



Hemorragia suprarrenal espontánea por adenoma corticoadrenal, reporte de un caso

Díaz Martínez Jair, Cárdenas Ziga Aldo, Hernández Gámez Juan Arturo, Rivera Chávez Renata Jimena, Reza Salgado Mario Alberto.

Hospital Regional de Alta Especialidad "Centenario de la Revolución Mexicana", ISSSTE

INTRODUCCIÓN

La hemorragia suprarrenal (HS) es una entidad rara e infrecuente, que puede producir insuficiencia suprarrenal, y falla mutiorgánica siendo potencialmente mortal. La HS puede presentarse posterior a trauma, estrés severo, sepsis, terapia anticoagulante o cirugía (1,2).

Sin embargo la hemorragia suprarrenal espontánea (HSE) es excepcionalmente rara. Esta entidad se presenta con un cuadro clínico insidioso, siendo difícil de diagnosticar. Esta se presenta en ausencia de trauma. La incidencia reportada en largas series de autopsias es de 0.14 a 1.1 %. (3,4)

Algunos casos de HSE se han reportado posterior a infecciones sistémicas, embarazo, coagulopatías, lupus, enfermedades idiopáticas y en pocos casos a tumores. El tumor mas frecuentemente encontrado como causa de HSE es el feocromocitoma con una frecuencia del 48 a 50%. Otros a tumores suprarrenales también se han identificado como causas; entre ellos el cancer adrenocortical, quistes adrenales, mielolipomas, hemangiomas, y metastasis por cancer de pulmón. Los tumores benignos como el adenoma adrenocortical es una causa extremadamente rara de hemorragia espontánea. (5).

CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años previamente sana, acude a urgencias de su unidad médica, por presentar dolor súbito en región lumbar, e hipocondrio derecho, acompañado de diaforesis escalofríos, y emesis. Es diagnosticada como IVU y egresada. Posteriormente continua con dolor intenso, agregandose fiebre de 38° por lo que es enviada a urgencias de nuestro hospital.

CASO CLÍNICO

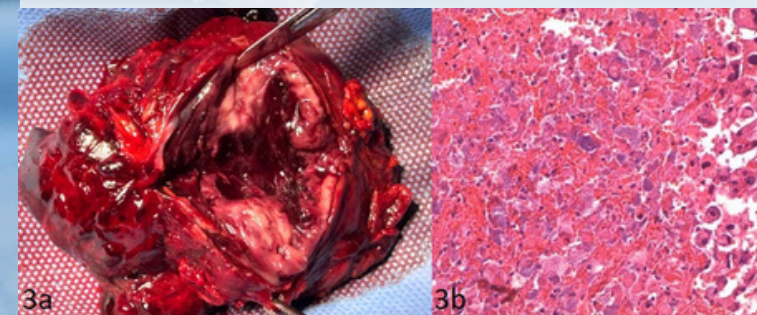
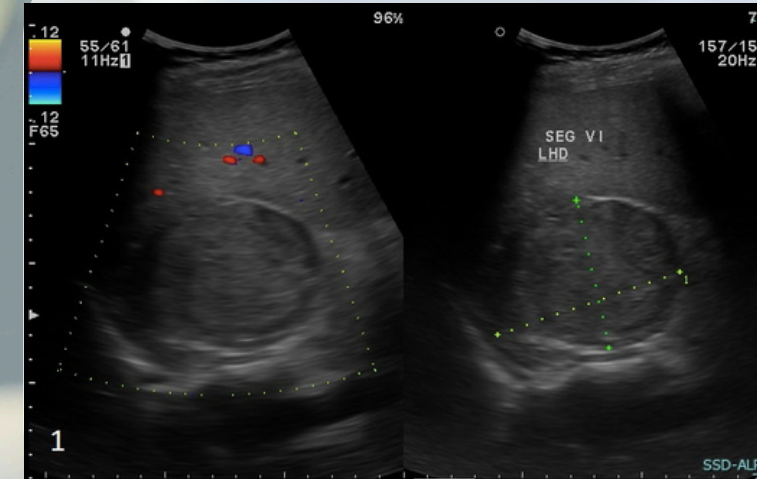
Al ingreso SV: FC:104 lpm, TA: 141/100mmHg, FR: 18 rpm, Temp: 38.2° y Sat O2 al 98%. EF: deshidratación de mucosas, hiperventilación basal derecha, dolor y aumento de volumen en hipocondrio derecho, sin irritación peritoneal y Giordano bilateral de predominio derecho. Laboratorios: hiperglucemia de 181 mg/dl, Hb de 10.6, Hto 33.5, leucocitos de 15,000, neutrofilia de 82%, AST de 151, lipasa de 320 y amilasa de 112, resto normal.

