



## Apoplejía Adrenal: Una Causa Inusitada de Hemoperitoneo Informe de 1 caso

F. GOMEZ, MD; C.H. MORALES, MD, SCC; J.H. PATIÑO, MD

**Palabras clave:** Apoplejía adrenal, Hemoperitoneo espontáneo, Masas retroperitoneales.

*Se presenta un caso inusitado de hemorragia peritoneal espontánea originada por una apoplejía adrenal izquierda, tratado en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín.*

*Se revisa la literatura disponible sobre el tema y se hace énfasis en los factores epidemiológicos, fisiopatológicos, manifestaciones clínicas e imágenes diagnósticas de esta rara entidad.*

### INTRODUCCION

El hemoperitoneo espontáneo es una emergencia abdominal ocasionada generalmente por sangrado a partir de aneurismas localizados en las arterias esplénica, hepática o mesentérica superior y, con menor frecuencia, de las gastroepiploicas y otras arterias viscerales (1, 3).

Desde 1889 aparecen informes de esta entidad y, en 1931, Green y Powers (4) introducen el término de apoplejía abdominal en la literatura médica. En la patogénesis de los aneurismas viscerales se han involucrado múltiples causas. Aunque se demuestra aterosclerosis en 30-60% de los pacientes con aneurismas viscerales, no se ha comprobado que los defectos de estos vasos sean secundarios a ella. Son más comunes en pacientes hipertensos y mujeres multíparas (1, 5). La verdadera incidencia de aneurismas espláncicos es desconocida debido a que la mayoría son asintomáticos y el diagnóstico se hace de manera incidental o cuando se presentan complicaciones; los informes de la literatura varían

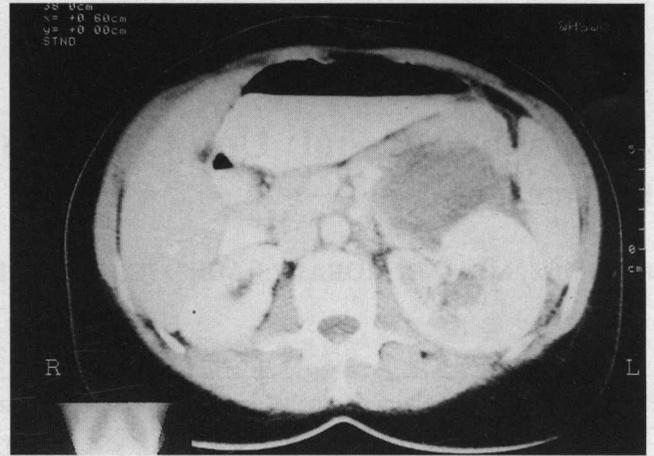
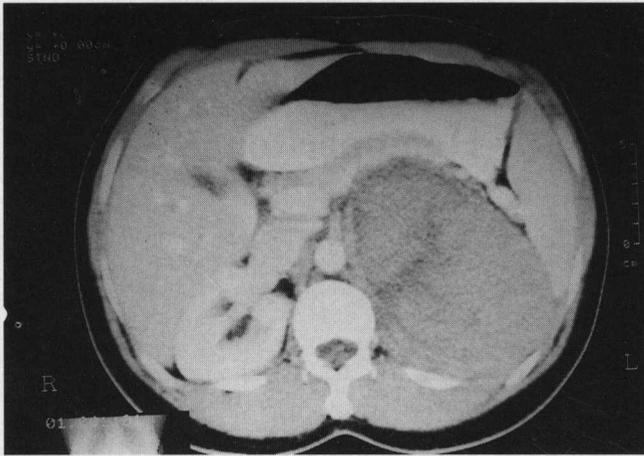
entre 0.07 y 10.4%, y de rotura, entre 2 y 10% (1, 5, 6). En nuestro medio se ha reconocido desde 1978 cuando Ramírez y Suárez publicaron el primer caso tratado con éxito (7, 8). Por otra parte se ha reconocido la hemorragia suprarrenal como una entidad diferente, de muy baja incidencia y que en la minoría de los casos puede ser causa de hemoperitoneo o hemorragia retroperitoneal por extravasación del contenido a partir de la cápsula de la glándula a los tejidos vecinos; por lo tanto, es importante tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo hemorrágico y en la evaluación de masas renales y adrenales (1, 6-12).

