

Síndrome de Stajano, Fitz-Hugh, Curtis

Stajano, Fitz-Hugh, Curtis syndrome

Fabián Rodríguez Escudero¹

Resumen

En el año 2020, se ha cumplido el centenario de la primera descripción del síndrome de Stajano, Fitz-Hugh, Curtis, por lo que nos pareció pertinente realizar una revisión histórica profundizando en la persona de Stajano y sus publicaciones, donde describe por primera vez esta presentación clínica.

Posteriormente se plantea la evolución cronológica de las publicaciones realizadas sobre este tema y finalmente una puesta al día de los conocimientos.

Palabras claves: síndrome de Stajano, Fitz-Hugh, Curtis

Abstract

In the 2020th, the centenary of the first description of the Stajano, Fitz-Hugh, Curtis syndrome has been celebrated, so it seemed pertinent to carry out a historical review delving into the person of Stajano and his publications, where he describes for the very first time this clinical presentation.

Subsequently, a review of the chronological evolution of the publications is made and finally an update of the knowledge.

Key words: síndrome de Stajano, Fitz-Hugh, Curtis.

INTRODUCCIÓN

El 19 de agosto de 2020, se cumplieron 100 años de la primera publicación por parte del Prof. Stajano, de lo que más adelante sería denominado como el síndrome de Stajano, Fitz-Hugh, Curtis, por lo que nos pareció una buena oportunidad de dedicarle un espacio

¹ Profesor Agregado, Clínica Ginecotocológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

en nuestra querida revista Archivos de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Uruguay.

La tarea nos superó largamente en el más amplio de los sentidos, por eso la demora de dos años que observarán en la realización de este artículo. La recopilación del material original durante la pandemia del COVID-19 se dilató exageradamente en el tiempo, y encontrarnos con una persona multifacética y excepcional en lo académico, político, cultural y social, hizo que la tarea nos sobrepasara en lo largo y ancho, y solo con la ayuda de nuestro querido amigo el Prof. Enrique Pons, el personal de biblioteca de la Facultad de Medicina del Uruguay (FMed), de la Universidad de Buenos Aires (UBA), de la Sociedad de Ginecología del Uruguay (SGU), de la Sociedad de Cirugía del Uruguay (SCU) y del Sindicato Médico del Uruguay (SMU), pudimos terminar esta morosa tarea, que desde todo punto de vista adolece, y solo refleja en una mísera parte todo lo que deberíamos haber escrito.

EL DR. CARLOS STAJANO ¹⁻⁴

Vicente Carlos Stajano Cibils nació en Montevideo el 10 de octubre de 1891, fue el octavo de diez hijos (ocho mujeres y dos varones) que tuvo el matrimonio formado por el médico italiano Vicente Stajano Palmentola (1841-1903, fundador del Hospital Italiano y de la Scuola Italiana de Montevideo), y Felicia Cayetana Cibils Buxareo (1853-1936) hija de Agustín Cibils y Puig y nieta de Félix Buxareo Alsina, dos de los más importantes comerciantes catalanes del Montevideo del siglo XIX. Cursó sus estudios en el Colegio Internacional de Montevideo, destacándose como estudiante.

El primero de marzo de 1910 ingresa a la

Figura 1.
Dr. Carlos Stajano.



Facultad de Medicina del Uruguay, siguiendo los pasos de su padre, y ya en el año 1913 accede al cargo de Ayudante de Clase de Anatomía. Fue interno en la Clínica Psiquiátrica del Prof. Etchepare y en la Clínica Ginecológica del Prof. Pouey, con quien entabló una intensa amistad y relacionamiento académico como discípulo.

Se graduó de Médico Cirujano el 11 de julio de 1916 y rápidamente se dedicó a lo que sería su pasión durante toda su vida profesional y académica, la cirugía y la ginecología.

La ginecología la comenzó a ejercer en la sala Santa Rosa y Padre Ramón del Hospital de la Caridad (posteriormente Hospital Maciel), junto al Prof. Pouey (1858-1939), donde desempeña la Jefatura de Clínica desde el año 1916 al 1919, y luego de su cese, continuando su labor hasta el año 1923. Poste-

riormente la cátedra del Prof. Pouey se trasladada al Hospital Pereira Rossell y Stajano lo acompaña quedando a cargo de la sala 4 hasta el año 1935.

Respecto a su otra pasión, la cirugía, en el año 1918 en la cátedra del Prof. Lorenzo Mérola ya se desempeñaba como cirujano de guardia del Hospital Italiano y luego como encargado de las salas Aicardi y Sanguinetti. También fue cirujano del Hospital Español desde el año 1931 a 1932.

De la literatura surge que tanto Mérola como Pouey ejercieron una profunda influencia sobre Stajano, tanto en lo humano como en lo académico, quien los consideraba sus mentores en cirugía y ginecología respectivamente.

Como muestra de su intenso compromiso profesional y gremial, en un esfuerzo fundamentalmente personal, acompañado por su colega y amigo el Dr. Manuel Albo, fundó la Sociedad de Cirugía el 10 de noviembre de 1920 y fue desde entonces su máximo impulsor, siendo Presidente los años 1920, 1931, 1936 y 1953, y participando de sus reuniones hasta los últimos días de vida. También fue un importante impulsor de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, presidiéndola entre los años 1934 y 1935.

También estuvo muy comprometido en la actividad gremial y docente en la Facultad de Medicina. En 1924 propuso al Consejo de la Facultad de Medicina que los cargos de Profesor Agregado fueran provistos por concurso, ya que hasta esa fecha eran asignados por designación directa, lo que fue aceptado por unanimidad. En 1925 por Concurso de Oposición es designado Profesor Agregado de Cirugía, y a partir del año 1927 accedió, también por concurso de méritos, al cargo de Profesor titular de Patología Quirúrgica. En el año 1932 el Prof. Pouey renuncia a

la cátedra de Ginecología y asume el cargo el Prof. Pou Orfila, del cual Stajano actúa como Asistente a partir del año 1934.

En los años 1933-34 integra el Consejo de la Facultad de Medicina por el orden docente, siendo destacada su participación en varios proyectos y Comisiones.

En 1936, luego del fallecimiento del Prof. Manuel Albo, accede por concurso al cargo de Profesor Titular de Clínica Quirúrgica, cargo que desempeñó durante veinte años, primero en el Hospital Pasteur (1936-1945), luego en el Hospital Maciel (1945-1954) y, a partir de 1954, en la Clínica Quirúrgica A del Hospital de Clínicas.

Fue un intenso investigador y productor de conocimiento en la fisiopatología y en la clínica; sus publicaciones son inabarcables, referidas en su mayoría a la ginecología y a la cirugía, resaltando las dedicadas a la fisiopatología, el shock, el dolor abdominal y el cáncer.

