



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2024,
Volumen 8, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2

FISIOPATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DEL SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS

PATHOPHYSIOLOGY, DIAGNOSIS, TREATMENT AND COMPLICATIONS OF FITZ-HUGH-CURTIS SYNDROME

Md. Ana Belén Garzon Ortega
Investigadora Independiente, Ecuador

Md. María Blanca Timbila Vélez
RosalesMed, Ecuador

Md. Katy Adriana Oyaque Zambrano
Investigadora Independiente, Ecuador

Md. Katlyn Gabrielle Acosta Mejía
PANACEA, Ecuador

Md. Erik Daniel Paredes Morales
Investigador Independiente, Ecuador

Md. Byron Patricio López Arévalo
Investigador Independiente, Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rem.v8i2.10687

Fisiopatología, Diagnóstico, Tratamiento y Complicaciones del Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis

Md. Ana Belén Garzon Ortega¹dranagarzon@gmail.com<https://orcid.org/0009-0006-8819-7910>Investigadora Independiente
Machala, Ecuador**Md. María Blanca Timbila Vélez**marytimbila@gmail.com<https://orcid.org/0009-0006-4745-8491>Médica General
Consulta Externa en RosalesMed
Santo Domingo, Ecuador**Md. Katy Adriana Oyaque Zambrano**katyoyaque1994@gmail.com<https://orcid.org/0009-0004-8134-3909>Investigadora Independiente
Machala, Ecuador**Md. Katlyn Gabrielle Acosta Mejía**katlin_acosta@hotmail.com<https://orcid.org/0000-0002-2449-2068>Médica Cirujana en Panacea
Atención médica a domicilio
Quito, Ecuador**Md. Erik Daniel Paredes Morales**paredesmoralesed@gmail.com<https://orcid.org/0000-0003-0147-4614>Investigador Independiente
Quito, Ecuador**Md. Byron Patricio López Arévalo**bplopez96@outlook.com<https://orcid.org/0000-0003-4747-3561>Investigador Independiente
Quito, Ecuador

RESUMEN

El Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, es una enfermedad de baja frecuencia, pero a ser considerada en el diagnóstico de dolor abdominal en hipocondrio derecho. Por lo que cobra importancia usarla en el diferencial de la población tanto femenina y masculina. Claro está que la población femenina tiene una mayor cantidad de casos diagnósticos y publicados a diferencia de los hombres, a pesar de esto también se puede realizar el diferencial en ellos mientras formen parte de la población sexualmente activa. Tiene como bacterias predominantes la Neisseria Gonorrhoeae y Chlamydia Trachomatis. Es una patología con repercusiones en un órgano digestivo, pero con un comienzo en el área genital; sin embargo, con o sin manifestaciones anteriores de enfermedad inflamatoria pélvica. En nuestra búsqueda de revisión bibliográfica se revisan artículos científicos en bases científicas importantes y actuales. El diagnóstico y tratamiento precoz y agresivo con antibióticos adecuados son fundamentales para evitar complicaciones graves.

Palabras clave: *síndrome de fitz-hugh-curtis, chlamydia trachomatis, enfermedad inflamatoria pélvica*

¹ Autor principal

Correspondencia: dranagarzon@gmail.com

Pathophysiology, Diagnosis, Treatment and Complications of Fitz-Hugh-Curtis Syndrome

ABSTRACT

Fitz-Hugh-Curtis Syndrome is a low-frequency disease, but it should be considered in the diagnosis of abdominal pain in the right upper quadrant. Therefore, it is important to use it in the differential of both the female and male population. Of course, the female population has a greater number of diagnosed and published cases than men, despite this, differentiation can also be made in them as long as they are part of the sexually active population. Its predominant bacteria are Neisseria Gonorrhoeae and Chlamydia Trachomatis. It is a pathology with repercussions on a digestive organ, but with a beginning in the genital area; however, with or without previous manifestations of pelvic inflammatory disease. In our bibliographic review search, scientific articles are reviewed in important and current scientific bases. Early and aggressive diagnosis and treatment with appropriate antibiotics are essential to avoid serious complications.

