

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 3
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS EN PACIENTES CON
INFERTILIDAD PRIMARIA Y SECUNDARIA SOMETIDAS A LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA
Y OPERATORIA EN LA UMAE HGO 3 DEL CMN "LA RAZA"

NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL: R-2006-3504-16

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A:

DR ALEJANDRO REYNA GOMEZ

ASESORES

Dr. Jesús Sánchez Carrasco
Dr. Saúl Vital Reyes

MÉXICO D.F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

RESUMEN

MARCO TEÓRICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVOS

HIPOTESIS

MATERIAL Y MÉTODOS

ASPECTOS ÉTICOS

RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

RESULTADOS

GRÁFICAS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

RESUMEN

FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS EN PACIENTES CON INFERTILIDAD PRIMARIA Y SECUNDARIA SOMETIDAS A LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA Y OPERATORIA EN LA UMAE HGO 3 CMN LA RAZA.

Sánchez Carrasco Jesús, Vital Reyes Saúl. Reyna Gómez Alejandro HGO3 CMNLA RAZA

OBJETIVO: Determinar la frecuencia del Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en pacientes sometidas a laparoscopia en protocolo de estudio por infertilidad en la UMAE HGO 3 del CMN LA RAZA

DISEÑO: Observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico

MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar de la investigación: En el servicio de biología de la Reproducción del hospital de Gineco obstetricia No 3 de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional la Raza

Se revisaron los reportes quirúrgicos de las pacientes sometidas a laparoscopia en el periodo del 1 de enero 2004 a 31 de Diciembre de 2005. Se registro: edad, paridad, diagnóstico preoperatorio y motivo de la intervención, hallazgos quirúrgicos, diagnóstico postoperatorio, así como la severidad del proceso adherencial utilizando la clasificación AFS y/o Hulka. Se excluyeron del estudio todos los reportes incompletos y aquellas pacientes sometidas a laparoscopia por diagnóstico diferente a infertilidad primaria o secundaria

Variables de estudio: Se denominó como *Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis* a la presencia de Perihepatitis con adherencias entre la superficie del Hígado y la cara anterior del abdomen y *Enfermedad Adherencial* a la presencia de adherencias firmes o laxas en las salpinges, ovarios o ambos

Los resultados fueron interpretados con la determinación de medidas de tendencia central y para el cálculo comparativo e inferencial se aplicó Chi square

RESULTADOS

Se revisaron un total de 691 registros quirúrgicos correspondientes a procedimientos laparoscópicos realizados en el servicio en un periodo comprendido de enero del 2004 a diciembre del 2005. Se excluyeron 26 reportes por no contar con registro de evento clínico completo o ser ilegibles. La presencia del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis se documentó bajo visualización directa de adherencias perihepáticas en 17(3%) pacientes el diagnóstico de infertilidad primaria fue el más frecuente con 379 (56%) de los casos. el rango de edad de las pacientes estudiadas fue 12 a 42 años predominando el grupo de 26 a 35 años con el 75% (503) del total. De las pacientes identificadas con Sx. de Fitz-Hugh-Curtis el 43% (9) mostraron un proceso adherencial severo de los anexos solo una de las pacientes del grupo logró embarazo posterior a manejo con adherenciólisis e inducción de ovulación.

CONCLUSIONES

Podemos inferir por los resultados del presente estudio que la entidad estudiada va más allá de ser un hallazgo incidental dentro del proceso de cirugía laparoscópica de la paciente infértil. Los resultados acordes a lo informado en la literatura universal proporcionan elementos para considerar la búsqueda intencionada y el tratamiento de la enfermedad así como determinar si se trata de un continuo dentro de las múltiples manifestaciones de la enfermedad pélvica inflamatoria. Hemos establecido su relación cercana con el proceso adherencial aneal severo. Deberá dirigirse el curso del estudio actual a determinar su participación como factor pronóstico dentro de los muchos elementos que afectan negativamente la fertilidad femenina

MARCO TEORICO

La enfermedad Pélvica Inflamatoria afecta a mujeres jóvenes sexualmente activas, la mayoría de las veces es considerada como una secuela de patógenos transmitidos sexualmente tales como *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria Gonorrhoeae*.¹

Su frecuencia exacta es desconocida debido a que la enfermedad pélvica inflamatoria no es reportable, su incremento es en parte debido a la diseminación de las enfermedades de transmisión sexual. Se estima en alrededor de 1 millón de casos nuevos al año.

