

Abdomen agudo e síndrome de fitz-hugh-curtis acute

Abdomen and fitz-hugh-curtis syndrome

Luiza Curvo

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
luizapcurvo@gmail.com

Laís Fernández Moreira

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
laisfmoreira06@gmail.com

Maria Eduarda de Paula Adário Landim

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
adariomariaeduarda@gmail.com

Eliane Camargo de Jesus

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
eliane.cir@icloud.com

RESUMO

Abdome agudo é um termo abrangente que engloba toda e qualquer sensibilidade e dor abdominal intensa de início súbito. Essa afecção pode ter diversas causas, sendo necessário uma boa anamnese, bem como exames laboratoriais e de imagem quando disponíveis para elucidação diagnóstica. A apendicite aguda, se enquadra no caso de abdome agudo inflamatório, é a emergência cirúrgica mais comum. O diagnóstico por sua vez pode ser difícil por conta das inúmeras manifestações clínicas que podem ocorrer no quadro. Deve-se atentar também aos possíveis diagnósticos diferenciais, que mudam de acordo com a faixa etária do paciente, como no caso de mulheres jovens a síndrome de Fitz – Hugh – Curtis, inflamação da cápsula hepática por disseminação peritoneal direta de bactérias do trato geniturinário. O presente relato de caso expõe um caso clínico, no qual a paciente apresentava inicialmente um quadro de dor abdominal inespecífica, que após investigação mostrava tratar-se de um quadro de síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Em vista disso, por meio desse relato de caso, objetiva-se alertar os profissionais de saúde a importância de uma boa investigação, mesmo naqueles pacientes com sintomas inespecíficos, a fim de não retardar o tratamento da apendicite, para um desfecho favorável.

Palavras-chave: Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis; Abdome agudo; Doença Inflamatória Pélvica; Fitz-

ABSTRACT

Acute abdomen is a comprehensive term that encompasses any and all sensitivity and intense abdominal pain with a sudden onset. This condition can have several causes, requiring good anamnesis, as well as laboratory and imaging tests when available for diagnostic elucidation. Acute appendicitis, which falls under the case of acute inflammatory abdomen, is the most common surgical emergency. The diagnosis, in turn, can be difficult due to the numerous clinical manifestations that can occur in the condition. Attention should also be paid to possible differential diagnoses, which change according to the patient's age group, such as Fitz – Hugh – Curtis syndrome in young women, inflammation of the liver capsule due to direct peritoneal dissemination of bacteria from the genitourinary tract. This case report presents a clinical case, in which the patient initially presented with non-specific abdominal pain, which, after investigation, showed that it was Fitz-Hugh- Curtis syndrome. In view of this, through this case report, the aim is to alert health professionals to the importance of a good investigation, even in those patients with non-specific symptoms, in order not to delay the treatment of appendicitis, for a favorable outcome.

Keywords: Hugh-Curtis Syndrome; Acute Abdomen; Pelvic Inflammatory Disease.

1 CONTEXTO

A apendicite aguda é uma enfermidade recorrente, sendo a principal causa de abdome agudo cirúrgico no mundo. O seu quadro pode se manifestar de diversas maneiras, com um quadro típico apresentando anorexia, dor abdominal em fossa ilíaca direita, náuseas e vômitos, ou então um quadro atípico em que há desconforto abdominal inespecífico, irregularidade intestinal e queda do estado geral. Dessa forma pode ser um diagnóstico difícil, devido a inespecificidade dos sintomas. Além disso, vale ressaltar que o contexto de abdome agudo em mulheres em idade fértil deve incluir como hipótese diagnóstica a síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFC). Sendo necessário realizar uma anamnese completa, e usar de artifícios como exames laboratoriais e de imagem para fazer uma investigação correta e o tratamento adequado, evitando complicações.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

O presente estudo trata-se de um relato de caso, sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda – PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

O caso foi obtido na enfermaria cirúrgica do hospital municipal São João Batista (HSJB), do sistema único de saúde, do município de Volta Redonda, estado do Rio de Janeiro, no ano de 2024. Os dados foram obtidos através da consulta ao prontuário eletrônico.

Paciente, sexo feminino, 29 anos, deu entrada ao pronto socorro do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful (HMMR) em 29/09/2024 com queixa de dor em baixo ventre há 2 dias, onde foi constatado por meio de radiografia de abdome ser apenas constipação e prescrito simeticona 40mg 3 vezes ao dia.

Paciente retorna ao PS do HMMR, pois a dor persistia e não havia melhorado com a medicação. Na segunda ida ao hospital, diagnosticaram-na com infecção urinária, e foi iniciado ciprofloxacino e gentamicina.

