

Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Hallazgos radiológicos.

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Guillermo Carbonell López Del Castillo, Elena López Banet, Ana Azahara García

Autores: Ortega, Daniel Rodríguez Sánchez, Renzo Javier Andrade Gonzales, Guilda Morell González

Objetivos Docentes

Repasar la definición del Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Revisar los hallazgos radiológicos que nos pueden ayudar a realizar un diagnóstico del síndrome por imagen.

Revisión del tema

DEFINICION Y FACTORES ETIOPATOGENICOS.

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC) consiste en una inflamación de la cápsula hepática producida como complicación de una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Ocurre en el 12-14% de los casos de una EIP, principalmente en mujeres en edad fértil y sexualmente activas. Sus agentes etiológicos más frecuentes son la *C. trachomatis* y la *N. gonorrhoeae*. Estas bacterias presentan una extensión intraperitoneal, desde la pelvis hasta el espacio subfrénico, produciendo una perihepatitis. No obstante, aún existe cierta controversia acerca de su patogénesis. (Fig. 2)

CLINICA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO.

La fase aguda del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis puede presentarse con dolor en hipocondrio derecho, confundiendo comúnmente con otras patologías más frecuentes como enfermedades hepatobiliares, del tracto gastrointestinal o neumonías basales. Esto puede conllevar tratamientos inadecuados, a menudo bastante agresivos. (Fig. 3)

DIAGNOSTICO: UTILIDAD DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN.

Antiguamente, el diagnóstico del SFHC se llevaba a cabo mediante procedimientos invasivos, como laparoscopia o laparotomía, con el fin de objetivar las adherencias capsulares hepáticas “en cuerdas de

violín” típicas del proceso, o de obtener material microbiológico para aislar alguno de los microorganismos típicos que ocasionan el síndrome.

Sin embargo, el diagnóstico definitivo es posible actualmente a través de técnicas de imagen. Estas pruebas nos aportan una serie de hallazgos radiológicos que, aunque poco específicos, en combinación y en un contexto clínico adecuado nos pueden proporcionar suficiente información para establecer un diagnóstico certero del SFHC. Además, nos ayudan a excluir patologías frecuentes que producen dolor en hipocondrio derecho, tales como la colecistitis aguda.

La **radiografía simple de tórax** sirve para excluir patología pulmonar basal derecha, fundamentalmente procesos neumónicos que pueden producir clínica de dolor en hipocondrio derecho. También podría descartar la presencia de neumoperitoneo en el espacio subfrénico.

La **ecografía** resulta fundamental en el diagnóstico de exclusión, sobre todo para descartar patología del área hepatobiliar como colecistitis y colelitiasis. Además, podemos objetivar signos que aparecen comúnmente en esta patología tales como líquido en espacio de Morrison, perihepático, subhepático (fig. 4) o perivesicular. Este último se identifica como un engrosamiento de la pared vesicular laminado (fig. 5). El estudio ecográfico también nos puede mostrar alteraciones en pelvis menor que nos sugieran EIP.

La **TCMD** es una prueba básica en el diagnóstico del SFHC. La imagen característica en TC consiste en la objetivación de un realce perihepático en fases precoces tras la administración del contraste iv., que refleja un incremento de flujo sanguíneo en la cápsula hepática inflamada (fig. 6). Este realce puede persistir en fases tardías sugiriendo cambios fibróticos. Los hallazgos descritos pueden presentarse también en otras patologías, por lo cual una adecuada historia clínica y exploración física resultan indispensables para establecer un diagnóstico correcto. Además podemos identificar otros signos como alteraciones perfusionales subcapsulares, edema periportal (fig. 7) y edema perivesicular (fig. 8), además de alteraciones inflamatorias en pelvis menor que nos hagan sospechar de una posible EIP (fig. 9).

Imágenes en esta sección:

Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis Hallazgos radiológicos



G. Carbonell López Del Castillo, E. López Banet, A. García Ortega, D. Rodríguez Sánchez, R. Andrade Gonzales, G. Morell González

HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia, España



Fig. 1: Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Hallazgos radiológicos.

Síndrome Fitz-Hugh-Curtis

- Perihepatitis por una Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Incidencia en 12-14% de EPI
- Mujeres en edad fértil y sexualmente activas
- *C. trachomatis* y *N. Gonorrhoeae*
- Probable extensión peritoneal



Fig. 2: Definición y factores etiopatogénicos. Reconstrucción coronal MIP que muestra las posibles vías de diseminación de la enfermedad pélvica inflamatoria para alcanzar localizaciones subfrénicas.