Los factores de riesgo asociados han sido identificados: mujeres jóvenes, historia previa Enfermedad pélvica inflamatoria, el no uso de protección anticonceptiva (métodos de barrera) y hormonales con progesterona, y el uso de duchas vaginales. Las complicaciones agudas son los abscesos tuboováricos, y la enfermedad adherencial perihepática con microbiología idéntica, habitualmente los microorganismos ya comentados. A largo plazo las complicaciones como infertilidad por factor tubario dolor pélvico crónico y embarazo ectópico son responsables del gran impacto económico y de salud de la enfermedad pélvica inflamatoria.²

El diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria es frecuentemente un reto aún en las manos más experimentadas. Los Centros para control de las enfermedades en los Estados Unidos han enfatizado este problema en sus últimas publicaciones que refieren que el diagnóstico clínico tiene un valor predictivo positivo del 65 a el 90%(10) la razón para estos valores es que algunos órganos adyacentes pueden dar los mismos síntomas referidos. Numerosos padecimientos ginecológicos (torsión de ovario, quistes embarazo ectópico y endometriosis) pueden también asemejar la enfermedad.³

La laparoscopia aunque considerada el Standard de oro para el diagnóstico mostró solamente 50% de sensibilidad y 85% de especificidad cuando se le confronta con microbiopsia de salpinges. Eckert y colaboradores demostraron que la ausencia de evidencia visual de salpingitis no excluye la presencia de inflamación en el tracto genital superior. De tal manera el procedimiento debe ser considerado en pacientes seleccionadas considerando costos, acceso limitado, y riesgos quirúrgicos para la paciente.⁴

Muchas guías de tratamiento han sido propuestas para la enfermedad pélvica inflamatoria y sugieren una cobertura con antimicrobianos de amplio espectro. Cualquier régimen utilizado debe ser efectivo contra *Neisseria Gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* pues un tamizaje negativo de cultivo endocervical no excluye una infección del tracto reproductivo superior. Es importante también la erradicación de anaerobios, estos microorganismos, como *Bacteroides fragilis* pueden causar lesiones epiteliales y tubarias

mayores. Los esquemas antibióticos mas comúnmente recomendados incluyen , amoxicilina con ácido clavulánico y doxiciclina, amoxicilina y ácido clavulánico con ofloxacino, cefotetán mas doxiciclina, clindamicina + gentamicina y ofloxacino o metronidazol^{3,5} El tratamiento debe ser iniciado tan pronto como el diagnóstico presuntivo se ha hecho, debido a que la prevención de las secuelas a largo plazo esta directamente relacionada a la administración inmediata de los antibióticos adecuados, es importante llevar a cabo los cultivos de sangre, Exudado cervicales, uretrales y de orina antes de iniciar el tratamiento. Las pacientes sin respuesta al tratamiento oral deben ser reevaluadas posterior a 72 horas para considerar el inicio de la vía parenteral y no deberá ser interrumpido sino hasta al menos 14 días. Deberá instalarse tratamiento adicional con analgésicos y antiinflamatorios tales como diclofenaco o ácido mefenámico entre otros⁵ .

Se conoce como síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHC) a la presencia de perihepatitis con adherencias en cuerda de violín entre el hígado y la pared anterior del abdomen asociado a salpingitis por gonococo o chlamydia⁶ Se manifiesta con dolor e hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho. Dicho dolor, que se exagera por la respiración, tos y el movimiento, es causado por irritación de la cápsula de Glisson del hígado. El dolor cede a la aplicación del régimen apropiado para salpingitis a saber el mismo empleado en enfermedad pélvica inflamatoria. La incidencia del síndrome es poco conocida se sabe de alrededor del 4 a 14 % según las series tiende a aumentar cuando el diagnóstico se realiza por laparoscopia debido a que algunas mujeres pueden cursar asintomáticas¹. Se ha encontrado una alta incidencia de adherencias perihepáticas en pacientes sometidas a cirugía por embarazo ectópico (14% vs. 3% en controles) ⁷. La laparoscopia puede ser no solo diagnostica sino una herramienta para el tratamiento definitivo. ⁸

