

ACIERTOS Y ERRORES EN RADIOLOGIA DE URGENCIAS

CASO N°	273
Título	Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en un hombre secundario a apendicitis aguda.
Autores	M.C. Gutiérrez Ramírez, F. Sarabia Tirado, G. Morell González, A.F. Jiménez Sánchez, L. González Ramos, C.M. Fernández Hernández.
Centro	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.
<u>Desarrollo del Caso</u>	
1. Contexto clínico que motiva la exploración o exploraciones de imagen. Varón de 20 años que presenta dolor periumbilical y en hipocondrio derecho de 3 días de evolución, febrícula y nauseas. No peritonismo. Analítica de urgencias: GOT:93 GPT:98 GGT:59 LDH:267 PCR:9,7 Leucocitos:6.450 N:62% L:15% Pla:147.000 INR:1,1.	
2. Hallazgos iniciales de las pruebas de imagen y diagnóstico de presunción. Ecografía de abdomen urgente: vesícula biliar alitiásica de pared no engrosada; apéndice cecal de hasta 8mm de grosor no compresible con estratificación parietal conservada y sin cambios inflamatorios en la grasa periapendicular. Se desestima actitud quirúrgica urgente. Analítica de control (24h): GOT:223 GPT:228 GGT:109 LDH:297 PCR:16,15 Leucocitos:3.420 N:62% L:15% Pla:103.000 INR:1,45. Ecografía de control: persisten cambios inflamatorios leves en apéndice cecal y como hallazgo de nueva aparición presenta engrosamiento parietal en vesícula biliar inespecífico, no sugestivo de colecistitis aguda. Ante la persistencia del dolor abdominal, los hallazgos ecográficos y analíticos nos solicitan TC abdominal.	
IMAGEN	

ACIERTOS Y ERRORES EN RADIOLOGIA DE URGENCIAS



(A) Ecografía inicial en donde se aprecia vesícula biliar sin alteraciones en su pared.

(B) Ecografía de control que evidencia engrosamiento parietal difuso e inespecífico. Resulta ser secundario a inflamación perihepática en el contexto del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

(C y D) Imágenes de TC de abdomen con contraste donde se objetiva apéndice cecal con cambios inflamatorios.

3. Relectura del caso.

El TC de abdomen con contraste intravenoso muestra apéndice retrocecal de hasta 9mm de grosor, con realce parietal y rarefacción de la grasa mesentérica adyacente. Se observa también engrosamiento y realce parietal leve en vesícula biliar, inespecífico.

Se realiza laparoscopia urgente hallando apéndice retrocecal flemonoso con múltiples adherencias regionales. Entre la cápsula hepática y el diafragma se observan escasas y finas adherencias “en cuerda de violín”. La analítica 48 horas después se normaliza, el paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta.

4. Reflexión docente.

ACIERTOS Y ERRORES EN RADIOLOGIA DE URGENCIAS

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en una manifestación extra-pélvica de una enfermedad inflamatoria pélvica y se caracteriza por adhesiones entre la cápsula hepática y el diafragma. El síntoma predominante es el dolor en cuadrante derecho por lo que se puede confundir con enfermedad biliar. Clásicamente las afectadas son mujeres, aunque se ha descrito en hombres, asociado a infecciones del TGU, apendicitis o diverticulitis

5. Conclusión.

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una entidad a considerar en hombres con infecciones pélvicas que presenten dolor en HCD y marcadores inflamatorios en la analítica.

Bibliografía

1. Hamdan M, Johanet H, Benhamou G. The Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a man revealed by ectopic appendicitis. *Eur J Med* 1992;1(5):314.
2. A. Nishie, K. Yoshimitsu, H. Irie et al., "Fitz-Hugh-Curtis syndrome: radiologic manifestation," *Journal of Computer Assisted Tomography* 2003; 27(5): 786–791.
3. H. C. Baek, Y. S. Bae, K. J. Lee et al., "A case of Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a male," *The Korean Journal of Gastroenterology* 2010;55(3): 203–207.
4. Jeong TO, et al, Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a male patient due to urinary tract infection, *Clin Imaging* 2015 (04):012.
5. H. W. Yang, S. H. Jung, H. Y. Han et al., "Clinical feature of Fitz-Hugh-Curtis syndrome: analysis of 25 cases," *The Korean Journal of Hepatology* 2008;14(2): 178–184.