

Hemorragia suprarrenal bilateral poscirugía. A propósito de un caso

Eva Perelló-Camacho, Itzel-Miroslava Ortega-Gutiérrez, Ning-Yun Wu-Xiong, Francisco-Javier Ampudia-Blasco, José-Tomás Real-Collado
Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. España

Recibido: 20/11/2016
Aceptado: 24/02/2017
En línea: 30/04/2017

Citar como: Perelló-Camacho E, Ortega-Gutiérrez IM, Wu-Xiong NY, Ampudia-Blasco FJ, Real-Collado JT. Hemorragia suprarrenal bilateral poscirugía. A propósito de un caso. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Abr); 2(1): 34-36.

Autor para correspondencia: Eva Perelló Camacho. evapc89@hotmail.com

Palabras clave

- ▷ Hemorragia suprarrenal bilateral
- ▷ Cirugía

Keywords

- ▷ Bilateral adrenal haemorrhage
- ▷ Surgery

Resumen

La hemorragia suprarrenal bilateral (HSB) es una entidad rara pero grave, que puede derivar en insuficiencia suprarrenal aguda. Se presenta un caso de una HSB que tuvo lugar tras una intervención por estenosis de canal lumbar. Fue fundamental para el diagnóstico la caída de hemoglobina y las pruebas de imagen. La paciente recibió tratamiento sustitutivo con hidrocortisona vía oral. Una situación de estrés es un factor de riesgo para HSB, por lo que esta patología debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las complicaciones poscirugía. Es importante sospecharla para comenzar lo antes posible el tratamiento sustitutivo.

Abstract

Bilateral adrenal haemorrhage (BAH) is a rare but serious condition, which can lead to acute adrenal insufficiency. We present a case of an BAH that occurred after an intervention for lumbar canal stenosis. It was essential for the diagnosis falling hemoglobin and imaging tests. The patient was treated with hydrocortisone substitute orally. A stress situation is a risk factor for BAH, so this condition should be considered in the differential diagnosis of postoperative complications. It is important to suspect it to begin replacement therapy as soon as possible.

Puntos destacados

- ▷ Se describe un caso de hemorragia suprarrenal bilateral postquirúrgica y la forma de diagnosticarla, lo que consideramos de gran interés por ser una patología poco frecuente pero que debe ser tenida en cuenta dada su potencial gravedad.

Introducción

La hemorragia suprarrenal bilateral (HSB) es una entidad poco frecuente, pero potencialmente grave y de difícil diagnóstico por su clínica inespecífica. Puede derivar en insuficiencia suprarrenal aguda e incluso llegar a ser mortal sin un tratamiento adecuado^{1,2}. Se presenta el caso de una HSB en una mujer de 57 años, que tuvo lugar 11 días después de una intervención quirúrgica por estenosis de canal lumbar. Hay que insistir en la importancia de su diagnóstico y tratamiento precoz, y se explica el mecanismo por el que se produce.

Historia clínica

Enfermedad actual. La paciente acudió a Urgencias de nuestro centro por clínica de dolor abdominal, náuseas y vómitos.

Antecedentes médicos. Refería únicamente una dislipidemia en tratamiento con atorvastatina, 20 mg diarios, y dentro de los antecedentes quirúrgicos destacaba que había sido intervenida de una estenosis de canal lumbar 11 días antes, realizándose una vertebroplastia en una cirugía en la que no había habido ninguna complicación. Había iniciado la tolerancia oral durante el postoperatorio y la expulsión de gases, aunque sin haber realizado aún deposiciones, y fue dada de alta hacia 4 días. Como tratamiento posquirúrgico se pautó analgesia (paracetamol cada 8 horas, metamizol cada 8 horas y pregabalina cada 12 horas) y bempiparina a dosis profilácticas (3.500 UI en una inyección subcutánea diaria).

Anamnesis y exploración física. En la anamnesis refería dolor abdominal de 12 horas de evolución, difuso y continuo, acompañado de náuseas y vómitos frecuentes y persistentes. No presentaba hipotensión, mareos, hiperpigmentación,

ni ninguna otra sintomatología asociada. A la exploración las constantes estaban mantenidas (presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca 83 lpm) y la paciente presentaba buen estado general. Únicamente destacaba molestias difusas a la palpación abdominal, con ruidos hidroaéreos presentes aunque disminuidos.