La perihepatitis infecciosa o síndrome de Fitz Hugh Curtis ha sido discutido en la literatura en los últimos 50 años. Las estimaciones mas recientes muestran una tasa del 15 a 30 % entre mujeres con enfermedad inflamatoria pélvica.⁹ Aunque el síndrome lleva el nombre de Thomas Fitz-Hugh Jr. y Arthur Curtis fue Curtis quien en 1930 describió los aspectos crónicos de la enfermedad, cuatro años después Fitz Hugh describió las manifestaciones agudas y conecto sus observaciones con aquellas de Curtis^(10, 11) ni Curtis ni Fitz-Hugh tomaron en cuenta las observaciones previas en este tema en español y francés (1920 y 1922) por Carlos Stajano y ninguno de estos tres autores advirtió que en 1848 el cirujano Danés Martinus Hassing describió el cuadro caracterizado por dolor abdominal alto usualmente localizado a la región por debajo del margen costal derecho y frecuentemente irradiado a el hombro derecho en pacientes con salpingitis

El síndrome de Fitz Hugh Curtis se compone de 2 fases; aguda y crónica, en la fase aguda la instalación de los síntomas es dramático y caracterizado por un dolor de inicio súbito intenso y transitorio, mas intenso a nivel de el borde costal derecho sobre el área de la vesícula, dicho dolor puede ser referido al hombro derecho y con frecuencia es unilateral^{10, 11}

El dolor es pleurítico y exacerbado por la tos, risa, inspiración profunda y movimientos rotacionales del torso, se puede presentar hipo, náusea o vómito. Frecuentemente la presentación clínica es acompañada de calosfríos, fiebre sudoración nocturna cefalea y malestar general. Durante la fase aguda el hallazgo característico es una ligera inflamación del peritoneo de la cara anterior del hígado acompañado de ingurgitación vascular y exudado granular, el examen microscópico revela inflamación aguda de la cápsula sin afección del parénquima.¹

En contraste la fase crónica es caracterizada por las adherencias típicas en "cuerdas de violín" entre la cara anterior del hígado y la superficie peritoneal de la pared abdominal. Ocasionalmente estas adherencias se extienden sobre la cara superior del hígado e involucran al diafragma, la presencia de infección tubaria es frecuente pero no invariable⁹

La tasa de infertilidad en relación a un episodio de Enfermedad Pélvica Inflamatoria es del 12%, con 2 episodios 35% y con tres 75%¹²

La laparoscopia ofrece el diagnóstico y además permite una completa valoración de los órganos abdominales, como la parte alta del abdomen donde se pueden encontrar adherencias perihepáticas (SS. de Fitz-Hugh- Curtis) así como la identificación a través de cultivos y antibiograma del agente causal.¹

El microorganismo mas conocido es *Neisseria gonorrhoeae*⁹ que llega al endosálpinx por extensión directa a través del epitelio del tracto genital. Durante la fase aguda de la enfermedad el examen histológico muestra edema intenso o infiltración de leucocitos polimorfonucleares en los pliegues tubarios. Si la enfermedad no se trata, la inflamación destruye la arquitectura normal y causa perdida de los cilios aplanamiento de los pliegues tubarios aglutinación de la fimbria y estrechamiento o cierre del lumen tubario, cuando el material purulento no puede drenar libremente se colecta en la trompa que se dilata y origina un piosálpinx. Si el cuadro cede posterior a tratamiento el contenido se vuelve claro y constituye un hidrosálpinx, si las porciones distales de los oviductos permanecen permeables durante la fase aguda de la infección puede haber drenaje de material purulento a la cavidad peritoneal, esto causa adherencias tuboperitoneales e incluso abscesos tubo ováricos.⁽¹²⁾ Cada vez se detecta con más frecuencia infecciones causadas por *chlamydia trachomatis* que sola o con otros microorganismos es causa hasta del 50% de los casos de EPI y 50 a 70% de éstos son sintomáticos¹³.

