

HEMORRAGIA SUPRARRENAL NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Travieso Hermoso, C. Rúa-Figueroa Erauskin, C. Perera Hernández, C. Rodríguez Benítez, F. Gómez Roda, Z. García Suárez, E. Caballero Estupiñán, H. Ageno Alemán, F. García-Muñoz Rodrigo. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

INTRODUCCIÓN

La Hemorragia Suprarrenal (HS) es una entidad relativamente frecuente en el neonato que habitualmente cursa de forma unilateral y asintomática. La sintomatología más común cursa con una triada clásica consistente en: ictericia, anemia y masa en flanco. Sin embargo, en otros casos puede darse compromiso clínico con insuficiencia suprarrenal, hemorragia masiva, shock y muerte. El principal factor etiológico es el trauma obstétrico, pudiendo ser secundario también a otros procesos como anoxia, infecciones y coagulopatías. En la mayoría de los casos el pronóstico es favorable, no obstante, cuando la hemorragia es extensa el desenlace puede ser fatal.

RESUMEN DEL CASO

Presentamos el caso de un recién nacido varón, hijo de madre sin antecedentes de interés y cuyo embarazo cursó normal. Nace en el Hospital General de Lanzarote a las 40+3 semanas mediante parto vaginal eutócico con un Apgar de 9/10. A las seis horas de vida comienza con distrés respiratorio, hipoperfusión, palidez y distensión abdominal. Se estabiliza y se extraen pruebas complementarias objetivando anemia y coagulopatía que requieren de la administración de varios concentrados de hematíes, vitamina K y un concentrado de plasma fresco congelado. Además, asocia acidosis metabólica severa. Se realiza una ecografía abdominal urgente donde se observa una HS derecha, y ante este hallazgo, se decide el traslado se traslada al Hospital Insular Materno-Infantil.

A su llegada al hospital de referencia se encuentra intubado con conexión a ventilación mecánica invasiva. Presenta mal estado general, palidez cutánea y el abdomen muy distendido con equimosis en zona genital.

Se solicita un TAC abdominal y ante los hallazgos compatibles con HS activa y hemoperitoneo se decide embolización urgente, presentando tras ello buena evolución inicial. Posteriormente, presenta nuevo empeoramiento clínico por lo que se lleva a cabo una laparotomía urgente para drenaje de hemoperitoneo, hemostasia y exéresis del hematoma suprarrenal.



Hematoma suprarrenal derecho con signos de sangrado activo acompañado de hemoperitoneo en todos los compartimentos de abdomen y pelvis.

Desde su ingreso se administra antibioterapia, expansores de volemia, drogas vasoactivas y múltiples transfusiones de concentrado de hematíes, plasma y plaquetas. A pesar de ello, la evolución es desfavorable, presentando shock refractario, hipotensión, acidosis metabólica grave, anuria, anasarca y coagulopatía incontrolable. Finalmente, se objetiva hiperpotasemia y alteraciones en el electrocardiograma. Se administra gluconato cálcico, insulina y bicarbonato sin obtener respuesta, comenzando con bradicardización progresiva y desaturación. A la auscultación se aprecia disociación electromecánica, siendo éxitus a las 81 horas de vida. Se solicita a los padres estudio necrópsico que rechazan, por lo que no es posible concluir la causa subyacente del cuadro.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones clínicas de la HS dependen de la magnitud del sangrado y del compromiso funcional de la glándula, pudiendo dar desde formas asintomáticas hasta clínica de anemia grave o shock.

El manejo inicial es expectante. Requiere de una vigilancia clínica estricta con controles ecográficos para valorar la evolución. Si existe compromiso clínico se deberá instaurar tratamiento de inmediato con el objetivo de reponer la volemia y estabilizar al paciente. La cirugía se reserva para casos graves con sangrados extensos, hemoperitoneo o tumor sangrante. El pronóstico suele bueno, si bien depende de la magnitud de la hemorragia.