Clínica - Dolor Hipocondrio Derecho

Colelitiasis
Colecistitis
Pleuritis
Neumonía
TEP
Fractura costal
Pielonefritis
Hepatitis
Nefrolitiasis
Úlcera perforada
Pancreatitis
Apendicitis

- Amplio diagnóstico diferencial
- Puede conllevar tratamientos inadecuados
- Sospecharlo en mujeres de edad media y sexualmente activas

Fig. 3: Diagnóstico diferencial del dolor en hipocondrio derecho.

Hallazgos en Ecografía

Líquido subhepático



Fig. 4: Corte transversal de ecografía que muestra una discreta cantidad de líquido libre subhepático (flecha).

Hallazgos en Ecografía

Engrosamiento parietal vesicular



Fig. 5: Cortes transversales ecográficos con sonda cóncava de baja frecuencia (a-b) y con sonda lineal de alta frecuencia (c) que muestran una apariencia engrosada y laminada "en capas de cebolla" de la pared vesicular (flechas) atribuible a edema perivesicular.

Hallazgos en TCMD

Realce capsular hepático

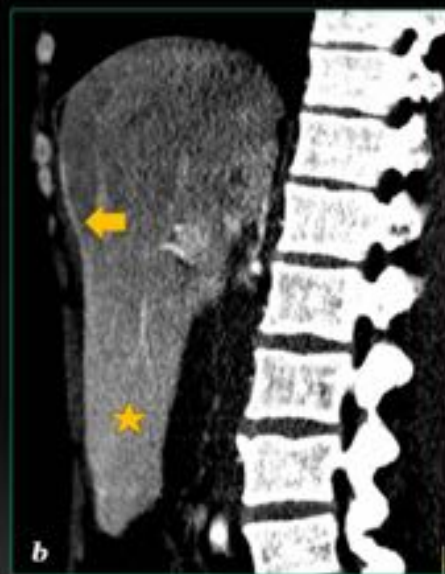


Fig. 6: Cortes axial (a) y sagital (b) de TCMD en fase arterial que muestran un realce de la cápsula hepática (flechas) anterior atribuible a perihepatitis. Asocia alteraciones transitorias de la perfusión del

parénquima hepático subyacente (estrellas).