### CASO CLINICO

Mujer de 35 años, ama de casa, consulta por cuadro clínico de fiebre subjetiva y dolor en el epigastrio, irradiado a la región escapular izquierda, de 1 mes de evolución, con antecedente de hipertensión arterial sin tratamiento regular, artritis reumatoidea en tratamiento con AINEs, tuberculosis pulmonar tratada y ooforectomía derecha, 9 meses antes, con diagnóstico patológico de cuerpo lúteo hemorrágico. Al examen físico, aparenta regulares condiciones generales con TA:150/100 y FC: 90x'. Examen cardiopulmonar normal; abdomen doloroso a la palpación en el epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin signos de irritación peritoneal.

Se deja en observación y súbitamente presenta episodio de hipotensión y diaforesis, con TA de 90/50 y FC de 100x'; se realiza una punción abdominal positiva para sangre y se lleva a cirugía con el diagnóstico de embarazo ectópico roto. Se encuentra hemoperitoneo de 2.500 mL, y el ovario izquierdo con sangrado. Se realizó ooforectomía parcial cuyo diagnóstico histopatológico fue, cuerpo lúteo hemorrágico sin tejido trofoblástico. Evoluciona tórpidamente con dolor en el flanco izquierdo y distensión abdominal, por lo que fue reintervenida; se comprobó hemoperitoneo de 1.500 mL, con remanente ovárico sangrando en escasa cantidad e íleo secundario; se da de alta al séptimo día en buenas condicio-

*Doctores: Fernando Gómez Murcia, Residente de Cirugía General; Carlos Hernando Morales Uribe, Profesor Asociado, Departamento de Cirugía; Jairo H. Patiño Pacheco, Profesor Asociado, Departamento de Radiología. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.*



**Figura 1.** Tomografía computadorizada. Dos cortes en distintos niveles de la suprarenal izquierda de aspecto apopléjico.

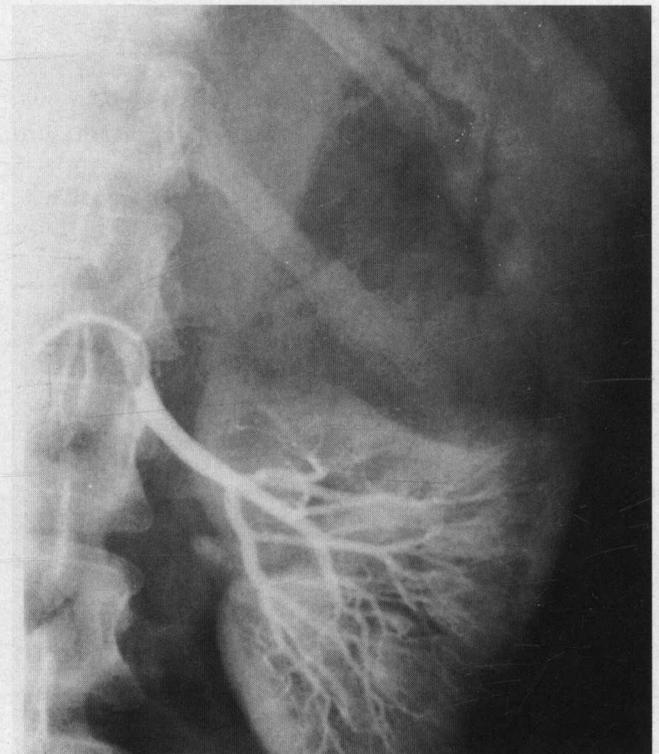
nes y reingresa 15 días después por persistencia del dolor en el epigastrio y en las regiones lumbar y escapular izquierdas; temperatura de 38.5° C. Al examen físico, se observa pálida, con TA de 120/80 y FC de 92x'; se aprecia masa palpable en el flanco izquierdo, mal delimitada, dolorosa, de aproximadamente 10 cm de diámetro.

