histológicamente por neutrófilos y células plasmáticas en tejido endometrial y es la causa más frecuente de infertilidad por factor tubárico (3,5,6). El clásico agente etiológico es la *N. gonorrhoeae*, sin embargo en los últimos años se ha detectado con mayor frecuencia la *C. trachomatis* (2,6).

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenina de 26 años de edad, nulípara, sexualmente activa, entre cuyos antecedentes personales destacaba anticoncepción hormonal con anillo vaginal, aproximadamente 5 episodios de flujo vaginal anormal en el último año, algunas de las cuales recibió tratamiento tópico con antimicóticos, drenaje de absceso adyacente a clítoris 3 meses antes, dispareunia profunda y leucorrea no tratadas de 1 mes de evolución. Fumadora de 15 cigarrillos al día, sin otros hábitos tóxicos y no seguía tratamiento habitual.

Ingresa por cuadro de 5 días de evolución de dolor en hipocondrio derecho de inicio rápidamente progresivo exacerbado con la inspiración profunda, movimientos y maniobras de Valsalva, inicialmente irradiado a flanco y fosa iliaca derechas, sin exacerbación postprandial, en ocasiones acompañado de náuseas sin vómitos. Coincidiendo el inicio del dolor con el inicio de la última menstruación, se acompañaba de dolor leve a moderado en hipogastrio. No había presentado fiebre, alteraciones del hábito deposicional ni otros síntomas.

A la exploración física en urgencias se encontraba hemodinámicamente estable, afebril. Auscultación pulmonar y cardíacas normales. Abdomen no distendido, peristaltismo conservado, blando depresible muy doloroso a la palpación superficial y defensa en hipocondrio derecho, doloroso leve a la palpación en hipogastrio. Blumberg positivo reflejado en dicha localización. Puñopercusión lumbar derecha positiva reflejada a hipocondrio derecho. A la exploración genital se evidencia eritema vulvar y perianal, vagina con anillo en su interior y leucorrea. Cérvix posterior formado y cerrado.

Analíticamente destacaba: Hb: 12,1 g/dl; leucocitos: 12.800; neutrófilos: 77%; plaquetas: 281.000, *quick*: 103%, fibrinógeno 3,1 mg/dl; creatinina 0,5 mg/dl; bilirrubina total 0,2 mg/dl; sodio 138; potasio 3,5; AST 14; ALT 12; amilasa 41; LDH 271; PCR: 6,77 mg/dl; VSG 28. El sedimento de orina era normal. La radiografía de tórax estaba dentro de la normalidad, y la de abdomen evidenciaba únicamente neummatización del colon. No dilatación de asas de intestino delgado y gas en ampolla rectal.

Ante la sospecha de patología hepatobiliar, por tratarse de la causa más frecuente de dolor en cuadrante superior derecho, a pesar de no encontrar alteración en la analítica al respecto, se decide realizar ecografía abdominal que reporta vesícula biliar distendida, de paredes finas y alitiásica y con mínima cantidad de líquido perivesicular.

Al descartar patología hepática, biliar litiásica y vesicular se realiza TAC de abdomen con contraste que objetiva hepatomegalia homogénea sin lesiones focales, edema periportal difuso (Fig. 1); vía biliar no dilatada, líquido perivesicular, riñones normales, no había dilatación de asas intestinales. Ciego y apéndice normales de localización pélvica. Páncreas normal. Mínimo líquido pélvico de localización perianexial izquierdo. Resto normal.

