

PERIHEPATITIS Y ABSCESOS HEPÁTICOS EN MUJER EN EDAD FÉRTIL: ¿ALGO MÁS EN QUÉ PENSAR?

PERIHEPATITIS AND HEPATIC ABSCESSSES IN A WOMAN OF FERTILE AGE: WHAT ELSE SHOULD WE THINK ABOUT?

M.M. Díaz-Alcázar, A. Martín-Lagos Maldonado, D. Cobo-Aguilar, A. Roa-Colomo, E. Ruiz-Escolano

Hospital Universitario San Cecilio. Complejo Hospitalario de Granada. Granada.

Resumen

Introducción: el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC) se caracteriza por una inflamación de la cápsula perihepática asociada a la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Supone una forma grave de una EIP aguda, más aún si se añaden otras complicaciones como la formación de abscesos fuera de la pelvis.

Caso clínico: presentamos el caso de una paciente con un SFHC que debutó con abscesos hepáticos asociados, manifestándose como dolor abdominal en hipocondrio derecho sin síntomas específicos de EIP.

Conclusiones: el SFHC debería ser considerado en el diagnóstico diferencial de una mujer joven con dolor en hipocondrio derecho y fiebre para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz que prevenga el desarrollo de complicaciones.

Palabras clave: absceso hepático, enfermedad pélvica inflamatoria, perihepatitis, síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Abstract

Introduction: Fitz-Hugh-Curtis syndrome (FHCS) is characterized by inflammation of the perihepatic capsule associated with pelvic inflammatory disease (PID). It is a serious form of acute PID, especially if other complications such as abscess formation outside the pelvis are added.

Clinical case: we present the case of a patient with FHCS who showed associated liver abscesses, manifesting as abdominal pain in right hypochondrium without specific symptoms of PID.

Conclusions: FHCS should be considered in the differential diagnosis of a young woman with right hypochondrium pain and fever to establish an early diagnosis and treatment to prevent the development of complications.

Keywords: liver abscess, pelvic inflammatory disease, perihepatitis, Fitz-Hugh-Curtis syndrome.

Caso clínico

Mujer de 36 años que consulta por dolor en hipocondrio derecho, vómitos y fiebre de 39°C de una semana de evolución. Su estado general es deteriorado, y el abdomen doloroso en hipocondrio derecho con defensa a dicho nivel. Los análisis muestran: GGT 156 U/L, FA 204 U/L, PCR >48 mg/dl, y leucocitos 18.090 unidades (PMN 82%); sedimento urinario positivo con

CORRESPONDENCIA

María del Mar Díaz Alcázar
Complejo Hospitalario Universitario de Granada
C/ Dr. Olóriz, 16. 18012 Granada.
mmardiazalcazar@gmail.com

Fecha de envío: 17/10/2017
Fecha de aceptación: 24/10/2017

aislamiento en urocultivo de *Escherichia coli* y enterococos. La ecografía abdominal urgente describe dos lesiones hepáticas heterogéneas y mal definidas de 6,7x5,1 cm (segmento VIII) y de 7x4,1 cm (segmento V) sugestivas de abscesos hepáticos, con presencia de líquido libre perihepático y perivesicular y edema periportal (**Figura 1**), hallazgos confirmados por tomografía computarizada (TC) donde además se observa distensión de la cavidad endometrial con moderado realce del endometrio y líquido libre en pelvis (**Figura 2**). En la exploración ginecológica destaca dolor en el tacto vaginal y leucorrea maloliente, y la ecografía vaginal confirma la existencia de hidrosalpinx paraovárico derecho con septos incompletos y marcado edema miometrial en relación a una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) grave. La paciente ingresa en Ginecología con el diagnóstico de EIP con perihepatitis y abscesos hepáticos asociados, recibiendo antibioterapia intravenosa (gentamicina y clindamicina). El cultivo vaginal resulta no concluyente, y los hemocultivos y serologías VIH, VHB y sífilis negativos. Se realiza de forma programada drenaje percutáneo de los abscesos hepáticos, con aislamiento de enterococos y ajuste del tratamiento según antibiograma (ceftriaxona, metronidazol y levofloxacino). La evolución fue favorable con resolución de los abscesos en tres semanas, procediéndose al alta con antibioterapia oral.

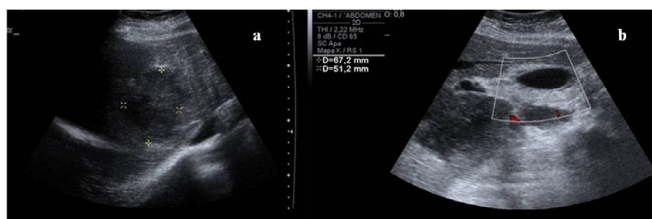


Figura 1

Ecografía abdominal 1A: se observa una de las lesiones hepáticas compatibles con abscesos hepáticos. 1B: se observa vesícula biliar alitiásica con engrosamiento parietal, y líquido libre perihepático y perivesicular en escasa cuantía.



