



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS”

TRABAJO DE TITULACIÓN:

TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentado para optar al grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTORA

VERÓNICA BELÉN VALLES YÁNEZ

Riobamba- Ecuador

2019



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS”

TRABAJO DE TITULACIÓN:

TIPO: ANÁLISIS DE CASOS

Presentado para optar al grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTORA: VERÓNICA BELÉN VALLES YÁNEZ

DIRECTOR: DR. CÉSAR PILAMUNGA LEMA

Riobamba- Ecuador

2019

@2019, Verónica Belén Valles Yáñez

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el derecho el derecho de Autor.

Yo, Verónica Belén Valles Yánez, declaro que el presente trabajo de titulación es de mi autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autora asumo la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; el patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 27 de junio de 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'V. Valles Yánez', with several horizontal lines drawn across it.

Verónica Belén Valles Yánez

C.C.: 172107954-7

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

El Tribunal del trabajo de titulación certifica que: El trabajo de titulación: Tipo Análisis de Casos “SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS”, realizado por la señorita VERÓNICA BELÉN VALLES YÁNEZ, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del Trabajo de Titulación. El mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

FIRMA

FECHA

Dr. Moisés Guerrero G.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



21/06/2019

Dr. César Pilamunga Lema

DIRECTOR DEL TRABAJO DE

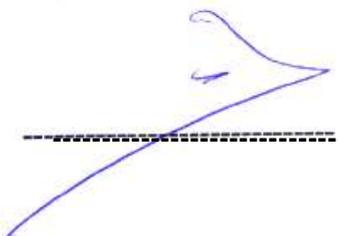
TITULACIÓN



21/06/2019

Dr. Rolando Teruel Gines

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



21/06/2019

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios quien ha sido mi motor y mi fuerza para superar todas las adversidades y seguir adelante siempre con la convicción de alcanzar mis sueños y anhelos.

A mis padres que, con sus consejos, apoyo incondicional han hecho de mí la persona que soy, espero nunca defraudarlos, ya que han sido los gestores de mis valores y principios.

A mi hermano que me enseñó a que en la vida hay dificultades pero que, poniéndole el corazón, el alma se las puede lograr y verlas cristalizadas al final.

Verónica Belén Valles Yáñez

AGRADECIMIENTO

A Dios por el regalo de la vida, la salud, la vocación para seguir esta carrera, por todas las bendiciones recibidas y por darme la sabiduría necesaria para cumplir con todas mis metas y sueños.

A mis padres que han sido mi pilar fundamental para no desfallecer en este largo camino, que con su infinito amor me han apoyado en cada uno de mis logros, así como también en cada uno de mis tropiezos.

A mi hermano del alma, que siempre estuvo ahí para darme ánimo frente a las adversidades y enseñarme que cada día es un reto.

A mis docentes en general que con su experiencia y vasto conocimiento supieron impartir asía mi toda esa ciencia y sabiduría para convertirme en lo que ahora soy.

A mis amigos eternos que lucharon junto mi cada hora, cada minuto y cada segundo hasta alcanzar la meta propuesta.

Verónica Belén Valles Yáñez

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|-------------------------------|
| RESUMEN | XIII |
| ABSTRACT | XIV |
| CAPÍTULO I | |
| 1. INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1.1. Metodología | 2 |
| <i>1.1.1. Estrategias de búsqueda</i> | 2 |
| <i>1.1.2. Criterio de elegibilidad</i> | 2 |
| <i>1.1.3. Selección de estudios y recopilación de datos</i> | 2 |
| 1.2. Síndrome Fitz Hugh Curtis | 3 |
| <i>1.2.1. Concepto</i> | 3 |
| <i>1.2.2. Antecedentes Históricos</i> | 3 |
| <i>1.2.3. Epidemiología</i> | 3 |
| <i>1.2.4. Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI)</i> | 4 |
| <i>1.2.5. Criterios mayores y menores</i> | 5 |
| <i>1.2.5.1. Criterios mayores</i> | 5 |
| <i>1.2.5.2. Criterios menores</i> | 5 |
| <i>1.2.6. Agentes etiológicos</i> | 5 |
| <i>1.2.7. Patogénesis</i> | 6 |
| <i>1.2.7.1. Infección directa al hígado</i> | 6 |
| <i>1.2.7.2. Diseminación Hematógena</i> | 6 |
| <i>1.2.7.3. Diseminación linfática</i> | 6 |
| <i>1.2.7.4. Respuesta inmune exagerada</i> | 7 |
| <i>1.2.8. Cuadro clínico</i> | 7 |
| <i>1.2.9. Diagnóstico</i> | 7 |
| <i>1.2.9.1. Diagnóstico diferencial</i> | 8 |
| <i>1.2.10. Tratamiento</i> | 9 |
| <i>1.2.10.1. Tratamiento empírico ambulatorio</i> | 9 |
| <i>1.2.10.2. Medidas no farmacológicas</i> | 10 |
| <i>1.2.10.3. Medidas preventivas</i> | 10 |
| <i>1.2.11. Colecistitis, coleditis y síndrome metabólico</i> | 11 |
| CAPITULO II | |
| 2. PROCEDIMIENTO METODOLÒGICO | ¡Error! Marcador no definido. |

| | |
|---|-------------------------------|
| 2.1. Anamnesis | 13 |
| <i>2.1.1. Datos de filiación</i> | 13 |
| 2.2. Motivo de Consulta | 13 |
| 2.3. Enfermedad actual | 13 |
| 2.4. Revisión del estado actual de aparatos y sistemas | 14 |
| 2.5. Antecedentes personales no patológicos | 14 |
| <i>2.5.1. Costumbres /Hábitos</i> | 14 |
| 2.6. Antecedentes personales patológicos | 15 |
| <i>2.6.1. Patológicos:</i> | 15 |
| <i>2.6.2. Quirúrgicos:</i> | 15 |
| <i>2.6.3. Familiares:</i> | 15 |
| 2.7. Antecedentes Gineco- obstétricos: | 15 |
| 2.8. Examen Físico | 16 |
| <i>2.8.1. Signos Vitales</i> | 16 |
| <i>2.8.2. Examen General</i> | 16 |
| <i>2.8.3. Examen por Aparatos y Sistemas</i> | 16 |
| 2.9. Diagnóstico presuntivo | 17 |
| 2.10. Exámenes complementarios | 18 |
| 2.11. Diagnóstico definitivo | 21 |
| 2.12. Tratamiento | 22 |
| 2.13. Evolución | 22 |
| CAPITULO III | |
| 3. HALLAZGOS | ¡Error! Marcador no definido. |
| CONCLUSIONES | 27 |
| BIBLIOGRAFÍA | |
| ANEXOS | |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1-1: Clasificación de la EPI | 4 |
| Tabla 2-1: Clasificación de adherencias Zuhlke | 8 |
| Tabla 3-1: Factores de riesgo de colecistitis - colelitiasis | 11 |
| Tabla 1-2: Biometría Hemática..... | 18 |
| Tabla 2-2: Química Sanguínea..... | 18 |
| Tabla 3-2: Perfil Hepático..... | 19 |
| Tabla 4-2: Perfil Pancreático..... | 19 |
| Tabla 5-2: Serología 18/08/2018 21:14 | 19 |
| Tabla 6-2: Tiempos de Coagulación: 18/08/2018 Hora: 21:14..... | 20 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1-1: Diferentes patologías enmarcadas en el diagnóstico diferencial de la EPI..... | 8 |
| Figura 2-1: Tratamiento ambulatorio..... | 9 |
| Figura 3-1: Tratamiento antibiótico hospitalario | 10 |
| Figura 4-1: Diagnóstico clínico Colecistitis – Colelitiasis | 12 |
| Figura 5-1: Diagnóstico diferencial Colecistitis – Colelitiasis | 12 |

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

| | |
|---|----|
| Ilustración 1-2: Vesícula con cálculo en su interior | 20 |
|---|----|

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Imagenología

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|---|
| SFHC | Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis |
| EPI | Enfermedad Pélvica Inflamatoria |
| FUM | Fecha de la última menstruación |
| FC | Frecuencia cardiaca |
| T° | Temperatura |
| HD | Hipocondrio Derecho |
| DIU | Dispositivo Intrauterino |
| TC | Tomografía Computarizada |
| (Chsp60) | Proteína estructura de Chlamydia |
| IMC | Índice de masa corporal |
| NAA | Amplificación de ácido nucleico |
| ETS | Enfermedad de transmisión sexual |
| PMN | Polimorfo nucleares |
| CDC | Centros de Control y Prevención de Enfermedades |
| SM | Síndrome metabólico |
| HJMVI | Hospital José María Velasco Ibarra |
| MSP | Ministerio de Salud Pública |