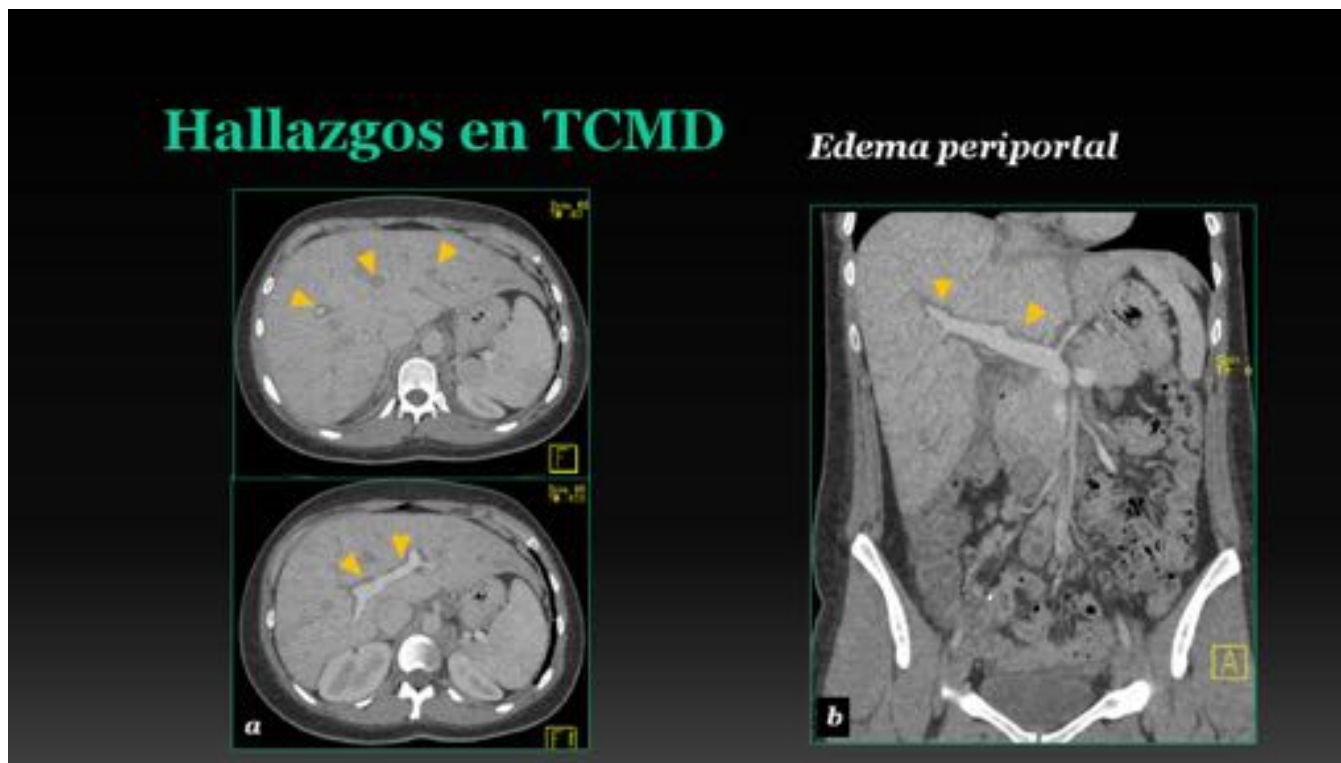


Fig. 7: Cortes axiales (a) y coronal (b) de TCMD en fase venosa que muestran un marcado edema periportal (cabezas de flecha).

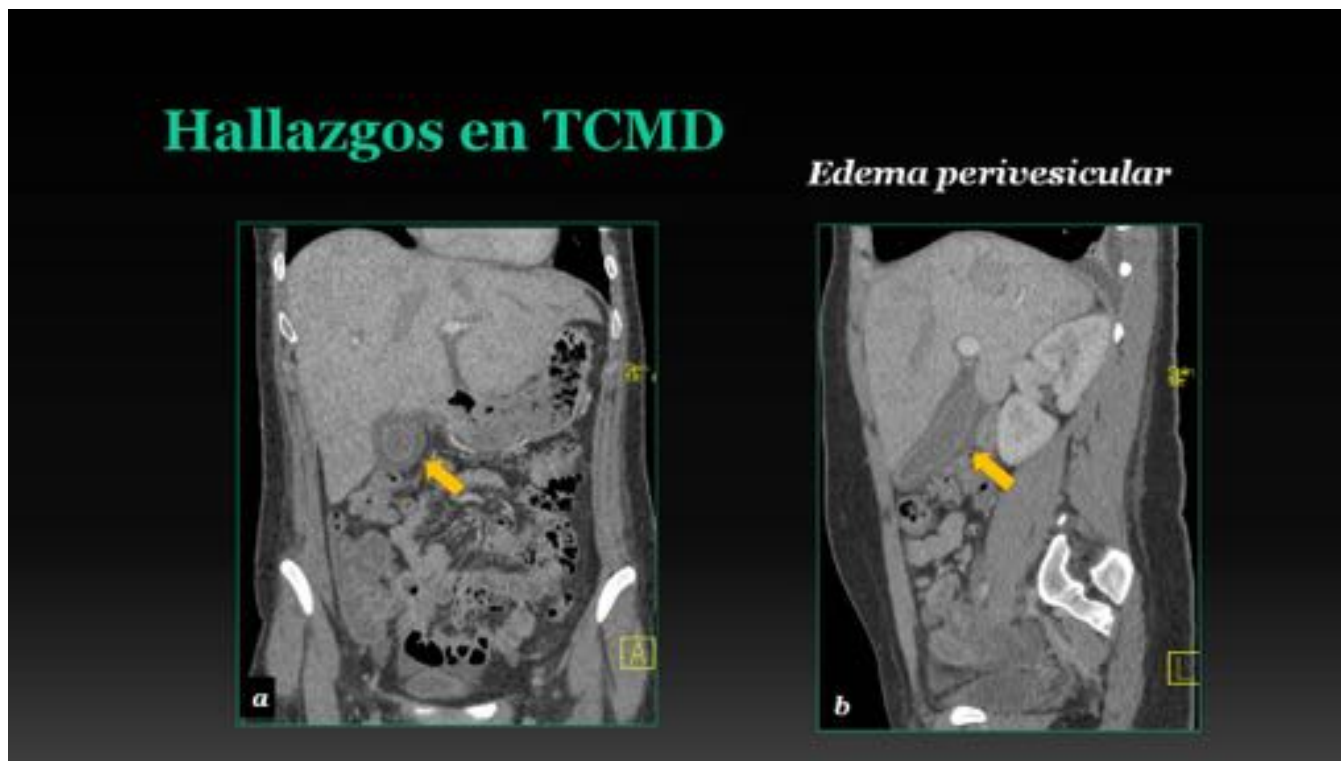


Fig. 8: Corte coronal (a) y sagital (b) de TCMD en fase venosa que muestra un marcado edema perivesicular (flechas).

