

NOTA CLÍNICA

Perihepatitis asociada a enfermedad pélvica inflamatoria (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis). Utilidad diagnóstica de la tomografía computarizada

Ana Moreno Rodrigo^a, Alfonso Gutiérrez Macías^{a,*}, Idoia Madariaga Ordeñana^a, María Victoria Bárcena Robredo^b, Eva Lizarralde Palacios^a y Felipe Miguel De La Villa^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital de Basurto, Bilbao, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital de Basurto, Bilbao, España

Recibido el 1 de febrero de 2011; aceptado el 30 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE

Perihepatitis;
Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis;
Enfermedad pélvica inflamatoria;
Tomografía computarizada

KEYWORDS

Perihepatitis;
Fitz-Hugh-Curtis syndrome;
Pelvic inflammatory disease;
Computed tomography

Resumen La perihepatitis asociada a enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) o síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC), es un proceso que afecta a la cápsula hepática y al peritoneo adyacente, relacionado con las infecciones pélvicas por *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae*. Su diagnóstico puede ser dificultoso por su presentación clínica inespecífica, sobre todo cuando las manifestaciones de la EPI son poco relevantes o están ausentes. En los últimos años la tomografía computarizada (TC) se ha revelado como un procedimiento muy útil y no invasivo, ofreciendo imágenes altamente sugestivas del diagnóstico, en el contexto clínico adecuado. Presentamos dos casos de perihepatitis asociada a EPI en los que el diagnóstico se realizó con tomografía computarizada.

© 2011 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Perihepatitis associated with pelvic inflammatory disease (Fitz-Hugh-Curtis syndrome). Diagnostic utility of computed tomography

Abstract Perihepatitis associated with pelvic inflammatory disease or Fitz-Hugh-Curtis syndrome is an inflammatory process that involves the liver capsule and adjacent peritoneum and is related to pelvic infections due to *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. Diagnosis may be difficult because the clinical picture is nonspecific, especially when manifestations of pelvic inflammatory disease are scarce or absent. In the last few years, computed tomography has been shown to be a highly useful and non-invasive diagnostic procedure in the proper clinical context. We present two cases of perihepatitis associated with pelvic inflammatory disease, diagnosed with computed tomography.

© 2011 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alguna@euskalnet.net (A. Gutiérrez Macías).

GAKO-HITZAK

Perihepatitisa;
Fitz-Hugh-Curtisen
síndromea;
Gaixotasun pelbiko
inflamatorioa;
Ordenagailu bidezko
tomografía

**Gaixotasun pelbiko inflamatorioari lotutako perihepatitisa (Fitz-Hugh-Curtisen
síndromea). Ordenagailu bidezko tomografiaren erabilgarritasuna diagnostikoa egiteko**

Laburpena Gaixotasun pelbiko inflamatorioari (EPI) lotutako perihepatitisa edo Fitz-Hugh-Curtisen síndromea (SFHC) guruin hepatikoari eta alboko peritoneoari eragiten dion prozesua da, eta *Chlamydia trachomatis* edo *Neisseria gonorrhoeae* bakterioek eragindako infekzio pelbikoekin lotuta dago. Eritasun hau diagnostikatzea zaila izan daiteke, klinikoki ez baita modu zehatz batean agertzen, batez ere pelbisaren hanturaren agerpenak nabarmenak ez badira edo ez badaude. Azken urteetan, ordenagailu bidezko tomografía (OBT) prozedura oso erabilgarria bilakatu da, eta ez-inbaditzailea da. Halaber, diagnostikoaren irudi oso interesgarriak eskaintzen ditu, testuinguru kliniko egokian. Gaixotasun pelbiko inflamatorioarekin lotutako perihepatitisaren bi kasu aurkeztuko ditugu; bi kasuetan ordenagailu bidezko diagnostikoa egin zen.

© 2011 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Argitaratzailea: Elsevier España, S.L. Eskubide guztiak gordeta.

La perihepatitis asociada a enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), también denominada síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC), es un proceso que afecta a la cápsula hepática y al peritoneo adyacente, bien por infección directa, bien por fenómenos inflamatorios locales mediados por mecanismos inmunes desencadenados por *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae*¹. En ocasiones su diagnóstico puede ser dificultoso por su presentación clínica inespecífica, que sugiere patología abdominal, hepatobiliar o respiratoria, sobre todo cuando las manifestaciones de la EPI son poco relevantes o están ausentes². Clásicamente su diagnóstico requería el cultivo de los microorganismos referidos en la cápsula hepática o la observación directa de perihepatitis o de las características adhesiones en «cuerda de violín» mediante laparoscopia o laparotomía³. En los últimos años la tomografía computarizada (TC) se ha revelado como un procedimiento muy útil y no invasivo, ofreciendo imágenes altamente sugestivas del diagnóstico, en el contexto clínico adecuado⁴. Presentamos dos casos de perihepatitis asociada a EPI en los que el diagnóstico se realizó con TC.