RESUMEN

Se describen un reporte de caso en el Hospital José María Velasco Ibarra de Tena; de una paciente de sexo femenino de 46 años de edad, quien acude al Servicio de Emergencia de dicha institución, por presentar un cuadro clínico de dolor abdominal, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, se realiza exámenes de laboratorio e imagenológicos los cuales reportan en la ecografía abdominal colecistitis más colelitiasis, por lo que se procede a realizar una colecistectomía laparoscópica, encontrándose como hallazgo fortuito en la visualización directa la presencia de adherencias perihepáticas abundantes, fibrosas, firmes entre el lóbulo hepático derecho e izquierdo que simulan “cuerdas de violín” tipo Fitz-Hugh-Curtis, que al despegar sangran con facilidad, se realiza adherensiólisis, para evitar que a posterior, dichas adherencias puedan provocar obstrucción intestinal. Debido a los hallazgos encontrados en el transoperatorio se decide ingresar a la paciente al Servicio de Cirugía General para su posterior tratamiento y recuperación. Al momento la paciente se encuentra en óptimas condiciones de salud con buen pronóstico de su cuadro clínico y tratamiento para la enfermedad pélvica Inflamatoria de base. Podemos concluir que al ser esta patología muy rara, que representa del 2-4% de los casos a nivel mundial, y que sus agentes etiológicos son la *Chlamydia Trachomatis* y la *Neisseria Gonorrhoeae*, que su diagnóstico se lo realiza mediante la visualización directa comúnmente es infra diagnosticada y es por este motivo que se considera que debería ser más estudiada e investigada

Palabras claves: <TECNOLOGÍAS Y CIENCIAS MÉDICAS>, <SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS>, <ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA>, <*Chlamydia Trachomatis*>, <*Neisseria Gonorrhoeae*>



SUMMARY

A case report in the Hospital José María Velasco Ibarra from Tena is described; it is about a 46 years old female patient who gets at the Emergency Department of this institution, with a clinical picture of abdominal pain, located in the epigastrium and right hypochondrium. Laboratory and imaging tests are performed which report, in the ultrasound abdominal, cholecystitis plus cholelithiasis, so a laparoscopic cholecystectomy is carried out, discovering incidentally in the direct visualization, the presence of abundant perihepatic adhesions, fibrous, firm between the right and left hepatic lobes that simulate "violin strings" type Fitz- -Hugh-Curtis, that when taking off they bleed easily. Adherensiólisis is realized, to avoid that later, such adhesions can cause intestinal obstruction. Due to the findings detected in the transoperative period, it is decided to admit the patient to the General Surgery Service for further treatment and recovery. At the moment the patient is in optimal health conditions with a good prognosis of her clinical picture and treatment for pelvic Inflammatory disease base. It is concluded that since pathology is very rare, accounting for 2-4% of the cases worldwide, that its etiological agents are *Chlamydia Trachomatis* and *Neisseria Gonorrhoeae*, and that its diagnosis is made by direct visualization, it is commonly infra diagnosed; for this reason, it is considered that it should be more studied and researched.

Key words: Fitz-Hugh-Curtis Syndrome, Pelvic Inflammatory Disease, *Chlamydia Trachomatis*, *Neisseria Gonorrhoeae*.



CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una condición clínica infrecuente, con una incidencia variable de aproximadamente 2% a 4%, y un número reducido de reportes de casos a nivel mundial. Se identifica por la inflamación de la cápsula de Glisson a nivel hepático y el peritoneo adyacente, debido a la colonización en ascenso de gérmenes del tracto genital inferior procedentes de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) a repetición y sin tratamiento. Carlo Stajano 1920 describió por primera vez las adherencias en cuerdas de violín, Curtis en 1930 las asocia a la presencia de *Neisseria gonorrhoeae*. 1934. Fitz Hugh las detalla como resultado de una peritonitis gonocócica, 1978 Muller-Schoop manifiesta la asociación de la *Chlamydia Trachomatis* como el agente etiológico principal comprometido con el 89% de los casos, en 2003 Sharma y Cois obtienen 3 casos como resultado de tuberculosis genital. (Wang et al. 2015; Yi et al. 2015a)

Podemos recalcar que este síndrome es más frecuente en mujeres de edad fértil con un estimado de 2% al 14% de pacientes con EPI, su cuadro clínico es muy variado pudiendo presentarse como una patología hepática o biliar, debido a que las adherencias que se forman a este nivel causan dolor en el cuadrante superior derecho, lo que aumenta frente a maniobras de valsalva y en ocasiones se irradia al hombro o espalda. Entre las complicaciones más frecuentes podemos mencionar casos de obstrucción intestinal o hemoperitoneo por ruptura de las adherencias.

La incidencia de litiasis vesicular aumenta en forma paralela al incremento del índice de masa corporal (IMC), el 35% de las mujeres con IMC mayor 32 kg/m² exhiben cálculos biliares. El mecanismo de formación de las cálculos no está claramente definido, se cree que los obesos condensan una mayor cantidad de colesterol en el hígado, el cual se secreta en cantidades excesivas, lo que origina la sobresaturación de la bilis y alteraciones en el tiempo de nucleación, factores que se asocian con la elevación de la concentración de ácido araquidónico, prostaglandina E2 y glicoproteínas de mucina. («4315a186d13e372bf8d6ba338f615871.pdf» [sin fecha])

La presentación de litiasis biliar es menos frecuente en las dos primeras décadas de la vida, su incidencia aumenta progresivamente entre los 40 – 70 años. Las mujeres están mucho más expuestas que los varones en una proporción 4:1 aproximadamente en las cuales se manifiesta

como factores de riesgo asociado la regla de las 4 F (sexo femenino, edad fértil, cuarta década de vida y obesidad).

En el Ecuador existen escasos reportes de casos, por probable subregistro de datos, al término de esta revisión bibliográfica se encontró tres casos registrados del Síndrome de Fitz Hugh Curtis en los períodos correspondientes a agosto 2018 – abril 2019, en el Hospital José María Velasco Ibarra de Tena, de los cuales uno de ellos fue objeto de nuestro estudio y análisis. Por su baja incidencia y falta de información en el país se decide presentar el caso clínico, previa a una revisión sistemática de la literatura que permita describir y aportar con la epidemiología, cuadro clínico, herramientas diagnósticas, tratamiento actual y seguimiento de esta patología.

1.1. Metodología

1.1.1. Estrategias de búsqueda

La exploración sistemática de la literatura fue ejecutada, de forma independiente, por autores utilizando bases de datos Scielo, Pubmed, Revistas Científicas, Artículos médicos, Up ToDate y Reporte de casos. El proceso incluyó búsquedas separadas con términos alusivos al tema de investigación.

1.1.2. Criterio de elegibilidad

Los estudios elegibles incluyeron informes, reportes de casos, revisiones bibliográficas acordes al Síndrome de Fitz Hugh Curtis en los cuales se describe las características demográficas, clínicas, diagnósticas, resultados de laboratorio, imagenológicos y tratamiento, además de la presencia de las adherencias perihepáticas en “cuerdas de violín” patognomónicas de dicha patología visualizadas a través de la video cámara laparoscópica.

1.1.3. Selección de estudios y recopilación de datos

El procedimiento para la selección comenzó con la revisión del título, descartando documentos que no tenían relación con el tema de estudio. Dichas publicaciones se clasificaron como acertadas

y poco elegibles de acuerdo con su ajuste a los criterios de inclusión. Luego los artículos marcados como elegibles o inciertos se seleccionaron para revisión del texto completo.

1.2. Síndrome Fitz Hugh Curtis

1.2.1. Concepto

El síndrome de Fitz Hugh Curtis SFHC es un tipo de perihepatitis que se produce como consecuencia de una enfermedad pélvica inflamatoria EPI, inicialmente fue descrita como una complicación debida al gonococo, pero en la actualidad es producida con mayor frecuencia por la *Chlamydia trachomatis*. Esta infección se propaga: al hígado, superficie diafragmática, peritoneo parietal anterior dando como resultado adherencias fibrinosas a las que se ha denominado como “cuerdas de violín” sin que haya afectación del parénquima hepático.(Kelley, 1993, p. 1523)(EcuRed contributors [sin fecha])

1.2.2. Antecedentes Históricos

La patología fue descubierta por primera vez por Stajano quien observo adherencias entre la cápsula hepática y la pared abdominal anterior en pacientes con enfermedad gonocócica. En 1930 Fitz y Curtis describieron el síndrome y establecieron la conexión entre el dolor en hipocondrio derecho HD tras la EPI y las adherencias en “cuerda de violín” que se encontraban en mujeres con certeza de enfermedad pélvica precedente. En 1978 Muller-Schoop demostró la evidencia serológica de infección aguda por *Chlamydia trachomatis* siendo en la actualidad el germen principal responsable de este síndrome.(Yi et al. 2015b) («Gastroenterología » Laparoscopia» [sin fecha])

1.2.3. Epidemiología

La estimación de la incidencia depende del criterio diagnóstico utilizado, ya que existen pacientes sintomáticas con adherencias perihepáticas claras, mientras que otras con EPI y dolor en hipocondrio derecho no tienen evidencia laparoscópica de perihepatitis. Afecta principalmente a mujeres en edad fértil y sexualmente activas con una variación entre los 15 y 30 años de edad. En los Estados Unidos experimentan alrededor de 750.000 casos de EPI al año. Utilizando solo criterios clínicos, Semchyshyn, halló perihepatitis en el 12% de las pacientes con EPI. Con

criterios laparoscópicos, Onsrud encontró tasas similares, 13,8% que se encontraban asintomáticas.