Keywords: *fitz-hugh-curtis syndrome, chlamydia trachomatis, pelvic inflammatory disease*

Artículo recibido 04 marzo 2024

Aceptado para publicación: 05 abril 2024



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, toma su nombre en el año 1934, inicialmente se asociaba solo con la bacteria *Neisseria Gonorrhoeae*, más actualmente se conocen otros microorganismos capaces, y en primer lugar se encuentra la *Chlamydia Trachomatis* (Cruz et al., 2022).

Por lo que se define a la patología como una complicación de la enfermedad pélvica inflamatoria por lo que afecta prácticamente solo al género femenino, sin embargo, se han reportado casos en el sexo masculino en muy baja cantidad (Sánchez et al., 2020).

La patología por describir causa una perihepatitis por lo que es una de las causas de dolor en hipocondrio derecho, la cual se manifiesta en dos fases. Se acompaña con inflamación de la cápsula hepática, debido al ascenso de bacterias por el movimiento del líquido abdominal, a través de las goteras parietocólicas hacia los espacios subfrénicos, describiendo una fisiopatología muy interesante (Blanco et al., 2021).

Existen dos formas de realizar el diagnóstico; de forma quirúrgica o solo por la parte clínica. En cuanto a la parte de los exámenes de imagenología no son conclusivos.

La incidencia es incierta, en el estudio más grande con 3.564 laparoscopías, se diagnosticó este síndrome en 14,8% de las pacientes con infertilidad tubaria; 6,7% en embarazos ectópicos y en 1,4% por otras indicaciones ginecológicas (Hong et al., 2010). Sin embargo, aun existen pocas publicaciones con un reducido número de caso sobre esta patología (Ricci et al., 2009).

Realizar el diagnóstico diferencial de dolor abdominal en hipocondrio derecho y tener presente este síndrome es muy importante a pesar de que tiene una baja frecuencia (Ramírez et al., 2009). A pesar de que la entrevista a la paciente es importante no siempre se puede encontrar o asociar con un antecedente de inflamación pélvica (Marrero, Perdomo, Fleites, & Guerra, 2019).

Por lo que el objetivo de este artículo es realizar una revisión bibliográfica pesquisada literatura nueva sobre el tema y dando respuesta a las principales dudas mencionadas en el tema del artículo a desarrollar.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en Pubmed, Web Of Science y Cochrane con los términos indexados en español: “fisiopatología”, “diagnostico”, “tratamiento”, “complicaciones” y “Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis”, junto a sus términos indexados en inglés: “physiopathology”, “diagnoses”, “treatment”,



“complications” y “Fitz-Hugh-Curtis síndrome”. Se seleccionan los artículos recientes relacionados con la fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y complicaciones del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

RESULTADOS

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHCS por sus siglas en inglés), también conocido como perihepatitis, es una manifestación crónica de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). Se caracteriza por la inflamación de la membrana que rodea el hígado, sin dañar el tejido hepático, lo que conduce a la formación de adherencias y provoca dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen (Shikino & Ikusaka, 2019).

La EPI es una infección bacteriana que se propaga por el tracto genital, principalmente en mujeres sexualmente activas de entre 15 y 30 años. En Estados Unidos, se registran aproximadamente 750,000 casos de EPI anualmente (Kwon et al., 2019). El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHCS) es una manifestación poco común de la EPI, afectando aproximadamente al 4% de los adolescentes. Aunque varios organismos pueden estar asociados con el FHCS, el patógeno más frecuente implicado es *Chlamydia trachomatis* (Sonavane & Rathi, 2017).

Fisiopatología

El FHCS se considera una complicación de la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI). Se postula que los microorganismos asociados con la EPI se propagan de tres maneras diferentes:

- a. Infección ascendente espontánea, en la cual los microorganismos presentes en el cuello uterino o la vagina se desplazan hacia el endometrio, pasando por las trompas de Falopio y llegando a la cavidad peritoneal. Esta ruta puede dar lugar a complicaciones como endometritis, salpingitis, absceso tuboovárico, peritonitis pélvica y el FHCS (Onoh et al., 2016).
- b. Diseminación linfática, que implica la infección del parametrio, como puede ocurrir en casos relacionados con el uso de dispositivos intrauterinos y, c. Propagación hematógena, como se observa en condiciones como la tuberculosis (Coremans & de Clerck, 2018).