Caso 1

Mujer de 27 años, natural de Bolivia y residente en España durante los últimos 6 años, sin antecedentes de interés excepto conización de cuello uterino por SIL (*squamous intraepithelial lesion*) de alto grado tres años antes y dos episodios previos de interrupción voluntaria del embarazo. Ingresó por cuadro de cinco días de evolución de dolor en hipocondrio derecho (HCD), fiebre sin clínica digestiva o urinaria acompañante y emisión de flujo vaginal oscuro y levemente maloliente en los dos últimos días. En la exploración la temperatura era de 38,6 °C, las auscultaciones cardíaca y pulmonar fueron normales y el abdomen era blando, con dolor a la palpación en HCD, sin masas, organomegalias o signos de irritación peritoneal. La percusión renal fue negativa. En la exploración ginecológica se observaron restos hemáticos ligeramente malolientes en vagina y cérvix de núlpara doloroso a la movilización, sin otros datos de valor patológico. En los datos de laboratorio destacaban 14.600 leucocitos/mm³ con neutrofilia, velocidad de sedimentación globular (VSG) de 108 mm en la primera hora y proteína C reactiva (PCR) 27,9 mg/dL. El resto de la analítica

de sangre y orina y la radiografía de tórax fueron normales y la prueba de embarazo, el hemocultivo y urocultivo, así como las serologías frente a virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y lúes fueron negativos. En los estudios microbiológicos de las tomas endocervicales se obtuvo crecimiento de *Mycoplasma hominis* y la reacción en cadena de la polimerasa (RCP) para *Chlamydia trachomatis* fue positiva. La ecografía abdominal no mostró imágenes de valor patológico y en una ecografía transvaginal eran patentes escaso líquido en endometrio y cavidad peritoneal y un ligero engrosamiento de la trompa izquierda. Se realizó TC abdominopélvica (fig. 1) en la que se observaba presencia de realce de la cápsula hepática con el contraste intravenoso compatible con perihepatitis. La paciente fue tratada con ceftriaxona, clindamicina y gentamicina intravenosos, seguidos de doxiciclina oral hasta completar dos semanas de tratamiento con una evolución clínica satisfactoria.

Caso 2

Mujer de 23 años, natural de Nigeria, sin antecedentes de interés. Ingresó por cuadro de fiebre y dolor abdominal en

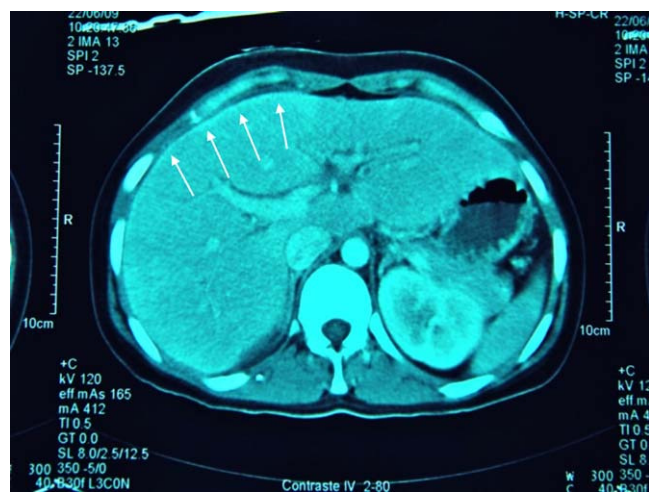


Figura 1 TC abdominal. Realce con el contraste intravenoso de la cápsula hepática (flechas).

HCD de 5 días de evolución, sin otra sintomatología relevante. En la exploración destacaban temperatura de 37,8 °C y dolor a la palpación en HCD sin signos de irritación peritoneal. En los datos de laboratorio destacaban 14.400 leucocitos/mm³ con neutrofilia, VSG de 70 mm en la primera hora y PCR de 3,91 mg/dL. Se realizaron ecografía abdominal, sin obtener imágenes de valor patológico, y una TC abdominal que mostraba realce de la cápsula hepática con el contraste intravenoso, engrosamiento de la fascia paracólica derecha, así como útero globuloso con realce de miometrio y engrosamiento de cérvix, y lengüetas líquidas entre asas intestinales, en pelvis y fondo de saco de Douglas. Con diagnóstico de probable perihepatitis se solicitó valoración ginecológica, sin que se observaran datos de EPI en el momento de la exploración. La RCP para *Chlamydia trachomatis* en muestra endocervical fue positiva. El resto de los estudios microbiológicos fue negativo. Se realizó tratamiento con doxiciclina durante 14 días, con desaparición de la fiebre y el dolor abdominal a los pocos días de su inicio.