La incidencia de perihepatitis fue mayor en aquellas pacientes sometidas a inserción de dispositivo intrauterino DIU en las 6 semanas previas. En otros estudios publicados hallaron tasas inferiores de Fitz Huhg Curtis. En contraste Litt manifestó evidencia clínica de perihepatitis en el 27% de adolescentes con salpingitis. La alta tasa en adolescentes puede ser explicada por la anatomía del aparato genital que favorece la progresión de una cervicitis a EPI y probablemente a Fitz-Hugh-Curtis.(Pop y Sharma 2018) (EcuRed contributors [sin fecha])

1.2.4. Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI)

Es un síndrome caracterizado por infección e inflamación del tracto genital superior femenino, que implica útero, trompas de Falopio, ovarios y órganos pélvicos vecinos, el diagnóstico y tratamiento oportuno es la clave para prevenir enfermedades a corto o a largo plazo como: infertilidad, embarazo ectópico, Síndrome de Fitz Hugh Curtis, cáncer de ovario, endometritis, salpingitis, ooforitis, peritonitis, absceso tubo-ovárico. Al ser la EPI una infección polimicrobiana ascendente pueden estar implicados microorganismos cervicales como: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae y en cuadros clínicos sintomáticos el Mycoplasma genitalium, además de microflora vaginal, especies anaeróbicas, estreptococos y Gardnerella vaginalis relacionada con la vaginosis bacteriana. Aunque de manera infrecuente se han reportado casos de SFHC en varones en los cuales se presenta una sintomatología similar a los casos de mujeres en edad fértil.(Ross, Jonathan 2019)

Tabla 1-1: Clasificación de la EPI

| Estadios | |
|--------------------|---|
| ESTADIO I | Salpingitis aguda sin peritonitis |
| ESTADIO II | Salpingitis aguda con peritonitis |
| ESTADIO III | Salpingitis con formación de absceso tubovárico |
| ESTADIO IV | ATO roto |

Fuente: (Schiappacasse F et al. 2014)

Elaborado: Autores

Su cuadro clínico suele estar caracterizado por dolor abdominal mayor a 2 semanas, es bilateral, inconstante, leve, se acompaña de dispareunia en casos de EPI leve a moderada, en los graves, el dolor es más intenso, la clínica es sintomática, cursando con episodios sistémicos como fiebre, además de: sangrado postcoital e intermenstrual, la menorragia se presenta en un tercio de los pacientes, y otros son no específicos como la poliuria y flujo vaginal anormal. Al examen físico presenta mayor sensibilidad y dolor abdominal a la palpación en la región del hipogastrio, en la maniobra bimanual la lateralización tanto cervical, uterina y anexial es positiva, sinónimo de EPI sintomática, además puede haber descarga vaginal de tipo leucorrea. (Ross, Jonathan 2019)

1.2.5. Criterios mayores y menores

1.2.5.1. Criterios mayores

Antecedentes o dolor en hipogastrio en hemiabdomen inferior principalmente a la palpación.

Dolor a la movilización de los anexos y cervix durante la exploración física

1.2.5.2. Criterios menores

Temperatura mayor a 38° o más

Material purulento identificado por laparoscopia

Presencia de masa al examen físico o por ecografía

Cultivo positivo para *N. Gonorrhoeae* o *C. Trachomatis*

Velocidad de eritrosedimentación elevada (Rodríguez [sin fecha])

1.2.6. Agentes etiológicos

Los agentes etiológicos implicados en el SFHC son la *Neisseria Gonorrhoeae* y la *Chlamydia Trachomatis* que según estudios actuales es el patógeno con mayor incidencia y reporte de casos.

La *Neisseria Gonorrhoeae* es un diplococo, gramnegativo, intracelular, oxidasa positiva, aerobia, carente de motilidad, que alcanza un tamaño de 0.8 µm de diámetro y su morfología es plana o curva. Su hospedero natural es el ser humano, se trasmite por contacto sexual, el gonococo

produce uretritis, salpingitis e infección diseminada hacia los otros tejidos incluyen anexos pélvicos e hígado y que en casos avanzados puede llegar a la cronicidad y fibrosis.

Chlamydia trachomatis es una bacteria gramnegativa, parásito intracelular obligado, que produce inclusiones intracitoplasmáticas, mide aproximadamente 0.3 μm . Puede causar a nivel genital uretritis no gonocócica, salpingitis y cervicitis, está documentado que es el principal agente etiológico del Síndrome de Fitz Hugh Curtis. (Jawetz 2005) (Ekabe et al. 2017)

1.2.7. Patogénesis

1.2.7.1. Infección directa al hígado

Esta teoría fue planteada por Holm-Nielsen manifiesta que los microorganismos ascienden por el espacio parietocólico desde la pelvis hasta el diafragma donde se reabsorben y provocan una perihepatitis, lo cual podría ocurrir en ciertos casos, varios elementos sugieren que debe existir una vía alternativa ya que dichos patógenos raramente se agrupan en el borde hepático y si estos viajaran a través del peritoneo, este estaría constantemente inflamado, lo cual rara vez ocurre.

1.2.7.2. Diseminación Hematógena

Existe un reporte de caso de una paciente con síndrome de Fitz Hugh Curtis en la se visualizó lesiones focales perihepáticas, al momento no hay un mecanismo o evidencia que valide dicha teoría.

1.2.7.3. Diseminación linfática

Es uno de los postulados más aceptables y que inclusive podría demostrar el por qué no existe signos de infección intraabdominal o de diseminación hematógena. El inconveniente es que casi la totalidad del drenaje del sistema reproductivo es retroperitoneal, por lo que no justifica la relación anatómica entre los linfáticos pélvicos e infradiafragmático.

1.2.7.4. Respuesta inmune exagerada

Esta teoría dependería muy particularmente de la inmunología del paciente frente a la *Chlamydia trachomatis* y de ciertos mecanismos de acción de dicho patógeno. En investigaciones precedentes demostraron niveles de anticuerpos antichlamydia séricos IgG presentes en salpingitis y perihepatitis más no en solo salpingitis. La patogenia del microorganismo se basa en la proteína de *Chlamydia 60-kd heat shock (Chsp60)*, fue Money quien relacionó la presencia de niveles elevados de Chsp60 en el 67% de pacientes con Fitz Hugh Curtis, en relación con el 28% encontrado en pacientes con solo salpingitis, demostrando así que dicho antígeno desempeña una función importante sobre la respuesta inflamatoria del huésped. (EcuRed contributors [sin fecha])

1.2.8. Cuadro clínico

En el SFHC la manera de presentación es similar a los síntomas de EPI aguda o subaguda se presenta con dolor abdominal, a nivel del cuadrante superior derecho, o con un componente pleurítico que a veces se irradia al hombro del mismo lado, al examen se observa una marcada sensibilidad en hipocondrio derecho, por tal motivo puede enmascarar el diagnóstico de EPI y generar confusiones con cuadros de colecistitis o coleditiasis, generalmente las aminotransferasas suelen ser normales o ligeramente elevadas, también puede acompañarse de náusea, vómito, hipo, fiebre, sudoración nocturna y cefalea. El movimiento habitualmente exagera el dolor en dicha zona, este se debe a las adherencias entre la cápsula hepática o biliar, puede presentarse un sonido como de fricción audible en el borde costal anterior que Fitz-Hugh lo definió como “sonido de nieve”. (Wiesenfeld, Harold y Marrazzo, Jeanne 2019)

1.2.9. Diagnóstico

En el SFHC el diagnóstico suele ser muy variado debido a su presentación clínica similar a otras entidades que cursan con dolor abdominal en el cuadrante superior derecho entre ellas las de tipo biliar y especialmente donde los recursos y tecnologías son limitados. La laparoscopia o laparotomía brindan un diagnóstico definitivo ya que permiten una observación directa de la perihepatitis a nivel del hígado. Con el advenimiento de la tomografía computarizada (TC) que representa una sensibilidad del 88% y una especificidad del 95%, se puede observar un realce a nivel del borde hepático. La ecografía suele ser inespecífica en casos de SFHC, ya que los

hallazgos encontrados suelen ser útiles para descartar otros diagnósticos. El PCR y la amplificación de ácido nucleico (NAA) son pruebas más sensibles y específicas de *C. trachomatis*. La serología es importante para verificar si existe una enfermedad de transmisión sexual (ETS) concomitante, el hemograma completo, así como las series hepáticas suelen estar dentro de parámetros normales o levemente aumentados.