Diagnóstico

Usualmente, las pacientes con FHCS son mujeres en edad fértil que acuden al hospital quejándose de dolor agudo o sensibilidad crónica en la parte superior derecha del abdomen. Se requiere una historia clínica exhaustiva y una alta sospecha para llegar a un diagnóstico preciso (Kwon et al., 2019). El dolor



abdominal en el cuadrante superior derecho puede ser un síntoma de diversas afecciones, como colecistitis, pleuresía, pielonefritis derecha, absceso subfrénico o infección por herpes zoster, lo que dificulta la evaluación del FHCS (Sonavane & Rathi, 2017).

El médico que sospecha FHCS debe enfocarse en las conductas y síntomas de alto riesgo en la población de pacientes adecuada. Los factores de riesgo incluyen edad menor de 25 años, inicio temprano de la actividad sexual, antecedentes de EPI, uso de dispositivos intrauterinos (DIU) o anticonceptivos orales, inserción reciente de DIU y duchas vaginales (Al-Ghassab et al., 2018). También es crucial indagar sobre la exposición del paciente a nuevas parejas sexuales, múltiples o sintomáticas. Obtener un historial médico y quirúrgico completo puede ayudar a refinar aún más el diagnóstico diferencial (Faré et al., 2018).

El dolor en el cuadrante superior derecho se debe a la inflamación perihepática y la formación de adherencias entre el hígado y la pared abdominal anterior. Este dolor suele intensificarse con el movimiento y la respiración, simulando otras afecciones abdominales agudas (Freiria-Eiras & Varela-Lamas, 2018). Los pacientes pueden también presentar dolor en la parte baja del abdomen, la pelvis o la espalda, con diversos grados de intensidad. Otros síntomas pueden incluir fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, flujo vaginal, dolor durante las relaciones sexuales, dificultad para orinar, calambres y sangrado después del coito (Sonavane & Rathi, 2017).

Durante el examen físico, pueden observarse fiebre (38,3°C), sensibilidad al tacto en el cuadrante superior derecho, dolor al liberar la presión en la palpación, defensa abdominal o ausencia de ruidos intestinales, dolor al movimiento cervical, sensibilidad en los anexos, dolor a la compresión uterina durante el examen bimanual. También se buscan signos de infección del tracto genital inferior, como mucosidad y fragilidad cervicales, durante el examen con espéculo (Faré et al., 2018).

Tratamiento

El tratamiento del FHCS coincide con el tratamiento de la EPI. Los objetivos terapéuticos son aliviar los síntomas, erradicar la infección y minimizar los riesgos de complicaciones a largo plazo, como la infertilidad o el embarazo ectópico. Dado que el diagnóstico de EPI puede ser desafiante y las complicaciones pueden ser graves, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan a los médicos mantener un umbral bajo para un tratamiento agresivo (Revzin et al., 2016).



Los antibióticos son exitosos en hasta el 75% de los casos, y la mayoría de los pacientes con EPI pueden ser tratados de forma ambulatoria. La terapia antibiótica debe dirigirse a cubrir los microorganismos más comunes, como *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, así como bacterias gramnegativas, anaerobias y estreptococos (Kazama & Nakajima, 2013).

Dependiendo del nivel de sospecha, los regímenes antibióticos pueden adaptarse a cada paciente. Usualmente, la ceftriaxona y la azitromicina son apropiadas para el tratamiento de las infecciones gonocócicas y por clamidia. Las recomendaciones actuales para la enfermedad inflamatoria pélvica complicada incluyen ceftriaxona, doxiciclina y metronidazol (Baquedano et al., 2014).