Leyendo sus trabajos observamos un profundo conocimiento en los distintos tipos de dolor abdominal, sus descripciones y razonamientos anatómicos, clínicos y fisiopatológicos son dignos de destacar y la lectura de sus trabajos es un deleite difícil de transmitir. Esta área de conocimiento seguramente fue la motivadora para que en 1920 describiera ciertos tipos de las reacciones del peritoneo supracelíaco en una publicación titulada "La reacción frénica en Ginecología", donde se describirá por primera vez el dolor en hipocondrio derecho en ciertas infecciones ginecológicas, al cual posteriormente nos referiremos.

En 1922 publica su primer libro "*Trofismo y cáncer*" galardonado con el Premio Gallinal y "*Sistema nervioso y cáncer*"; en 1944 publica "*Precáncer*". En el año 1946, en Buenos Aires y en México, publica "*Fisiopatología tisular y*

sus relaciones con la cancerología", de gran reconocimiento internacional.

Su nombre trascendió rápidamente las fronteras de nuestro país. Stajano fue de los primeros uruguayos en ser designado "*Fellow del American College of Surgeons*", del Colegio Americano de Cirujanos.

En 1925 fue nominado miembro colaborador de la revista "*Les Neoplasmes*" de París y miembro correspondiente de la Asociación para los Estudios del Cáncer de París. En 1953 fue designado como miembro extranjero de la Academia de Cirugía de París, lo cual fue un reconocimiento de enorme jerarquía dada la ascendencia que tenía la medicina francesa en nuestro país. También fue miembro correspondiente de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia Argentina (1932) y de la Asociación Argentina de Cirugía (1932).

Luego del cese por edad del cargo de Profesor Titular, el 18 de octubre de 1956 culmina una prolífera carrera académica, siendo nombrado Profesor Emérito de la Facultad de Medicina.

Carlos Stajano se casó en 1917 con María Ofelia Ferreiro Serrato, sobrina del expresidente José Serrato. De esta unión surgieron dos hijas: Ofelia, nacida en 1919, que posteriormente se casó con el Dr. Roberto Caldeyro Barcia; y Susana, nacida en 1922, que se casó con el Dr. en Derecho Jorge Zerbino Cavajani.

Stajano tuvo una intensa actividad social, política y cultural fuera de la medicina, pareciera que nada de lo que le ataña a la sociedad le fuera ajeno. En 1932 fue designado «Caballero de la Orden de la Corona de Italia» por su obra desarrollada en el Hospital Italiano de Montevideo y por su destacada actividad científica. En 1941 la revista *El Terruño* publicó de su autoría el libro "*Reflexiones del Dr. Nácate. Notas sueltas como entre-*

telones de la vida diaria", seudónimo muchas veces utilizado por Stajano. En 1944 publicó otra de sus grandes obras, "*Es así... Orientaciones individuales y colectivas de una actuación universitaria*", todo un tratado sobre el espíritu universitario. En 1954 publicó "*Espíritu del hombre y fisiología de la democracia*" y en 1965 "*El complejo organismo biológico de la democracia y su trágica patología política*".

En el año 1939 Stajano fue fundador del Carrasco Polo Club y a partir de su presidencia, en 1945, se sentaron las bases para la construcción de su sede actual. Más tarde fue designado presidente honorario de la institución y recientemente la calle que atraviesa el predio de la sede lleva su nombre. Fue un entusiasta miembro del Rotary Club de Uruguay.

En el año 1957 es designado como Delegado ante la Comisión Nacional de la UNESCO, y en el año 1959 fue Ministro de Salud Pública.

Carlos Stajano falleció el 29 de mayo de 1976 en Montevideo, a los 84 años de edad, víctima de un cuadro respiratorio; su sepelio se llevó a cabo en el Cementerio Central con honores de Ministro de Estado.

LA REACCIÓN FRÉNICA EN GINECOLOGÍA

El Prof. Stajano fue un dedicado investigador del dolor abdominal desde sus primeros años académicos, a modo de ejemplo diremos que su tesis de Profesorado se tituló "El cuadro agudo de vientre", y son innumerables las publicaciones y ponencias nacionales e internacionales sobre la clínica, etiología, anatomía, fisiopatología y tratamiento del dolor abdominal.

Respecto al dolor abdominal de las afecciones ginecológicas, Stajano afirmaba que no es inusual que los procesos infecciosos

ginecológicos se presenten con dolor en hemiabdomen superior, lo que denominó *"las reacciones supracelíacas de origen anexial"*.⁵

Stajano no solo fue el primero en describir esta curiosa forma de presentación clínica, sino que fue mucho más allá, explicando las distintas formas de presentación, analizando los agentes etiológicos y postulando la fisiopatología subyacente.

Sucintamente diremos que según Stajano, las reacciones supracelíacas de origen anexial adoptan dos formas de presentación: las formas precoces (agudas) y las tardías (sub agudas o crónicas).⁵

Las formas precoces las analizó en el año 1920 en una publicación de Anales de la Facultad de Medicina que hizo junto al Prof. Pouey, denominada *"Las reacciones del peritoneo supracelíaco de origen genital. (Reacciones precoces)"*⁵ (figura 2); que se basa en el análisis clínico evolutivo de tres pacientes que debutan con un cuadro doloroso de abdomen superior: 1) en hipocondrio izquierdo simulando abscesos de la logia gastro-esplénica o pericolicitis agudas del ángulo esplénico, 2) epigástricos simulando peritonitis diafragmáticas, 3) en hipocondrio derecho simulando colecistitis, pericolecistitis o abscesos hepatofrénicos. En la evolución, el cuadro ginecológico se torna exuberante y se aclara el diagnóstico.

"El objeto de nuestra comunicación no es

*otro que el de llamar la atención sobre ciertas reacciones del peritoneo superior del abdomen, y mismo más allá, pasadas las fronteras del diafragma en pleno dominio pleural, cuyo punto de partida es la baja pelvis y cuya puerta abierta a la agresión reside en el aparato genital enfermo."*⁵ La publicación finaliza expresando *"no descartar al aparato genital como causante del cuadro, sino después del examen ginecológico"*.⁵

Otra forma de presentación de los *"cuadros supracelíacos de origen genital"*, es cuando la paciente es conocida como portadora de una patología infecciosa ginecológica, y en la evolución desarrolla el dolor en hemiabdomen superior. A este tipo de presentación clínica del dolor supracelíaco, Stajano denominó como *"La reacción frénica en ginecología"*.⁶

Este tipo de presentación clínica la publicó en Anales de la Facultad de Medicina también en el año 1920 (figura 3), esta vez como único autor, mucho más completa que la anterior, donde se explaya a propósito de las reacciones más tardías, *"como epifenómenos, dentro de un cuadro genital conocido, siendo satélites o de una anexitis generalmente incipiente con agresión peritoneal en serosa libre de adherencias y que no aísla aún al foco pelviano del resto de la cavidad, o bien de un proceso linfangítico del tejido celular."*⁶

Las reacciones del peritoneo supracelíaco de origen genital

(REACCIONES PRECOCES)

Por los doctores

ENRIQUE POUEY

y

CARLOS STAJANO

PROFESOR DE CLÍNICA GINECOLÓGICA

JEFE ADJUNTO DE LA CLÍNICA GINECOLÓGICA

Figura 2.