Tabla 2-1: Clasificación de adherencias Zuhlke

| Grado | Definición |
|-------|--|
| I | Laxas, transparentes y de fácil sección |
| II | Laxas, blancas y más difícil de sección, vascularización clara |
| III | Firmes, lisis posible por disección, vascularización clara |
| IV | Integras, con difícil plano de disección entre víscera y malla |
| | Lesión de órganos inminente |

Fuente: (Castañeda, M Valanci, A 2014)

Elaborado por: Autores

1.2.9.1. Diagnóstico diferencial

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Colelitiasis | Pancreatitis |
| Colecistitis | Apendicitis |
| Pleuresía | Fractura de costilla |
| Neumonía | Endometriosis |
| Embolia pulmonar | Absceso subfrenico |
| Nefrolitiasis | Embarazo extrauterino |
| Pielonefritis | Hepatitis |
| Infección de herpes | Úlcera perforada |

Figura 1-1: Diferentes patologías enmarcadas en el diagnóstico diferencial de la EPI

Fuente: Eur, J; SFHC, pdf, 2018.

1.2.10. Tratamiento

1.2.10.1. Tratamiento empírico ambulatorio

Se lo realiza con esquemas similar al de la EPI puesto que es una de sus complicaciones especialmente si se maneja en casos agudos, por lo tanto, la terapia antibiótica debe agrupar a todos los microorganismos involucrados que estén dentro del contexto clínico. Para nuestro estudio utilizaremos los esquemas recomendados por los CDC al momento vigente: (Faré, Pietro, Allio, Ileana y Monotti, Rita 2018; Brunham, Gottlieb y Paavonen 2015)

| | |
|---------------------|---|
| Regimen ambulatorio | Ceftriaxona 500 mg en dosis única más Doxycycline 100 mg cada 12 horas po para completar 14 días con o sin Metronidazol 500 mg cada 8 horas po para completar 14 días |
| Trato de pareja | Azitromicina 1 g de dosis única po o Doxycycline 100 mg cada 12 horas po para completar 7 días con o sin Ceftriaxona 500 mg en dosis única |

Figura 2-1: Tratamiento ambulatorio

Fuente: Eur, J; síndrome de Fitz Hugh Custis, pdf, 2018

Tratamiento hospitalario

1) **ESQUEMA INICIAL:** CLINDAMICINA 900 mg cada 8 hs EV + GENTAMICINA (dosis de carga 2 mg/kg, luego de dosis de mantenimiento 1,5 mg/kg) cada 8 hs EV + METRONIDAZOL 500 mg cada 12 hs EV hasta las 24/48 hs de lograr mejoría clínica.
MANTENIMIENTO:
CLINDAMICINA 450 mg cada 6 hs VO
Ó
DOXICICLINA 100 mg cada 12 hs VO
+
METRONIDAZOL 500 mg cada 12 hs VO hasta completar 14 días de tratamiento
(Nivel de evidencia Ia) [16]

2) **ESQUEMA INICIAL:** CEFTRIAXONA 1 g / día IM ó EV + METRONIDAZOL 500 mg EV cada 8 hs + DOXICICLINA 100 mg c/12 horas VO hasta las 24/48 hs de lograr mejoría clínica.
MANTENIMIENTO:
DOXICICLINA 100 mg c/12 horas VO + METRONIDAZOL 500 mg cada 12 hs hasta completar 14 días
(Nivel de evidencia Ia) [21][23][30]

3) **ESQUEMA INICIAL:** AMPICILINA/SULBACTAM 3 g c/6 horas + DOXICICLINA 100 mg c/12 horas VO hasta las 24/48 hs de lograr mejoría clínica.
MANTENIMIENTO:
DOXICICLINA 100 mg c/12 horas VO + AMP/IBL VO hasta completar 14 días.
(Nivel de evidencia Ib) [23][30]

Figura 3-1: Tratamiento antibiótico hospitalario

Fuente: Mormandi, j; enfermedad pélvica inflamatoria, consenso 2017, SOGIBA

1.2.10.2. Medidas no farmacológicas

El paciente debe ser evaluado a las 48-72 horas, si la sintomatología persiste es un paciente candidato a ser hospitalizado. Se debe buscar además dentro de las pruebas serológicas enfermedades de transmisión sexual como VIH, infección por gonococo o Chlamydia a manera de screening, y el tratamiento será dirigido a revestir a estas entidades.

1.2.10.3. Medidas preventivas

El paciente deberá evitar las relaciones sexuales hasta que haya completado su tratamiento. El uso de métodos anticonceptivos de barrera para evitar la prevalencia de infecciones de transmisión sexual debe ser óptimo y en caso de sospecha o riesgo realizar un screening para detección de

Chlamydia trachomatis y *Neisseria gonorrhoeae*. En el contexto de los pacientes sometidos a una COLELAP por colelitiasis el tratamiento de elección será la realización de adherensiólisis. (Faré, Pietro, Allio, Ileana y Monotti, Rita 2018)

1.2.11. Colecistitis, colelitiasis y síndrome metabólico

La colecistitis al igual que la colelitiasis son dos entidades digestivas muy comunes dentro de las patologías abdominales, que hoy por hoy representan un problema de salud pública a nivel mundial, se estima que en los Estados Unidos al menos 20 millones de personas entre 20 y 47 años padecen dichas patologías, y se practican unas 800 000 colecistectomías al año, su patogénesis es considerada como multifactorial, aunque existen factores asociados como son: sexo femenino, dislipidemia, IMC con categoría de obesidad, alimentación rica en calorías, diabetes mellitus tipo 2, hiperinsulinismo y síndrome metabólico.(De Dios Díaz Rosales, Alcocer Moreno y Domínguez 2016)

Se puede definir a la colecistitis como la inflamación de la vesícula biliar ocasionada generalmente por la presencia de cálculos y en menor frecuencia por barro biliar, en cambio la colelitiasis es la presencia de dichos objetos en su interior.

Tabla 3-1:Factores de riesgo de colecistitis - colelitiasis

| |
|---------------------------------|
| Edad mayor a los 40 años |
| Sexo femenino |
| Embarazo |
| Anticonceptivos orales |
| Fármacos fibratos y ceftriaxona |
| Obesidad |
| Pérdida rápida de peso |
| Nutrición parenteral |
| Diabetes mellitus tipo 2 |
| Cirrosis hepática |
| Enfermedad del íleon |
| Dislipidemia |

Fuente: Diagnóstico y tratamiento de colelitiasis. Guía de práctica. GPC. IMPS – 237 – 09

Elaborado por: Autores

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Colecistitis y Colelitiasis no complicada:

- Signo de Murphy positivo
- Masa en cuadrante superior derecho
- Dolor en cuadrante superior derecho
- Resistencia muscular en cuadrante superior derecho
- Náusea
- Vómito

Colecistitis aguda complicada:

- Vesícula palpable
- Fiebre mayor de 39° C
- Calosfríos
- Inestabilidad hemodinámica

Figura 4-1: Diagnóstico clínico Colecistitis – Colelitiasis

Fuente: Diagnóstico y tratamiento de colelitiasis. Guía de práctica. GPC. IMPS – 237 – 09

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

| | | |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| • Úlcera péptica perforada | • Colangitis aguda bacteriana | • Infarto de miocardio |
| • Apendicitis aguda | • Pielonefritis | • Rotura de aneurisma aórtico |
| • Obstrucción intestinal | • Hepatitis aguda | • Tumores o abscesos hepáticos |
| • Pancreatitis aguda | • Hígado congestivo | • Herpes zoster |
| • Cólico renal o biliar | • Angina de pecho | • Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis |

Figura 5-1: Diagnóstico diferencial Colecistitis – Colelitiasis

Fuente: diagnóstico y tratamiento de colelitiasis. Guía de práctica. GPC. IMPS – 237 – 09

El síndrome metabólico es una circunstancia que en conjunto representa algunos factores de riesgo cardiovascular entre ellos están: presión arterial elevada, dislipidemia, hipertrigliceridemia, hiperglicemia, estado protrombótico y proinflamatorio permanente, se asocia con complicaciones derivadas de la colelitiasis y se cree que es un factor de riesgo para una colecistectomía independientemente del IMC.

