

ROL DE LAS
IMÁGENES
DIAGNÓSTICAS EN EL
SINDROME DE FITZ-
HUGH-CURTIS: A
PROPÓSITO DE UN
CASO

1. Sandra Milena Peña Narvaez
2. Fernando Martin Fontao
3. Martin Gorra

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 34 años, la cual consulta en la guardia por dolor abdominal de tipo cólico de intensidad severa de localización periumbilical y en hipocondrio derecho de 24 horas de evolución, que no le permite deambular ni realizar inspiraciones profundas, asociado a lesiones dolorosas con secreción en vulva, disuria y fiebre.

Al examen físico presenta dolor a la palpación en epigastrio y región umbilical, con defensa muscular. En labios mayores se evidencia secreción blanquecina sobre lesiones ulceradas dolorosas, constatándose herpes genital por lo cual fue medicada.

Se realiza estudios de laboratorio con valores de hepatograma y bilirrubina normales, HIV negativo, anticuerpos HBsAC, HBsAg, HepB Anticore, y Anticuerpos para hepatitis C negativos, VDRL no reactivo. Por sospecha de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) y persistencia de dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, se decide realizar estudios complementarios de diagnostico (Tomografía Computada de abdomen y pelvis con contraste endovenoso (Figuras1-2) y Resonancia Magnética.

HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



Fig 1 y 2: TC- Coronal. Se observan signos de edema periportal (flecha).

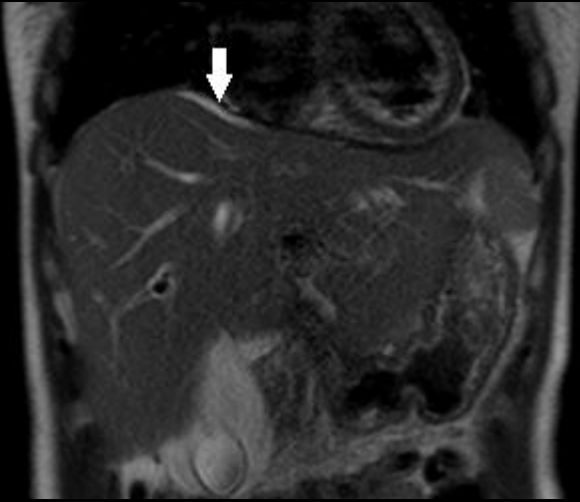


Fig. 3: Coronal T2: Se evidencia líquido libre en cantidad leve perihepático (Flecha) .

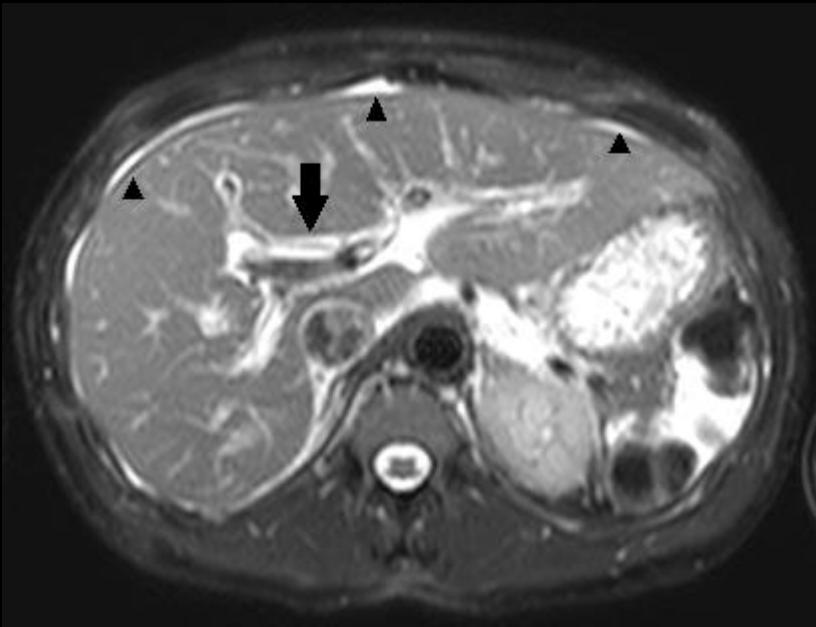


Fig. 4: Axial T2 SPAIR: Se objetiva edema periportal (flecha) y líquido libre perihepático (Puntas de flecha).

