



www.elsevier.es/cirugia

P-734 - SÍNDROME DE FITZ HUGH CURTIS ¿UN SIMULADOR DE ABDOMEN QUIRÚRGICO?

Bennazar Nin, Rosaura; Alonso Sebastián, Isabel; Muñoz Rodríguez, Joaquín; González Plo, Daniel; Pla, Pau; León Gámez, Carmen; Román García de León, Laura; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid.

Resumen

Objetivos: Presentar una serie de casos con sospecha de abdomen agudo quirúrgico por lo que se consultó al servicio de cirugía general digestiva y cuyo diagnóstico definitivo fue el síndrome de Fitz Hugh Curtis secundaria a una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).

Casos clínicos: Presentamos cuatro casos de mujeres en edad fértil en un periodo de un año con clínica de abdomen agudo, por las cuales se le solicitó interconsulta al servicio de cirugía general por parte del servicio de urgencias. La edad media fue de 25 años. La clínica fue de dolor abdominal acompañado de fiebre elevada y aumento de leucocitosis y PCR. En la exploración el dolor se localizaba en hemiabdomen derecho con irritación peritoneal, siendo el motivo de interconsulta, descartar apendicitis o colecistitis aguda. Se solicitó ecografía urgente, que descartó apendicitis y colecistitis aguda en dos de las pacientes, realizándose entonces TAC abdominal que fue informado como enfermedad inflamatoria pélvica con signos de perihepatitis y por lo tanto compatible con Síndrome de FHC. Otras dos pacientes tuvieron diagnóstico ecográfico de apendicitis aguda y fueron sometidas a cirugía urgente. Se realiza appendicectomía laparoscópica urgente a las dos pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda. En uno de los casos se solicitó interconsulta al Servicio de ginecología por hallazgos intraoperatorios sugestivos del síndrome de FHC (peritonitis purulenta difusa, afectación perihepática y salpingitis con absceso tuboovárico) siendo diagnosticada de SFHC. La paciente con diagnóstico de apendicitis aguda pura, al 1^{er} día postoperatorio, refiere persistencia de dolor que no cede con analgesia, por lo que al tercer día postoperatorio se realiza un TAC urgente que describe signos característicos del SFHC. Se inicia antibioterapia con gentamicina y clindammina i.v. e interconsulta al S. De Ginecología que toma muestras de exudado cervical para cultivo. Ambas son dadas de alta al 7º y 9º día postoperatorio respectivamente y fueron tratadas con antibioterapia dirigida a los agentes microbiológicos más frecuentes (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*). El resultado anatomo-patológico fue de periappendicitis sin inflamación de la pared apendicular en ambos casos. Los cultivos fueron negativos en todos los casos pero la determinación de PCR para *C. trachomatis* fue positiva en todos los casos. Los otros dos casos ingresaron con antibioterapia intravenosa una de ellas con ceftriaxona, clindamicina y metronidazol y la otra con ceftriaxona, doxicilina y metronidazol.

Conclusiones: El síndrome de FHC es una entidad poco frecuente y se debe a una diseminación abdominal de una enfermedad inflamatoria pélvica, con afectación de estructuras perihepáticas. Ocurre en el 10% de las mujeres con Enfermedad Inflamatoria pélvica aunque su incidencia actual puede estar infraestimada. Es causada en la mayoría de los casos por *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae*. El tratamiento de elección como en nuestras pacientes es la antibioterapia que cubra ambos microorganismos como las

tetraciclinas, cefalosporinas y aminoglucósidos. Es por tanto una patología que debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo en mujeres en edad fértil.