Figura 2

Tomografía computarizada (TC) abdominal. 2A: se observa hepatomegalia global con densidad heterogénea del parénquima compatible con edema y uno de los abscesos. 2B: se observa hepatomegalia global con densidad heterogénea del parénquima compatible con edema, edema periportal, vesícula biliar moderadamente distendida con engrosamiento de su pared y líquido libre perivesicular. 2C: se observa distensión de la cavidad endometrial por contenido líquido, con moderado realce del endometrio y marcado edema y engrosamiento parietal del ciego que sugiere afectación por continuidad.

La enfermedad inflamatoria pélvica constituye una infección ascendente del tracto genital femenino causada por la diseminación bacteriana desde la vagina a otros órganos reproductores, y ocasionalmente al peritoneo. La afectación inflamatoria secundaria de la cápsula hepática como complicación de una EIP constituye el llamado síndrome Fitz-Hugh-Curtis (SFHC), una forma de presentación infrecuente (12-14%)¹. El desarrollo añadido de abscesos hepáticos, o en general fuera de la pelvis, es muy inusual, y añade dificultad diagnóstica y gravedad al proceso.

El SFHC o perihepatitis es considerado como una forma de presentación atípica de la EIP, que se manifiesta como dolor abdominal agudo en hipocondrio derecho asociado a salpingitis^{2,3}. Los síntomas ginecológicos suelen aparecer primero, aunque hasta en un 40% de las pacientes están ausentes. Por ello, diferenciarlo de otras entidades asociadas a dolor en hipocondrio derecho puede resultar difícil^{2,3}.

La EIP, y en extensión el SFHC, se considera una enfermedad infecciosa de transmisión sexual causada típicamente por *Chlamydia trachomatis* o *Neisseria gonorrhoeae*. Aunque no está del todo aclarado, se piensa que estos gérmenes ascenderían por el movimiento del líquido peritoneal, vía hematogena y/o linfática⁴. La clínica es resultado de la formación de adherencias en "cuerda de violín" entre la superficie hepática y la pared abdominal y bases diafragmáticas (peritoneo parietal).

Aunque la perihepatitis solo puede ser visualizada directamente mediante laparoscopia o laparotomía, ambos son procedimientos invasivos y no suelen realizarse^{2,4}. El diagnóstico se establece por la clínica, los hallazgos radiológicos y el aislamiento de los patógenos característicos (generalmente en el exudado cervical), aunque hasta en un 25-50% de los casos no se encuentra ninguno, por lo que la confirmación microbiológica no es un criterio diagnóstico imprescindible.

En nuestro caso la descripción de una perihepatitis asociada a la afectación ginecológica confirmó el diagnóstico del SFHC, sin embargo, lo más llamativo fue la asociación de abscesos hepáticos, es decir fuera de la cavidad pélvica, lo que clasifica la EIP en un nivel IV, hallazgo apenas descrito.

El objetivo del tratamiento de la EIP es la erradicación de la infección con antibioterapia. No existe evidencia concluyente sobre el régimen antibiótico más seguro o efectivo⁵. Las formas complicadas por la formación de abscesos tuboováricos, hidrosalpingitis, perihepatitis, peritonitis abdominal difusas, o abscesos fuera de la cavidad pélvica, suponen formas graves que requieren hospitalización y a menudo drenaje quirúrgico o percutáneo.

En conclusión, este caso reafirma la necesidad de considerar el SFHC en toda mujer joven con dolor en hipocondrio derecho, incluso cuando los síntomas predominantes no son ginecológicos. El desarrollo de abscesos fuera de la cavidad pélvica, aparte de su rareza, añade complejidad y gravedad al diagnóstico, haciendo necesario el abordaje multidisciplinar.

Bibliografía

1. Ricci P, Sola V, Pardo J. Asymptomatic Fitz-Hugh-Curtis syndrome: three cases of incidental diagnosis during laparoscopy. *J Obstet Gynecol* 2008;28(3):352-4.
2. You JS, Kim MJ, Chung HS, Chung YE, Park I, Chung SP, et al. Clinical features of Fitz-Hugh-Curtis syndrome in the emergency department. *Yonsei Med J* 2012;53:753-8.
3. 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.
4. Harada Ko, Iwamuro M, Hanayama Y, Otsuka F. An Uncommon Manifestation of Fitz-Hugh-Curtis Syndrome with Right-side Chest Pain. *Acta Med. Okayama* 2016;70(2): 145-9.
5. Savaris RF, Fuhrich DG, Duarte RV, Franik S, Ross J. Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017. Doi: 10.1002/14651858.CD010285.pub2.