CAPITULO II

2. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

2.1. Anamnesis

2.1.1. Datos de filiación

Nombre: NNNN

Edad: 46 años

Sexo: Femenino

Etnia: Mestiza

Estado Civil: Soltera

Lugar de Nacimiento: Ambato

Fecha de Nacimiento: 20/02/1972

Residencia Actual: Tena - Barrio San Antonio

Residencia Ocasional: Tena – Napo

Instrucción: Bachiller

Profesión: Ninguna

Ocupación: Empleada Privada - Farmacia

Religión: Católica

Lateralidad: Diestra

Fecha de Ingreso: 24-08-2018

2.2. Motivo de Consulta

Dolor Abdominal

2.3. Enfermedad actual

Paciente que el día 24/08/2018 acudió al Servicio de Emergencia del Hospital José María Velasco Ibarra de Tena, por presentar como fecha real 2 años y aparente 24 horas, dolor abdominal, tipo cólico, sin causa, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, sin irradiación, de moderada intensidad 7/10 en la escala de EVA, sin otra sintomatología, no recibe ningún medicamento, refiere además haber acudido a primer nivel con igual cuadro clínico hace 15 días, en donde valoran y solicitan que se realice una ecografía abdominal, la cual reporta lito en vesícula. Al momento la paciente se encuentra álgica, en iguales condiciones, por lo que acude a esta casa de salud pública.

2.4. Revisión del estado actual de aparatos y sistemas

Piel y Anexos: No refiere

Órganos de los sentidos: No refiere

Respiratorio: No refiere

Digestivo: No refiere

Cardiovascular: No refiere

Genitourinario: No refiere

Anoperineal: No refiere

Hemolinfático: No refiere

Sistema nervioso: No refiere

2.5. Antecedentes personales no patológicos

2.5.1. Costumbres /Hábitos

- **Alimentación:** 4 ocasiones al día
- **Deposición:** 2 veces al día
- **Micción:** 4 veces al día
- **Sueño:** 7 horas
- **Alcohol:** No refiere

- **Tabaco:** No refiere
- **Alergias:** No refiere
- **Grupo sanguíneo:** ORH +

2.6. Antecedentes personales patológicos

- 2.6.1. Patológicos:** No refiere
- 2.6.2. Quirúrgicos:** Ligadura hace 10 años
- 2.6.3. Familiares:** No refiere

2.7. Antecedentes Gineco- obstétricos:

Telarquia: 12 años

Pubarquia: 13 años

Menarquia: 12 años

Fecha de última menstruación: 20-07-2018

Ciclos: regulares de 3 días de duración, flujo adecuado, dismenorrea al primer día.

Inicio de vida sexual activa: 18 años

Número de Parejas sexuales: 6

Planificación familiar: Ligadura hace 10 años

Fecha de la última citología: Hace 2 años reporte proceso inflamatorio crónico.

Gestas: 2 **Partos:** 2 **Cesáreas:** 0 **Abortos:** 0 **Hijos vivos:** 2

Antecedentes socioeconómicos

Vive en casa arrendada, de cemento, cuenta con todos los servicios básicos, no posee animales intradomiciliarios, refiere tener una buena relación con sus hijos.

2.8. Examen Físico

2.8.1. Signos Vitales

- **Temperatura:** 36. 6° C (axilar).
- **Frecuencia Cardíaca:** 72 latidos por minuto.
- **Frecuencia respiratoria:** 20 respiraciones por minuto.
- **Tensión Arterial:** 130/85 mmHg.
- **Saturación Oxígeno:** 96% (aire ambiente)

Medidas Antropométricas

Peso: 65.7 Kg

Talla: 1.45 metros

IMC: 31 (Obesidad tipo I)

Diámetro Abdominal: 89 cm

2.8.2. Examen General

Paciente consciente, orientada en tiempo espacio y persona, hidratada, afebril, lenguaje fluido, coherente, actitud decúbito dorsal activo, buenas condiciones generales.

2.8.3. Examen por Aparatos y Sistemas

Piel: elasticidad conservada, no tinte icterico

Cabeza: Normocefálica, cabello de implantación normal acorde para edad y sexo.

Pupilas: normoreactivas a la luz y acomodación, conjuntivas anictéricas.

Nariz: Fosas nasales permeables

Boca: Mucosas orales húmedas

Orofaringe: no congestiva.

Cuello: simétrico, móvil, no presencia de adenomegalias a nivel de región cervical, tiroides 0A.

Tórax: simétrico, móvil, expansibilidad conservada, no retracciones.

Corazón: rítmico, normofonético, R1-R2, conservados, no se auscultan soplos.

Pulmones:

claro pulmonar presente, murmullo vesicular conservado, no se auscultan ruidos sobreañadidos.

Abdomen: globoso con abundante panículo adiposo, suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy positivo, no signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes.

Región inguino genital: se evidencia leucorrea en escasa cantidad, no mal olor, al tacto vaginal: cérvix central, doloroso a la laterización cervical y palpación bimanual.

Región lumbar: puño percusión negativa.

Extremidades: simétricas, tono y fuerza conservados, pulsos distales presentes, llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas.

2.9. Diagnóstico presuntivo

Colelitiasis

Colecistitis

Obesidad grado I

Enfermedad Inflamatoria Pélvica

2.10. Exámenes complementarios

Tabla 4 1-2: Biometría Hemática

| | RESULTADOS 18/08/2018 21:14 | RESULTADOS 24/08/2018 07:01 | VALOR DE REFERENCIA |
|---------------------------------|--|--|--------------------------------|
| Leucocitos | 10.30 K/uL | 13.30 K/uL | 4.50 - 10.00 K/uL |
| Neutrófilos % | 53.5 % | 72.1 % | 40.0 - 65.0 % |
| Linfocitos % | 38.0 % | 19.0 % | 40.5 - 45.5 % |
| Monocitos % | 4.8 % | 5.3 % | 5.5 - 11.7 % |
| Eosinófilos % | 2.7 % | 2.6 % | 0.9 – 2.9 % |
| Basófilos % | 1.0 % | 1.0 % | 0.2 – 1.0 % |
| Hemoglobina | 14.0 g/dL | 13.4 g/dL | 12.0 – 16.0 g/dL |
| Hematocrito % | 41.1 % | 39.1 % | 37.0 – 47.0 % |
| Plaquetas | 191.000 K/uL | 200.000 K/uL | 130.000 – 400.000 K/uL |
| Grupo sanguíneo y factor | ORH + | | |
| Serología | | BHCG | Negativo |

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital José María Velasco Ibarra – MSP) («Exámenes Laboratorio» 2018)

Interpretación: leucocitosis y neutrófilia

Tabla 5 2-2: Química Sanguínea

| | RESULTADOS 18/08/2018 21:14 | RESULTADOS 24/08/2018 07:01 | VALOR DE REFERENCIA |
|----------------------|--|--|--------------------------------|
| Glucosa Basal | 105 mg/dl | 103 mg/dl | 70 – 100 mg/dl |
| Urea | 24 mg/dl | 15 mg/dl | 15 – 39 mg/dl |
| BUN | 11 mg/dl | 7 mg/dl | 7 – 18 mg/dl |
| Creatinina | 0.50 mg/dl | 0.47 mg/dl | 0.60 – 1.30 mg/dl |

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital José María Velasco Ibarra – MSP) («Exámenes Laboratorio» 2018)

Interpretación: Valores dentro de parámetros normales

Tabla 6 3-2: Perfil Hepático

| | RESULTADOS 18/08/2018 21:14 | RESULTADOS 24/08/2018 07:01 | VALOR DE REFERENCIA |
|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Bilirrubina Total | 0.82 mg/dl | 1.08 mg/dl | 0.20 – 1.00 mg/dl |
| Bilirrubina Directa | 0.11 mg/dl | 0.27 mg/dl | 0.10 – 0.50 mg/dl |
| Bilirrubina Indirecta | 0.71 mg/dl | 0.81 mg/dl | 0.21 – 0.80 mg/dl |
| TGO | 30 U/L | 29 U/L | 15 – 37 U/L |
| TGP | 30 U/L | 38 U/L | 30 – 65 U/L |
| GAMA GT | 320 U/L | 217 U/L | 5 – 85 U/L |

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital José María Velasco Ibarra – MSP) («Exámenes Laboratorio» 2018)

Interpretación: Leve elevación de la bilirrubina Total y la Indirecta, así como también la GAMA GT, la cual está 3 veces por encima de su valor normal