La hospitalización debe ser considerada para pacientes con condiciones como diagnóstico incierto, embarazo, enfermedad grave, presencia de absceso pélvico en imágenes, incapacidad para tolerar la medicación oral, inmunodeficiencia o falta de mejoría después de 72 horas de terapia. Los pacientes con síntomas persistentes de fiebre, escalofríos o sensibilidad en el movimiento cervical después de 72 horas de tratamiento deben ser reevaluados para una posible intervención quirúrgica. La laparoscopia diagnóstica se justifica en el contexto del FHCS para la liberación de adherencias sintomáticas y el drenaje del absceso, con el objetivo de preservar la capacidad reproductiva. La laparotomía generalmente se reserva para emergencias quirúrgicas, como abscesos rotos, o para pacientes que no son candidatos para la cirugía laparoscópica (Coremans & de Clerck, 2018).

Complicaciones

No existen suficientes datos documentados sobre el pronóstico del FHCS, ya que típicamente responde muy bien al tratamiento con antibióticos. En un ensayo que comparó la terapia triple (penicilina-gentamicina-metronidazol) con amoxicilina+ ácido clavulánico para la salpingitis no relacionada con clamidia, solo un paciente en cada grupo de tratamiento presentó fracaso terapéutico (Brun et al., 2019). Una de las complicaciones más frecuentes observadas en pacientes con síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es la infertilidad. Otra complicación, aunque menos común, es la obstrucción intestinal debido a la formación de adherencias en la cavidad peritoneal (Al-Ghassab et al., 2018). Al igual que un riesgo incrementado de un embarazo ectópico (Marrero et al., 2019). Puede que un trauma abdominal provoque un sangrado de la superficie hepática al desgarrar la cápsula (Rouhard, Maldaque, & Ramboux, 2014).



DISCUSIÓN

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHCS) es una complicación crónica de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) que afecta principalmente a mujeres en edad fértil. Se caracteriza por la inflamación de la membrana que rodea el hígado, lo que puede provocar dolor agudo o crónico en el cuadrante superior derecho del abdomen. Este síndrome, aunque poco común, puede tener consecuencias significativas para la salud reproductiva y el bienestar general de los pacientes. La EPI, a su vez, es una infección microbiana ascendente que afecta el tracto genital y puede ser causada por diversos patógenos, siendo *Chlamydia trachomatis* uno de los más comunes (Shikino & Ikusaka, 2019) (Kwon et al., 2019).

El diagnóstico del FHCS puede ser un desafío debido a la variedad de síntomas que pueden imitar otras afecciones abdominales agudas. El dolor abdominal en el cuadrante superior derecho puede confundirse con condiciones como colecistitis, pleuresía o pielonefritis derecha. Por lo tanto, es crucial mantener un alto índice de sospecha en pacientes con factores de riesgo conocidos, como antecedentes de EPI, edad menor de 25 años o inicio temprano de la actividad sexual (Freiria-Eiras & Varela-Lamas, 2018).

Además, el tratamiento de la EPI y el FHCS requiere una combinación de terapia antibiótica y, en algunos casos, intervenciones quirúrgicas para manejar las complicaciones (Kwon et al., 2019).

El tratamiento agresivo de la EPI es fundamental para prevenir complicaciones a largo plazo, como la infertilidad o el embarazo ectópico. Los antibióticos son la piedra angular del tratamiento, y se dirigen a cubrir los microorganismos más comunes asociados con la EPI, incluyendo *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Aunque la mayoría de los pacientes pueden ser tratados de forma ambulatoria, aquellos con condiciones complicadas o diagnóstico incierto pueden requerir hospitalización para una gestión más intensiva (Revzin et al., 2016).

Una de las preocupaciones más significativas asociadas con el FHCS es la posibilidad de infertilidad. La inflamación crónica en la cavidad peritoneal puede provocar la formación de adherencias que pueden obstruir las trompas de Falopio, lo que dificulta el paso del óvulo fertilizado hacia el útero. Esta complicación puede tener un impacto profundo en la calidad de vida de los pacientes y puede requerir intervenciones quirúrgicas para su manejo. Además, la formación de adherencias también puede llevar a la obstrucción intestinal, aunque esta complicación es menos común (Brun et al., 2019).