Em 18/10/2024 voltou a emergência com os mesmos sintomas, e decidiu-se por internar a paciente pela persistência do quadro clínico. Ao dar entrada no HSJB apresentava-se em regular estado geral, sonolenta, eupneica em ar ambiente, hidratada, normocorada. Abdome flácido, peristalse presente, timpânico, doloroso a palpação superficial e profunda, sem sinais de irritação peritoneal, massas ou visceromegalias e restante do exame físico sem alterações. Estava no sexto dia do tratamento com ciprofloxacino e gentamicina. Aos exames admissionais: cultura para bacilos gran negativos resistente aos carbapenens, cultura de vigilância para ESBL, cultura de vigilância para staphylococcus aureus MRSA, cultura para enterococcus SPP resistentes a vancomicina todos negativos; hemácias 4,11; hemoglobina 11,5 g/dL; hematócrito 33,4%; leucócitos 10,85; plaquetas 493; glicose 112 mg/dL; creatinina 0,71mg/dL; potássio 4,5 mmol/L; ureia 25 mg/dL; tempo de atividade de protrombina ativada 14,6 segundos; atividade protrombinica 88,0 %; INR 1,08.

Portanto, diagnosticado apendicite fase 4, perante a clínica da paciente. Foi proposta laparotomia exploradora com drenagem de cavidade. O ato cirúrgico foi realizado com incisão infra umbilical, não havia líquido em cavidade, mas chamou atenção a presença de ceco aderido à trompa direita e parede posterior, apêndice vermiforme não visualizado, cólon direito com múltiplas aderências e sinais inflamatórios, e aderências em corda de violino supra-hepáticas, o que sugere fortemente o diagnóstico de síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Foi então instalado um dreno portovac entre o ceco e a trompa direita, fixado com fio de nylon 2-0 na pele. Paciente seguiu para enfermaria, com nova prescrição de ceftriaxona e metronidazol, uma vez pensando-se em doença inflamatória pélvica.

Foram realizados exames seriados, laboratoriais e de imagem, além de fisioterapia motora e respiratória durante toda a internação. Paciente teve alta no dia 26/10/2024 após melhora do quadro clínico em ótimo estado geral.

3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O principal diagnóstico diferencial da Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis é a colecistite aguda. Para diferenciação, é importante procurar sinais e sintomas associados à salpingite por meio do exame pélvico ou por meio de ultrassonografia pélvica (GOJE O, 2023). A SFC é uma complicação da DIP, portanto também possui como diagnósticos diferenciais endometriose, torção anexial, ruptura de cisto ovariano e apendicite, além de gestação ectópica, caso o exame BHCG venha positivo; visto que são causas de abdome agudo (GOJE O, 2023).

4 TRATAMENTO

Paciente em uso de ciprofloxacino e gentamicina há 6 dias ao ser admitida. Medicações suspensas. Foi realizada laparotomia exploradora e drenagem de cavidade por apendicite fase 4. Cavidade abdominal encontrava-se sem líquido livre, com ceco aderido à trompa direita e parede posterior, apêndice vermiforme não visualizado, cólon direito com múltiplas aderências e sinais inflamatórios. Visualização de aderências em “corda de violino” supra-hepáticas. Foi realizada uma tentativa de liberação de cólon direito, sem sucesso. Instalado dreno portovac entre o ceco e a trompa direita e fixação com fio nylon 2-0 na pele.

Iniciada antibioticoterapia – ceftriaxona dissodica 1g frs/amp (1 amp) + água destilada 10ml/amp (1 amp) (via endovenosa), metronidazol 5mg/ml 100ml frs (1 frs), sulfato de morfina 10mg/ml 1 amp (se dor intensa, diluir em 9ml de água destilada, fazer 2ml endovenoso), cloridrato de ondandetrone 2mg/ml 2ml/amp (1 amp) e clonazepam 10 gotas à noite - em 18/10/2024.

Paciente foi submetida à fisioterapia motora e respiratória durante internação.

5 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Paciente seguiu em acompanhamento pela equipe de clínica cirúrgica do HSJB e teve alta no dia 26/10/2024 devido à melhora significativa do quadro, após exame de imagem e avaliação clínica e cirúrgica.

6 DISCUSSÃO

Abdome agudo é o termo utilizado para descrever qualquer sensibilidade e dor abdominal intensa que tenha iniciado de forma súbita. Normalmente os pacientes com essas condições procuram o serviço médico e necessitam de tratamento urgente e rápido para a causa e alívio dos sintomas (BECKER P, et al., 2017).