Se practicó una ecografía abdominal que mostró una masa en el nivel del polo superior del riñón izquierdo, con componentes sólido y líquido. Los Rx del tórax mostraron una imagen de consolidación basal derecha.

La tomografía computarizada realizada con cortes continuos de 10 mm, demostró en el lecho de la suprarenal izquierda una lesión ovoide con diámetros de 11 x 8 cm, heterogénea, con densidades de tejido blando, contornos definidos, sin signos de infiltración de los tejidos adyacentes y sin calcificaciones en su interior. La inyección del contraste intravenoso no produjo modificación significativa en el aspecto de esta lesión, excepto por un sutil realce en su periferia (Figura 1).

Se practicó aortografía abdominal y angiografía selectiva de la arteria renal izquierda, en las que se apreció el riñón izquierdo desplazado en sentido inferior y con compresión extrínseca en su polo superior. Este estudio no demostró anomalías vasculares ni signos de neovascularización que sugirieran diagnóstico de patología tumoral (Figura 2).

Se decidió llevar el caso a cirugía por la sintomatología dolorosa; se encontraron múltiples adherencias en el hemiabdomen inferior; el bazo congestivo, aumentado de tamaño y rechazado hacia adelante; sangre en el espacio subfrénico izquierdo y una masa retroperitoneal de 10 x 15 cm,



**Figura 2.** Arteriografía renal izquierda. Se aprecia compresión extrínseca en el polo superior.

que hacía cuerpo con el polo superior del riñón izquierdo, adherida al diafragma; se realizó esplenectomía, resección de la masa y nefrectomía izquierda con reporte patológico de hematoma organizado de la glándula suprarenal con pared de tejido fibroconectivo; bazo y riñón izquierdo normales.

Evoluciona satisfactoriamente y se da de alta al tercer día postoperatorio.

Exámenes paraclínicos: Hb 8.8; Hto. 27,3; Leucocitos 6.900; Plaquetas 240.000; Na 137; K 4.0; Cl 106; Bun 5.0; Creatinina 0.7; TP 14,3 (12); TPT 23,1 (2540).

## DISCUSION

La hemorragia suprarrenal es una entidad muy poco frecuente, con una incidencia en estudios post mortem de 0.14-0.32% (13); afecta por igual a ambos sexos y en los adultos puede aparecer a cualquier edad, desde los 17 hasta los 83 años, con una leve tendencia a aparecer más frecuentemente entre la tercera y cuarta décadas de la vida (10, 14).

Se ha relacionado con múltiples factores como estrés físico severo, cirugía, arteriosclerosis, hipertensión, embarazo, sepsis y elevación de la presión intracraneana; tiene compromiso bilateral hasta en un 70% y cuando es unilateral, se presenta principalmente en el lado derecho en el 66% de los casos (9, 10, 13). La manifestación más frecuente es el dolor abdominal generalmente localizado en el epigastrio que posteriormente se puede irradiar al dorso o al flanco o aparecer como un dolor confinado a la región lumbar. Puede asociarse con náuseas, vómito, fiebre prolongada, trastornos mentales e hipotensión (10, 15).

En 1900, Arnaud citado por Falconer (9), describió tres tipos de presentación de la hemorragia suprarrenal: 1) Tipo peritoneal, se presenta con dolor abdominal severo, de inicio súbito, asociado con vómito y *shock*. 2) Tipo asténico, que se manifiesta con debilidad intensa y progresiva como único síntoma previo a la muerte. 3) Tipo nervioso, que se presenta con delirio, convulsiones y coma. Posteriormente, en 1908, Lavenson citado por Clark (13), describió un tipo adicional caracterizado por *shock* profundo seguido por la muerte. En la literatura se describen, además, pacientes asintomáticos cuya masa es detectada de manera incidental (15).

