



Nota clínica

Hematoma suprarrenal unilateral espontáneo

A. Córdoba López, I. Bueno Álvarez-Arenas*, J. Monterrubio Villar, G. Corcho Sánchez

UNIDAD DE CIUDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL DE DON BENITO-VILLANUEVA. BADAJOZ.

RESUMEN

La aparición de hematomas suprarrenales espontáneos en el adulto es un hecho excepcional, aún más si son de localización unilateral, siendo habitualmente el diagnóstico post-mortem. Aunque aparentemente puede ocurrir sin relación con factores predisponentes. Existen más descripciones de hematomas secundarios a diversas patologías. Se describe un caso de un hematoma suprarrenal unilateral espontáneo, revisando los factores etiológicos relacionados con el desarrollo de esta afección sus manifestaciones clínicas y diagnóstico.

Palabras clave: Hematoma suprarrenal.

ABSTRACT

Spontaneous unilateral adrenal haematoma

Spontaneous adrenal haematomas in the adult are exceptional and even more so when unilateral, the diagnosis being mainly established *post mortem*. Even though adrenal haematomas may occur without any relation to predisposing factors, descriptions of such haematomas secondary to various conditions are rather more frequent. We report one case of spontaneous unilateral adrenal haematoma; the aetiological factors related to the development of this condition are reviewed, together with the clinical manifestations and the diagnostic procedure.

Key Words: Adrenal haematoma.

INTRODUCCIÓN

Conocidas desde hace tiempo (ya en 1900 fueron descritas por Arnaud), las hemorragias de las glándulas suprarrenales son lesiones poco descritas en la literatura. En la mayoría de los casos se ha asociado con el estrés producido por la sepsis, la cirugía, quemaduras, trauma, complicaciones post-parto o durante el embarazo. Sin embargo la hemorragia adrenal también puede ocurrir sin factor predisponente asociado alguno.

La hemorragia adrenal espontánea en el adulto puede afectar a una o a ambas glándulas. Rara vez se diagnostica clínicamente y casi siempre se hace durante la realización de la autopsia (en el 1,1% de los pacientes se ha hallado hemorragia focal o difusa, pero macroscópicamente sólo se ha determinado en el 0,15% de una serie de 21.000 autopsias¹). La hemorragia queda usualmente confinada a la propia glándula o llega a afectar a los tejidos adyacentes, pudiendo ser ocasionalmente masiva².

Presentamos el caso de un paciente que presentó un cuadro de hemorragia suprarrenal unilateral, espontánea, con buena evolución posterior.

CASO CLÍNICO

Varón de 58 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial y EPOC, en tratamiento con IECAs y tiazidas, que ingresa en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital por cuadro de descompensación respiratoria con intenso broncoespasmo. Presentaba fiebre de hasta 38,5°C, taquipnea (35 respiraciones por minuto), taquicardia sinusal (130 l.p.m.) y en la auscultación pulmonar sibilancias espiratorias y crepitanes gruesos en la base del hemitórax izquierdo. Entre las pruebas complementarias su gasometría arterial con O₂ suplementario era de pH 7,46, PCO₂, 36 mmHg, PO₂ 49 mmHg, bicarbonato de 26 mmol/l, y SATO₂ del 86%, leucocitos de (90% de PMN) y en la radiografía de tórax imagen de consolidación alveolar en la base del hemitórax izquierdo.

Con el tratamiento instaurado (broncodilatadores y corticoides parenterales -40 mg de metilprednisolona intravenosa cada 6 horas-, oxigenoterapia y antibioterapia empírica con macrólido) presentó buena evolución inicial comenzando a los 3 días de su ingreso con dolor abdominal intenso localizado en hipocondrio derecho y marcada tendencia a la hipotensión arterial que respondía a la expansión de volumen. Ante los

Correspondencia: Alberto Córdoba López.
Avda. Alonso Martín nº 7, 1º portal, 4º A.
06400 Don Benito. Badajoz

Fecha de recepción: 8-4-2003
Fecha de aceptación: 18-10-2004

hallazgos clínicos se procede a realización de ecografía abdominal y, al no ser esta concluyente, tomografía axial computarizada (TAC) abdominal que mostró la existencia de un cálculo enclavado en infundíbulo, así como hipodensidades localizadas en glándula suprarrenal derecha, como únicos hallazgos patológicos, siendo diagnosticado inicialmente de colecistitis aguda.