Carátula de la publicación en Anales de la Facultad de Medicina, Montevideo, 1920.

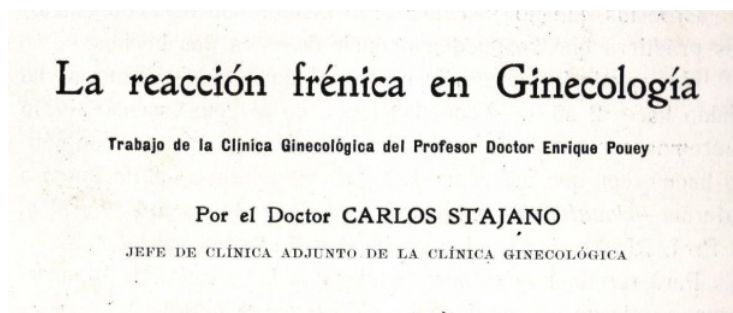


Figura 3.
Carátula de la publicación en
Anales de la Facultad de Me-
dicina, Montevideo, 1920.

En sus publicaciones, Stajano afirma que la mayoría de las veces este tipo de presentación clínica se debe a procesos infecciosos genitales (Enfermedad Inflamatoria Pélvica - EIP) secundarias al gonococo (en aquella época se desconocía que la *Chlamydia Trachomatis* era también causante de estas infecciones), o secundarias al estreptococo en procesos infecciosos que complicaban al parto, bastante frecuentes en aquella época preantibiótica (recordar que la Penicilina fue descubierta por Alexander Fleming en el año 1928).

Sobre el gonococo nos dice que suele adoptar dos formas de presentación clínica, una de mayor y otra de menor agresividad, adjudicando estas modalidades de presentación a características de virulencia del agente invasor y/o características propias del terreno del paciente. En los casos de menor agresividad, la lesión inflamatoria se extiende por vía mucosa desde el endocervix hacia el endometrio y endosalpinx, siendo frecuente que las fimbrias tubáricas inflamadas se cierran provocando un piosalpinx, o el absceso tuboovárico y/o la pelviperitonitis, donde la sintomatología se centra en la pelvis de la mujer. *"No es en estos casos, pues, que hemos visto aparecer la reacción frénica."*⁶

En otras ocasiones el gonococo adopta una modalidad más agresiva y rápidamente compromete el aparato genital, gotera parietocólica derecha, y espacio subfrénico de-

recho. En cuadros más prolongados, posteriormente se puede observar compromiso del espacio subfrénico izquierdo, producción de adherencias y colecciones supuradas. Es en estos casos cuando se observa el dolor en el hemiabdomen superior del abdomen, en un principio en hipocondrio derecho, subcostal, y en casos más evolucionados (que raramente observamos en la actualidad), en epigastrio e hipocondrio izquierdo y todo hemiabdomen superior.⁶

En el caso de la infección por estreptococo, la misma progresa predominantemente por colonización linfática provocando una linfangitis y posteriormente por transmisión hemática, lo que determina una afectación más intensa, rápida y homogénea de las terminaciones nerviosas, responsables del cuadro doloroso; asimismo, la evolución del cuadro es más prolongada y sus consecuencias habitualmente más graves. En algunos casos, el proceso no es tan agresivo y permanece como una salpingitis sub aguda o crónica, que se agudiza repentinamente, y es en estos casos cuando se puede observar una *"reacción frénica"* debida a una verdadera linfangitis subdiafragmática de origen pelviano.

De los artículos de Stajano podemos concluir que la *"reacción frénica"* es consecuencia de dos situaciones clínicas: congestión peritoneal por la *"llamada gonocócica"*, o por la inflamación de la red linfática subpe-

ritoneal subdiafragmática del estreptococo. *"He aquí los dos tipos de infección que vemos en las salas de ginecología provocadoras de la reacción frénica a distancia."*⁶

Stajano advierte que estos cuadros clínicos, por la localización del dolor, se prestaban a diagnósticos erróneos de colecistitis, pericolecistitis, abscesos subfrénicos, neumonías basales (cuando se localizaban a derecha); pericolicitis del ángulo izquierdo o procesos supurados periesplénicos (si lo hacían a izquierda), pero en realidad obedecían a procesos infecciosos ginecológicos de etiología gonocócica, estreptocócica o combinada, y que solamente se sospechaba la etiología ginecológica cuando se practicaba el examen genital precozmente y se seguía una conducta expectante.⁵⁻⁸

A propósito del motivo por el cual el dolor se encuentra en el hemiabdomen superior, y no en el abdomen medio, Stajano explica que las terminaciones nerviosas vegetativas y sensoriales en el hemiabdomen superior se caracterizan por la escasez de tejido celular subyacente por lo que el proceso inflamatorio rápidamente activa a los receptores dolorosos peritoneales, mientras que en el nivel medio de la cavidad peritoneal las vías nerviosas atraviesan las fibras musculares y terminan en un tejido conjuntivo y celular más espeso, lo que las ubica más alejadas de la superficie peritoneal. Es por ello que el dolor se manifiesta más precozmente y con mayor intensidad en el hemiabdomen superior.⁶⁻⁸

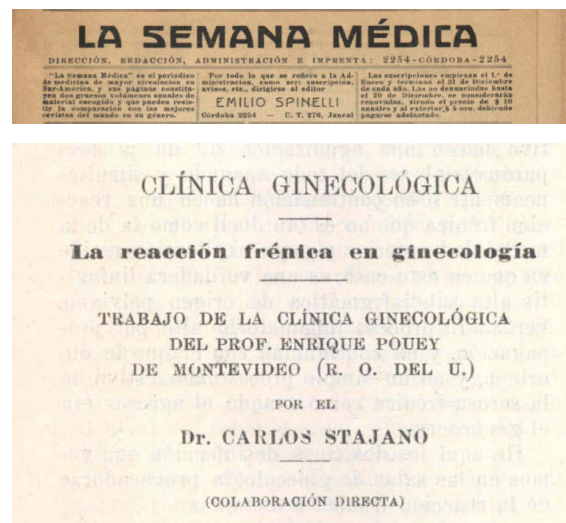
En ambos casos de presentación de la *"reacción frénica"*, cuando el peritoneo es inflamado, se presenta dolor en hipocondrio derecho, especialmente por debajo del rebordo costal, que aumenta con la inspiración, lo que hace que la respiración se vuelva rápida y superficial, acompañada ocasionalmen-

te de tos e hipo rebelde. Se puede irradiar a los puntos frénicos medios, de ubicación paraesternal o superiores, con una localización inter-escalénica. También puede observarse homalgia e irradiación a la cara interna del brazo del mismo lado. No es infrecuente la defensa muscular de la pared anterior del abdomen en el hemiabdomen superior, la disminución del peristaltismo, el abombamiento de la zona, al igual que síntomas pleurales o de las bases pulmonares, pudiendo llegar a observarse derrames pleurales o pericárdicos. Estos elementos pueden presentarse precozmente, para luego disminuir y desaparecer con relativa rapidez, para instalarse en la pelvis, o bien dar lugar a un *"balanceo"* entre los hipocondrios y la pelvis, según las alternativas de empuje y acalmia.⁵⁻⁸