Los hallazgos frecuentemente encontrados son la masa palpable en los flancos, distensión abdominal, leucocitosis, y el paciente da la apariencia de un enfermo crítico con signos vitales y exámenes de laboratorio dentro de límites normales; así mismo, a pesar de tener compromiso bilateral, es excepcional la presentación de falla suprarrenal con hiponatremia, hiperkalemia y cortisol bajo (9-11, 13, 16).

En cuanto a la fisiopatología, se han propuesto varias teorías para explicar la hemorragia (11):

- 1) Involución de la glándula hipertrofiada como sucede en los recién nacidos o madres en el posparto.
- 2) Destrucción tumoral por carcinomas o tumores benignos.

- 3) Lesión de la pared de los capilares (como sucede en la toxemia, convulsiones, trauma, sepsis, arteriosclerosis e hipertensión).
- 4) Diátesis hemorrágicas por hipoprotrombinemia, discrasias sanguíneas o anticoagulación.
- 5) Trombosis de la vena renal primaria o secundaria a enfermedad sistémica.

Entre los hallazgos patológicos se observan los siguientes (9-13): hemorragia con reemplazo total o parcial de la glándula, sin identificarse la causa 30-62%; trombosis de la vena suprarrenal 30-57%; células de adenoma suprarrenal diseminadas en el hematoma; arteriosclerosis de los vasos suprarrenales. La tomografía computarizada es de gran ayuda en el diagnóstico de esta patología. En las descripciones clásicas (17) se define esta alteración como una masa de tejido blando que puede contener calcificaciones heterogéneas, pero que también pueden ser hipodensas con un anillo periférico de alta densidad o hiperdensas con anillo hipodenso. El único signo específico de hematoma, especialmente en la hemorragia aguda, es la lesión espontánea, hiperdensa con más de 50 unidades de Hounsfield, pero que en una serie de 8 casos sólo fue apreciado en 1 paciente (11). Cuando se trata de una lesión subaguda o crónica y es unilateral y espontánea no puede ser diferenciada de las otras lesiones tumorales de la glándula con base en su tamaño, morfología o densidad. Sin embargo, la ausencia de captación del contraste o una captación discreta en forma de anillo deben hacer sospechar este diagnóstico dado que las lesiones tumorales, carcinoma y feocromocitoma, generalmente captan intensamente el contraste (11). Cuando el hematoma tiene un origen traumático, la tomografía puede demostrar la mala definición de los planos grasos asociados a la lesión suprarrenal (18) o la presencia de alteraciones traumáticas asociadas como el compromiso de la vena cava (19).

El ultrasonido es un método de mucha importancia en la detección de la lesión; sin embargo, el aspecto de la misma varía dependiendo de la evolución, por lo que su especificidad es baja. En el examen temprano se aprecia una lesión redondeada moderadamente hiperecoica con una zona central ecogénica. Puede ser útil en el seguimiento para excluir la presencia de una neoplasia al demostrar la disminución progresiva de su tamaño y en su ecogenicidad al indicar que la lesión se hace cada vez más quística (18).

La resonancia magnética es el método de mayor especificidad. El aspecto de las lesiones varía y depende del tiempo de evolución. En la serie reportada por C. Hoeffel (11), los hallazgos encontrados en todos los casos sugerían productos de degradación sanguínea, con una señal dispersa y discretamente incrementada en T<sub>1</sub>. En las imágenes en T<sub>2</sub> la señal es intensa con áreas de baja intensidad serpiginosas que co-

rresponden a coágulos en el espécimen. La administración de contraste puede ser de utilidad para excluir la presencia de una lesión tumoral asociada.

