

# Hematoma suprarrenal

JOSÉ SEQUEDA, CONCEPCIÓN GUARDO

---

La hemorragia suprarrenal asintomática del neonato es relativamente frecuente y muchas veces se detecta como una calcificación local después de que se resuelve el hematoma. La forma sintomática es rara y, a menudo, se debe a un trauma obstétrico relacionado con la macrosomía fetal, la presentación podálica, la diabetes materna o la hipoxia perinatal. Las manifestaciones clínicas son, principalmente, una masa abdominal y anemia importante; el diagnóstico se confirma con la imaginología. Se presentan dos casos de hematoma suprarrenal derecho tratados en el Hospital Universitario de Cartagena, ambos relacionados con un parto traumático y acompañados de cefalohematomas; uno de ellos presentó sangrado gastrointestinal alto y el otro infección del hematoma suprarrenal. El diagnóstico se comprobó con la ecografía abdominal y se verificó con la tomografía. El tratamiento fue médico y no se requirió cirugía a pesar de la anemia severa que presentó uno de los pacientes.

**PALABRAS CLAVE**  
HEMATOMA SUPRARRENAL  
HEMORRAGIA SUPRARRENAL  
MASA ABDOMINAL  
ANEMIA

---

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia suprarrenal subclínica del recién nacido es más común de lo que se cree (1,2). Algunos estudios de autopsias revelan que tiene una incidencia alta; sin embargo, la forma masiva y sintomática es infrecuente (1).

Entre las vísceras sólidas la glándula suprarrenal ocupa el segundo lugar en frecuencia después del hígado como sitio de ruptura; la mayoría de los casos son unilaterales (2). Los factores de riesgo más importantes son: macrosomía fetal, diabetes materna y presentación podálica; también puede ser causada por la hipoxia perinatal, las hemorragias placentarias, la enfermedad hemorrágica del neonato, la prematuridad y, más raramente, el neuroblastoma. Sherer y colaboradores (3) presentaron un caso relacionado con sufrimiento fetal; también se ha mencionado el maltrato del neonato como causa del proceso.

Clínicamente, se manifiesta con palidez, ictericia, distensión abdominal y una masa palpable ubicada, generalmente, en el lado derecho; en los casos graves se encuentra, además, choque ocasionado por la pérdida excesiva de sangre (2). Cuando el

---

DOCTOR JOSÉ SEQUEDA M., Profesor Titular; DOCTORA CONCEPCIÓN GUARDO B., Profesora Asistente; ambos del Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia.

sangrado es bilateral se presenta insuficiencia suprarrenal caracterizada por anorexia, vómito, diarrea, distensión abdominal, irritabilidad, hipoglicemia, anemia, exantema, coma, convulsiones y choque.

Para el diagnóstico se utiliza, además de los hallazgos clínicos, la imaginología. A los rayos X se pueden encontrar el espacio retroperitoneal ensanchado y desplazamiento del riñón, el estómago o los intestinos; la ultrasonografía, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética han reemplazado a la urografía intravenosa y a la arteriografía en la evaluación de los niños en quienes se sospecha el diagnóstico (4); en caso de hemorragia la ecografía muestra el sitio y el tamaño de la lesión y sirve para vigilar su evolución; casi siempre se observa inicialmente una masa quística y densa que luego se torna menos ecogénica y con zonas de licuefacción; a las 3 ó 4 semanas se produce la regresión del hematoma y aparece una calcificación (5). El hematoma puede sufrir una infección y presentarse un absceso susceptible de drenaje.

El manejo depende de varios factores: si la hemorragia es intensa se debe aplicar una transfusión y observar detenidamente al niño; si existe insuficiencia suprarrenal hay que suministrar líquidos y esteroides. La decisión de intervenir quirúrgicamente dependerá del grado y localización de la hemorragia; cuando el hematoma está limitado por la fascia renal la conducta es observar, pero si mediante la paracentesis se detecta sangrado intraperitoneal o si su volumen supera al que se reemplazó con la transfusión, se debe intervenir quirúrgicamente. También hay que intervenir algunos hematomas abscedados.