Existem inúmeras etiologias por trás do abdome agudo, sendo algumas de caráter emergencial com ameaça de vida e outras inofensivas. A fim de elucidação diagnóstica é imprescindível uma anamnese completa junto de um bom exame físico e, quando necessário exames complementares laboratoriais e/ou de imagem (MAGLIN HN e MCCOIN N, 2021). Uma vez estabelecido o raciocínio clínico é possível dividir o abdome agudo em síndromes: inflamatória, perfurativa, obstrutiva, vascular e hemorrágica. (FERES O e PARRA S, 2008).

A apendicite aguda é uma forma de abdome agudo inflamatório e consiste na emergência cirúrgica mais comum do meio médico (BOM et al., 2021). Suas manifestações clínicas muitas vezes ocorrem de maneira atípica, o que eventualmente torna seu diagnóstico difícil, no entanto, prevalecem sintomas tais como: anorexia, dor abdominal em fossa ilíaca direita, náuseas e vômitos. Em relação aos quadros atípicos, esses podem cursar com desconforto abdominal inespecífico, irregularidade intestinal e queda de estado geral (KRZYZAK; MULROONEY, 2020). Epidemiologicamente, acomete mais crianças e jovens adultos, sobretudo entre a 2ª e 3ª década de vida. O diagnóstico da apendicite aguda é clínico, baseado em anamnese e exame físico do indivíduo. No entanto, em alguns casos, principalmente nos quadros atípicos, pode ser necessária a realização de exames complementares, tais como hemograma completo, proteína C reativa, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética para a confirmação diagnóstica do quadro (DI SAVERIO et al., 2020). Além disso, vale ressaltar que o contexto de abdome agudo em mulheres em idade fértil deve incluir como hipótese de diagnóstico diferencial a síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFC).

A SFC é uma condição inflamatória subaguda que acomete cerca de 4-20% das mulheres com doença inflamatória pélvica (DIP). As bactérias responsáveis, sobretudo *Chlamydia Trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, podem fazer disseminação peritoneal direta, chegando por fim na região hepática. A SFC consiste na inflamação da cápsula hepática com formação de aderências secundárias, que geram quadro clínico semelhante ao abdome agudo através da instalação de dor abdominal, sobretudo em andar superior além de sintomas inespecíficos como febre, calafrios, náuseas, vômitos e queda do estado geral. O diagnóstico da SFC é difícil, mas deve ser considerado no contexto de abdome agudo em mulheres jovens em idade fértil. Além disso, grande parte dos diagnósticos ocorrem de maneira incidental, uma vez que seu principal achado de aderências entre o fígado e a parede abdominal, “cordas de violino”, são vistos somente no momento da cirurgia abdominal.

Por conseguinte, mulheres com achados sugestivos de SFC devem receber o tratamento para DIP através da prescrição de Metronidazol, Ceftriaxona e Azitromicina e/ou Doxiciclina durante um período de 14 dias, demonstrando melhora clínica e ótimo prognóstico, semelhante a paciente do presente relato de caso.

7 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1- Qual achado cirúrgico compatível com a síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFC)?

Aderências entre a cápsula hepática e a parede abdominal que se assemelham a “cordas de violino”.

2- Qual o principal diagnóstico diferencial da Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis?

a) Torção ovariana

b) Gravidez ectópica

c) Apendicite

d) Colecistite aguda

3- A apendicite se enquadra em um caso de abdome agudo:

a) Perfurativo

b) Inflamatório

c) Obstrutivo

d) Hemorrágico

REFERÊNCIAS

Ag C, Patil v. Diagnosis of acute appendicitis and appendicular perforation: evaluation of platelet indices and red cell distribution width as emerging biomarkers. *abcd, arq bras cir dig* [Internet]. 2023;36:e1757. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-672020230039e1757>

KRZYZAK, M.; MULROONEY, S. M. Acute Appendicitis Review: Background, Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Cureus*, 11 jun. 2020

Giorgenon Di Bonifacio D, da Silva WP, Santana de Souza J, Ferreira Cavichioli PA, Hawane Bortoli França Moreira G, Oliveira Bagano G, et al. Abdome agudo obstrutivo secundário a intussuscepção intestinal. *RBPS* [Internet]. 22º de maio de 2023 [citado 28º de outubro de 2024];25(supl_1):20-4. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/41048>

Dayan RR, Braiman D, Shenkman I, Saidel-Odes L, Maimon N. Fitz-Hugh-Curtis Syndrome in the Absence of Pelvic Inflammatory Disease. *Am J Med*. 2022 Mar;135(3):e67-e68

GOJE, Oluwatosin. Doença inflamatória pélvica (DIP). *Manual MSD*. Cleveland Clinic, Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University, maio 2023.