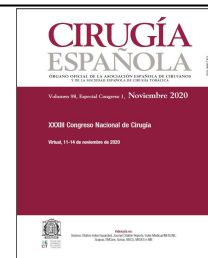




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-637 - LESIÓN SUPRARRENAL POR TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

Alcaide Lucena, Miriam; Ubiña Martínez, Alfredo; Gómez Sánchez, Javier; Mirón Pozo, Benito

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de un paciente con traumatismo abdominal cerrado y prueba de imagen que informa de alteraciones a nivel de la glándula suprarrenal derecha, sin otras lesiones.

Caso clínico: Paciente de 57 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor abdominal tras accidente de tráfico de alta energía, siendo el paciente el conductor del vehículo, no usaba cinturón de seguridad, con proyección del vehículo hasta 3 metros. Estable hemodinámicamente. Exploración dolor a la palpación en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. Analítica sin alteraciones. BodyTAC por accidente de alta energía observándose engrosamiento focal nodular en región suprarrenal derecha (29 × 39 mm) de bordes deflecados y alta densidad radiológica, sin captación significativa de contraste y con escasas lengüetas laminares que se extienden por espacio hepatorenal sugerente de hematoma suprarrenal contenido, sin signos de sangrado activo. Ante la estabilidad clínica se realiza tratamiento conservador, analgesia intravenosa, reposo y observación. Evoluciona de forma favorable, con mejoría clínica y analítica con hemoglobina estable, siendo dado de alta a los 6 días. La TAC de control realizada a los 4 meses indica resolución casi completa de la lesión.

Discusión: La lesión traumática de la glándula suprarrenal es poco frecuente, detectándose en el 2% de los pacientes con traumatismo abdominal cerrado, y se ha reportado en 28% de las autopsias de pacientes con trauma abdominal grave. La lesión se localiza sobre todo en la glándula derecha, y excepcionalmente es bilateral. La mayoría de estas lesiones se asocian con lesiones de otros órganos intraabdominales. Para su diagnóstico no disponemos de signos o síntomas específicos, siendo una lesión silenciosa que puede pasarse por alto, aunque puede conducir a una hemorragia persistente, hematoma retroperitoneal e incluso a una crisis adrenal letal. Afortunadamente, los signos de insuficiencia corticosuprarrenal, como hiponatremia, hiperpotasemia, acidosis, hipotensión y letargia, son muy poco frecuentes, y sólo aparece en lesiones bilaterales, ya que una única glándula es capaz de mantener la función hormonal. La TAC abdominal con contraste es la técnica de elección siendo los hallazgos más relevantes el hematoma, cambios en la grasa perisuprarrenal y aumento del tamaño de la glándula. El manejo de este tipo de lesiones debe ser fundamentalmente conservador, preservando la glándula y su función. En lo posible, se debe evitar la suprarrenalectomía para preservar la función, especialmente en lesiones bilaterales. Pese a esta recomendación, la incidencia de la suprarrenalectomía actualmente es de 3,1%. Otra opción de tratamiento es la angiografía intervencionista, en casos con estabilidad hemodinámica y evidencia de sangrado activo y sin gran hematoma suprarrenal. Concluimos que nos encontramos ante una rara entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial en los traumatismos abdominales que cursen con dolor abdominal en hipocondrio derecho, sobre todo si se trata de pacientes anticoagulados.