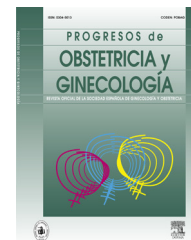




PROGRESOS de
OBSTETRICIA Y
GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Hematoma suprarrenal unilateral espontáneo durante el embarazo

Ismael Suarez-Torres, Eduardo Reyna-Villasmil* y Duly Torres-Cepeda

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central «Dr. Urquinaona», Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

Recibido el 1 de noviembre de 2014; aceptado el 1 de octubre de 2015

PALABRAS CLAVE

Hematoma suprarrenal;
Hemorragia suprarrenal;
Embarazo

KEYWORDS

Adrenal hematoma;
Adrenal hemorrhage;
Pregnancy

Resumen La hemorragia suprarrenal en el embarazo es extremadamente rara, aguda, que se presenta sin síntomas específicos. El hematoma suprarrenal espontáneo es una hemorragia aguda de la glándula suprarrenal que ocurre en ausencia de trauma. La incidencia de esta condición en el embarazo es desconocida. Se reporta el caso de paciente de 19 años con embarazo de 31 semanas quien se presenta con dolor escapular y lumbar con disnea. La ecografía y tomografía demostraron un hematoma suprarrenal izquierdo de 20 cm. La paciente fue exitosamente manejada en forma conservadora con resolución completa del hematoma.

© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Spontaneous unilateral adrenal hematoma in pregnancy

Abstract Adrenal hemorrhage in pregnancy is an extremely rare, acute, presenting with non-specific symptoms. Spontaneous adrenal hematoma is an acute hemorrhage from the adrenal gland which occurs in the absence of trauma. The incidence of this condition during pregnancy is unknown. We present a case of a 19 years-old patient with a 31 weeks gestation who presented with left scapular and lumbar pain with dyspnea. Ultrasound and tomography showed a left adrenal hematoma of 20 centimeters. The patient was successfully managed conservatively with complete resolution of the hematoma.

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com (E. Reyna-Villasmil).

Introducción

La hemorragia suprarrenal ha sido reportada en el 0,3-1,8% de los pacientes en estudios de necropsia, aunque la hemorragia suprarrenal bilateral extensa puede estar presente en el 15% de las defunciones por choque hipovolémico¹. La incidencia en el embarazo es desconocida. Un hematoma suprarrenal en ausencia de etiología identificable se denomina «hematoma suprarrenal idiopático». La presentación poco específica puede llevar a confusión en el diagnóstico y a retrasos catastróficos. Los hematomas suprarrenales espontáneos se asocian en forma infrecuente a embarazos no complicados².

Se presenta un caso de hematoma suprarrenal unilateral espontáneo durante el embarazo tratado en forma conservadora.

Reporte de caso

Se trata de una paciente primigesta de 19 años de edad con embarazo de 31 semanas, quien consulta por presentar dolor en la región escapular y lumbar izquierda de aparición súbita y disnea. La paciente negaba antecedentes médicos de importancia, traumatismos o enfermedades febriles recientes. El examen físico reveló taquicardia (120 latidos por minuto), hipotensión (100/60 mmHg) y dolor leve en el ángulo renal izquierdo. El abdomen y el útero estaban normales, sin evidencia de contracciones uterinas, sangrado o flujo vaginal. Los exámenes de hematología, examen de orina, electrolitos, función hepática y renal, radiografía de tórax y electrocardiograma eran normales en el momento del ingreso. No se encontraron evidencias de coagulopatía. La evaluación ecográfica (fig. 1) y tomográfica (fig. 2) revelaron la presencia de un hematoma suprarrenal izquierdo de 20 cm. Las concentraciones urinarias de ácido homovanílico, ácido vanilmandélico, metanefrinas y normetanefrinas estaban dentro de límites normales, por lo cual se descartó la presencia de feocromocitoma. También se excluyó la presencia de otros tumores suprarrenales, aneurisma o embolismo pulmonar. La evaluación cardiotocográfica y la ecografía fetal fueron normales.



Figura 1 Ecografía que demuestra la presencia de una tumoración homogénea.

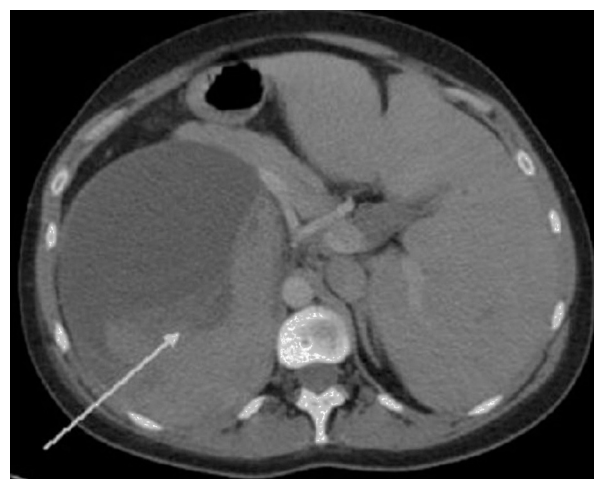


Figura 2 Tomografía que demuestra la presencia de una tumoración compleja en el cuadrante superior izquierdo.