Los exámenes paraclínicos muestran rasgos inflamatorios inespecíficos, paralelos a la evolución de la sintomatología; lo mismo ocurre con la temperatura y el pulso.⁶

Luego de las dos publicaciones comen-

Figura 4.
Carátula de la publicación en
La Semana Médica, Buenos Aires, 1920.



tadas en Anales de la Facultad de Medicina, Stajano publica posteriormente también en el año 1920, en la Revista "La Semana Médica" de Buenos Aires su trabajo "*La reacción frénica en ginecología*"⁹ (figura 4), y dos años después en la revista francesa "Gynécologie et Obstétrique" el trabajo "*Reaction phrénique et infection genitale*"¹⁰, con amplia difusión en el mundo académico europeo.

Estas publicaciones trascendieron en el mundo académico latino, pero lamentablemente no lo hicieron más allá con la suficiente fuerza. Deberán comprender que las comunicaciones de la literatura científica no eran como ahora, y en el mundo occidental existían por aquella época tres corrientes en la medicina, la francesa, la anglosajona y la alemana, con una incierta e infrecuente comunicación entre ellas.

Si bien el concepto anterior es válido, creemos pertinente informar, que existían algunos esfuerzos de divulgación de material científico, con resultados ambiguos. Dadas las dificultades de acceso a la bibliografía que imperaba en la primera mitad del si-

glo pasado, a la cual nos hemos referido en el párrafo anterior, las principales editoriales médicas publicaban regularmente "traducciones y resúmenes" de trabajos científicos publicados en el exterior. Dos de las más solicitadas en Estados Unidos de Norteamérica era la que correspondía al "*Journal de la American Medical Association*" (actualmente JAMA), y la del "*American Journal of Obstetrics and Gynecology*".

Precisamente ambas editoriales publicaron resúmenes del trabajo de Stajano, de la publicación realizada en "La Semana Médica"¹¹, y de la de "*Gynécologie et Obstétrique*"¹², a las cuales pudimos acceder.

La primera corresponde al "*Current Medical Literature*" del año 1921, que era el "*Journal*" de la "*American Medical Association*". La publicación de marzo de 1921, incluye un resumen del artículo de Stajano publicado en la Semana Médica.¹¹

En el año 1923 la "*American Journal of Obstetrics and Gynecology*" publica un resumen de la publicación francesa de Stajano.¹²

Diez años más tarde que la publicación

childhood. In one man with a history of gastralgia for twenty years, a single injection of mercury cured the pain in one hour. A few other injections were given later and he has had no return of his gastralgia.

Nov. 27, 1920, 34, No. 48

*Action of Temperature on Rapidity of Formation of Experimental Edema. M. Osorio de Almeida.—p. 789.
*Medicolegal Tests of Spots of Vernix Caseosa. O. Freire and F. Favero.—p. 790.
Case of Vernet's Syndrome. P. Mongabeira Albernaz.—p. 792.

Temperature and Experimental Edema.—Experiments on frogs showed that the induced edema developed much more rapidly when the limb was placed in hot than in cold water.

Medicolegal Test for Vernix Caseosa.—The greasy spot is dissolved with xylol and is then stained with iodine, or a phenolized iodized xylol can be used. Ether or benzene are less effectual than the xylol.

Dec. 11, 1920, 34, No. 50

Involution Psychoses. H. Roxo.—p. 821.
Leeches as Intermediate Hosts of Trematodes. C. Pinto.—p. 824.
Case of Anarthritis. Teixeira Mendes and Gonçalves Guerra.—p. 825.

Dec. 18, 1920, 34, No. 51

Present Status of Tuberculosis. O. Clark.—p. 827.
Present Status of Cancer. A. F. da Costa Junior.—p. 842.

Dec. 25, 1920, 34, No. 52

Surgical Treatment of Strabismus. G. de Andrade.—p. 859.
*Primary Chancre on Chin. T. de Almeida.—p. 864.

Extragenital Syphilitic Chancre.—De Almeida gives an illustrated description of a case of a large ulceration on the chin, containing *Spirochaeta pallida*. The man of 30 was in the habit of being shaved at a certain barber shop, and de Almeida examined the barber, but found no signs of syphilis. He tabulates the extragenital primary chancres that have been recorded at Rio and by Fournier and Gaucher at Paris. At Rio the total number at three separate clinics is 163, but the list includes only three in the shaving area. In the total number of extragenital primary lesions at Rio, all efforts to trace the infection to its source were unavailing in 50 per cent. of the cases. The rarity of barber's chancre is evidently due to the inability of the syphilitic to stand exposure to the air and light or the action of soap. He quotes Metchnikoff to the

Semana Médica, Buenos Aires

Aug. 19, 1920, 27, No. 34

*Hernia of Large Intestine. A. G. Gallo.—p. 233.
*Phrenic Reaction in Gynecology. C. Stajano.—p. 243.
*Diagnosis of Incipient Tuberculosis. C. Citrino.—p. 248.

Hernia of the Large Intestine.—Gallo illustrates his communication with thirteen reproductions of various types of hernia, and recalls that every hernia has a complete sac. The movability of the intestine is the main factor. Adhesions that are not of fibrous nature are of ontogenous origin.

The Phrenic Reaction in Gynecology.—Stajano applies this term to reactions in the upper abdomen with disease in the female internal genital organs. He never encountered an actual subphrenic abscess but congestion and lymphangitis are common, and are liable to prove misleading. Some typical cases are related. There is spontaneous pain and tenderness along the costal arch on one or both sides, with special intensity at the inferior phrenic point, the diaphragmatic point. The pain here is increased by forced inspiration, the sharp pain simulating that from an inflamed gallbladder. There may be pain along the entire costal arch on one side, half encircling the chest, radiating to the shoulder and the inner part of the arm on the same side, in both gonococcus and puerperal cases.

Diagnosis of Tuberculosis.—Citrino concludes his study of this subject with the statement that no sign is reliable except a daily persisting temperature above normal. This is enough, he says, to establish the presence of tuberculosis when all other causes can be excluded.

