

Medicent Electron. 2019 abr.-jun.;23(2)

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOBSTÉTRICO MARIANA GRAJALES

**INFORME DE CASO****Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis: hallazgo incidental durante el estudio de la infertilidad femenina****Fitz-Hugh-Curtis syndrome: incidental finding during the study of female infertility****José Antonio Marrero Martínez, Belkis Perdomo Cordido, Aracelys Fleites León, Rubén Guerra Ortega**Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [joseam@infomed.sld.cu](mailto:joseam@infomed.sld.cu)**RESUMEN**

La imposibilidad para concebir, después de un año de relaciones sexuales sin protección, es un término aceptado como infertilidad. Entre un 15 y un 20 % de parejas en Cuba requieren algún tipo de ayuda para lograr un hijo. La laparoscopia contrastada es uno de los estudios protocolizados que se debe realizar en la búsqueda de la etiología de esa incapacidad, sobre todo cuando se sospecha una posible causa tubo-peritoneal. El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis o perihepatitis, consiste en una inflamación de la cápsula hepática, provocada por una infección (la más frecuente: clamidias), como manifestación extrapélvica de una enfermedad inflamatoria. Se informó el hallazgo insospechado de este síndrome durante la realización de una laparoscopia contrastada, asociada a una obstrucción bilateral de las trompas, sin síntomas clínicos, que hizo sospechar de un proceso pélvico infeccioso previo, como posible factor etiológico de la dificultad para concebir.

*DeCS:* infertilidad femenina, enfermedad inflamatoria pélvica, infecciones por chlamydia.

**ABSTRACT**

The inability to conceive after one year of unprotected intercourse is a term accepted as infertility. In Cuba 15-20% of couples require some type of help to conceive a child. Hysterosalpingography is one of the established studies that should be performed when the etiology of this inability is sought, especially when a possible tubal-peritoneal cause is suspected. Fitz-Hugh-Curtis syndrome or perihepatitis, consists of an inflammation of the liver capsule, caused by an infection (chlamydial infection is the most common), as an extrapelvic manifestation of an inflammatory disease. The unsuspected finding of this syndrome was reported during the performance of hysterosalpingography, associated with a bilateral tubal obstruction, without clinical symptoms,

which led us to suspect a previous pelvic infectious process, as a possible etiological factor of the difficulty to conceive.

**DeCS:** infertility, female, pelvic inflammatory disease, chlamydia infections.

La infertilidad es un problema mundial de salud que se manifiesta en gran parte de la población de todos los países. Las causas responsables son múltiples, pero sin dudas, el factor tubo-peritoneal es la más preocupante, pues afecta del 25 al 35 % del total de las pacientes.<sup>1</sup> La enfermedad inflamatoria pélvica es la etiología principal que provoca daño anatómico de esta estructura, y por tanto, compromete su funcionamiento.

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC) o perihepatitis, inflamación de la cápsula y el peritoneo hepático, es la expresión extrapélvica de una enfermedad inflamatoria pélvica. La sepsis de los genitales internos puede cursar sin síntomas y solo ser sospechado en el transcurso del estudio de la infertilidad.

La primera publicación documentada acerca de esta afectación se remonta a 1920, por Carlos Stajano, quien describió la semejanza a las «cuerdas de violín» entre la cápsula hepática y el peritoneo parietal de la pared abdominal anterior, aspectos que caracterizan la etapa crónica.<sup>2</sup>

En 1930, Curtis consideró a la *neisseria gonorrhoeae* como causa de esa formación,<sup>3</sup> y más tarde, en 1934, Fitz-Hugh lo describió como resultado de una peritonitis gonocócica;<sup>4</sup> a partir de ese momento este padecimiento quedó reconocido en la literatura médica como Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Durante muchos años se consideró a la *neisseria* como el único agente causal; sin embargo, en la actualidad, está bien documentado señalar la *chlamydia trachomatis* como el germen más frecuente<sup>5</sup> (aunque existen informes de otros agentes etiológicos.<sup>6,7</sup>

Los síntomas clínicos se presentan de diversas manifestaciones, que van desde dolores intensos en cuadrante superior derecho y simulación de verdaderos episodios colestásicos agudos, hasta pasar inadvertidos de manera asintomática.<sup>8</sup>

Uno de los objetivos de esta investigación es presentar un caso de hallazgo incidental de SFHC 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 una videolaparoscopia contrastada, en el examen rutinario de la cavidad abdominal durante el estudio de su infertilidad secundaria.