La paciente fue hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos para monitorización y manejo conservador. Al día siguiente del ingreso se observó una marcada disminución de los valores de hemoglobina (de 9,2 g/dL a 6,0 g/dL), por lo cual se transfundió. La ecografía de control no mostró cambios en el tamaño del hematoma. Se sugirió la posibilidad de embolización de la arteria suprarrenal, pero el procedimiento no estaba disponible en el momento. Durante la hospitalización permaneció estable, con desaparición gradual de los síntomas y fue dada de alta al octavo día. La ecografía de seguimiento mostró crecimiento normal del feto y ausencia de variaciones en el tamaño del hematoma. La paciente permaneció asintomática por el resto del embarazo. Se practicó cesárea a las 38 semanas, obteniendo recién nacido vivo masculino de 3.800 g.

En el seguimiento durante el puerperio, se observó marcada disminución del hematoma sin evidencia de tumor suprarrenal productor de hormonas. Las pruebas de cortisol basal y prueba de hipoglucemia insulínica descartaron la aparición de insuficiencia suprarrenal secundaria a la hemorragia, por lo que continúa con manejo conservador.

Discusión

La hemorragia suprarrenal espontánea se encuentra en aproximadamente el 11% de los casos de hemorragia suprarrenal y la hemorragia unilateral se asocia a aneurismas de la arteria suprarrenal, que en más del 50% de las mujeres jóvenes se rompen durante el embarazo o el puerperio^{3,4}. En algunos casos puede llevar a crisis adrenal aguda, choque y muerte, a menos que sea diagnosticada y tratada apropiadamente.

Aunque los mecanismos precisos que llevan a la hemorragia suprarrenal no traumática son poco claros, el mecanismo de rotura espontánea puede ser explicado por la forma única de flujo sanguíneo en la glándula. Esta es irrigada por 3 arterias que se dividen en 50 o 60 ramas y el plexo capilar drena en sinusoides medulares que forman una sola vena suprarrenal central, por lo que el flujo a la vena suprarrenal periférica es turbulento⁴. En el embarazo, existe incremento en la hormona adenocorticotropa llevando a aumento del

volumen y del flujo sanguíneo, al igual que un estado de hipercoagulabilidad. Estos elementos asociados a la disminución del retorno venoso en la vena cava, por el incremento de la presión del útero grávido, predisponen a trombosis espontánea de la vena, rotura de la glándula y hemorragia².

Se han reportado casos aislados de hematomas suprarrenales secundarios al uso prolongado de antiinflamatorios no esteroideos, infarto hemorrágico de tumor y neurofibromatosis^{5,6}. Las causas obstétricas de hemorragia suprarrenal incluyen preeclampsia, aborto espontáneo, hemorragia posparto, torsión de quiste ovárico durante el embarazo y, más recientemente, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos⁷.

La hemorragia suprarrenal idiopática puede tener una presentación aguda como sangrado retroperitoneal masivo o hematoma. Los síntomas son choque hemorrágico, dolor en el flanco, fiebre, defensa, rigidez y dolor a la descompresión que ha sido reportada en el 15-20% de los casos debido a la localización retroperitoneal de las glándulas⁸. Sin embargo, en el presente caso, las manifestaciones iniciales fueron dolor torácico y disnea.

La ecografía de las suprarrenales, incluyendo el uso del Doppler, suministra información de la hemorragia dentro de la glándula. La tomografía es el estudio de elección para demostrar la hemorragia. Los hallazgos indicativos son: ecogenicidad suprarrenal con aumento del contraste, aparición de bandas en la grasa perirrenal, hematoma perinéfrico y retroperitoneal. Varias semanas después del evento agudo, el hematoma se vuelve quístico, disminuye el tamaño y la atenuación asociada al hematoma^{6,9}. El seguimiento de estos casos puede realizarse con resonancia magnética, ya que es la modalidad de diagnóstico más precisa para la hemorragia suprarrenal no traumática y permite excluir lesiones subyacentes como causa de la hemorragia¹⁰.

El manejo depende de la condición clínica, la función suprarrenal, los hallazgos de imágenes y la cantidad de sangre en el hematoma. En la mayoría de los casos la morbimortalidad no se debe totalmente al choque hipovolémico, sino a la crisis adrenal coexistente. Estos pacientes pueden tener insuficiencia suprarrenal debido a la deficiencia de catecolaminas y esteroidogénesis, que lleva a un colapso vascular¹¹. Es crítico restablecer en forma activa el volumen vascular y, si existe alteración de la esteroidogénesis, se debe proceder a la sustitución fisiológica. El seguimiento para establecer la estabilidad o la resolución del hematoma puede realizarse por resonancia o tomografía¹⁰.