Se realiza USG reportando liquido perirrenal derecho con lesión bien delimitada de apariencia sólida en polo superior de riñón derecho en contacto con segmento hepático VI, de bordes bien definidos isoecoicos de 8 x 6.3 cm (FIGURA 1).

TAC: lesión en glándula suprarrenal derecha de 8.3 x 6.1 x 8.7cm, volumen de 229cc densidad heterogénea zonas hipodensas e hiperdensas sin realce, sangrado perirrenal, pararenal y corredera parietocólica derecha, mas derrame pleura derecho. (FIGURA 2).

A las 24 horas la Hb desciende 3g, USG reporta liquido libre en cavidad abdominal y se decide realización de laparotomía. Los hallazgos: 100cc de hemoperitoneo y retroperitoneo con hematoma suprarrenal de 400cc, glándula suprarrenal derecha con datos de hemorragia central y cápsula perforada. Se realiza drenaje, hemostasia y suprarrenalectomía derecha.

En el postoperatorio presenta crisis adrenal que resuelve al 3er día. Se realizó metanefrinas en plasma y orina, anticuerpos antinucleares, anti-fosfolípidos, los cuales resultaron negativos. El análisis histopatológico reportó abundante hemorragia central, y nódulo de 4 x 3 x 3 cm compatible con adenoma corticoadrenal con degeneración quística y hemorragia central (FIGURA 3). Es egresada al 5o día de EIH sin complicaciones.



CONCLUSIÓN

La HSE es una entidad rara con presentación incidiosa y potencialmente mortal.

Se puede presentar tras diferentes causas como el adenoma corticoadrenal. Identificar

oportunamente esta entidad puede ayudar a prevenir complicaciones.

El tratamiento quirúrgico oportuno puede ser una opción segura.

REFERENCIAS

1. Vella A, Nippoldt TB, Morris JC 3rd. Adrenal hemorrhage: a 25-year experience at the Mayo Clinic. Mayo Clin Proc. 2001 Feb;76(2):161-8. doi: 10.1016/S0025-6196(11)63123-6. PMID: 11213304.
2. Senni N, Gerfaud-Valentin M, Hot A, Huissoud C, Gaucherand P, Tebib J, Broussolle C, Jamilloux Y, Sève P. Hématomes surrénaux non traumatiques : série rétrospective de 20 cas [Spontaneous adrenal hematomas. Retrospective analysis of 20 cases from a tertiary center]. Rev Med Interne. 2021 Jun;42(6):375-383. French. doi: 10.1016/j.revmed.2021.03.009. Epub 2021 Mar 26. PMID: 33775473.
3. Karwacka IM, Obolęczyk Ł, Sworczak K. Adrenal hemorrhage: A single center experience and literature review. Adv Clin Exp Med. 2018 May;27(5):681-687. doi: 10.17219/acem/68897. PMID: 29616752.
4. Marti JL, Millet J, Sosa JA, Roman SA, Carling T, Udelsman R. Spontaneous adrenal hemorrhage with associated masses: etiology and management in 6 cases and a review of 133 reported cases. World J Surg. 2012 Jan;36(1):75-82. doi: 10.1007/s00268-011-1338-6. PMID: 22057755.
5. Dahiya S, Bhagavan A, Ooi WB. Spontaneous bilateral adrenal hemorrhage. Endocrine. 2012 Aug;42(1):226-7. doi: 10.1007/s12020-012-9678-z. PMID: 22527893.