Siglo Médico, Madrid

Nov. 13, 1920, 67, No. 3492

*Paralysis Agitans and Neuropathies. G. Rodríguez Lafora.—p. 857.
Surgery of the Prostate. R. Mollá.—p. 859. Conc'n in No. 3494, p. 902.

Nov. 20, 1920, 67, No. 3493

Lethargic Encephalitis. R. del Valle y Altahalde.—p. 877.

Hydatid Cyst in Lung. F. Rico.—p. 880.

Nov. 27, 1920, 67, No. 3494

Epidemic Encephalitis, Chorea and Paralysis Agitans. E. Fernández Sanz.—p. 897.
Nevi and Their Treatment. Sicilia.—p. 901.
Surgery of the Prostate. R. Mollá.—p. 902. Conc'n.

Figura 5.
Facsímil de "Current Medical Literature" del Journal de la American Medical Association, del año 1921.

original en Anales de la Facultad de Medicina, precisamente en el año 1930, el Dr. Arthur Hale Curtis (1881-1955) publicó sobre la frecuente coexistencia de salpingitis gonocócica y adherencias en “cuerda de violín” entre la superficie anterior del hígado y la pared abdominal anterior, descubiertas en una laparotomía en pacientes con síntomas atípicos de la vesícula biliar, condiciones que indican, presumiblemente, una perihepatitis crónica, cicatrizante o curada. *“Las adherencias extensas entre la superficie anterior del hígado y la pared abdominal anterior, característicamente del tipo de cuerda de violín, se encuentran frecuentemente en pacientes operados para aliviar el dolor pélvico secundario a la enfermedad gonorreica de las trompas, pero parecería que la enfermedad gonorreica no se limita tan invariablemente a la pelvis como se ha supuesto hasta ahora. Las pacientes con síntomas sugestivos de enfermedad de la vesícula biliar o pleuresía pueden sufrir adherencias de la pared abdominal y del hígado que complican una infección por gonorrea pélvica.”*¹³

Unos pocos años más tarde, el Dr. Thomas Fitz-Hugh Jr. (1894 – 1963) publicó en el año 1934 los casos de 3 mujeres que presentaban dolor en el hipocondrio derecho por adherencias entre el hígado y la pared abdominal, que atribuyó a una peritonitis gonocócica aguda. *“Después de meditar toda la noche, decidimos que lo que habíamos visto era probablemente la etapa aguda del proceso descrito en su forma crónica por Curtis. En consecuencia, se hicieron frotis del tracto de drenaje y pronto fuimos recompensados con el hallazgo de una hermosa propagación de diplococos intracelulares gramnegativos típicos con forma de galleta.”*¹³

Fitz-Hugh describió algunos de los hallazgos clínicos pertinentes: *“La pared abdominal anterior por debajo del borde costal dere-*

*cho es rígida y muy sensible. Puede escucharse fácilmente un tipo de crujido por fricción similar a pisar nieve nueva sobre esta área de la pared abdominal, al menos durante la etapa de disminución del proceso agudo...”*¹⁴ También resumió los hallazgos clínicos y patológicos: *“en tres casos de lo que se cree que es una peritonitis gonocócica aguda del cuadrante superior derecho en mujeres jóvenes, las características clínicas y patológicas son lo suficientemente distintas y uniformes para justificar la creencia de que el diagnóstico a veces se puede hacer sin gran dificultad. Estos casos, que representan la etapa aguda, ayudan a completar el cuadro de la condición cuya etapa final ha sido descrita por Curtis como adherencias en “cuerda de violín” entre la superficie anterior del hígado y la pared abdominal anterior que ocurren en mujeres con salpingitis gonorreica o antecedentes previos de esa afección.”*¹⁵

Mucho más acá en el tiempo, en el año 1978, Müller describió la frecuente ocurrencia en los que se aislaba *Chlamydia trachomatis* del líquido peritoneal en estos casos clínicos¹⁶, en 1986 Lopez-Zeno vincula a este germen como el agente más frecuentemente implicado¹⁷, y en 2003 Sharma y cols. publican tres casos como resultado de tuberculosis genital.¹⁸

Observando la cronología de los hechos relatados, podríamos afirmar que Stajano describe el cuadro clínico de dolor en hipocondrio derecho secundario a un proceso infeccioso ginecológico, Curtis y Fitz-Hugh asocian a este cuadro las adherencias en “cuerda de violín” entre el hígado y el diafragma y la vinculación preferentemente a la gonococia, y posteriormente Müller y Lopez-Zeno destacan la participación de la *Chlamydia* como principal agente etiológico.

Visto desde esta perspectiva, pensamos que el cuadro clínico debería ser denomina-

Figura 6.

Facsímil de publicaciones de la época, con alusiones al Síndrome de Stajano.

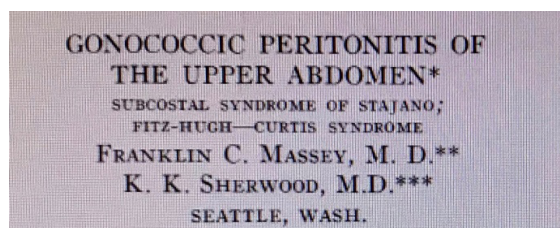


GONOCOCCIC PERITONITIS OF THE UPPER PART OF THE ABDOMEN IN YOUNG WOMEN
(Phrenic Reaction, or Subcostal Syndrome of Stajano; Fitz-Hugh-Curtis Syndrome)
Report of Cases of Three Patients Treated Successfully with Penicillin and a Summary of the Literature
MALCOLM M. STANLEY, M.D.
BOSTON

OBSERVATIONS CLINIQUES

LE SYNDROME DE STAJANO-FITZ HUGH

PAR
G. HOFFMANN *
ASSISTANT LIBRE
ET
A. VAN WIEN *
ASSISTANT



Revista Clínica
Española

Vol. 47. Núm. 3.
páginas 184-187 (Noviembre 1952)

CASO DE SINDROME DE STAJANO

A. BUYLEA ACEVEDO *, M. CUETO GUIASOLA *

do como "síndrome de Stajano, Ftiz-Hugh y Curtis".