Bearse en 1931 describió un caso en el que diplococos gramnegativos intracelulares estuvieron presentes en la citología vaginal , encontró múltiples adherencias pélvicas con salpinges no dilatadas y útero normal. ¹⁴

Posteriormente Fitz-Hugh llevo a cabo investigaciones de laboratorio estableciendo el papel etiológico de N. Gonorrhoeae como causa de la infección , noto que es posible

Encontrar discrepancias si las muestras se toman del cervix, uretra o cavidad peritoneal . ¹⁵

En 1937 Redewill revisó la fisiopatología del síndrome en un reporte extenso acerca del drenaje linfático del peritoneo hacia la región del hígado y diafragma. ¹⁶

En 1980 y posteriores los reportes de casos individuales confirmaron las observaciones de Müller y Schoop ⁽¹⁷⁾ de que C. Trachomatis era una causa extra de peritonitis y perihepatitis. Pavoneen y Valtonen ⁽¹⁸⁾ aislaron Chlamydia Trachomatis del tracto genital de una paciente portadora de dispositivo intrauterino y documentaron un aumento en los títulos de anticuerpos contra este organismo

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se desconoce la frecuencia del síndrome de Fitz Hugh Curtis en pacientes con infertilidad primaria o secundaria, ya que existe poca información en la literatura acerca de esta enfermedad. En nuestro medio, no sabemos de la magnitud del problema, así como su relación con la severidad del proceso adherencial, lo cual empobrece el pronóstico reproductivo y conlleva repercusiones biopsicosociales que alteran potencialmente la dinámica familiar de pareja. Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación

¿Con que frecuencia se encuentra el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis en pacientes sometidas a laparoscopia en tratamiento con infertilidad primaria y secundaria?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia del Síndrome de Fitz Hugh Curtis en pacientes sometidas a laparoscopia en protocolo de estudio por infertilidad primaria y secundaria

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir la asociación enfermedad adherencial anexial y Síndrome de Fitz Hugh Curtis en pacientes infértiles.

Estimar la frecuencia de embarazos en pacientes con el diagnóstico de síndrome de Fitz- Hugh Curtis

HIPOTESIS DE TRABAJO

Por ser un estudio descriptivo no se requiere hipótesis

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, analítico y observacional en el servicio de biología de la Reproducción del hospital de Gineco obstetricia No 3 de la Unidad Médica de Alta Especialidad Centro Médico Nacional la Raza, periodo de observación comprendido del 01 de enero 2004 a 31 de diciembre de 2005

Se revisaron los reportes quirúrgicos de las pacientes sometidas a laparoscopia diagnóstica y operatoria con diagnóstico de infertilidad primaria y secundaria que contaron con registro clínico completo y reporte de cirugía laparoscópica

Se registró: edad, paridad, diagnóstico preoperatorio y motivo de la intervención, dx postoperatorio, así como la clasificación adherencial utilizando la clasificación AFS y/o Hulka se documentó si las pacientes con la enfermedad consiguieron embarazo a la fecha del estudio por seguimiento del expediente clínico

Variables de Estudio:

1.- *Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis*: Presencia de Perihepatitis con adherencias entre la superficie del Hígado y la cara anterior del abdomen, variable dicotómica medida como presencia o ausencia de la enfermedad

2.- *Enfermedad Adherencial*: Presencia de adherencias firmes o laxas en las salpinges, ovarios o ambos, variable cualitativa determinada según criterios de la AFS como mínima (0 a 5 puntos) leve (6 a 10 puntos) moderada (11 a 20 puntos) y severa (21 a 32 puntos)

CRITERIOS DE INCLUSION: Pacientes sometidas a laparoscopia diagnóstica y operatoria con diagnóstico de infertilidad primaria y secundaria, en un periodo comprendido del 1 de enero 2004 a 31 de dic 2005 que cuenten con registro clínico completo y reporte de cirugía laparoscópica

CRITERIOS DE NO INCLUSION: Pacientes sometidas a laparoscopia con diagnóstico de infertilidad primaria y secundaria con reporte laparoscópico incompleto.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

No probabilística por casos consecutivos de estudios laparoscópicos durante el periodo de 1 de Enero del 2004 a 31 de Diciembre del 2005

ANALISIS ESTADISTICO

Para las Variables Numéricas, Medidas de tendencia central como media, mediana y moda.

Variables Cualitativas: Medidas de dispersión como proporciones y porcentajes.

Se realizó el análisis con estadística inferencial para comparar grados de enfermedad adherencial con la presencia o ausencia del síndrome (mínima, leve, moderada y severa) encontrando un valor de Chi-Square de 24.9 con valor crítico de 5.55.

No se requirió de consentimiento informado ya que se trato de un estudio con descriptivo de revisión de reportes quirúrgicos.