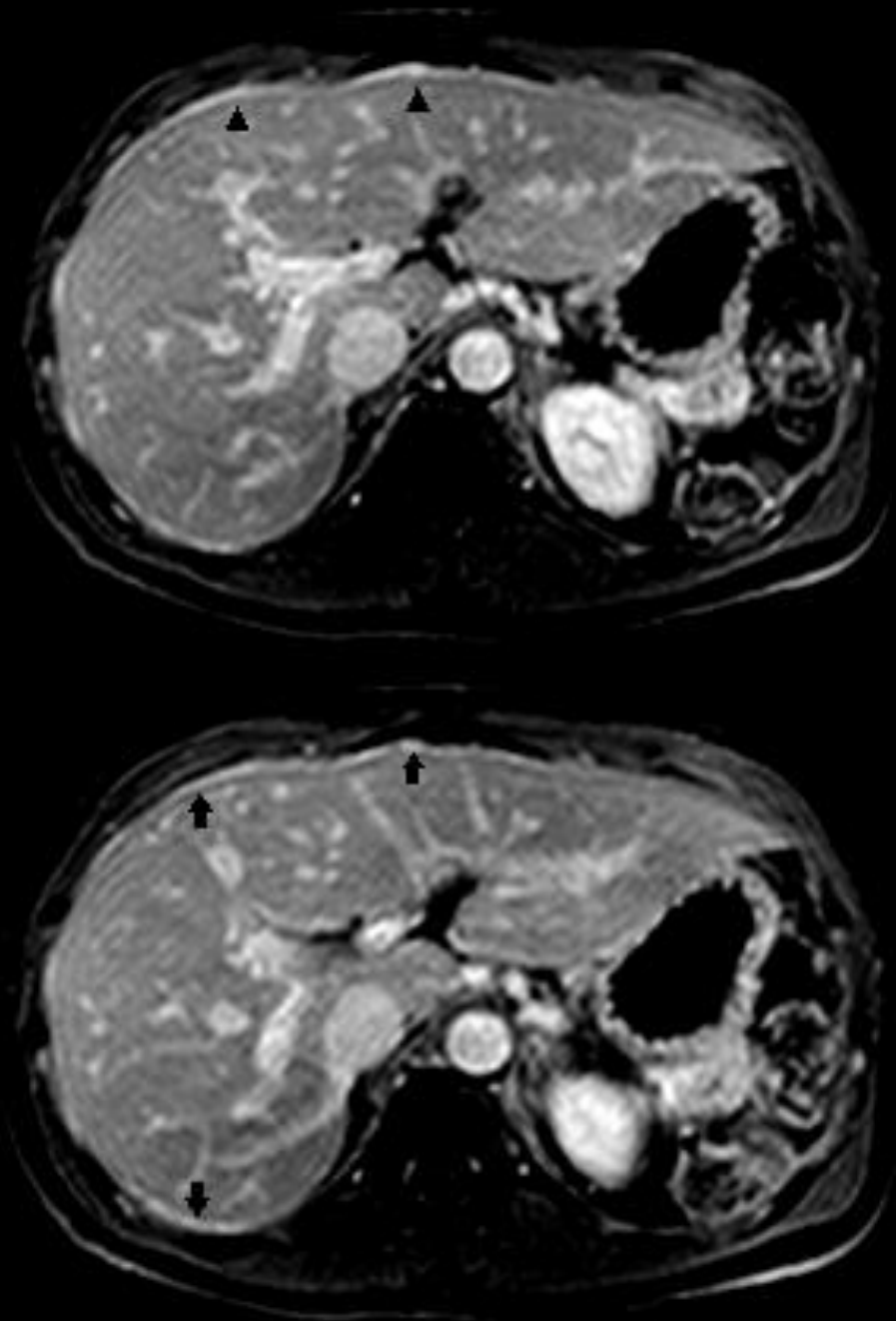


Fig. 5 y 6: Axial THRIVE (post-contraste): Se observa refuerzo de la cápsula hepática sector anterior (flechas).