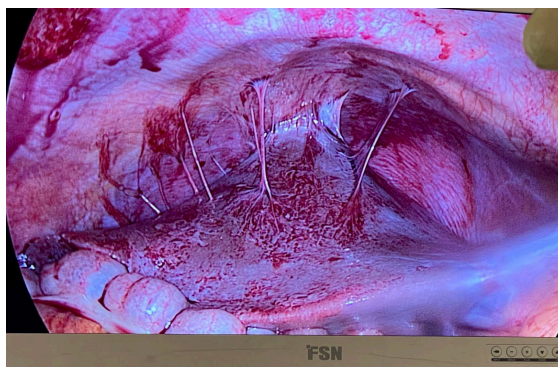
Gratamente, hemos observado que en la mayoría de las publicaciones actuales sobre esta presentación clínica, se suele reconocer que Stajano fue quien primero describió esta presentación clínica, inclusive hemos constatado que en la bibliografía de aquella época, se suele denominar como "síndrome de Stajano-Fitz Hugh-Curtis".¹⁹⁻²⁵

EL SÍNDROME DE STAJANO, FITZ-HUGH, CURTIS

El síndrome de Stajano, Fitz-Hugh, Curtis es una rara manifestación extrapélvica de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), caracterizada por dolor en hipocondrio derecho y la presencia de adherencias en forma de "cuerdas de violín" entre la cápsula de Glisson, diafragma y la pared anterior abdominal.²⁶ (Figura 7).

Figura 7.

Imagen cedida por el Dr. Gonzalo Sotero, donde se observa durante una laparoscopia abdominal las adherencias en cuerda de violín.



El agente etiológico más frecuente es *Chlamydia trachomatis*, y luego *Neisseria gonorrhoeae*.²⁶

Una característica típica del síndrome es que la sintomatología ginecológica (pélvica) puede no estar presente, siendo el dolor agudo en cuadrante superior derecho lo que domina el cuadro clínico. Si bien la sintomatología ginecológica suele estar ausente, es raro que no se manifieste de alguna manera ante el examen ginecológico, tanto ante la especuloscopia (cervicitis, flujo), o ante el examen bimanual (dolor a la palpación uterina, movilización del cuello uterino, anxial, o en el fondo de saco de Douglas).²⁶

Ocasionalmente, el cuadro de dolor en hi-

pocondrio derecho se acompaña con malestar general, náuseas, vómitos, escalofríos, fiebre de predominio nocturno y cefaleas.²⁶

Dado que muchas veces el cuadro clínico se caracteriza por el dolor en hipocondrio derecho en ausencia de sintomatología pelviana, con náuseas y vómitos, se suele atribuir a afectación del tracto hepatobiliar o neumonía basal derecha, incitando al error diagnóstico.²⁶

El mecanismo por el cual los gérmenes ascienden hasta el hipocondrio derecho fue explicado ampliamente por Stajano.⁶⁻⁸ El proceso inflamatorio asciende desde el endocervix, endometrio y endosalpinx para llegar al peritoneo pelviano. Desde allí asciende por la gotera parietocólica derecha hasta el espacio subfrénico como resultado principalmente del movimiento de los fluidos peritoneales motivados por los cambios de presión intraabdominal secundarios a los esfuerzos inspiratorios y espiratorios. Se ha evidenciado que la presencia de este fluido peritoneal puede variar en condiciones normales, entre 1 y 21 cc (promedio 8,7 cc), y baña a todos los órganos abdominopélvicos, e incluso puede entrar al lumen de las trompas de Falopio.²⁷ Estos hallazgos confirman que es posible el transporte de gérmenes desde una infección genital hacia el abdomen superior.

Posteriormente, el proceso inflamatorio en la superficie hepática, genera las adherencias en "cuerda de violín", características de la fase crónica. Estas adherencias pueden ser causa de dolor abdominal crónico, y deben ser especialmente sospechadas si se localiza en el hipocondrio derecho, y más aún si se asocia a dolor pélvico crónico o antecedente de EIP.²⁸

Si bien es una patología típicamente femenina, se han descrito casos excepcionales

en varones, siendo el primer caso de perihepatitis gonocócica masculina publicado en 1970 por Kimball y Knee.²⁹ En estos casos la patogénesis se ajustaría a otro mecanismo alternativo para la difusión de bacterias hasta la superficie hepática, como sería la diseminación hematógena y linfática.

El síndrome de Stajano, Fitz-Hugh, Curtis ocasionalmente puede cursar con síntomas típicos de la EIP: dolor en hipogastrio, dispareunia, leucorrea maloliente, sangrado anormal (intermenstrual, postcoital), fiebre y disuria.²⁶ En una revisión llevada a cabo por You et al. se informa que el síntoma más frecuente fue el dolor en hipocondrio derecho (71%), y posteriormente dolor en hipogastrio (6,1%), dolor en flanco derecho (4,9%) y dolor pleurítico (1,2%).³⁰

PARACLÍNICA

La paraclínica es la frecuente de las EIP, es decir, leucocitosis con neutrofilia en la mitad de los pacientes, elevación de la proteína C reactiva (PCR) y de la velocidad de sedimentación eritrocitaria (VES). La determinación de anticuerpos frente a *Chlamydia* y *Neisseria gonorrhoeae* puede ser de ayuda, mientras que el cultivo de *Chlamydia* es complejo y costoso por lo que no solemos solicitarlo.

Las enzimas hepáticas y bilirrubinas suelen ser normales, o levemente aumentadas.³¹

Cuando se realiza una resonancia magnética nuclear o una tomografía axial computarizada con contraste se observa un realce de la superficie anterior hepática secundaria al incremento de flujo sanguíneo causado por el proceso inflamatorio, y también se puede observar las adherencias en "cuerdas de violín", entre la superficie hepática y el diafragma y/o pared abdominal.³²⁻³⁴

DIAGNÓSTICO

La sospecha diagnóstica es clínica, observando a una paciente en edad reproductiva con dolor inespecífico en hipocondrio derecho, con historia clínica de EIP aguda y más frecuentemente subaguda o crónica. Clásicamente estas pacientes no manifiestan sintomatología genital, pero al realizar el examen pelviano se evidencia dolor a la palpación uterina, a la movilización del cuello uterino, en el área anexial, y/o en el fondo de saco de Douglas.

El *gold standard* es la visión directa de las adherencias entre cápsula hepática, diafragma y pared abdominal en forma de “cuerdas de violín”, mediante técnicas invasivas como laparoscopia o laparotomía.²⁶

También es relativamente frecuente que la visualización de las adherencias en “cuerdas de violín” sea un hallazgo laparoscópico, en una paciente sin sintomatología que la sospechara. Tulandi y Falcone publicaron que en el 4,7 % de las laparoscopías realizadas a mujeres por patología ginecológica benigna, se pueden encontrar adherencias en “cuerda de violín” en la superficie hepática, lo que concuerda con lo publicado en otras revisiones.^{35,36} y es posible que esta frecuencia sea un poco más alta en las adolescentes ya que se ha encontrado evidencia de perihepatitis en 27 % de las pacientes con salpingitis³⁷, y lo mismo podría suceder en mujeres con esterilidad.³⁸

Por este motivo, en mujeres a las que se les realiza cirugía abdominopélvica, durante la exploración abdominal, se recomienda observar el espacio hepato-frénico, y de presentar adherencias en cuerdas de violín se recomienda realizar la adhesiolisis, lo que no aumenta el tiempo operatorio significativamente ni las complicaciones³⁹, y suele mejorar la sintomatología y evitaría la complica-

ción derivada de un hemoperitoneo por desgarramiento de las adherencias de la cápsula hepática tras un traumatismo abdominal.⁴⁰

Si no se realiza la lisis, se debe dejar constancia de la presencia de estas adherencias y advertir a la paciente, para no confundir el dolor de hipocondrio derecho con enfermedad biliar aguda.^{41,42} Aunque más infrecuente, también existen publicaciones de casos de obstrucción intestinal debido a estas adherencias.^{43,44}

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en indicar antibióticos y adhesiolisis.