### Presentación del paciente

Mujer de 32 años de edad nulípara, gesta 1, partos 0, abortos 1 (provocado a los 18 años), sin antecedentes patológicos personales de valor a señalar. Es remitida, de la consulta de infertilidad por presentar dificultades para concebir desde hace 4 años, para realizarle una videolaparoscopia contrastada. Ni la ecografía ginecológica ni los análisis de rutina revelaron ningún dato de interés. Refiere haber tenido un *test* de clamidias positivo, hace más de 2 años, pero en el momento de realizar el proceder era negativo. Previo a este examen le fue practicada una histerosalpingografía donde se observó una obstrucción distal bilateral.

Durante el proceder, la realización del neumoperitoneo fue normal, sin complicaciones. El útero era de color rosado pálido, con áreas blanquecinas en toda su superficie y sugestiva de metritis (como se observa en la Figura 1). Ambas trompas estaban bloqueadas en sus extremos distales, fluctuantes y llenas de líquido. Se realizó una salpingostomía bilateral, y se evacuó el contenido de las trompas, lo que permitió pasar libremente el contraste por ambas tubas. Durante la exploración de la cavidad abdominal se observó gruesa banda de adherencia del lóbulo izquierdo del hígado al peritoneo de la pared abdominal (como se observa en la Figura 2).



**Figura 1.** Moteado blanquecino de la superficie uterina.



**Figura 2.** Adherencia en cuerda de violín de cápsula hepática a pared abdominal.

En el postoperatorio, se le explicó a la paciente el hallazgo y se decidió indicar tratamiento a ella y a su pareja sexual, a base de metronidazol y doxiciclina por un período de 14 días.

### **Comentario**

El SFHC es una rara complicación de un proceso pélvico infeccioso que ocurre entre el 12 y el 13,8 % de las pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica,<sup>5</sup> y aunque es más frecuente en mujeres, no es exclusivo de ellas. Su hallazgo en hombres ha sido publicado anteriormente.<sup>9</sup>

Se conoce poco sobre la patogénesis de este síndrome, aunque hay propuestas de diseminación por: contigüidad, vía hematológica o linfática y hasta por exagerada respuesta inmunológica a la clamidias. Algunas evidencias han demostrado que la etiología de la perihepatitis es debido a la propulsión de fluido peritoneal desde la pelvis hasta el diafragma con absorción preferencial en el lado derecho.<sup>5</sup>

El diagnóstico suele ser difícil, ya que los síntomas y los hallazgos físicos pueden simular otras enfermedades. Habitualmente se confunde con colecistitis aguda, especialmente en los casos en los que predomina el dolor en hipocondrio derecho sobre los síntomas pélvicos. Según la experiencia del autor, lo más frecuente es que curse asintomático y sea informado como un hallazgo fortuito durante la realización de la laparoscopia por otra intervención.

Este síndrome cursa con una fase aguda que se manifiesta con inflamación de la cápsula hepática, la superficie del diafragma y la pared abdominal; en la fase crónica se visualiza, a través de una

laparoscopia o una laparotomía, la presencia de adherencias como «cuerdas de violín», que se localizan desde la superficie hepática hasta el peritoneo parietal (esto confirma el diagnóstico).<sup>7,10</sup>

El SFHC se puede clasificar según la cantidad y grosor de las adherencias que presenta, se considera leve cuando se presentan menos de cinco adherencias finas entre el lóbulo hepático derecho y la pared abdominal anterior, moderada, cuando hay más de cinco adherencias, y grave, si las adherencias están presentes en ambos lóbulos hepáticos.<sup>10</sup>

El tratamiento es similar al de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), la mayoría de las pacientes son tratadas de manera ambulatoria aunque pueden ser hospitalizadas.