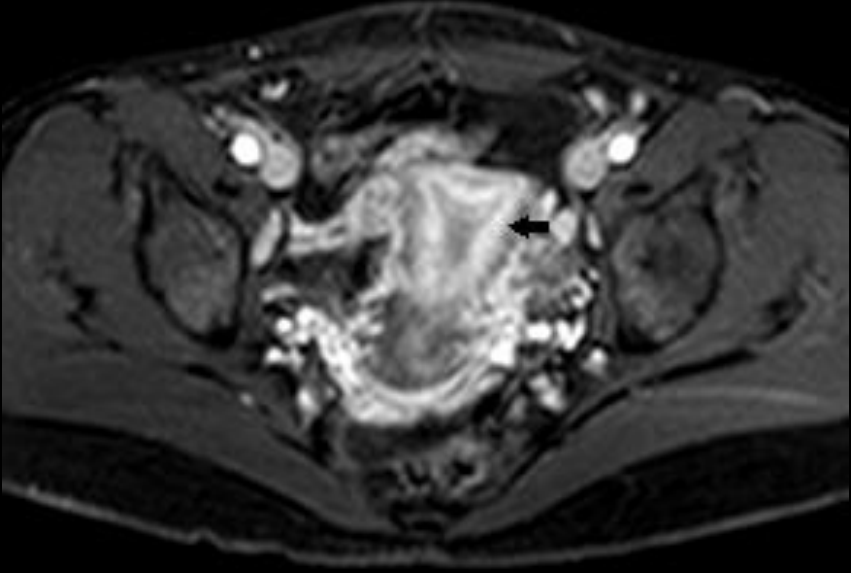


Fig. 7: Axial THRIVE (contraste): Refuerzo intenso difuso de cavidad endometrial que sugieren cambios inflamatorios.



Fig. 8: Axial THRIVE (contraste): Refuerzo intenso difuso de vagina que sugieren cambios inflamatorios

DISCUSIÓN

SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC) implica una perihepatitis producida por una peritonitis secundaria al ascenso de bacterias, como resultado de una enfermedad inflamatoria pélvica (EPI).^{1,2}

Se estima clínicamente que está presente en un 2-5% de los casos de EPI.

A su vez, se ha demostrado que la hipótesis fisiopatológica más aceptada implica la diseminación intraperitoneal de la infección a partir de la cavidad pélvica.³ 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.⁴

La fase aguda del SFHC se caracteriza por la inflamación de la cápsula hepática, la superficie del diafragma y de la pared abdominal.

SINDROME DE FITZ HUGH- CURTIS

Con alta frecuencia pueden producir dolor en el hipocondrio derecho, sin embargo, se han descrito algunos casos asintomáticos en la literatura médica.^{5,6}

En la etapa crónica se pueden observar adherencias entre la pared abdominal y la superficie hepática, caracterizadas por la semejanza a "cuerdas de violín".⁷

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 EPI.⁹

Los datos de laboratorio son inespecíficos y reflejan la existencia de fenómenos inflamatorios (leucocitosis, elevación de VSG y PCR); mientras que las pruebas hepáticas habitualmente son normales.¹⁰

SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS

En el pasado, el diagnóstico de SFHC dependía principalmente de la laparoscopia o laparotomía, siendo la laparoscopia aún considerada el “gold standard” en su diagnóstico. Con el desarrollo de la Tomografía Computada Multislice (TCM) y posteriormente de la Resonancia Magnética (RM), se ha ido reemplazando gradualmente su papel.

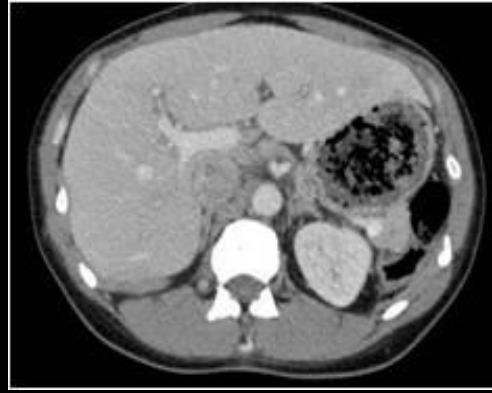
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS:

Las manifestaciones en TCM y RM están estrechamente relacionadas con el estadio de la enfermedad. La inflamación de la superficie de la cápsula hepática se observa en la fase aguda como un realce capsular hepático en las imágenes de la fase arterial que reflejan un aumento del flujo sanguíneo en la capsula hepática inflamada.