Tabla 74-2: Perfil Pancreático

| | RESULTADOS 18/08/2018 21:14 | RESULTADOS 24/08/2018 07:01 | VALOR DE REFERENCIA |
|---------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Fosfatasa Alcalina | 149 IU/L | 122 U/L | 42 – 128 IU/L |
| Lipasa | 154 U/L | 73 U/L | 73 – 393 U/L |
| Amilasa | 77 UI/l | 45 UI/l | 25 – 115 UI/l |
| PCR | | 12.7 mg/dl | |

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital José María Velasco Ibarra – MSP) («Exámenes Laboratorio» 2018)

Interpretación: leve elevación de la fosfatasa alcalina

Tabla 8 5-2: Serología 18/08/2018 21:14

| VALORES | |
|--|-----------------|
| Virus Hepatitis C | No hay reactivo |
| Antígeno de superficie de Hepatitis B | Negativo |
| HIV 1 2 Anticuerpos prueba rápida | No reactivo |
| VDRL | No reactivo |

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital José María Velasco Ibarra – MSP) («Exámenes Laboratorio» 2018)

Interpretación: Valores dentro de parámetros normales

Tabla 96-2: Tiempos de Coagulación: 18/08/2018 Hora: 21:14

| | RESULTADOS | VALORES DE REFERENCIA |
|------------|-------------------|------------------------------|
| TP | 11.0 seg | 10.8 – 14.5 seg |
| INR | 0.89 % | |
| TTP | 29.0 seg | 20.0 – 33.3 seg |

Fuente: Laboratorio Clínico – Hospital José María Velasco Ibarra – MSP) («Exámenes Laboratorio» 2018)

Interpretación: Valores dentro de parámetros normales

Imagenología

Ecografía Abdomen Superior: 24/08/2018



Ilustración 1-2: Vesícula con cálculo en su interior

Fuente: Imagenología – Hospital José María Velasco Ibarra – MSP) («Imagenología-Ecografía» 2018)

Informe:

Hígado: de tamaño y forma normal, lóbulo derecho mide en su diámetro anteroposterior 149,6 mm, bordes regulares, eco estructura del parénquima incrementado por posible inflamación, grasa difusa leve, no se observa formaciones ocupativas sin dilatación en las vías intra ni extra hepáticas.

Vesícula: aumentada de tamaño y forma normal, mide 97.3 x 37.2 mm, paredes engrosadas y edematosas, de 5.8 mm, presencia de un cálculo de 18.8 mm en el Hartman y barro biliar.

Colédoco: de calibre normal, mide 5.8 mm de diámetro.

Vena Porta: de libre normal.

Páncreas: no se valora por presencia de gas intestinal.

Bazo: estructura y tamaño normal, con 98.1mm de su diámetro mayor.

Riñón derecho: de tamaño y forma normal, ubicación anatómica, bordes regulares. Ecoestructura del parénquima homogéneo. Relación cortico medular adecuada y bien diferenciada. Sin signos de litos, quistes o dilatación pileocalicial, sus diámetros 114.7 x 39.8 mm. Cortical de 18.3 mm.

Riñón izquierdo: de tamaño y forma normal, ubicación anatómica, bordes regulares. Ecoestructura del parénquima homogéneo. Relación cortico medular adecuada y bien diferenciada. Sin signos de litos, quistes o dilatación pileocalicial, sus diámetros 129.2 x 46.1 mm. Cortical de 19.4 mm.

Vejiga: sin repleción

Diagnóstico:

Colecistitis aguda Litiásica

2.11. Diagnóstico definitivo

Colelitiasis

Colecistitis

Síndrome de Fitz Hugh Curtis

Obesidad Grado I

2.12. Tratamiento

Paciente que permanece en el área de emergencia, que posteriormente es valorada y se decide el ingreso al servicio de Cirugía General – hospitalización, con prescripción nada por vía oral, Solución Salina 0.9% 1000 ml intravenoso pasar a 125 ml/hora, Omeprazol 40 mg intravenoso cada día. Ketorolaco 60 miligramos STAT y luego 30 mg cada 8 horas, N- Butilescopolamina 20 mg intravenosa cada 8 horas. Ampicilina más Sulbactam 1.5 mg intravenoso cada 6 horas. Se indica exámenes de fosfatasa alcalina, GGT, AST, ALT, TP, TTP, Grupo y factor, HIV, VDRL, Hepatitis B, C, control con resultados de exámenes, parte operatorio, valoración por nutrición, radiografía de tórax, ecocardiograma, control de signos vitales, curva térmica, control de ingesta excreta, semi-Fowler, cuidados de enfermería. Paciente en espera de resolución quirúrgica.

2.13. Evolución

Hospitalización Cirugía General

24/08/2019 Nota de ingreso

Paciente al momento algica, con dolor en hipocondrio derecho, Murphy positivo hemodinámicamente estable en espera de ingreso al Área de Cirugía General para la programación de intervención quirúrgica.

25/08/2019 07:35 – 18:30

Paciente consciente, hidratada, afebril, orientada, con signos vitales dentro de parámetros normales, con dolor en hipocondrio derecho, Murphy positivo, ruidos hidroaéreos conservados, nada por vía oral, control de signos vitales, curva térmica, control de ingesta excreta, semi-Fowler, cuidados de enfermería, cloruro de sodio 0.9% 1000 ml intravenoso a 125 ml/h, Ampicilina 1000 mg más Sulbactam intravenoso cada 6 horas, ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas, N- Butilescopolamina 20 mg cada 8 horas, pendiente interconsulta a Nutrición y Medicina Interna para chequeo prequirúrgico. Pase a quirófano a la hora acordada.

25/08/2018 22:00

Nota post quirúrgica

Bajo anestesia general se realiza una COLELAP más adherensiólisis.

Diagnóstico: Colecistitis Aguda Litiásica + Adherencias tipo Fitz Hugh Curtis

Hallazgos:

Adherencias en todo el lóbulo hepático derecho e izquierdo tipo Fitz-Hugh-Curtis.

Plastrón vesicular formado por vesícula, epiplón y borde inferior hepático.

Vesícula distendida de paredes edematosas con múltiples litos en su interior, el mayor de aproximadamente 3 centímetro enclavado en el cuello vesicular, líquido purulento en su interior.

Conducto cístico corto y fino

Arteria cística anterior y posterior

Material blanco completo, histopatológico, sangrado aproximado de 200 ml.

Nada por vía oral, control de signos vitales, curva térmica, control de ingesta excreta, cuidados de enfermería, Lactato de Ringer 1000 ml intravenoso a 120ml/h., Omeprazol 40 mg intravenoso cada día. Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas, Paracetamol 1 gr intravenoso cada 8 horas, Ceftriaxona 1 gr intravenoso cada 12 horas, Clindamicina 600 mg intravenoso cada 8 horas, Tramados 70 mg intravenoso lento diluido cada 8 horas, Metoclopramida 10 mg intravenoso cada 8 horas, control y cuantificación de drenaje, histopatológico.

26/08/2018 07:00 – 21:30

Paciente con diagnóstico de: colecistitis aguda más adherencias tipo Fitz Hugh Curtis más Obesidad grado I, al momento con dolor en sitios de inserción quirúrgica, signos vitales dentro de parámetros normales, al examen físico: paciente consciente, orientada, afebril, cardiopulmonar normal. Abdomen, suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, se visualiza zonas de heridas quirúrgicas a nivel de región umbilical, epigástrica, paracostal y paraumbilical derecha sin signos de inflamación, ruidos hidroaéreos conservados, si canaliza flatos, ingesta de 3060ml, excreta de 1885 ml, balance hídrico: 1175 ml, diuresis de 1,67ml/12h.

Plan:

Dieta blanda intestinal, control de signos vitales, conector más cuidados, Ceftriaxona 1 gr intravenoso cada 12 horas, Clindamicina 600 mg intravenoso cada 8 horas, Ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas, Paracetamol 1 gr vía oral cada 8 horas, control y cuantificación de drenaje.

27/08/2018 7:00

Paciente con diagnóstico de: Colecistitis Aguda Litiasica más adherencias tipo Fitz Hugh Curtis más Obesidad grado I, procedimiento realizado: Colelap más Adherensiólisis. Al momento con dolor de leve intensidad en sitios de inserción quirúrgica, signos vitales dentro de parámetros normales, al examen físico: paciente consciente, orientada, afebril, cardiopulmonar normal, Abdomen, suave, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, se visualiza zonas de heridas quirúrgicas a nivel de región, umbilical, epigástrica, paracostal y paraumbilical derechas respectivamente, en el último puerto se evidencia la presencia de dren permeable, que produce líquido serohemático aproximado de 91 ml, no signos de inflamación, ruidos hidroaéreos conservados, Si canaliza flatos, con buena evolución de su cuadro clínico, con tolerancia oral óptima y eliminaciones fisiológicas presentes.