Pruebas complementarias

- Análítica: en el análisis que se realizó en Urgencias se encontró únicamente hiperglucemia (194 mg/dl; normal 64-106 mg/dl) con proteína C reactiva elevada (88,4 mg/dl; normal 0-5 mg/dl) y leucocitosis $19,04 \times 10^9/l$ ($4,0-10,8 \times 10^9/l$), estando la función renal y los electrolitos en valores normales. La hemoglobina en este momento era de 12,1 g/dl (11,2-15,5 g/dl) y la coagulación básica era normal (INR 1,25; 0,850-1,350), sin hallarse trombopenia (plaquetas $159 \times 10^9/l$; $130-400 \times 10^9/l$).
- Radiografía de abdomen: se observa la vertebroplastia lumbar realizada con patrón aéreo intestinal normal.
- TC abdominal: a pesar de la normalidad de las pruebas complementarias y ante la clínica persistente de vómitos, se decidió solicitar una TC abdominal. En ella se objetivaron masas adrenales con centro más denso, no presentes en estudios previos y compatibles con HSB. Se observaban además las asas intestinales con escasos cambios de calibre, siendo esto sugestivo de íleo paralítico.

Dados estos hallazgos se decidió el ingreso de la paciente en el Servicio de Endocrinología y Nutrición de nuestro centro.

Evolución

En los siguientes días la paciente permaneció clínica y hemodinámicamente estable en todo momento, inició tolerancia oral y como única sintomatología refería astenia. Llamó la atención el descenso de la hemoglobina hasta 8,7 g/dl el cuarto día del ingreso. Este día se realizó una resonancia magnética (RM) abdominal (Figura 1), que confirmó el diagnóstico de HSB en evolución, sin signos de resangrado. En análisis hormonales destacaba cortisol basal 2,6 $\mu\text{g/dl}$ (6,2-19,4 $\mu\text{g/dl}$) y ACTH 87,7 pg/ml (5,0-60,0 pg/ml), por lo que se inició sin más demora tratamiento sustitutivo con hidrocortisona, 60 mg en desayuno y 40 mg en cena, que se redujo en los siguientes días a 40 mg en desayuno y 20 mg en cena. La hemoglobina se mantuvo estable, en cifras alrededor de 9 g/dl, y la paciente seguía refiriendo astenia como única sintomatología. Se mantuvo en observación, con control de las cifras de hemoglobina, hasta que ante el buen estado clínico y analítico se dio el alta hospitalaria, manteniendo en ese momento una hemoglobina de 9,9 g/dl.

En el seguimiento posterior, la hemoglobina fue subiendo progresivamente hasta cifras de 14,5 g/dl en la última visita, y con recuperación clínica completa. Se midió nuevamente el cortisol basal que continuaba disminuido (5,2 $\mu\text{g/dl}$). Ante la buena evolución se disminuyó dosis de hidrocortisona a 20 mg en desayuno y 10 mg en cena,

que mantiene en la actualidad. Dada la normalidad de las cifras tensionales y de los valores de sodio y potasio no se consideró necesario el tratamiento con mineralocorticoides.

Discusión

Entre los principales factores de riesgo para la HSB no traumática se incluyen sepsis, alteraciones de la coagulación o tratamiento anticoagulante, y situaciones de estrés como una cirugía mayor, como en el caso presentado^{3,4}. Las glándulas suprarrenales tienen una circulación arterial muy rica que drena a una única vena adrenal central, y esto provoca a nivel de la microcirculación una hipersensibilidad a las hormonas implicadas en la respuesta al estrés, con mayor predisposición a hemorragia intraglandular, por aumento de la presión venosa.

La presentación suele ser inespecífica, pudiendo encontrar sintomatología de insuficiencia suprarrenal. Esta sintomatología se puede confundir a menudo con otras entidades, como en este caso por el íleo paralítico de la paciente. Como hallazgos de laboratorio puede haber hiponatremia, hiperpotasemia, hipoglucemia, alteraciones de la coagulación o descenso de la hemoglobina. No obstante, en la mayor parte de los casos el análisis inicial es normal⁵. Por todo esto el diagnóstico es difícil.

Las técnicas más útiles para el diagnóstico son la TC y la RM, que mostrarán aumento de tamaño de las glándulas suprarrenales con cambios en su densidad según la evolución de la hemorragia, como se encontró en este caso. Entre ellas, la RM se considera más específica¹.