El procedimiento de primera línea es administrar antibióticos efectivos contra la clamidia. Existen distintos protocolos de conducta en dependencia de las condiciones del lugar donde se trate, en este medio se utiliza la doxiciclina 100 mg, dos veces al día y metronidazol 500 mg cada 12 horas (por un período de 14 días), y el compañero sexual debe realizar el mismo tratamiento. Como medida complementaria y con el fin de aliviar los síntomas, en caso de ser graves, se debe realizar lisis laparoscópica de las adherencias.

Las complicaciones que aparecen en el SFHC son relacionadas a la propia enfermedad pélvica inflamatoria, ello incluye: dolor pélvico crónico, infertilidad y riesgo incrementado de un embarazo ectópico. También se planteó que en un trauma abdominal, si se rompen las «cuerdas de violín», esto puede provocar, teóricamente, un sangrado de la superficie hepática al desgarrar la cápsula.<sup>9</sup>

La indicación de una laparoscopia contrastada es muy común en este tratamiento, se le debe realizar a toda mujer en la que se sospeche daño o afección del factor tubo-peritoneal. Su resultado contribuye a la valoración general de la paciente en la que se desconoce la causa de la dificultad para concebir.

El grupo de autores considera, según su experiencia profesional, que no debe ser totalmente inesperado encontrar este síndrome en pacientes con episodios previos de inflamaciones pélvicas e infertilidad. Dadas las características clínicas del principal agente etiológico (clamidias), que puede no dar o dar muy leves síntomas, no es inusual encontrarlo en pacientes que niegan haber sufrido inflamación pélvica, incluso se ha encontrado en jóvenes con el único antecedente de una interrupción voluntaria de un embarazo previo.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Role of tubal surgery in the era of assisted reproductive technology: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2015;103(6):37-43.
2. Stajano C. La reacción frénica en Ginecología. *Semana Méd*.1920;27:243-8.
3. Curtis A. A cause of adhesions in the right upper quadrant. *JAMA*. 1930;94(16):1221-2.
4. Fitz-Hugh T Jr. Acute gonococcal peritonitis of the right upper quadrant in women. *JAMA*. 1934;102(25):2094-6.
5. Onoh RC, Mgbafuru CC, Onubuogu SE, Ugwuokel. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: An incidental diagnostic finding in an infertility workup. *Niger J Clin Pract*. 2016;19(6):834-6.
6. Ikonomidis A, Strakas M, Stavrou AG, Papageorgiou E, Lainis A, Tsamparli M, *et al*. Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a 16-year-old female due to *Ureaplasma urealyticum*. *Eur J Obstet Gynecol*. 2015;194:261-2.
7. Coremans L, de Clerck F. Fitz-Hugh-Curtis syndrome associated with tuberculous salpingitis and peritonitis: a case presentation and review of literature. *BMC Gastroenterol*. 2018;18(1):42.
8. Kishore K, Pallimulla J, Bennett S, Pallimulla M. An unexpected finding in a woman who underwent laparoscopy. *JAAPA*. 2015;28(8):59.
9. Rouhard S, Maldague P, Ramboux A. Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a man. *Endoscopy* [internet]. 2014 Jan. 20 [citado 18 jul. 2018];46(Suppl. 1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1358804>

10. Bayuaji H, Permadi W, Nazaruddin Nataprawira HM. The Fitz-Hugh-Curtis Syndrome and Hydrosalpinx: Analysis of Findings in Gynecologic Laparoscopy Procedure of Infertile Women. OALibJ [internet]. 2017 Jul. [citado 18 jul. 2018];4(7):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?paperID=77456>

Recibido: 2 de octubre de 2018

Aprobado: 14 de diciembre de 2018

*José A. Marrero Martínez.* Hospital Universitario Ginecobstétrico Mariana Grajales. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: [joseam@infomed.sld.cu](mailto:joseam@infomed.sld.cu)