Siendo descartadas otras patologías causantes de dolor en cuadrante superior izquierdo, como la hepatobiliar, neumonía, patología renal, etc., tanto por analítica como por estudios de imagen, y tomando en cuenta las características



Fig. 1. TAC abdominal que muestra edema periportal (flecha) por inflamación de la cápsula perihepática.

del dolor, los hallazgos en eco y TAC sugestivos de afectación inflamatoria perihepática, líquido perianexial izquierdo y elevación de marcadores inflamatorios, en contexto de probable infección ginecológica con compromiso pélvico, se orienta el diagnóstico como *perihepatitis de origen infeccioso*, motivo por el cual se realiza ecografía transvaginal que reporta útero y ovarios normales, endometrio de 8 mm homogéneo, sin líquido libre en fondo de saco de Douglas. Se obtienen muestras de flujo vaginal para cultivos que resultan positivos para *Cándida albicans*, *Gardnerella vaginalis* y *Ureaplasma urealyticum*. El estudio de amplificación genética de PCR (reacción de cadena de polimerasa) para *Chlamydia trachomatis* fue positivo.

Una vez confirmado el diagnóstico como una perihepatitis por *C. trachomatis* de punto de partida de una EIP, se inicia tratamiento con azitromicina 2 g vía oral en dosis única, presentando franca mejoría del dolor y de los parámetros inflamatorios al cabo de 24-48 horas. Así mismo iniciamos tratamiento con óvulos de clotrimazol con mejoría del prurito y de la leucorrea. Debido a que la *Chlamydia trachomatis* es un germen de transmisión sexual, se practicaron pruebas serológicas para descartar otros agentes de la misma categoría como VIH y VDRL siendo ambas negativas. Después de haber culminado tratamiento antibiótico, se realiza tomografía abdominal de control que destaca una fina línea de colección líquida a nivel del fondo de saco de Douglas. El resto de estudio normal.

Al cabo de 1 mes se cita a la paciente para valorar estado clínico y nuevo control analítico, quien se encontraba con buen estado general, sin leucorrea, dispareunia, ni dolor abdominal a la palpación superficial y profunda.

DISCUSIÓN

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis está caracterizado por una inflamación perihepática concomitantemente con una

inflamación pélvica, principalmente en mujeres de edad fértil. En la fase aguda se presenta con dolor en cuadrante superior derecho del abdomen de características pleuríticas (1,2). Mientras que la fase crónica se observan mediante laparoscopia o laparotomía las adherencias de la cápsula hepática a la pared abdominal, clásicamente descritas como en “cuerda de violín” que son el criterio diagnóstico. Ocurre en el 12-14% de los casos de una EIP (3,7). El agente etiológico comúnmente aislado era *N. gonorrhoeae*, sin embargo desde 1985, Lopes-Zeno y cols. (2), demostraron que *C. trachomatis* era el germen más frecuente. El mecanismo por el cual se produce esta inflamación de la cápsula hepática se explica por la diseminación de estos gérmenes que 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 21cc, y se ha demostrado que este fluido baña a todos los órganos abdomino-pélvicos, incluso puede entrar al lumen de las trompas de Falopio. También se han descrito la diseminación hematológica, linfática o por una respuesta hiperinmune contra *C. trachomatis* (1-3).

La enfermedad inflamatoria pélvica puede presentarse con una variedad significativa de síntomas, que van desde dolor abdominal bajo a disuria, asintomático como un cuadro clínico grave (6,8). El dolor abdominal en hemiabdomen inferior es el síntoma más común, y se describe como sordo o calambres y tiende a exacerbarse por el movimiento, el ejercicio o el coito (dispareunia). El flujo vaginal anormal está presente en aproximadamente el 75% de los casos. El examen físico suele mostrar sensibilidad abdominal inferior, dolor a la movilización cervical y uterino o sensibilidad anexial. Los leucocitos suelen estar dentro de límites normales o ligeramente elevados (6,8). Las enzimas hepáticas son normales o ligeramente elevadas, aunque se han reportado elevaciones inespecíficas de las transaminasas que mejoran con el tratamiento antibiótico, atribuyéndose a la inflamación perihepática. La velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva generalmente se encuentran elevadas en el 90% de las EIP y disminuyen forma progresiva con el tratamiento, hallazgo que también se ha objetivado en casos de síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (1,2,5,6).