Ante la situación de deterioro del paciente se decide su ingreso en la unidad de Medicina Intensiva. La exploración física a su ingreso en la unidad mostraba una presión arterial de 110/60 mmHg, FC 95 l.p.m., sinusal, afebril. El abdomen se encontraba distendido, timpánico, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y con signo de Murphy, mostrando alteraciones tróficas en miembro inferior derecho. En la analítica destacaba la existencia de una plaquetopenia de 78.000 (cuando a su ingreso en el hospital su cifra era de 132.000), leucocitosis de 20.6000 (93% de PMN), TTPA de 30 seg (control en 24 seg, a su ingreso era ya de 51 seg), y actividad de protrombina del 61%. Su gasometría arterial era pH 7,43, pCO₂ 39 mmHg, PO₂ 53 mmHg, bicarbonato de 26,9 mmol/l, y SA-TO₂ del 88%.

Fue tratado inicialmente de forma empírica con ceftriaxona, ampicilina y metronidazol, manteniéndose tratamiento broncodilatador y corticosteroideo. Se repitió T.A.C. abdominal a las 48 horas que mostró un incremento en las imágenes de hipodensidad de localización suprarrenal derecha, alguna de ellas sugestiva de hemorragia, decidiéndose intervención quirúrgica. Se le realiza laparotomía subcostal derecha, practicándosele colecistectomía, y procediéndose a la revisión de la cavidad abdominal durante la cual se encuentra un hematoma localizado en la glándula suprarrenal derecha que abarcaba hasta la cortical, sin salida al exterior, siendo evacuado mediante suprarrenelectomía parcial.

Tras la intervención presentó una buena evolución, siendo dado de alta de la UCI a los 14 días.

DISCUSIÓN

Los hematomas secundarios a hemorragia espontánea de la glándula suprarrenal son más raros^{3,4}, siendo más frecuente en varones (con una proporción de 3:2) y en pacientes mayores de 50 años (el 58% de los pacientes tenían 50 o más años⁵).

Al diagnóstico de hemorragia suprarrenal espontánea se llega tras haber descartado una serie de causas favorecedoras de la misma. Entre ellas podemos considerar el aumento de la presión venosa central (como ocurre en el caso de la insuficiencia cardíaca derecha o de la pericarditis constrictiva), el aumento de la presión arterial sistémica o alteraciones de la hemostasia. Dentro de este gran grupo podemos encontrar los tratamientos anticoagulantes, fundamentalmente el empleo de la heparina sódica aunque también se ha visto con el uso de los dicumarí-

cos (pudiendo aparecer hemorragia bilateral en estos casos), la existencia de coagulación intravascular diseminada *púrpura fulminans*, septicemia, hemopatías, neoplasias, ...), insuficiencia hepatocelular (cirrosis, hepatopatías graves, ...), enfermedades trombóticas (neoplasias, hemopatías, poliglobulias, ...) o discrasias sanguíneas (leucemias, policitemia y hemofilia).

Otros factores favorecedores pueden ser la estimulación farmacológica prolongada de las suprarrenales (tratamiento mediante ACTH o β -1,24-corticotropina) o tratamiento de los hipercorticismos mediante aminoglutetimida. Ocasionalmente se ha asociado con tratamiento con corticosteroides en la enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa) o artritis. Experimental¹ y clínicamente⁶ se ha visto que el estrés adrenal, bajo estimulación adrenocorticoidea hormonal exógena es más susceptible a la degeneración cortical y a la necrosis, al incrementar la vascularización y el sangrado espontáneo. Estos pacientes pueden presentar una variedad de síntomas indicativos de insuficiencia suprarrenal.

También se ha asociado de patología local como tumores suprarrenales, primitivos (adenomas, adenocarcinomas secretantes o no, feocromocitomas, quistes —excepcionales—) o secundarios (metastásicos), o enfermedades sistémicas como la panarteritis nodosa u otras angitis (que producen depósito de inmunocomplejos en las paredes de las pequeñas/medianas arterias, dando origen a aneurismas que pueden ocasionar hemorragias).

Otras causas menos frecuentes son los traumatismos, estados de shock graves y prolongados (post-traumáticos, operatorios, hemorrágicos, quemaduras, ...), estados convulsivos (epilepsia, tétanos). En la infancia (niños menores de 6 meses), mediante un mecanismo poco conocido, y en los recién nacidos la hipoxia, septicemia, trauma al nacimiento y terapia anticoagulante son etiologías comunes.