Aunque el pronóstico del FHCS generalmente es favorable con el tratamiento adecuado, la falta de datos documentados sobre su curso a largo plazo puede plantear desafíos en la gestión de la enfermedad. Se necesitan más estudios para comprender completamente la evolución y las posibles complicaciones a largo plazo asociadas con esta condición. Sin embargo, con un diagnóstico y tratamiento oportunos, la mayoría de los pacientes pueden experimentar una mejoría significativa en sus síntomas y evitar complicaciones graves (Brun et al., 2019).

CONCLUSIONES

Para mejorar la gestión del síndrome de Fitz-Hugh-Curtis y prevenir complicaciones, se deben tomar varias medidas. En primer lugar, se debe promover la educación sobre la enfermedad pélvica inflamatoria sus factores de riesgo, especialmente entre las mujeres jóvenes y sexualmente activas. Esto incluye la importancia de practicar sexo seguro y buscar atención médica temprana ante cualquier síntoma de EPI, como dolor pélvico o flujo vaginal anormal. Además, los profesionales de la salud deben mantener un alto índice de sospecha para el FHCS en pacientes con antecedentes de EPI y dolor abdominal en el cuadrante superior derecho. El diagnóstico precoz y el tratamiento agresivo con antibióticos adecuados son fundamentales para evitar complicaciones graves y mejorar el pronóstico a largo plazo de los pacientes con FHCS. Finalmente, se necesitan más investigaciones para comprender mejor la evolución y las mejores prácticas de manejo de esta condición poco común pero potencialmente grave.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Al-Ghassab, R., Tanveer, S., Al-Lababidi, N., Zakaria, H., & Al-Mulhim, A. (2018). Adhesive Small Bowel Obstruction due to Pelvic Inflammatory Disease: A Case Report. *Saudi journal of medicine & medical sciences*, 6(1), 40-42. doi: https://doi.org/10.4103/sjmms.sjmms_10_17
- Andreou, A. Generative AI Could Help Solve the U.S. Mental Health Crisis. *Psychology Today*. Available online: <https://www.psychologytoday.com/au/blog/the-doctor-of-the-future/202303/generative-ai-could-help-solve-the-us-mental-health-crisis>
- Baquedano, L., Lamarca, M., Puig, F., & Ruiz, M. (2014). Enfermedad inflamatoria pélvica: un reto en el diagnóstico y tratamiento precoz. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(2), 115-120. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000200009>



- Blanco, M., Larrañaga, N., Jaramillo, D., Roccatagliata, N., Vedia, M., & Vallejos, J. (2021). Síndrome Fitz-Hugh-Curtis. *Medicina*, 81(5), 873. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000500873&lng=pt&tlng=es.
- Brun, J., Castan, B., de Barbeyrac, B., Cazanave, C., Charvériat, A., Faure, K., . . . Graesslin, O. (2019). Les infections génitales hautes. Mise à jour des recommandations pour la pratique clinique. *Gynecologie, obstetrique, fertilité & senologie*, 45(7), 398-403. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.03.012>
- Coremans, L., & de Clerck, F. (2018). Fitz-Hugh-Curtis syndrome associated with tuberculous salpingitis and peritonitis: a case presentation and review of literature. *BMC gastroenterology*, 18(1), 42. doi: <https://doi.org/10.1186/s12876-018-0768-0>
- Cruz, M., Medina, R., Barrios, F., Figueroa, D., & Castro, D. (2022). Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis una Complicación Poco Estudiada en La Enfermedad Pélvica Inflamatoria. *iMedPub Journals*, 8(2), 1-3. doi:10.36648/1698-9465.22.18.1523
- Cruz Rosas, J., & Oseda Gago, D. (2022). Design thinking en la creatividad de los estudiantes de administración de empresas, en una universidad de Trujillo – 2020. *Emergentes - Revista Científica*, 2(1), 57–70. <https://doi.org/10.37811/erc.v1i2.13>
- Chavarría Oviedo, F. A., & Avalos Charpentier, K. (2022). English for Specific Purposes Activities to Enhance Listening and Oral Production for Accounting . *Sapiencia Revista Científica Y Académica* , 2(1), 72–85. <https://doi.org/10.61598/s.r.c.a.v2i1.31>
- Faré, P., Allio, I., Monotti, R., & Foieni, F. (2018). Fitz-Hugh-Curtis Syndrome: A Diagnosis to Consider in a Woman with Right Upper Quadrant Abdominal Pain without Gallstones. *European journal of case reports in internal medicine*, 5(2), 743. doi: https://doi.org/10.12890/2017_000743
- Freiria-Eiras, M., & Varela-Lamas, C. (2018). Fitz-Hugh-Curtis syndrome in elderly male patient. Case and literature review. *Cirugia y cirujanos*, 86(5), 455-458. doi: <https://doi.org/10.24875/CIRU.18000263>