Hemos descrito en este artículo un nuevo caso de hemoperitoneo espontáneo a partir de la apoplejía de la glándula suprarrenal izquierda con evolución posterior a masa adrenal, en quien fue necesario el procedimiento quirúrgico para llegar al diagnóstico y tratamiento.

La entidad es de muy rara presentación y debe tenerse presente en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo hemorrágico y de masas retroperitoneales.

## ABSTRACT

*An unusual case of peritoneal hemorrhage caused by left sided adrenal apoplexy managed at Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín, is hereby reported.*

*Pertinent literature is reviewed, with emphasis on the epidemiologic, pathophysiologic, clinical, and diagnostic imaging characteristics of this rare entity.*

## REFERENCIAS

1. Bush HL: Visceral artery aneurysms. In: Allan C, Calvin Ernest: Vascular Surgery Theory and Practice. Stanford; Appleton & Lange 1995; 901-19
2. Domingo C, Tornero C, Castro C et al: Hemorragia digestiva y hemoperitoneo como complicaciones de aneurismas viscerales. Rev Esp Enf Ap Digest 1995; 87 (8): 601-4
3. Stevenson JM, Mansfield AO, Temple JG: Abdominal apoplexy. Br J Surg 1978; 65: 318-20
4. Green TW, Powers JH: Intraabdominal Apoplexy. Ann Surg 1931; 93: 1070-4
5. Stanley JC, Fry WJ: Pathogenesis and Clinical Significance of Splenic Artery Aneurysms. Surgery 1974; 76 (6): 898-909
6. Gelabert HA, Busuttill RW: Celiac, Hepatic and Splenic Artery Aneurysms. In: Current Therapy in Vascular Surgery. B.C. Decker Inc Philadelphia 1991; 757-62.
7. Ramírez H, Suárez R: Apoplejía Abdominal. Relatos Médicos, 1975; 4: 381-6
8. Ramírez H, Cano FA: Apoplejía Abdominal. Trib Méd 1981; 1: 31-3
9. Falconer CD: Adrenal Apoplexy: A case of unilateral hemorrhage simulating a tumor of the kidney. Br J Urol 1953; 25: 183-6
10. Hoeffel C, Legmann P, Luton JP et al: Spontaneous unilateral adrenal hematomas, 10 cases. Press Med 1994; 23: 1023-6
11. Hoeffel C, Legmann P, Luton JP et al: Spontaneous unilateral adrenal hemorrhage: computerized tomography and magnetic resonance imaging findings in 8 cases. J Urol 1995; 154: 1647-51
12. Meyer X, Legros R, Aczel F et al: Unilateral adrenal hematoma in adults. J Radiol 1996; 77 (3): 197-200
13. Clark OH, Hall AD, Schambelan M: Clinical manifestations of adrenal hemorrhage. Am J Surg 1974; 128: 219-24
14. Yamada AH, Sherrod AE, Boswell W, Skinn DG: Massive retroperitoneal hemorrhage from adrenal gland metastasis. Urology 1992; 40 (1): 69-72
15. Berte SJ: Spontaneous adrenal hemorrhage in the adult: literature review and report of two cases. Ann Intern Med 1953; 38: 28-37
16. Roberts GD, Blumgart LH: Adrenal apoplexy: report of a case. Br J Surg 1971; 58: 79-80
17. Lee MJ, Hahn PF, Papanicolaou N et al: Benign and malignant adrenal masses: CT distinction with attenuation coefficients, size and observer analysis. Radiology 1991; 179 (2): 415-8
18. Brian J, Casillas J, Yrizarry J: Traumatic adrenal hemorrhage: Radiologic findings. Radiology 1988; 167: 701-3
19. McAlinder MG, McCrory DC, Diamong T: Posttraumatic adrenal haematoma with massive adrenal enlargement and compression of the vena cava. Br J Urol 1994; 73: 963-9.

### Correspondencia:

Fernando Gómez Murcia, MD. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín, Colombia.