La adhesiolisis se sugiere realizarla mediante laparoscopia y en estos casos debe prestarse mucha atención a la hemostasis, ya que al caer la presión abdominal al liberar el neumoperitoneo pueden comenzar a sangrar.⁴⁵

El tratamiento antibiótico es el mismo aconsejado en las EIP, a modo de ejemplo indicamos los sugeridos por el MSP de Uruguay.⁴⁶

Ambulatorio:

De elección: ceftriaxona 500 mg i.m. 1 dosis, seguido por 14 días de doxiciclina 100 mg c/12 hs + metronidazol 500 mg c/12 hs v.o.

Alternativo: 14 días: levofloxacina 500 mg día v.o. + metronidazol 500 mg c/12 hs v.o. + azitromicina 2 g semanal v.o.

Alternativo: 14 días: ceftriaxona 500 mg i.m. 1 dosis + azitromicina 2 g semanal v.o. 2 dosis + metronidazol 500 mg c/12 hs v.o.

Tratamiento en hospitalización:

De elección: 5 – 7 días: ceftriaxona 2 g i.v. día + 14 días de doxiciclina 100 mg c/12 hs v.o. + metronidazol 500 mg c/8 hs i.v. o v.o.

Alternativo: 7 – 14 días: ampicilina-sulbactam 3 g c/6 hs i.v. (pasando a v.o. según evolución) + doxiciclina 100 mg c/12 hs v.o., + Azitromicina 2 g v.o. 1 dosis

Alternativo: 7 – 14 días: clindamicina 600 mg c/6 hs IV + gentamicina 2 g i.v. dosis carga, 1.5 mg/kg c/8 hs i.v. + azitromicina 500 mg v.o. día.

CONCLUSIONES

El Prof. Stajano fue un destacado cirujano y ginecólogo uruguayo con una intensa y comprometida actividad social, política, cultural y académica. Sus investigaciones, publicaciones y ponencias nacionales e internacionales a propósito de los temas médicos, son incontables y de enorme relevancia y reconocimiento en el orbe académico.

En el año 1920 publica distintas formas de presentación de las infecciones genitales de la mujer, caracterizadas por dolor en hipocondrio superior y escasa sintomatología pelviana la que solo se hace evidente ante un examen ginecológico minucioso. Dentro de estas modalidades clínicas, destaca la que sucede en cuadros subagudos o crónicos, caracterizada por dolor en hipocondrio derecho, secundaria a infección de gonococo o estreptococo. A esta forma de presentación, la denominó “la reacción frénica en ginecología”, y es la primera mención a esta forma clínica de presentación de los cuadros infecciosos ginecológicos.

Diez años después, el Dr. Arthur Curtis publica su hallazgo de mujeres con coexistencia de salpingitis gonocócica y adherencias en “cuerda de violín” entre la superficie anterior del hígado y la pared abdominal anterior. Cuatro años más tarde, Thomas Fitz-Hugh Jr. publicó los casos de 3 mujeres que presentaban dolor en el hipocondrio dere-

cho por adherencias entre el hígado y la pared abdominal, que atribuyó a una peritonitis gonocócica aguda. En el año 1978 Müller describió un aumento progresivo en el número de casos en los que se aislaba *Chlamydia trachomatis* del líquido peritoneal en estos casos clínicos y en 1986 Lopez-Zeno vincula a este germen como el agente más frecuentemente implicado.

Observando la cronología de los hechos relatados, podríamos afirmar que Stajano describe el cuadro clínico de dolor en hipocondrio derecho secundario a un proceso infeccioso ginecológico, Curtis y Fitz-Hugh asocian a este cuadro las adherencias en “cuerda de violín” entre el hígado y el diafragma y la vinculación preferentemente a la gonococia, y posteriormente Müller y Lopez-Zeno destacan la participación de la Chlamydia como principal agente etiológico.

Vista esta secuencia de acontecimientos, nos parece adecuado destacar que el Dr. Stajano fue el pionero en describir y alertar a la comunidad internacional sobre esta presentación clínica, e insistir que el síndrome se denomine de “Stajano, Fitz-Hugh y Curtis”.

Declaración de conflictos de interés

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

La editora, Dra. Natalia Pérez, aprobó la publicación de este artículo.

Bibliografía

1. Pou Ferrari R, Pons J. Historia de la Ginecología y la Obstetricia en el Uruguay. Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2012;50(1):1-98 número especial Aniversario.
2. Pou Ferrari R. El Profesor Enrique Pouey y su época. Ed Plus Ultra. Montevideo. 2011;371-377.
3. Suiffet W. Carlos Stajano 1891-1976. Boletín Noticias del SMU, No 29, de noviembre-diciembre 1987;22.