- Hong, D., Choi, M., Chong, G., Yi, J., Seong, W., Lee, Y., . . . Cho, Y. (2010). Fitz-Hugh-Curtis Syndrome: single centre experiences. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 30(3), 277-280. doi: <https://doi.org/10.3109/01443610903576282>
- Kazama, I., & Nakajima, T. (2013). A case of fitz-hugh-curtis syndrome complicated by appendicitis conservatively treated with antibiotics. *Clinical medicine insights. Case reports*, 6, 35-40. doi: <https://doi.org/10.4137/CCRep.S11522>
- Kwon, O., Lee, S., Jang, M., Kim, S., Lee, J., & Kim, H. (2019). A rare case of miliary tuberculosis accompanying perihepatitis. *Clinical and experimental emergency medicine*, 6(3), 264-267. doi: <https://doi.org/10.15441/ceem.18.017>
- López Vargas, G., & Rodríguez García, J. C. (2021). Enfermería en Contexto de Trabajo en Salud Pública en América Latina. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano*, 2(1), 51–66. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v2i1.14>
- Marrero, J., Perdomo, B., Fleites, A., & Guerra, R. (2019). Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis: hallazgo incidental durante el estudio de la infertilidad femenina. *Medicentro Electrónica*, 23(2), 140-144. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029 –
- Martínez Pérez, S. I. (2022). La Protección de la Propiedad Intelectual y la Piratería en Línea. *Estudios Y Perspectivas Revista Científica Y Académica*, 2(1), 74–95. <https://doi.org/10.61384/r.c.a.v2i1.10>
- Onoh, R., Mgbafuru, C., Onubuogu, S., & Ugwuoke, I. (2016). Fitz-Hugh-Curtis syndrome: An incidental diagnostic finding in an infertility workup. *Nigerian journal of clinical practice*, 19(6), 834-836. doi: <https://doi.org/10.4103/1119-3077.181357>
- Ramírez, G., De la Peña, S., Ramírez, C., & Liho, A. (2009). Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Medigraphic*, 10(3), 126-129. doi: https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2009/ce093_4g.pdf
- Revzin, M., Mathur, M., Dave, H., Macer, M., & Spektor, M. (2016). Pelvic Inflammatory Disease: Multimodality Imaging Approach with Clinical-Pathologic Correlation. *Radiographics : a*



- review publication of the Radiological Society of North America*, 36(5), 1579-1596. doi: <https://doi.org/10.1148/rg.2016150202>
- Ricci, P., Solà, V., & Pardo, J. (2009). Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis como hallazgo durante cirugía ginecológica. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(3), 189-193. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000300009>
- Rouhard, S., Maldague, P., & Ramboux, A. (2014). Fitz-Hugh–Curtis syndrome in a man. *Endoscopy*, 46(1). doi:10.1055/s-0033-1358804
- Sánchez, R., Jara, A., & Martínez, G. (2020). Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis: una causa de dolor en hipocondrio derecho. *Medicina Clínica*, 1454(11), 447-452. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.01.022>
- Shikino, K., & Ikusaka, M. (2019). Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *BMJ case reports*, 12(2), 229326. doi: <https://doi.org/10.1136/bcr-2019-229326>
- Sonavane, A., & Rathi, P. (2017). Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *The Indian journal of medical research*, 145(1), 147. doi: https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1417_15