Plan:

Alta médica, Cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 horas por 6 días, Clindamicina 300 mg vía oral cada 12 horas por 6 días, Paracetamol 1 gramo vía oral cada 8 horas por 3 días, control por consulta externa en 8 días.

CAPITULO III

3. HALLAZGOS

Habitualmente nos referimos al SFHC como la inflamación de la cápsula hepática a consecuencia de la EPI, este hecho ocurre con mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva. Según Yi, et al., este síndrome puede dividirse en dos fases: una fase aguda en la que encontramos hallazgos característicos de una inflamación exudativa de la cápsula hepática, que se acompaña con dolor abdominal agudo e inclusive puede irradiarse al hombro derecho; cuadro clínico similar desarrollado en nuestra paciente; y una fase crónica en la que la infección del hígado y los exudados crean adherencias en dicho órgano, las cuales se distribuyen hacia el diafragma dando una apariencia de “cuerdas de violín”.

Estas adherencias no deberían dar síntomas, pero en casos persistentes de dolor en cuadrante superior derecho, pueden confundirse con patología biliar sobretodo en pacientes masculinos. Sin embargo, en pacientes femeninos con antecedentes de EPI como en nuestra paciente debemos sospechar la presencia de estas adherencias peritoneales, ya que muchas de las veces el diagnóstico se lo realiza durante el acto operatorio.

Se presenta con una incidencia del 12 al 14 % de los casos con EPI. El agente etiológico más frecuente en la actualidad es la Chlamydia trachomatis con la titulación de la PCR Chsp60 elevada. El mecanismo por el cual se produce esta inflamación de la cápsula hepática se explica por la diseminación de estos gérmenes que ascienden desde la pelvis hasta la superficie hepática o del bazo, como resultado del movimiento de los fluidos peritoneales a través de la corredera parieto cólica hasta el espacio subfrénico. También se ha descrito la diseminación hematógica, linfática o por una respuesta hiperinmune contra la C. Trachomnatis, que en el caso de nuestra paciente fue imposible determinar anticuerpos contra el germen causante por ausencia de pruebas serológicas en dicha institución.

La EPI puede presentarse con una variedad significativa de síntomas, que van desde dolor abdominal bajo a disuria, o asintomático como un cuadro clínico grave. El dolor abdominal en

hemiabdomen inferior es el síntoma más común, y se describe como sordo que se exagera con el movimiento, ejercicio o coito. El flujo vaginal anormal está presente en el 75 % de los casos. Al examen físico suele mostrar sensibilidad abdominal inferior, dolor a la movilización cervical y uterina, o sensibilidad anexial. Los leucocitos suelen estar dentro del límite normal o levemente elevados; en nuestra paciente estuvieron elevados. Las enzimas hepáticas son normales o ligeramente elevadas. La VSG y PCR generalmente se encuentran elevadas en el 90 % de las EPI y disminuye en forma progresiva con el tratamiento, hallazgo que también se ha objetivado en casos de SFHC. Las pruebas de amplificación genética como la PCR son consideradas como de elección al ser altamente sensibles y específicas y han sustituido a los métodos convencionales de cultivo, así mismo las pruebas serológicas específicas para *C. trachomatis* son útiles.

Los estudios de imagen como la ultrasonografía son de alta utilidad para excluir colecistitis, colelitiasis y otras causas más frecuentes de dolor en cuadrante superior derecho. Se han descrito varias anomalías ecográficas típicas en el área perihepática relacionada con SFHC como líquido en el espacio hepatorenal e íleo esplénico. Líquido en abdomen y pelvis.

La sensibilidad y especificidad del eco en patología vesicular es de aproximadamente el 95% especialmente si existe presencia de cálculos superior a 4 mm, como en el caso de nuestra paciente que presentó un cálculo de 18.8 mm, para el SFHC este estudio es inespecífico y solo es útil para descartar patologías de tipo biliar.

La tomografía Computarizada apoya el diagnóstico demostrando un realce del contraste a nivel de la cápsula hepática. En el caso de nuestra paciente no fue realizada.

El número de casos diagnosticados de este síndrome se ha incrementado debido al desarrollo de técnicas de imagen, sin embargo, es comúnmente infra diagnosticado como otras enfermedades, condicionando estudios y tratamientos innecesarios con larga estancia hospitalaria. Por tales motivos recomendamos tener presente esta patología, sobre todo si se trata de mujeres en edad fértil, sexualmente activas cuyo motivo de consulta es el dolor en cuadrante superior derecho.

CONCLUSIONES

- ❖ El SFHC es una patología que muy comúnmente es infra diagnosticada debido a que su clínica es similar a las patologías relacionadas al hígado y vías biliares.
- ❖ La EPI es un padecimiento que se presenta en las mujeres en edad fértil, sexualmente activas, que no reciben tratamiento adecuado para esta patología; cuya consecuencia en estadios crónicos es la perihepatitis que se caracteriza por la presencia de adherencias a manera de cuerdas de violín en la superficie antero inferior del hígado.
- ❖ El diagnóstico definitivo del SFHC es la laparoscopia o laparotomía, por la visualización directa de las adherencias similares a las cuerdas de violín.
- ❖ Podemos concluir que el SFHC es una perihepatitis que se caracteriza por la inflamación de la cubierta serosa o peritoneal del hígado y se manifiesta con aumento de la superficie hepática en la TC.
- ❖ Se concluye que el dolor característico en el cuadrante superior derecho no es específico del SFHC por tal motivo, se requiere de una experticia para poder diferenciarlo de otras patologías digestivas.
- ❖ Debemos tener en cuenta que con el aumento del índice a nivel mundial de las infecciones de transmisión sexual y el inicio precoz de las relaciones sexuales se ha incrementado la incidencia de EPI y probablemente un mayor número de casos de SFHC que pueden estar infra diagnosticados.
- ❖ La prevalencia de obesidad es un factor predominante para el desarrollo de colelitiasis especialmente en mujeres con edad fértil.
- ❖ El síndrome metabólico es un conjunto de factores que pueden afectar con mayor frecuencia al sexo femenino y posteriormente producir colelitiasis, la presentación de dolor en el cuadrante superior derecho es un síntoma que también está presente en el SFHC.

BIBLIOGRAFÍA

BRUNHAM, R.C., GOTTLIEB, S.L. y PAAVONEN, J., 2015. Pelvic Inflammatory Disease. En: E.W. CAMPION (ed.), *New England Journal of Medicine*, vol. 372, no. 21, pp. 2039-2048. ISSN 0028-4793, 1533-4406. DOI 10.1056/NEJMra1411426.

CASTAÑEDA, M VALANCI, A, 2014. Comprovacion entre mallas utilizadas para plastia ventral. , vol. 58, pp. 17-20. Cirugía General

DE DIOS DÍAZ ROSALES, J., ALCOCER MORENO, J.A. y DOMÍNGUEZ, L.E., 2016. Síndrome metabólico y colecistitis complicada en mujeres adultas. *Archivos de Medicina (Col)* [en línea], vol. 16, no. 2. [Consulta: 5 mayo 2019]. ISSN 1657-320X. Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=273849945009>.

ECURED CONTRIBUTORS, [sin fecha]. Síndrome de Fitzh Hugh Curtis - EcuRed. [en línea]. [Consulta: 3 febrero 2019]. Disponible en: https://www.ecured.cu/S%C3%ADndrome_de_Fitzh_Hugh_Curtis.

EKABE, C.J., KEHBILA, J., NJIM, T., KADIA, B.M., TENDONGE, C.N. y MONEKOSSO, G.L., 2017. Chlamydia trachomatis-induced Fitz-Hugh-Curtis syndrome: a case report. *BMC research notes*, vol. 10, no. 1, pp. 10. ISSN 1756-0500. DOI 10.1186/s13104-016-2357-z.

Exámenes Laboratorio. , 2018. Laboratorio clinico. S.l.: Hospital Jose María Velasco Ibarra.

FARÉ, PIETRO, ALLIO, LLEANNA y MONOTTI, RITA, 2018. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis: un diagnóstico a considerar en una mujer con dolor abdominal en el cuadrante superior derecho sin cálculos biliares - Up ToDate. 2018 [en línea], DOI 10.12890/2017 000743. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/bdigital.ces.edu.co:2443/pmc/articles/PMC6346932/>.

Gastroenterología » Laparoscopia. [en línea], [sin fecha]. [Consulta: 3 febrero 2019]. Disponible en: <http://articulos.sld.cu/gastroenterologia/archives/tag/laparoscopia>.

Imagenología-Ecografía. , 2018. S.l.: Hospital José María Velasco Ibarra.

JAWETZ, 2005. *Microbiología Medica*. 18. Mexico: Manual Moderno.