ASPECTOS ETICOS

No se requirió de consentimiento informado ya que se trato de un estudio con descriptivo de revisión de reportes quirúrgicos

RECURSOS FINANCIEROS Y FACTIBILIDAD

Los recursos financieros fueron aportados por los investigadores

Fue factible al contar con los recursos requeridos y el acceso a la base de datos del servicio

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MARCO TEORICO
ELABORACION DEL PROTOCOLO
OBTENCION DE LOS DATOS
ANALISIS DE LOS RESULTADOS
REPORTE ESCRITO
PUBLICACION

PERIODO MARZO – AGOSTO 2006

	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
1	X	X				
2		X	X			
3			X			
4				X		
5				X	X	
6						X

RESULTADOS

Se revisaron un total de 691 registros quirúrgicos correspondientes a procedimientos laparoscópicos realizados en el servicio en un periodo comprendido de enero del 2004 a diciembre del 2005. Se excluyeron 26 reportes por no contar con registro de evento clínico completo o ser ilegibles. El rango de edad de las pacientes estudiadas fue 12 a 42 años predominando el grupo de 26 a 35 años con el 75% (503) del total. La presencia del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis se documento bajo visualización directa de adherencias perihepáticas en 17(3%) (fig. 1). 376 (56%) casos fueron de nuligestas y el resto se distribuyeron de manera decreciente: 159 (24%) gesta 1, 78 (11%) gesta 2, 38(5.7%) gesta 3, 11 (3%) pacientes con 4 y mas gestaciones. El diagnóstico de infertilidad primaria fue el mas frecuente con 379 (56%) de los casos.(Fig. 2). De las pacientes identificadas con síndrome de Fitz-Hugh-Curtis el 52% (9) mostraron un proceso adherencial severo de los anexos.(Fig. 4) no así lo observado en el resto de la población de estudio con un predominio de la ausencia de enfermedad adherencial por lo demás con una distribución similar(fig. 3). Solo 4 de las pacientes del grupo logró embarazo posterior a manejo con adherenciólisis e inducción de ovulación. Cabe mencionar la detección de un paciente masculino (con síndrome de resistencia a los estrógenos) afectado por la enfermedad siendo sometido a orquidectomía laparoscópica bilateral. 2 pacientes con diagnóstico postoperatorio de tuberculosis genital a las que se realizó ampliación uterina y una mas con diagnóstico preoperatorio de ectópico no roto que fue sometida a salpingectomía y adherenciólisis. No fue posible la aplicación de pruebas estadísticas inferenciales por la baja frecuencia de pacientes afectadas y su amplia distribución en los rangos de severidad del proceso adherencial.