4. Varela N. Maestros de la Cirugía Uruguaya: Prof. Emérito Dr. Carlos Stajano (1891–1976). *Revista de la Cirugía del Uruguay*. 1976;46(5): 345-6.
5. Pouey E, Stajano C. Las reacciones del peritoneo supracelíaco en ginecología, *Anales Facultad Medicina*. 1920;5:202.
6. Stajano C. La reacción frénica en ginecología e interpretación fisiológica. *Anales Facultad Medicina*. Nov. 1920;5:722.
7. Stajano C. Las leyes del dolor visceral. *Soca año II*. 1930. N°17.
8. Stajano C. Fisiopatología clínica del dolor en ginecología. *Soca año II*, 1931;18:11-22.
9. Stajano C. La reacción frénica en ginecología. *Semana Médica* (Buenos Aires), 1920;27:243-8.
10. Stajano C. Reaction phrénique et infection genitale. *Gynecologie et Obstétrique*, París, 1922;1:42-8.
11. "Semana Médica, Buenos Aires. Phrenic reaction in gynecology. C Stajano." *Current Medical Literature*. Jour. A.M.A. March 5, 1921;76(10):690.
12. Adair F. "Diaphragmatic reaction in Genital infection: Stajano C: *Gynecologie te Obstetrique*, 1922, VI, 44". *Amer Jour Obstet & Gynecol*. 1923;6(4):508.
13. Curtis AH. A cause of adhesions in the right upper quadrant. *JAMA*. 1930;94(16):1221-2.
14. Fitz-Hugh T Jr. Acute gonococcic peritonitis of the right upper quadrant in women. *JAMA*. 1934;102(25):2094-6.
15. Fitz-Hugh T Jr. Acute gonococcic perihepatitis – a new syndrome of right upper quadrant abdominal pain in young women. *Review of gastroenterology*. 1936;3:125-31.
16. Müller J, Wang S, Munzinger J, et al. Chlamydia trachomatis as a possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. *Br Med J*. 1978;1:1002-4.
17. Lopez-Zeno JA, Keith LG, Berger GS. The Fitz-Hugh-Curtis syndrome revisited. Changing perspectives after half a century. *J Reprod Med*. 1985;30:567-82.
18. Sharma JB, Malhotra M, Arora R. Fitz-Hugh-Curtis syndrome as a result of genital tuberculosis: a report of three cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(3):295-7.
19. Ribeiro B. O sindroma subcostal agudo de Stajano. *Bol Sanatorio San Lucas*. 1941;3(4):56-61.
20. Stanley MM. Gonococcic peritonitis of the upper part of abdomen in young women; (phrenic reaction, or subcostal syndrome of Stajano; Fitz-Hugh-Curtis syndrome); report of cases of three patients treated successfully with penicillin and a summary of the literature. *Arch Intern Med (Chic)*. 1946;78:1-3.
21. Hoffmann G, Van Wien A, De Heinzelin de Braucourt. Le Syndrome De Stajano-Fitz Hugh, *Acta Clinica Belgica*. 1948;3(6):549-56.
22. Massey FC, Sherwood KK. Gonococcic peritonitis of the upper abdomen; subcostal syndrome of Stajano; Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *Northwest Med*. 1949 May;48(5):332.
23. Guicovsky S. Sobre un caso de Síndrome de Stajano. *Día Med*. 1950;19;22(32):1282-4.
24. Buylla A, Cueto M. A propósito de un caso de Síndrome de Stajano. *Rev Clin Española*. 1952;47(3):184-7.
25. Beaumont L. Stajano Fitz Hugh Curtis Syndrome. *Union Med. Can*. 1973;102(6):1311-3.
26. Gómez A, Parras F, Quesada MN, Troncoso AC, Sánchez JJ, Cerrillos JC, et al. Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis como causa de dolor agudo en hipocondrio derecho en paciente en edad fértil. *Prog Obstet Ginecol*. 2018;61(6):594-8.
27. Hunter RH, Cicinelli E, Einer-Jensen N. Peritoneal fluid as an unrecognized vector between female reproductive tissues. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(3):260-5.
28. Peter NG, Clark LR, Jaeger JR. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: a diagnosis to consider in women with right upper quadrant pain. *Cleve Clin Med*. 2004;71(3):233-9.
29. Kimball MW, Knee S. Gonococcal perihepatitis in a male. The Fitz-Hugh-Curtis síndrome. *The New England Journal of Medicine*. 1970;282(19):1082-4.
30. You JS, Kim MJ, Chung HS, Chung YE, Park I, Chung SP, Kim S, Lee HS. Clinical features of fitz-Hugh-curtis syndrome in the emergency department. *Yonsei Med J*. 2012;53:753-8.
31. Kornfeld SJ, Worthington MG. Culture-proved Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 1981;139:106-7.
32. Cho HJ, Kim HK, Suh JH, Lee GJ, Shim JC, Kim YH. Fitz-Hugh Curtis syndrome: CT findings of three cases. *Emerg Radiol*. 2008;15:43-6.
33. Wang CL, Guo XJ, Yuan ZD, Shi Q, Hu XH, Fang L. Radiologic diagnosis of Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *Chin Med J (Engl)* 2009;122:741-4.
34. Kane B, Gibson K. Clinical image: Perihepatitis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2010;62:836.
35. Tulandi T, Falcone T. Incidental liver abnormalities at laparoscopy for benign gynecologic conditions. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1998;5(4):403-6.
36. Ricci P, Lema R, Solá V, et al. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: Three cases of incidental diagnosis during laparoscopy. *J Obstet Gynaecol*. 2008;28(3):352-354.
37. Litt IF, Cohen MI. Perihepatitis associated with salpingitis in adolescents. *JAMA*. 1978;240:1253-4.

38. Godinjak Z, Idrizbegovic E. Should diagnostic hysteroscopy be a routine procedure during diagnostic laparoscopy in infertile women? Bosn J Basic Med Sci. 2008;8(1):44-7.
39. Palade R, Vasile D, Grigoriu M, Voiculescu D. The Fitz-Hugh-Curtis síndrome in laparoscopic surgery. Chirurgia (Bucuru). 2002;97(6):557-61.
40. Foster HM. Haemoperitoneum: An unusual complication of Fitz-Hugh Curtis syndrome. Aust N Z J Surg. 1998;58(4):342-3.
41. Woo SY, Kim Ji, Cheung DY, Cho SH, Park SH, Han JY, Kim JK. Clinical outcome of Fitz-Hugh-Curtis syndrome mimicking acute biliary disease. World J Gastroenterol. 2008;14(45):6975-80.
42. Piscaglia F, Vidili G, Ugolini G, Ramini R, Montroni I, De Iaco P, et al. Fitz-Hugh-Curtis mimicking acute cholecystitis: value of new ultrasound findings in the differential diagnosis. Ultraschall Med. 2005;26(3):227-9.
43. Burton E, McKeating J, Stahlfeld K. Laparoscopic management of a small bowel obstruction of unknown cause. JSLS 2008;12(3):299-302.
44. Abul-Khoudoud OR, Khabbaz AY, Butcher CH, Farha MJ. Mechanical partial bowel obstruction in a patient with Fitz-Hugh-Curtis syndrome. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2001;11(2):111-4.
45. Rogers RG, Monahan EG. Postoperative hemorrhage due to avulsion of perihepatic adhesions after pneumoperitoneum. J Am Assoc Gynecol Laparosc.1996;3(4):631-3.
44. Recomendaciones de diagnóstico, tratamiento y vigilancia de las infecciones de transmisión sexual. MSP. Uruguay, 2016.

Lenzetto®

1,53 mg Estradiol

Nuevo e innovador pulverizador transdérmico para la Terapia Hormonal en la Menopausia



Vía de administración transdérmica



Precisión de la dosis individualizada



Diseño único en pulverizador



Se seca en menos de 2 minutos



Tras la aplicación del fármaco el área se puede lavar después de 1 hora



Aplicación localizada invisible



La aplicación del fármaco deja un área limpia y seca



GEDEON RICHTER
La salud es nuestra misión

LEN 062019 GR-MP_URUGUAY



Calidad europea al alcance de sus manos

Laboratorio Tresul S.A.

Av. Centenario 2989 | TeleFax: 2487 4108 - 2486 3683 - 2486 3747 | tresul@adinet.com.uy | www.tresul.com