Discusión

La perihepatitis se define como la inflamación de la cápsula y el peritoneo que recubren al hígado, sin afectación del parénquima hepático^{2,4}. Clásicamente se asocia con la EPI, denominándose entonces SFHC¹. La incidencia de perihepatitis en la EPI depende de los criterios diagnósticos utilizados, dado que pueden observarse lesiones laparoscópicas asintomáticas hasta en un 37% de los casos de EPI⁵. Se estima que clínicamente está presente en un 2-5% de los casos de EPI, con cifras superiores en adolescentes y portadoras de dispositivos intrauterinos^{1,6}; sin embargo, en series que realizan TC de forma sistemática la prevalencia es mayor, superando incluso el 50%⁷. La hipótesis fisiopatológica más aceptada implica la diseminación intraperitoneal de la infección a partir de la cavidad pélvica⁴; sin embargo no puede descartarse por completo la posibilidad de una diseminación hematogena o linfática, o la participación de fenómenos inflamatorios, desencadenados por una respuesta inmunitaria desproporcionada, que por mecanismos desconocidos se centraría fundamentalmente en la cápsula hepática¹. Los agentes etiológicos involucrados en la perihepatitis son *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*; aunque en la descripción original del síndrome se identificó esta última como agente causal, en la actualidad la primera es mucho más frecuente^{1,8,9}. En las manifestaciones clínicas predomina el dolor en HCD. Los síntomas de la EPI en ocasiones son poco relevantes o pueden estar ausentes, como en nuestro segundo caso⁸. Los datos de laboratorio son inespecíficos y reflejan la existencia de fenómenos inflamatorios (leucocitosis, elevación de VSG y PCR); las pruebas hepáticas habitualmente son normales. La radiografía de tórax y la ecografía abdominal son útiles para descartar patología hepatobiliar o torácica. Para el diagnóstico definitivo del SFHC clásicamente se admitía la necesidad de procedimientos invasivos, como laparoscopia o laparotomía, para visualizar las características adherencias en «cuerdas de violín» o demostrar la presencia de los microorganismos implicados^{1,7}; sin embargo, considerando el carácter benigno del cuadro, es aconsejable alcanzar el diagnóstico mediante procedimientos no invasivos². La TC abdominopélvica es el

método más utilizado. La imagen característica es 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. Así mismo este realce puede persistir en fases tardías, lo que sugiere cambios incipientes de fibrosis capsular^{3,4,9,10}. Pueden observarse imágenes similares en la perihepatitis asociada a lupus eritematoso y en otros trastornos inflamatorios de vecindad como colecistitis, abscesos hepáticos perforados, peritonitis tuberculosa, carcinomatosis peritoneal y lesión hepática inducida por radiación^{4,10,11}. El papel de la resonancia magnética en el diagnóstico de la perihepatitis está aún por establecer; probablemente las imágenes que ofrece pueden aportar al diagnóstico lo mismo que la TC, sin exponer a las pacientes a radiación¹⁰. El tratamiento de la EPI con perihepatitis no difiere del tratamiento cuando ésta no está presente. En la mayoría de los casos la evolución es satisfactoria con tratamiento exclusivamente antibiótico^{1,2}. En resumen, en mujeres sexualmente activas con dolor en HCD debe considerarse la posibilidad de una perihepatitis y realizar una exploración ginecológica para valorar la existencia de EPI, una vez descartadas otras causas del cuadro. Por otra parte, la TC es un procedimiento no invasivo, que ofrece imágenes que permiten confirmar el diagnóstico en el contexto clínico adecuado^{2,4}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 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;71:233–9.
- Woo SY, Kim JI, 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;14:6975–80.
- Hong DG, Choi MH, Chong GO, Yi JH, Seong WJ, Lee YS, et al. Fitz-Hugh-Curtis Syndrome: single centre experiences. *J Obstet Gynaecol*. 2010;30:277–80.
- Kim S, Kim TU, Lee JW, Lee TH, Lee SH, Jeon TY, et al. The perihepatic space: comprehensive anatomy and CT features of pathologic conditions. *Radiographics*. 2007;27:129–43.
- Onsrud M. Perihepatitis in pelvic inflammatory disease-association with intrauterine contraception. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1980;59:69–71.
- Risser WL, Risser JM, Benjamins LJ, Feldmann JM. Incidence of Fitz-Hugh-Curtis syndrome in adolescents who have pelvic inflammatory disease. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20:179–80.
- Kim JY, Kim Y, Jeong WK, Song SY, Cho OK. Perihepatitis with pelvic inflammatory disease (PID) on MDCT: characteristic findings and relevance to PID. *Abdom Imaging*. 2009;34:737–42.
- Nishie A, Yoshimitsu K, Irie H, Yoshitake T, Aibe H, Tajima T, et al. Fitz-Hugh-Curtis syndrome. Radiologic manifestation. *J Comput Assist Tomogr*. 2003;27:786–91.
- Cho HJ, Kim HK, Suh JH, Lee GJ, Shim JC, Kim YH. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: CT findings of three cases. *Emerg Radiol*. 2008;15:43–6.
- Wang CL, Guo XJ, Yuan ZD, Shi Q, Hu XH, Fang L. Radiologic diagnosis of Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *Chin Med J (Engl)*. 2009;122:741–4.
- Kane B, Gibson K. Clinical image: perihepatitis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2010;62:836.