El tratamiento de elección de los pacientes con hemorragia suprarrenal espontánea varía de acuerdo con el criterio del médico tratante, el estado hemodinámico del paciente, la compresión ejercida sobre órganos vecinos y el riesgo de hemorragia retroperitoneal masiva⁹. En el pasado, la mayoría de los casos diagnosticados en el embarazo se manejaron con adrenalectomía parcial o total. Sin embargo, si el tamaño del hematoma no progresa y la paciente está hemodinámicamente estable, como en el presente caso, el manejo conservador puede ser apropiado durante el embarazo¹⁰. La embolización de la arteria suprarrenal es una opción para controlar el sangrado y evitar la exploración aguda del hematoma. Sin embargo, se debe tener cuidado cuando se administra el contraste cuando no se conoce el estado funcional de la glándula, aunque tampoco están claros los posibles efectos del contraste sobre la

función suprarrenal a mediano y largo plazo⁵. Si la embolización no está disponible y el paciente está hemodinámicamente inestable, es necesaria la exploración quirúrgica urgente. Sin embargo, la adrenalectomía laparoscópica en pacientes sintomáticos con hematomas organizados ha sido exitosa y puede ser considerada¹².

Es necesario el seguimiento de estas pacientes durante el puerperio, debido a que el estrés del parto puede teóricamente producir recurrencia del hematoma adrenal. Se puede considerar la aparición de hematoma suprarrenales espontáneos en mujeres asintomáticas con tumores suprarrenales en el embarazo^{10,11}.

En conclusión, el hematoma suprarrenal espontáneo debe ser considerado en cualquier paciente que presente síntomas en el abdomen superior durante el embarazo. El diagnóstico de esta condición es difícil debido a la presentación variable e inespecífica de los casos y el uso de imágenes es fundamental en esta condición. Esta patología puede ser mortal si la hemorragia es extensa o se asocia con insuficiencia suprarrenal. El manejo conservador es posible con seguimiento estricto de la paciente con un equipo multidisciplinario.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Simon DR, Palese MA. Clinical update on the management of adrenal hemorrhage. *Curr Urol Rep.* 2009;10:78–83.
2. Gavrilova-Jordan L, Edmister WB, Farrell MA, Watson WJ. Spontaneous adrenal hemorrhage during pregnancy: A review of the literature and a case report of successful conservative management. *Obstet Gynecol Surv.* 2005;60:191–5.
3. Nolte JE, Rutherford RB, Nawaz S, Rosenberger A, Speers WC, Krupski WC. Arterial dissections associated with pregnancy. *JVasc Surg.* 1995;21:515–20.
4. Anagnostopoulos A, Sharma S. Spontaneous adrenal haemorrhage in pregnancy. *BMJ Case Rep.* 2011;2011.
5. Hiroi N, Yanagisawa R, Yoshida-Hiroi M, Endo T, Kawase T, Tsuchida Y, et al. Retroperitoneal hemorrhage due to bilateral adrenal metastases from lung adenocarcinoma. *J Endocrinol Invest.* 2006;29:551–4.
6. Jordan E, Poder L, Courtier J, Sai V, Jung A, Coakley FV. Imaging of nontraumatic adrenal hemorrhage. *AJR Am J Roentgenol.* 2012;199:W91–8.

7. Espinosa G, Santos E, Cervera R, Piette JC, de la Red G, Gil V, et al. Adrenal involvement in the antiphospholipid syndrome: Clinical and immunologic characteristics of 86 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2003;82:106–18.
8. Bakaeen FG, Walkes JC, Reardon MJ. Heparin-induced thrombocytopenia associated with bilateral adrenal hemorrhage after coronary artery bypass surgery. *Ann Thorac Surg*. 2005;79:1388–90.
9. Wani MS, Naikoo ZA, Malik MA, Bhat AH, Wani MA, Qadri SA. Spontaneous adrenal hemorrhage during pregnancy: Review of literature and case report of successful conservative management. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2011;12:263–5.
10. Keizer AL, Peters LW, de Vries C, Smets YF, de Wit LT, van Pampus MG. Spontaneous adrenal haemorrhage in early pregnancy. *BMJ Case Rep*. 2013;2013.
11. Koniaris LG, Wand G, Wright TM. TNF mediates a murine model of Addison's crisis. *Shock*. 2001;15:29–34.
12. Marzano LA, Tauchmanova L, Marzano E, Arienzo R, Guarino R, Ciancia G, et al. Large idiopathic unilateral adrenal hematoma in a young woman. *J Endocrinol Invest*. 2007;30:52–8.