

# Asociación de síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en fase crónica y quiste mesotelial simple en un hombre adulto. Presentación de un caso

## *Association of Fitz-Hugh-Curtis syndrome in chronic phase and simple mesothelial cyst in an adult man. Case report*

Paola C. Rodríguez-Rubio\* y Rogelio Campos-Rosas

Servicio de Cirugía General, Hospital General Regional No. 2, El Marqués, Querétaro, México

### Resumen

**Objetivo:** Presentar un caso, poco reportado en la literatura, de síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en cuanto al sexo y su asociación con quiste mesotelial simple intraabdominal. **Método:** Se realizó la recopilación de fuentes bibliográficas respecto a la presentación inusual del síndrome en el sexo masculino y su asociación con el quiste mesotelial simple. **Resultados:** La afectación en varones es infrecuente, con solo 10 casos reportados. El quiste mesotelial simple peritoneal tiene una incidencia aproximada de 1/1,000,000. **Conclusiones:** Nos encontramos ante una presentación inusual en cuanto a patología y asociación, por lo que es de relevancia realizar el reporte del caso.

**Palabras clave:** Síndrome Fitz-Hugh-Curtis. Quiste mesotelial.

### Abstract

**Objective:** Presentation of a case little reported in the literature of Fitz-Hugh-Curtis Syndrome regarding gender and its association with simple intra-abdominal mesothelial cyst. **Method:** A bibliographic source was compiled regarding the unusual presentation of the syndrome in males and its association with the simple mesothelial cyst. **Results:** The affectation in men is infrequent, with only 10 reported cases. The simple peritoneal mesothelial cyst has an approximate incidence of 1/1,000,000. **Conclusions:** We are faced with an unusual presentation in terms of pathology and association, so it is important to carry out the case report.

**Keywords:** Fitz-Hugh-Curtis syndrome. Mesothelial cyst.

### Introducción

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es un tipo de perihepatitis caracterizada por la adhesión entre la superficie hepática anterior y la pared abdominal. Se cree que es provocada por la migración de patógenos (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y

otras bacterias de transmisión sexual) desde un proceso infeccioso pélvico. La afectación en varones es muy infrecuente, con solo 10 casos reportados en la literatura<sup>1,2</sup>.

Se ha propuesto la infección gonocócica con diseminación hematógica o linfática como mecanismo subyacente de la perihepatitis en hombres. También se ha asociado con apendicitis ectópica o infección del tracto

#### Correspondencia:

\*Paola C. Rodríguez-Rubio

E-mail: paola.rorub@hotmail.com

0009-7411/© 2021 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 28-06-2021

Fecha de aceptación: 24-08-2021

DOI: 10.24875/CIRU.21000548

Cir Cir. 2022;90(5):697-699

Contents available at PubMed

[www.cirugiaycirujanos.com](http://www.cirugiaycirujanos.com)

urinario, y puede desarrollarse sin ninguna causa específica en hombres. De acuerdo con los hallazgos patológicos se clasifica en una fase aguda y una crónica. La inflamación exudativa leve de la superficie hepática es la manifestación principal de la fase aguda, mientras que las adherencias «en cuerda de violín» entre la superficie anterior del hígado y la pared abdominal se consideran patognomónicas de la fase crónica<sup>2</sup>.

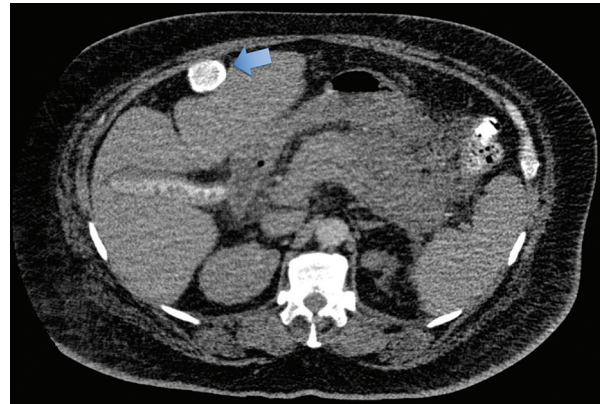
El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es un desafío diagnóstico debido a que su síntoma principal es el dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, lo que muchas veces lleva a confundirlo con una enfermedad biliar<sup>1,2</sup>.