En los hematomas unilaterales, la localización en la glándula suprarrenal derecha es la más frecuente (en el 75% de los casos). Las glándulas adrenales están intensamente vascularizadas en el plano arterial, aunque el drenaje venoso frecuentemente se ve limitado por un único vaso. Se ha sugerido que la trombosis de la vena pudiera iniciar una necrosis cortical y una hemorragia, hecho que se ha documentado en series necrópsicas⁷. Ahora bien, no es posible discernir si la trombosis venosa fue la causa o la resultante de la hemorragia.

En su evolución el hematoma puede quedar circunscrito a la celda suprarrenal, con una atenuación progresiva de la sintomatología, haciéndose entonces el diagnóstico más difícil al simular procesos intraabdominales inespecíficos. En el plano anatomopatológico, se puede encontrar un hematoma de tamaño variable (desde 10-20 gramos hasta varios kilogramos), al igual que el estado de la suprarrenal (que puede variar desde el hematoma intracapsular sin tensión hasta la glándula totalmente destruida).

La clínica puede aparecer de forma brusca, con dolor lumbar, masa palpable en hipocondrio derecho, síndrome ané-



mico. La sintomatología de la forma unilateral, en oposición a la bilateral, simula la sintomatología de un proceso abdominal agudo, de aparición brusca. El síntoma principal es el dolor, lateralizado paraumbilical y de irradiación posterior, asociado a lipotimia con náuseas, atenuándose en algunas horas, aunque ocasionalmente tiene un acceso de aumento de intensidad. Rara vez el hematoma se puede romper en la grasa perirrenal dando origen a un hematoma retroperitoneal y entonces son dos las evoluciones posibles. Unas veces origina un hematoma importante, evolutivo, disecante, que da rápidamente signos de shock hipovolémico tras unos escasos momentos del dolor. Otras veces, tras la hemorragia inicial, el hematoma retroperitoneal queda limitado por los tejidos vecinos, no dando signos de shock, y tras unos días se organiza con reacción

inflamatoria con progresión hacia la esclerosis. Esta organización del hematoma es marcada por la reaparición del dolor, aparición de fiebre y de un síndrome inflamatorio biológico, pudiéndose afectar el estado general⁸.

La ecografía y la T.A.C. facilitan el diagnóstico. La presencia de una hiperdensidad en los cortes sin inyección de contraste permite afirmar la existencia de una hemorragia reciente. La existencia de calcificaciones parietales en la T.A.C. sugieren la constitución de un hematoma. El diagnóstico diferencial con una tumoración suprarrenal necrosada puede ser difícil.

El tratamiento consiste en la evacuación del hematoma en función de su volumen, siendo quirúrgico y tratando de conservar el riñón, como ocurrió en esta ocasión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Greendyke RM. Adrenal hemorrhage. *Amer J Clin Path* 1965;43:210-5.
- 2- Lawson DW, Corry RJ, Patton AS, Daggett WM, Austen WG. massive retroperitoneal adrenal hemorrhage. *Surg Gynec Obst* 1969;129:989-94.
- 3- Viso P, Offenstadt G, Salem C, Amstutz P. Hémorragie surrénale spontanée. A propos d'un cas. *Ann Méd Interne* 1976;127:215-23.
- 4- Quesada E, Ferre-Roca O, Palacin Forque A. Hematoma suprarrenal espontáneo unilateral. *Rev Quir Esp* 1986;13:129.
- 5- Xarli VP, Steele AA, Davis PJ, Buescher ES, Rios CN, Garcia-Bunnuel R. Adrenal hemorrhage in the adult. *Medicine* 1978;57:211-21.
- 6- Wilson DA, Roth D. Adrenal apoplexy occurring during corticotropin therapy of ulcerative colitis. *JAMA* 1953;152:230-1.
- 7- Clark OH, Hall AD, Schambelan M. Clinical manifestations of adrenal hemorrhage. *Amer J Surg* 1974;128:219-24.
- 8- Chestier Y, Lee ML, Pineau Y, Thabuy Ph, Faniez PL, Beaumont JL. Hematoma spontané unilatéral de la surrénale gauche. Etude anatomoclinique d'un cas d'évolution subaiguë et favorable, avec revue de la littérature. *Ann Méd Interne* 1978;129:49-56.