DISTRIBUCION DEL SINDROME DE FITZ HUGH CURTIS EN LA POBLACION ESTUDIADA
GRAFICO 1

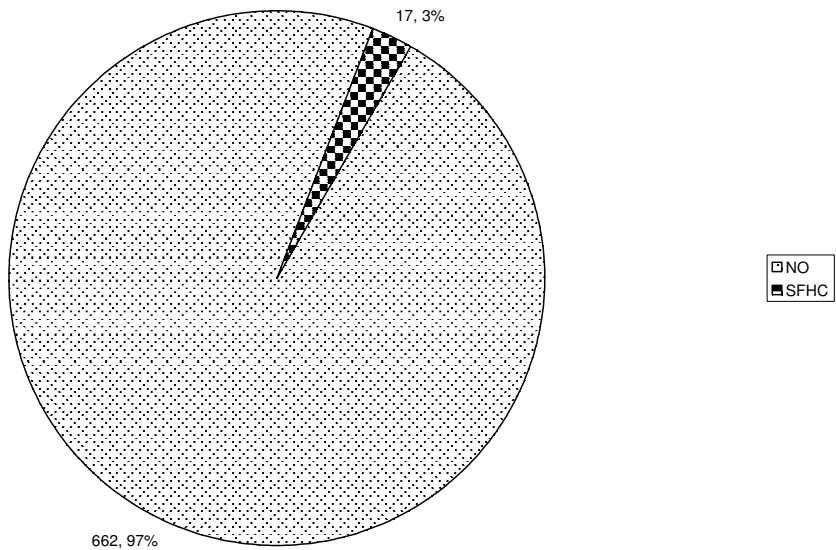


GRAFICO 2

DISTRIBUCION SEGUN TIPO DE INFERTILIDAD

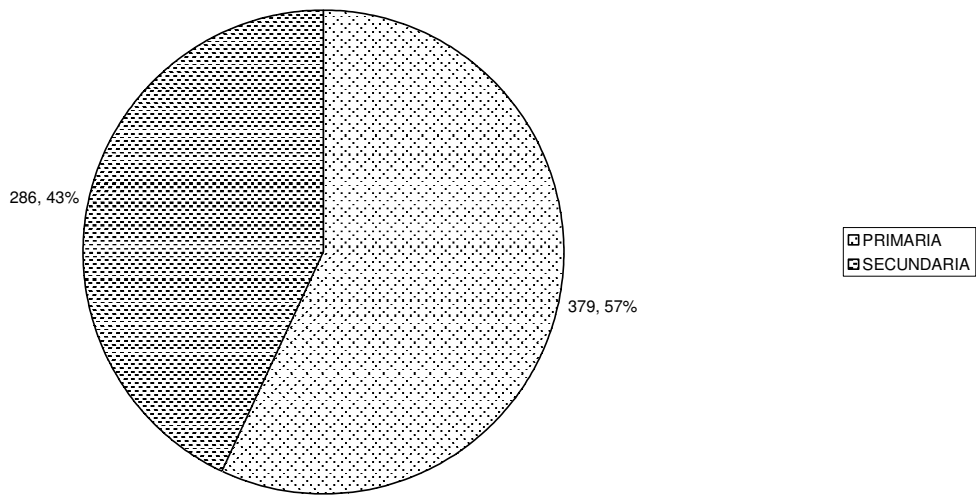


GRAFICO 3

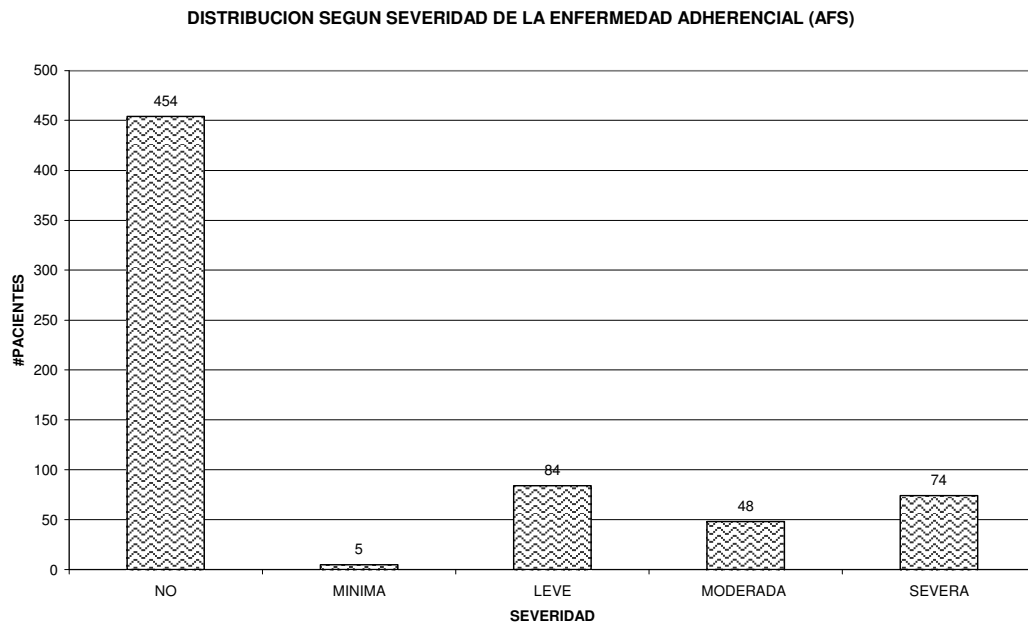
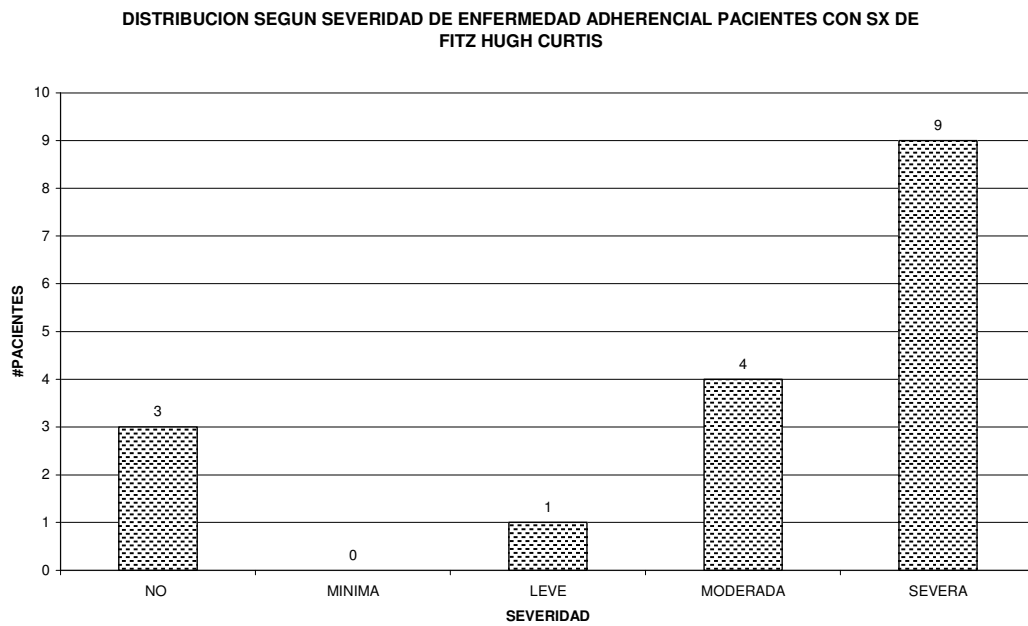