Para el aislamiento del patógeno, comúnmente se toman muestras de exudado del cérvix uterino, aunque también se pueden tomar muestras en recto, uretra y faringe. Las pruebas de amplificación genética como la reacción de cadena de la polimerasa (PCR) son considerados como de elección al ser altamente sensibles y específicos y han sustituido a los métodos convencionales de cultivo, asimismo las pruebas serológicas específicas para *C. trachomatis* también se utilizan (8,9). Por tratarse de un germen de transmisión sexual, deben descartarse otros agentes de la misma categoría.

Los estudios de imagen ayudan a confirmar el diagnóstico. La radiografía torácica se realiza para descartar neumonía basal derecha, así como la ecografía abdominal para

excluir colecistitis, colelitiasis y otras causas más frecuentes de dolor en cuadrante superior derecho (1,2). Se han descrito varias anomalías ecográficas típicas en el área perihepática relacionada con el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, como líquido en el espacio hepatorenal e hilio esplénico, líquido loculado en abdomen y pelvis y espacio anterior extrarrenal aumentado (2). La tomografía computarizada apoya el diagnóstico demostrando un realce del contraste a nivel de la cápsula hepática (1,4,5). En el caso de nuestra paciente este dato no estuvo presente, sin embargo se objetivaron otros hallazgos ecográficos y tomográficos de afectación perihepática, perivesicular y líquido libre paraaneurial izquierdo.

Un metaanálisis concluyó que no existe una sola prueba que sea sensible y específica, sino ciertas combinaciones de pruebas para el diagnóstico de EIP y por lo tanto del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en su fase aguda, por la gran variabilidad clínica de estas entidades (8,10).

En la gran mayoría de los casos de síndrome de Fitz-Hugh-Curtis existe mejoría de los síntomas, de las alteraciones analíticas y de imagen con el tratamiento antibiótico adecuado (1,2), como claramente se objetivó en nuestra paciente.

El número de casos diagnosticados de este síndrome se ha incrementado debido al desarrollo de técnicas de imagen, sin embargo es comúnmente infradiagnosticado como otras enfermedades, condicionando estudios y tratamientos innecesarios con larga estancia hospitalaria (1). Por tales motivos recomendamos tener presente esta patología, sobre todo si se trata de mujeres en edad fértil, sexualmente activas, cuyo motivo de consulta es dolor en cuadrante superior derecho.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seong YW, Jin IK, Dae YC. Clinical outcome of Fitz-Hugh-Curtis syndrome mimicking acute biliary disease. *World J Gastroenterol* 2008;14(45):6975-80.
2. Lopez-Zeno JA, Keith LG, Berger GS. The Fitz-Hugh-Curtis syndrome revisited. Changing perspectives after half a century. *J Reprod Med* 1985;30:567-82.
3. Ricci P, Sola V, Pardo J. Asymptomatic Fitz-Hugh-Curtis syndrome: three cases of incidental diagnosis during laparoscopy. *J Obstet Gynecol* 2008;28(3):352-354.
4. Peter NG, Clark LR, Jaeger JR. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: a diagnosis to consider in women with right upper quadrant pain. *Cleve Clin J Med* 2004;71:233-9.
5. Piton S, Marie E, Parmentier JL. Chlamydia trachomatis perihepatitis (Fitz Hugh-Curtis syndrome). Apropos of 20 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1990;19:447.
6. Cates W Jr, Wasserheit JN. Genital chlamydial infections: epidemiology and reproductive sequelae. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:1771.
7. Ricci P, Sola V, Pardo J. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis como hallazgo durante cirugía ginecológica. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009;74(3):189-93.
8. Kahn JG, Walker CK, Washington E, et al. Diagnosing pelvic inflammatory disease: A comprehensive analysis and considerations for developing a new model. *JAMA* 1991;266:2594.
9. Cook RL, Hutchison SL, Ostergaard L, et al. Systematic review: noninvasive testing for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. *Ann Intern Med* 2005;142:914.
10. Peipert JF, Boardman L, Hogan J, et al. Laboratory evaluation of acute upper genital tract infection. *Obstet Gynecol* 1996;87:730.