POP, A. y SHARMA, S., 2018. Fitz Hugh Curtis Syndrome. *StatPearls* [en línea]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, [Consulta: 3 febrero 2019]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499950/>. NBK499950

RODRÍGUEZ, S.B., [sin fecha]. ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA. 2015, pp. 5.

ROSS, JONATHAN, C., Mariam, 2019. Enfermedad Inflamatoria pelvica, manifestaciones, clinicas y diagnosticas - UpToDate. [en línea], Disponible en: [https://www-uptodate-com.bdigital.ces.edu.co:2443/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=fitzhugh curtis&sourc....](https://www-uptodate-com.bdigital.ces.edu.co:2443/contents/pelvic-inflammatory-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=fitzhugh%20curtis&sourc....)

SCHIAPPACASSE F, G., GANA G, E., RÍOS P, M.I. y SOFFIA S, P., 2014. Infección del tracto genital superior femenino: Revisión pictográfica por tomografía computada según clasificación clínica. *Revista chilena de radiología*, vol. 20, no. 1, pp. 31-37. ISSN 0717-9308. DOI 10.4067/S0717-93082014000100007.

WANG, P.-Y., ZHANG, L., WANG, Xia, LIU, X.-J., CHEN, L., WANG, Xu y WANG, B., 2015. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: clinical diagnostic value of dynamic enhanced MSCT. *Journal of Physical Therapy Science*, vol. 27, no. 6, pp. 1641-1644. ISSN 0915-5287. DOI 10.1589/jpts.27.1641.

WIESENFELD, HAROLD y MARRAZZO, JEANNE, 2019. Pelvic inflammatory disease_ Treatment in adults and adolescents - UpToDate. 2019 [en línea], Disponible en: <https://www->

uptodate-com.bdigital.ces.edu.co:2443/contents/pelvic-inflammatory-disease-treatment-in-adults-and-adolescents?search=enfermedad pelvica infla....

YI, H., SHIM, C.S., KIM, G.W., KIM, J.S. y CHOI, I.Z., 2015a. Case of Fitz-Hugh-Curtis syndrome in male without presentation of sexually transmitted disease. *World Journal of Clinical Cases*, vol. 3, no. 11, pp. 965-969. ISSN 2307-8960. DOI 10.12998/wjcc.v3.i11.965.

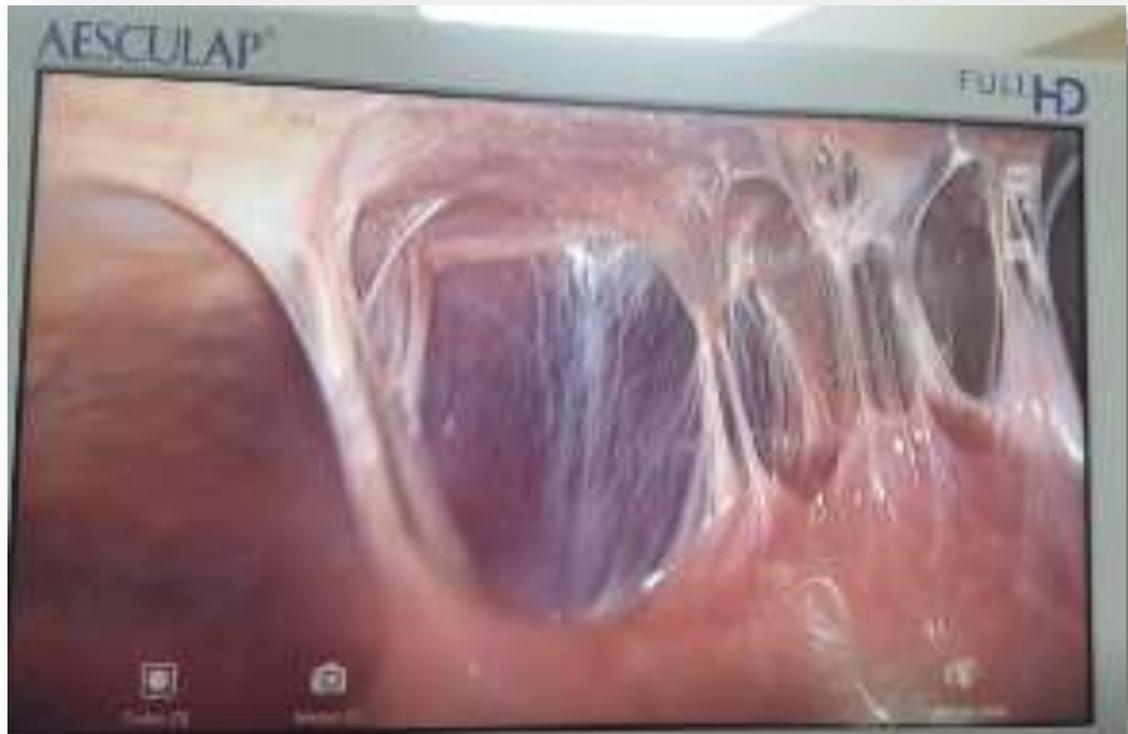
YI, H., SHIM, C.S., KIM, G.W., KIM, J.S. y CHOI, I.Z., 2015b. Case of Fitz-Hugh-Curtis syndrome in male without presentation of sexually transmitted disease. *World Journal of Clinical Cases*, vol. 3, no. 11, pp. 965-969. ISSN 2307-8960. DOI 10.12998/wjcc.v3.i11.965.

ANEXOS

Anexo A: Imagenología









ECOGRAFIA

PEDIDO
FECHA VIERNES, 24 DE AGOSTO DEL 2018
PACIENTE
EDAD 46 AÑOS

ESTUDIO: ABDOMEN SUPERIOR

INFORME

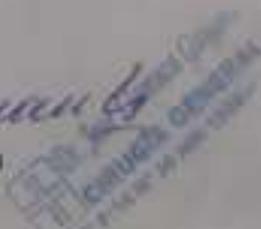
- **HIGADO:** de tamaño y forma normal, hígado derecho mide en su diámetro antero posterior 149.8 mm, bordes regulares, ecoestructura del parénquima incrementado por posible infiltración grasa difusa leve, no se observan formaciones ocupativas, sin dilatación de las vías intra y extra hepáticas.
- **VESICULA:** aumentada de tamaño y forma normal, mide 37.3 X 37.2 mm, paredes engrosadas y edematosas, de 5.8 mm, presencia de un cálculo de 18.8 mm en el Hartman y bazo biliar.
- **COLEDOCO:** de calibre normal, mide 5.8 mm de diámetro.
- **VENA PORTA:** de calibre normal.
- **PANCREAS:** no se valora por presencia de gas intestinal.
- **BAZO:** de estructura y tamaño normal, con 95.1 mm de su diámetro mayor.
- **RIÑON DERECHO:** de tamaño y forma normal, ubicación anatómica, bordes regulares. Ecoestructura del parénquima homogéneo. Relación córtico medular adecuada y bien diferenciada. Sin signos de litiasis, quistes o dilatación pielocalicial. Sus diámetros son de 114.7 x 39.8 mm. Cortical de 18.3 mm.
- **RIÑON IZQUIERDO:** de tamaño y forma normal, ubicación anatómica, bordes regulares. Ecoestructura del parénquima homogéneo. Relación córtico medular adecuada y bien diferenciada. Sin signos de litiasis, quistes o dilatación pielocalicial. Sus diámetros son de 129.2 x 46.1 mm. Cortical de 19.4 mm.
- **VEJIGA:** sin repleción.

CONCLUSION

- Esteatosis Hepática Leve
- Colocistitis Aguda Litásica

Atentamente,

Dr. José Llamuca
CIRUJANO



HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de consentimiento informado

Yo, Gladys Doris Vargas doy mi consentimiento para

que la información sobre mí / mi hijo o pupilo / mi pariente (círculo según sea el caso) que se publicará en

ESPOCH
Vanessa Belén Valles Yáñez

[ESPOCH, número manuscrito y autor].

Entiendo que la información se publicara sin mí / mi hijo o pupilo del / de mi pariente (Círculo como apropiado nombre) unida, pero que el anonimato completo no puede ser garantizada.

Entiendo que el texto y las imágenes o videos publicados en el artículo estarán disponibles gratuitamente en el Internet y puede ser visto por el público en general.

Las imágenes, videos y texto también pueden aparecer en otros sitios web o en la impresión, puede ser traducido a otros idiomas o utilizado con fines educativos.

Se me ha ofrecido la oportunidad de leer el manuscrito.

La firma de este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad.

Nombre Gladys Doris Vargas

Fecha 25/08/2018

Firmado [Firma]

Nombre del Autor Vanessa Belén Valles Yáñez

Fecha 25/08/2018

Firma [Firma]