GRAFICO 4



CONCLUSIONES

Podemos inferir por los resultados del presente estudio que la entidad estudiada va mas allá de ser un hallazgo incidental dentro del proceso de cirugía laparoscópica de la paciente infértil. Hemos establecido su relación cercana con el proceso adherencial anexial severo. Deberá dirigirse el curso del estudio actual a determinar su participación como factor pronóstico dentro de los muchos elementos que afectan negativamente la fertilidad femenina. Los resultados del presente estudios se ven limitados en su interpretación a saber en varios factores al tratarse de un estudio retrospectivo de casos consecutivos y de hallazgos laparoscópicos.

La detección de la enfermedad en pacientes fuera del grupo de riesgo para la enfermedad abre nueva discusión acerca de la fisiopatogenia y vías de diseminación de la enfermedad , proceso ya ampliamente estudiado.

Mención especial también para las pacientes con tuberculosis pélvica detectadas una de ellas sometida a cirugía de ampliación uterina y portadoras también del Sx de Fitz-Hugh-Curtis, así como el hallazgo de una paciente con ectópico no roto, situaciones clínicas las cuales han sido objeto de estudio y reportes específicos en la literatura y encontrados en nuestra unidad.

Los resultados acordes a lo informado en la literatura universal proporcionan elementos para considerar la búsqueda intencionada y el tratamiento de la enfermedad así como determinar si se trata de un continuo dentro de las múltiples manifestaciones de la enfermedad pélvica inflamatoria.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-** Ginecología y Obstetricia Aplicadas 2ª Edición. Ahued Roberto. El Manual Moderno 2003 Vol. 2 pp. 769-776
- 2.-** P.E. Munday: pelvic inflammatory disease –an evidence –based approach to diagnosis. Journal of infection. 2000. 40; 31-41.
- 3.-** Richard H. Beigi MD. Harold C. Wiesenfield MD. Pelvic inflammatory disease new diagnostic criteria and treatment. Obstet gynecol Clinics of North America. 30(2003)777-793
- 4.-** Eckert LO Hawes SE. Wolner-Hanseen PK Endometritis: The clinical pathological síndrome AmJ Obstet Gynecol 2002;186:690-5
- 5.-** R. Quentin. J. Lansac. Pelvic inflammatory disease: medical treatment. European Journal of Obstetrics and gynecology and reproductive biology. 92 (2000) 189-192
- 6.-** Lopez Zeno José A. MD: The Fitz Hugh Curtis Syndrome Revisited .The Journal of Reproductive Medicine. Aug 1985 vol. 30:8 pp 567-582
- 7.-** Vaseem Ali, MD James F Lilja: incidence of perihepatic adhesions in ectopic gestation. Obstetrics and gynecology Dec 1998 vol. 92 No. 6 pp 995-997
- 8.-** J.B Sharma, Malhotra: incidental Fitz Hugh Curtis syndrome at laparoscopy for benign gynecologic conditions. Intl J gynecol and obstet 2002.79. pp 237-240
- 9.-** Stanley MM Gonococci peritonitis of the upper part of the abdomen in young women Arch Intern Med78:1 1946
- 10.-** Curtis AH A cause of Adhesions in the right upper quadrant JAMA 1930. 94:1221
- 11.-** Fitz Hugh T Acute gonococcic Hepatitis a new syndrome of right upper quadrant abdominal pain in young women. Rev gastroenterol 1936. 3:125
- 12.-** Atención Integral de la Infertilidad. Pérez Peña Efraín Mc Graw Hill Interamericana 2002 Vol. 1 PP 142 -148
- 13.-** E.honey, A. Templeton. Prevention of pelvic inflammatory disease by the control of C.trachomatis infection. Int J obstet gynecol 2002(78) 257-61
- 14.-** Bearse C.Ghonorrheal Salpingitis and perihepatic adhesions JAMA 1931 97:1385
- 15.-** Fitz Hugh T: acute gonococci peritonitis in the right upper quadrant in women JAMA 1934.102:2094
- 16.-** Redewill FH. Acute gonococcic perihepatitis: Abdominal pain in the upper Right quadrant in young woman . Urol Cutan Rev 1937 41:685
- 17.-** Müller – Schoop JW Wang SP Munzinger J. Chlamydia trachomatis as a possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. Br. Med J.1978. 1:1022,
- 18.-** Paavonen , Valtoonen VV. . Chlamydia trachomatis as a possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women Br. J Vener. Dis 1980. 56:341

