



P-223 - HEMORRAGIA SUPRARRENAL BILATERAL AGUDA, COMPLICACIÓN POSTOPERATORIA POTENCIALMENTE FATAL

Alonso Batanero, Sara; Caraballo Angeli, Mariana; Quiñones Sampedro, José Edecio; Esteban Velasco, María del Carmen; González Fernández, Luis Miguel; Iglesias Iglesias, Manuel José; Muñoz Bellvis, Luis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: La hemorragia suprarrenal bilateral está presente en un 1% de las autopsias que se realizan de rutina. En el momento actual, su detección se realiza mediante pruebas de imagen tipo TAC o RM. Incrementándose dicho diagnóstico hasta el 1,5-5% entre pacientes hospitalizados, debido a la amplia disponibilidad y uso de este tipo de técnicas de imagen.

Caso clínico: Mujer de 66 años con hipertensión arterial, sin otros antecedentes de interés, es intervenida de forma programada de un colangiocarcinoma extrahepático localmente avanzado. Durante la cirugía se constata irresecabilidad del mismo, realizándose colecistectomía paliativa. Es dada de alta del Servicio de Cirugía General con ligera hiponatremia, con su tratamiento habitual y con tratamiento profiláctico antitrombótico. A los cuatro días acude a Urgencias por deterioro generalizado de 48h de evolución, astenia intensa, hiporexia y sensación de mareo tipo inestabilidad. Sin dolor abdominal y náuseas sin vómitos. Fiebre termometrada de 38,7 °C, sudorosa, hipotensa, pálida con ictericia mucocutánea. Abdomen blando, depresible, no distendido. No doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Sin evidenciarse foco infeccioso a la exploración física. En la analítica se constata aumento de reactantes de fase aguda, leucocitosis sin neutrofilia, elevación de enzimas hepáticas, normonatremia y normokaliemia. Se solicitó TAC abdominopélvico que informaba de un importante aumento de tamaño de ambas glándulas suprarrenales (derecha 3,6 × 2,8 × 5 cm e izquierda de 4,1 × 2,3 × 5,1 cm), con zonas de aumento de densidad, sugestivas de ser componente hemorrágico suprarrenal bilateral. Hallazgos no presentes en el TAC preoperatorio. Con el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal aguda, la paciente ingresó para tratamiento médico mejorando clínica y analíticamente, confirmándose la sospecha al ingreso de hemorragia suprarrenal bilateral aguda.

Discusión: La patogénesis de la hemorragia suprarrenal bilateral no está clara. Un aumento de aporte sanguíneo producido por la hormona adrenocorticotropa (ACTH) secretada en respuesta al estrés puede tener un papel en su etiología. Los principales factores de riesgo del desarrollo de la hemorragia suprarrenal son: el tratamiento anticoagulante, trombocitopenia secundaria a tratamiento con heparina, coagulopatías, sepsis, estado postoperatorio y cualquier estrés grave. Los síntomas y signos incluyen: hipotensión y shock (> 90%), dolor abdominal difuso (86%), fiebre (66%), anorexia, náuseas y vómitos (47%), síntomas neuropsiquiátricos (42%). El diagnóstico de crisis suprarrenal debe ser considerado en todo paciente que presente shock con colapso circulatorio periférico, siendo conocida o no una insuficiencia adrenal previa. La crisis suprarrenal aguda secundaria a hemorragia suprarrenal es difícil de reconocerse clínicamente y debe considerarse su existencia cuando estos síntomas se desarrollan en un paciente con uno o más factores de riesgo. Esta entidad

requiere de un diagnóstico y tratamiento precoz adecuado, ya que es una complicación potencialmente mortal.