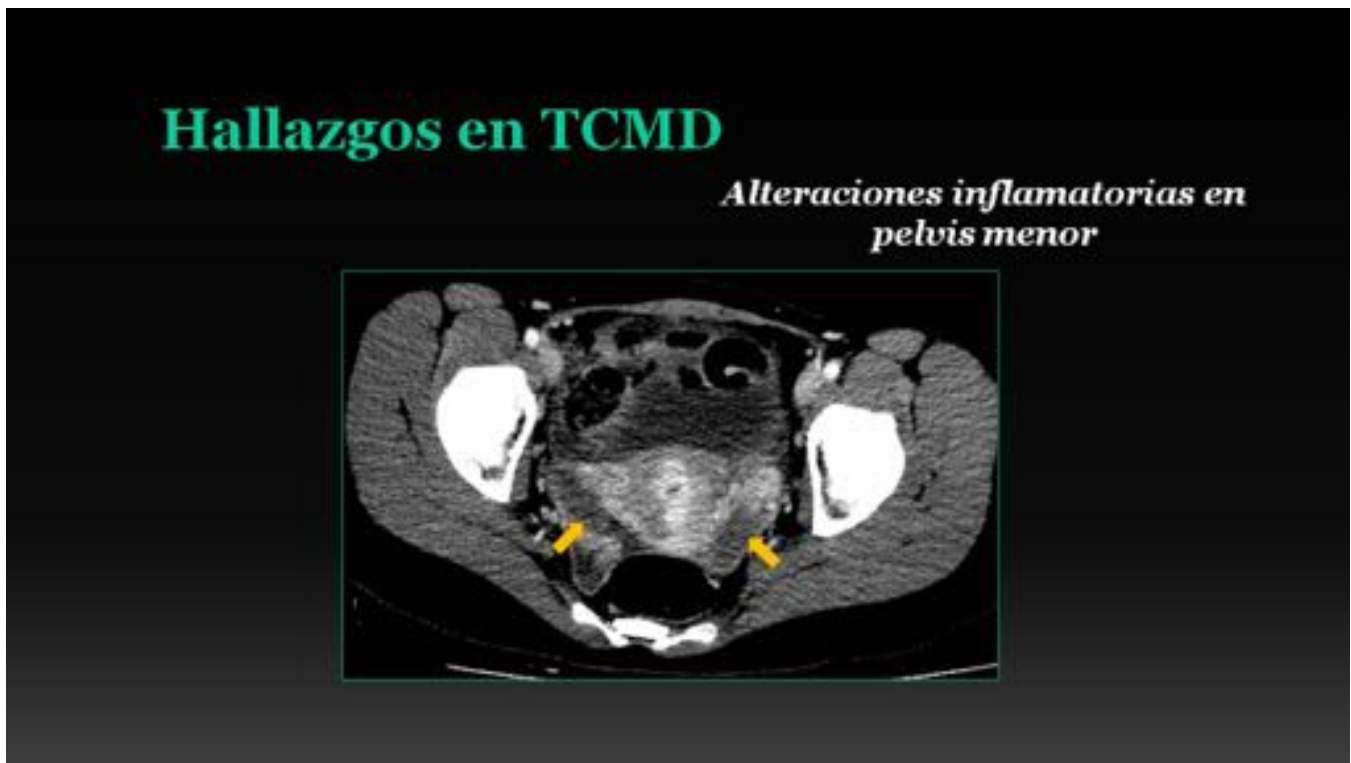


Fig. 9: Corte axial de TCMD que muestra alteraciones inflamatorias en pelvis menor, con hiperemia de mucosa uterina y escasa cantidad de líquido libre en pelvis (flechas).

Conclusiones

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una complicación poco usual de la enfermedad inflamatoria pélvica. Se manifiesta comúnmente con dolor en hipocondrio derecho y suele infradiagnosticarse o confundirse con otras patologías. Es importante tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor en hipocondrio derecho, sobre todo en mujeres en edad fértil y sexualmente activas. Las técnicas de imagen nos ayudan a realizar un diagnóstico de exclusión de patologías que producen dolor en hipocondrio derecho. Además, nos pueden aportar signos que, aunque poco específicos, pueden proporcionarnos un diagnóstico certero en un contexto clínico adecuado.

Bibliografía / Referencias

1. 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 Mar;71(3):233-9.
2. Kim S, Kim TU, Lee JW, Lee TH, Lee SH, Jeon TY, Kim KH. The perihepatic space:

comprehensive anatomy and CT features of pathologic conditions. *Radiographics*. 2007 Jan-Feb;27(1):129-43

3. Rivero-Sánchez L, López-Soriano EM, Guarner-Aguilar L. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: abdominal pain in women of 26 years old. *Rev Esp Enferm Dig*. 2011 Oct;103(10):546-8.
4. Huang HH, Tsai CM, Tyan YS. Unusual cause should be kept in mind of abdominal pain in female patient. Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *Gastroenterology*. 2011 Mar;140(3):e7-8.
5. Joo SH, Kim MJ, Lim JS, Kim JH, Kim KW. CT diagnosis of Fitz-Hugh and Curtis syndrome: value of the arterial phase scan. *Korean J Radiol*. 2007 Jan-Feb;8(1):40-7.