El quiste mesotelial simple peritoneal es una tumoración benigna rara que se origina en las células endoteliales de las cavidades corporales. Su incidencia aproximada es de 1/1,000,000<sup>3</sup>. Su etiología es desconocida; algunos autores apoyan la teoría congénita y otros sugieren que son lesiones reactivas debidas a procesos traumáticos o inflamatorios del tejido peritoneal abdominopélvico<sup>4</sup>.

## Caso clínico

Varón de 49 años con antecedentes personales patológicos de obesidad de grado 1, cirugía de plastia umbilical hace 9 años, tabaquismo y etilismo de 20 años de evolución.

Inicia el padecimiento actual con un cuadro de 1 mes de evolución con dolor abdominal tipo cólico de intensidad 6/10 en el epigastrio y el hipocondrio derecho, posterior a la ingesta de colecistocinéticos. Se exacerba 2 días previos a su llegada a urgencias, acompañándose de vómito gastrobiliar en nueve ocasiones, motivo por el cual acude a la unidad. A su ingreso presenta tinte icterico en escleras y tegumentos, adecuado estado de hidratación, abdomen con abundante panículo adiposo, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en el hipocondrio derecho, peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio muestran hemoglobina 18.9, hematocrito 55.6, plaquetas 119, leucocitos 9.4, neutrófilos 90%, linfocitos 3.2%, glucosa 177, urea 60.78, creatinina 1.06, lipasa 853, amilasa 473, bilirrubina total (BT) 10.4, bilirrubina indirecta (BI) 3.23 y bilirrubina directa (BD) 7.1. La ultrasonografía de hígado y vías biliares reporta datos de coledocolitiasis, con hidrops vesicular y proceso inflamatorio pancreático asociado. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica reporta probable hepatopatía crónica por vía biliar intrahepática filiforme y colecistitis litiasica con probable hidrocolecisto. La



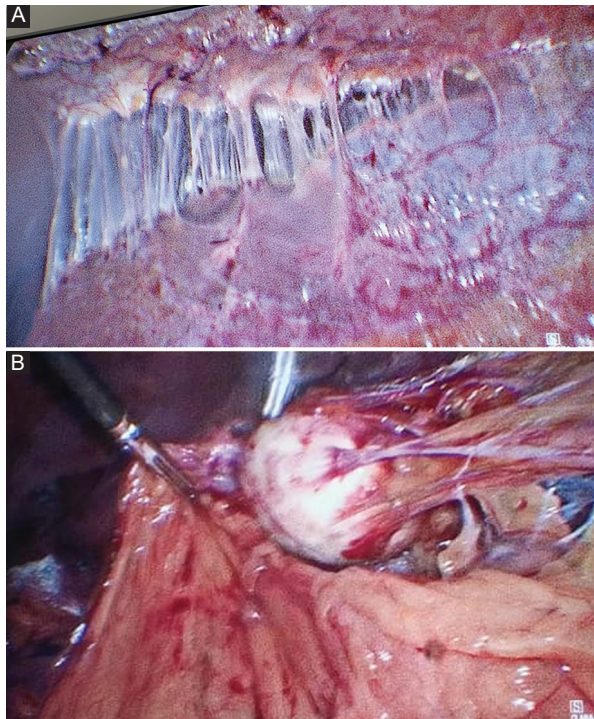
**Figura 1.** Tomografía computarizada abdominal, corte axial, que muestra una imagen redondeada de aproximadamente 4 cm x 7 cm, con contenido heterogéneo, de 83-337 UH, anterior al segmento III, con contorno hiperdenso como dato de calcificación.

tomografía computarizada abdominopélvica contrastada reporta datos de pancreatitis aguda Balthazar E, hepatoesplenomegalia, vena porta de 21 mm, dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática, coledocolitiasis, líquido libre en la cavidad peritoneal, derrame pleural bilateral, atelectasia pasiva secundaria y nódulo heterogéneo con densidades de 83-337 UH calcificado intraperitoneal anterior al segmento III (Fig. 1).

