



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-230 - SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Espinosa López, Francisco Javier; Sánchez Garrido, Francisco Javier; Romera Barba, Elena; Navarro García, María Inmaculada; Gálvez Pastor, Silvia; Carrillo López, María José; Martínez Manzano, Álvaro; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Objetivos: Presentar un nuevo caso de síndrome de Fitz Hugh Curtis (SFHC) diagnosticado en el contexto de una laparoscopia realizada en una paciente con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda. Recordar la existencia de esta rara patología, en cuyo diagnóstico final, en muchas ocasiones, la laparoscopia desempeña un papel decisivo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer, de 29 años de edad, de etnia latinoamericana, con el antecedente más relevante de infertilidad tras una gestación y parto normales diez años atrás. Acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por cuadro de dolor abdominal de inicio en epigastrio y posteriormente irradiado a FID de 24 horas de evolución, sin otra sintomatología acompañante. Dado que en los estudios complementarios se halló una leucocitosis con desviación izquierda, la ecografía informó de hallazgos compatibles con proceso apendicular (incluida la presencia de fecalito en el interior de la estructura identificada como apéndice cecal), y que la exploración física era asimismo compatible, con el diagnóstico de apendicitis aguda se realizó laparoscopia urgente. Se encontró apéndice cecal de características normales, aunque con apendicolito en su interior, junto con múltiples adherencias de peritoneo parietal anterior a cápsula de Glisson (“cuerdas de violín”). La paciente evolucionó de forma satisfactoria, siendo alta al tercer día postoperatorio con tratamiento antibiótico (doxiciclina 100 mg v.o. cada 24 horas).

Discusión: El SFHC se ha descrito como inflamación de la cápsula hepática acompañando a la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), y asociada en la mayoría de los casos, en la actualidad, a infección por *Chlamydia trachomatis*. Su mayor importancia radica en la posibilidad de complicaciones agudas, como abscesos tubáricos, y crónicas, como la infertilidad debida a síndrome adherencial. El componente de perihepatitis da lugar a cuadros de dolor en hipocondrio derecho, a veces de características pleuríticas y con irradiación a hombro. El diagnóstico diferencial comprende apendicitis, colecistitis, cólico hepático, neumonía basal derecha, embarazo ectópico, pielonefritis, o absceso subfrénico. El diagnóstico preoperatorio puede hacerse mediante pruebas serológicas, y en cuanto a las técnicas de imagen, la ecografía suele ser normal, mientras que la TAC puede mostrar un aumento lineal de la superficie de ambos lóbulos hepáticos. El diagnóstico final suele en muchos casos realizarse durante la intervención quirúrgica, que se practica con otros diagnósticos de sospecha, como en el caso que presentamos (apendicitis aguda). El SFHC es poco frecuente en nuestro medio (aunque está aumentando debido a los movimientos migratorios); debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo en mujeres jóvenes con dolor abdominal, fiebre y leucocitosis. Es importante un diagnóstico precoz para su tratamiento antibiótico inmediato en base a prevenir complicaciones posteriores (por ejemplo, infertilidad por adherencias tubáricas). Cuando el diagnóstico es en el curso de una intervención, la imagen de múltiples adherencias perihepáticas es característica.