A pesar de su difícil diagnóstico, es muy importante sospechar esta entidad en los casos con factores de riesgo, ya que es fundamental iniciar el tratamiento sustitutivo con corticoterapia de forma precoz^{1,6}, incluso en ausencia de insuficiencia suprarrenal. Sin tratamiento adecuado esta entidad evoluciona

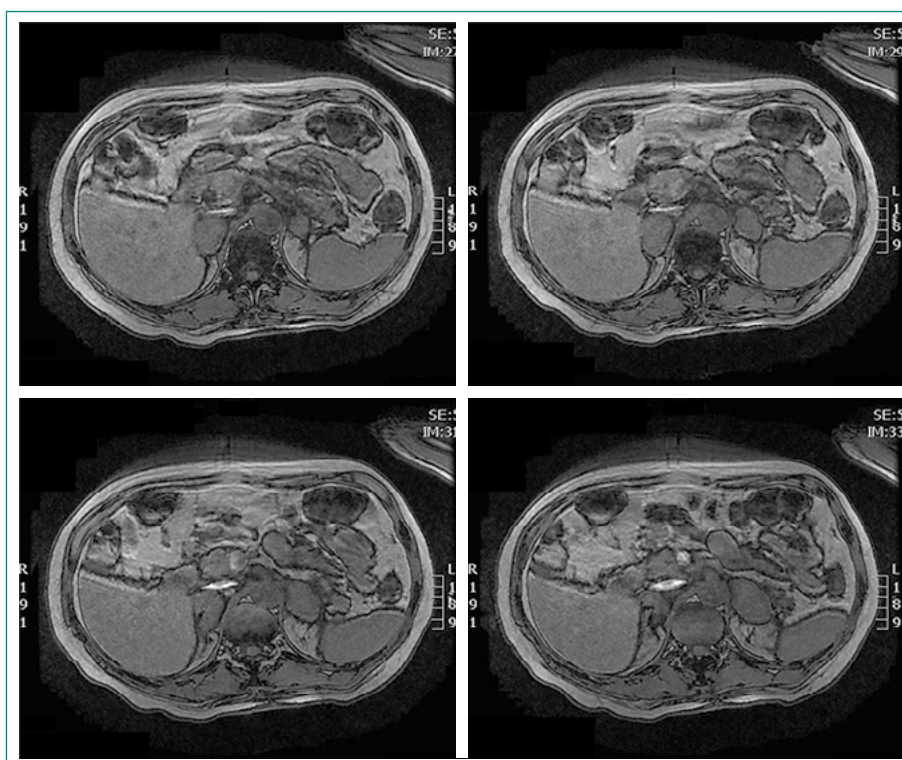


Figura 1. RM en la que se confirma el diagnóstico de HSB

progresivamente hasta llegar a ser mortal. El tratamiento más adecuado es con hidrocortisona y la mayoría de casos lo requieren de forma indefinida^{7,8}, como parece ocurrir en esta paciente.

Conclusión

La HSB es una causa de insuficiencia suprarrenal primaria, en la que la cirugía reciente es un factor de riesgo a tener en cuenta. La presentación es inespecífica y se puede confundir con otras patologías, siendo muy importante el índice de sospecha, y dada su potencial gravedad, se debe iniciar sin demora el tratamiento sustitutivo corticoideo, sin esperar la confirmación diagnóstica.

Bibliografía

1. Dhawan N, Bodukam VK, Thakur K, et al. Idiopathic bilateral adrenal hemorrhage in a 63-year-old male: a case report and review of the literature. *Case Rep Urol*. 2015; 2015: 503638.
2. Bharucha T, Broderick C, Easom N, et al. Bilateral adrenal haemorrhage presenting as epigastric and back pain. *JRSM Short Rep*. 2012; 3(3): 15.
3. Mudenha ET, Rathi M. Adrenal insufficiency due to the development of bilateral adrenal haemorrhage following hip replacement. *JRSM Open*. 2015; 6(11): 2054270415609837.
4. Balsach Solé A, Oms Bernat LM, Garrido Romero M, et al. Hemorragia suprarrenal bilateral en el postoperatorio de una duodenopancreatectomía cefálica. *Cir Esp*. 2012; 90(1): 56-57.
5. Vella A, Nippoldt TB, Morris JC. Adrenal hemorrhage: a 25-year experience at the Mayo Clinic. *Mayo Clin Proc*. 2001; 76(2): 161-168.
6. Ogino J, Toda J, Onitsuka S, Hashimoto N. Idiopathic bilateral adrenal haemorrhage related to acute adrenal insufficiency. *BMJ Case Rep*. 2013; 2013. pii: bcr2013009626.
7. Barreiro García G, Equebide Arberas MV, Álvarez Blanco A, et al. Insuficiencia suprarrenal aguda por hemorragia suprarrenal bilateral como primera manifestación de un síndrome antifosfolípido. A propósito de un caso y revisión. *An Med Interna*. 2002; 19(1): 19-22.
8. Leong M, Pendyala M, Chaganti J, Al-Soufi S. A case of bilateral adrenal haemorrhage following traumatic brain injury. *J Intensive Care*. 2015; 3(1): 4.