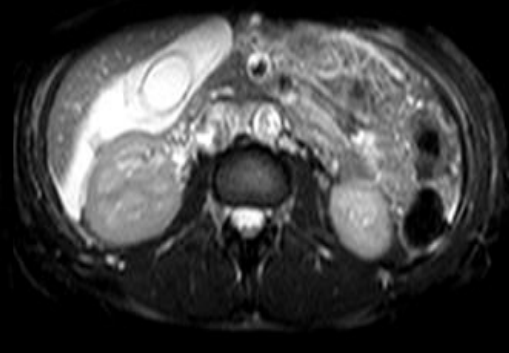
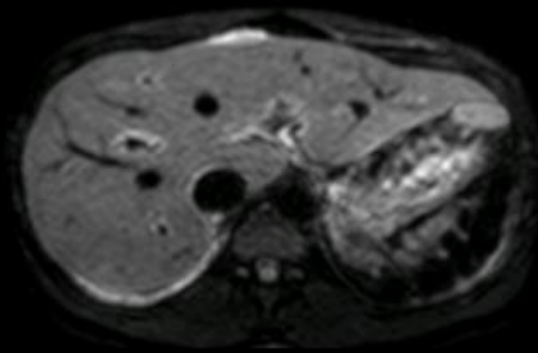
Los cambios patológicos del SFHC en la fase crónica implican la fibrosis de la cápsula hepática, degeneración hialina, engrosamiento localizado o generalizado de la cápsula hepática y adherencias de banda entre la superficie del hígado y la pared abdominal. La fibrosis capsular temprana se puede identificar en TCM y RM como un realce capsular en fases tardías.^{10,11}

665

SINDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS



TC Axial Se observan signos de edema periportal



RMN. Difusión y T2 Spair. Edema periportal y edema de la pared vesicular en forma difusa. Existe líquido libre en cantidad leve perihepático

CONCLUSIÓN

El SFHC es un síndrome muy poco frecuente, el cual comprende una perihepatitis como resultado de una EPI.

Durante la fase aguda, se visualiza la inflamación de la cápsula hepática y la superficie del diafragma y de la pared abdominal. Mientras que, en la etapa crónica, los hallazgos característicos corresponden a las adherencias tipo "cuerdas de violín".

Los hallazgos característicos por imágenes comprenden 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.

La presencia del SFHC debe sospecharse al existir antecedente de EPI de origen ginecológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Curtis AH. A cause of adhesions in the right upper quadrant. JAMA. 1930;94(16):1221
- 2.Parolini I, Blanc P, Larrey D. Bacterial perihepatitis. Rev Prat 2001;51(19):2081-5
- 3.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.
- 4.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.
- 5.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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. Woo SY, Il Kim J, Cheung DY, Cho SH, Park SH, Han JY, et al. Clinical outcome of Fitz-Hugh–Curtis syndrome mimicking acute biliary disease. *World J Gastroenterol*. 2008;14(45):6975–80.
7. Ricci, Paolo A., Solá, Vicente D. Síndrome de fitz-hugh-curtis como hallazgo durante cirugía ginecológica. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 74 N. 3. Santiago, Chile. 2009.
8. Tulandi T, Falcone T. Incidental liver abnormalities at laparoscopy for benign gynecologic conditions. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998;5(4):403-6.
9. Hyun JJ, Kim JY, Bak Y-T, Lee CH, Choi SY. Education and imaging. *Gastrointestinal: Fitz-Hugh–Curtis syndrome*. *J Gastroenterol Hepatol*. 2006;21(9):1493
10. C.L. Wang, X.J. Guo, Z.D. Yuan, Q. Shi, X.H. Hu, L. Fang. Radiologic diagnosis of Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *Chin Med J (Engl)*, 122 (2009), pp. 741-744.
11. Hyeon, Je Cho. Ho, Kyun Kim. Jung, Ho Suh. Fitz-Hugh–Curtis syndrome: CT findings of three cases. *Emerg Radiol* (2008) 15:43–46. 2007.

665

GRACIAS