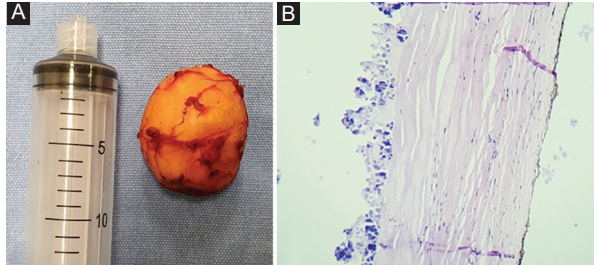
Se somete a colecistectomía laparoscópica con hallazgos transquirúrgicos de adherencias laxas y firmes de vesícula biliar hacia epiplón y pared abdominal, importantes adherencias firmes en forma de cuerda de violín entre los segmentos hepáticos II, III y IV y la pared abdominal (Fig. 2 A), vesícula biliar de 12 x 8 x 4 cm con abundantes litos en su interior, litos en el conducto cístico, el cual mide 4 mm, y lesión nodular en epiplón de 7 x 5 cm con adherencias firmes hacia el ligamento redondo (Fig. 2 B). Con evolución posquirúrgica favorable, es egresado por mejoría. Se recaba reporte de patología con diagnóstico de quiste mesotelial simple (Fig. 3).

## Discusión

Por los antecedentes y el patrón clínico de la enfermedad, los casos en que se confirman adherencias abdominales «en cuerda de violín» mediante laparoscopia o laparotomía y en los que se identifican bacterias causales en el exudado de la cápsula hepática se diagnostican como síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. El diagnóstico no invasivo se realiza integrando la presentación clínica, las pruebas de cultivo y los resultados de la tomografía computarizada<sup>5</sup>.



**Figura 2.** Hallazgos transquirúrgicos. **A:** adherencias «en cuerda de violín». **B:** quiste mesotelial peritoneal simple con múltiples adherencias.



**Figura 3.** Quiste mesotelial simple. **A:** imagen macroscópica. **B:** corte histológico.

El quiste mesotelial simple peritoneal es diagnosticado frecuentemente por la imagen o como hallazgo quirúrgico accidental. Puede ser confundido con metástasis peritoneales. Dentro de sus factores predisponentes se encuentran la cirugía previa, la enfermedad inflamatoria pélvica y la endometriosis, que se considera que alteran la reabsorción peritoneal<sup>3</sup>.

Lo anterior apoyaría la hipótesis de una enfermedad inflamatoria pélvica subclínica en el presente caso, que ocasionó una perihepatitis con formación de adherencias «en cuerda de violín» (Fig. 2 A) y un quiste mesotelial peritoneal simple (Fig. 2 B).

Las patologías descritas en este trabajo, y en especial el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, aun teniendo

una incidencia baja y más en el sexo masculino, se deben considerar en el diagnóstico diferencial de los dolores abdominales crónicos. Si a pesar de los métodos de diagnóstico no se concluye una causa del dolor crónico abdominal, es preferible realizar una laparoscopia diagnóstica.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a los Dres. Fidel Quero Sandoval, jefe del Servicio de Cirugía General del Hospital General Regional No. 2, El Marqués, Querétaro, y Jesús Antonio Jiménez Oregel, coordinador clínico de Cirugía del mismo hospital, por las facilidades para la investigación del caso y sus aportes clínicos.

## Financiamiento

Los autores declaran que no se recibió ningún tipo de patrocinio para llevar a cabo este artículo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existió ningún conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

## Bibliografía

1. Freiria MA, Lamas C. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en un paciente varón anciano. Caso y revisión de la literatura. *Cir Cir.* 2018;86:455-8.
2. Jeong TO, Song JS, Oh TH, Lee JB, Jin YH, Yoon JC. Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a male patient due to urinary tract infection. *Clin Imaging.* 2015;39:917-9.
3. Torres D, Santos J, Reyna E. Mesotelioma peritoneal quístico benigno. Reporte de caso. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2016;62:251-5.
4. Bannura C, Contreras P, Peñaloza M. Quiste mesotelial simple gigante abdomino-pélvico. *Rev Chil Cir.* 2009;60:67-70.
5. Yi H, Shim CS, Kim GW, Kim JS, Choi IZ. Case of Fitz-Hugh-Curtis syndrome in male without presentation of sexually transmitted disease. *World J Clin Cases.* 2015;3:965-9.