A N E X O S

ANEXO I

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FOLIO:

FECHA:

NOMBRE:

EDAD:

ANTECEDENTES:

Menarca: G: P: A: C:

FUR:

Dx preoperatorio:

Dx Postquirurgico:

Presencia se Adherencias perihepaticas: SI NO

Cultivo:

Tratamiento recibido:

Etapificación de enfermedad adherencial

Hulka:

AFS:

Embarazo: SI NO

ANEXO II Clasificación de Enfermedad adherencial según Hulka

ETAPA	SUPERFICIE OVARICA VISIBLE	NATURALEZA DE LAS ADHERENCIAS	FIMBRIA	ITSMO
1ª	MAYOR DEL 50%	LAXAS	PERMEABLE	PERMEABLE
1AF	MAYOR DEL 50%	LAXAS	OCLUIDA	PERMEABLE
1Ai	MAYOR DEL 50%	LAXAS		OCLUIDO
1B	MAYOR DEL 50%	FIRMES	PERMEABLE	PERMEABLE
1BF	MAYOR DEL 50%	FIRMES	OCLUIDA	PERMEABLE
1Bi	MAYOR DEL 50%	FIRMES		OCLUIDO
IIA	MENOR DEL 50%	LAXAS	PERMEABLE	PERMEABLE
IIAF	MENOR DEL 50%	LAXAS	OCLUIDA	PERMEABLE
IIAi	MENOR DEL 50%	LAXAS		OCLUIDO
IIB	MENOR DEL 50%	FIRMES	PERMEABLE	PERMEABLE
IIBF	MENOR DEL 50%	FIRMES	OCLUIDA	PERMEABLE
IIBi	MENOR DEL 50%	FIRMES		OCLUIDO

F: Por patología Adherencial i: Por patología adherencial
F': Por patología tubárica estableciendo correlación por HSG
i' : Por patología tubárica estableciendo correlación por HSG

Fuente: Modificado de Hulka

ANEXO III

Clasificación de la enfermedad Adherencial según la AFS

	ADHERENCIAS	< 1/3 INCLUIDO	1/3 A 2/3 INCLUIDO	> 2/3 INCLUIDO
OVARIO	D Laxas	1	2	4
	Densas	4	8	16
	I Laxas	1	2	4
	Densas	4	8	16
TROMPA	D Laxas	1	2	4
	Densas	4*	8*	16
	I Laxas	1	2	4
	Densas	4*	8*	16

* Si el extremo fimbriado de la trompa esta incluido completamente cambiar la puntuación a 16

ANEXO IV

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MARCO TEORICO
 ELABORACION DEL PROTOCOLO
 OBTENCION DE LOS DATOS
 ANALISIS DE LOS RESULTADOS
 REPORTE ESCRITO
 PUBLICACION

PERIODO MARZO – AGOSTO 2006

	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
1	X	X				
2		X	X			
3			X			
4				X		
5				X	X	
6						X