## PRIMER PACIENTE

Niño nacido en el Hospital de Maternidad Rafael Calvo, de una madre de 17 años, por parto vaginal y maniobra de Kristeler el 15 de agosto de 1995, fruto de un primer embarazo de término controlado en la consulta externa. Pesó 3.000 g y midió 51 cm; el índice de Apgar al primer minuto fue de 5 y a los 5 minutos de 8; presentó palidez generalizada y el examen clínico permitió palpar una masa dura, lisa y dolorosa al tacto, de unos 10 cm, localizada en el flanco derecho; además, otra tumoración ubicada en la región temporoparietal derecha, con las características de un cefalohematoma. Se practicó ecografía

abdominal con un transductor para adultos, la cual mostró una masa quística correspondiente al riñón. El hematocrito inicial fue 36% y se transfundieron 60 ml de glóbulos rojos luego de los cuales el hematocrito subió a 37%. Con la impresión clínica de un hematoma renal grande fue remitido al Hospital Universitario de Cartagena al cual llegó a las 48 horas de nacido; se encontró lo siguiente: peso 3.260 g, frecuencia cardíaca 120/min, frecuencia respiratoria 38/min y temperatura 36° C. Las condiciones generales de salud eran regulares, se notaba icterico, con distensión abdominal y las masas ya descritas. Una nueva ecografía abdominal informó una lesión de ecogenicidad similar a la hepática ubicada entre la cara inferior del riñón y la superficie inferior del lóbulo hepático derecho, con diámetros de 3.3 por 3.5 cm. Se sugirió entonces practicar tomografía. Otros exámenes mostraron lo siguiente: tiempo de protrombina: 13.2 segundos (control: 13.3); tiempo parcial de tromboplastina: 28.4 segundos (control: 32); recuento de plaquetas: 92.000/mm<sup>3</sup>; velocidad de sedimentación 16 mm en la primera hora; transaminasas oxaloacéticas 238 UI y pirúvicas 245 UI; el control de éstas, veinticuatro horas más tarde, fue de 150 y 120 UI, respectivamente; fosfatasas alcalinas: 167 UI; creatinina y nitrógeno ureico dentro de límites normales.

A los siete días de nacido se encuentra menos distendido pero se nota irritable y febril; los exámenes mostraron en ese momento un recuento leucocitario de 21.100/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 74%, linfocitos 22%, proteína C reactiva 24 mg/dl, hemoglobina 14.7 g/dl y bilirrubina total 22 mg/dl con una fracción directa de 19 mg/dl. La tomografía informó un hematoma suprarrenal derecho. La gammagrafía hepática descartó la presencia de lesión en esta área y en las vías biliares.

El paciente empezó a mejorar a los 15 días de nacido y se dio de alta a la edad de 21 días con diagnósticos de cefalohematoma, hematoma suprarrenal derecho e infección sobreagregada.

## SEGUNDO PACIENTE

Niño nacido el 12 de octubre de 1995, de una madre de 37 años de edad, fruto de un quinto embarazo controlado por la consulta externa. El nacimiento ocurrió en la cama y sin atención médica. Fue trasladado a la unidad neonatal del Hospital de Ma-

ternidad Rafael Calvo donde encontraron un bebé icterico de 3.500 g, con dificultad respiratoria. El examen permitió visualizar una masa renitente, subperióstica, en el parietal y palpar otra de 7 x 5 x 4 cm en el lado derecho del abdomen; concomitantemente el niño presentaba hematemesis. La ecografía inicial mostró una masa retroperitoneal. Los exámenes practicados en ese momento mostraron: hemoglobina 4 g/dl y hematocrito 13%; 26.500 leucocitos/mm<sup>3</sup> con 54% de linfocitos y 42% de neutrófilos; recuento de plaquetas 130.000 mm<sup>3</sup> y reticulocitos 3.3%. La glicemia fue 310 mg/dl. La ecografía abdominal mostró líquido libre en la cavidad peritoneal y una imagen compatible con hemorragia suprarrenal.

Se aplicó 1 mg de vitamina K por vía muscular y se transfundieron 40 ml de glóbulos rojos empacados, con lo cual la hemoglobina subió a 5.4 g/dl y el hematocrito a 17%. Cuarenta y ocho horas más tarde se practicó una nueva transfusión y se notó que la hematemesis cedió. Los nuevos controles mostraron hemoglobina de 8.9 g/dl y hematocrito de 26%. Se practicó entonces una tercera transfusión luego de la cual el niño empezó a mejorar; a los cinco días de vida se le practicó una tomografía abdominal de fase simple que mostró una imagen de baja densidad ubicada inmediatamente por encima y por delante del riñón derecho, de contornos mal definidos, que no se modificaba al inyectar un medio de contraste (Figura N° 1).

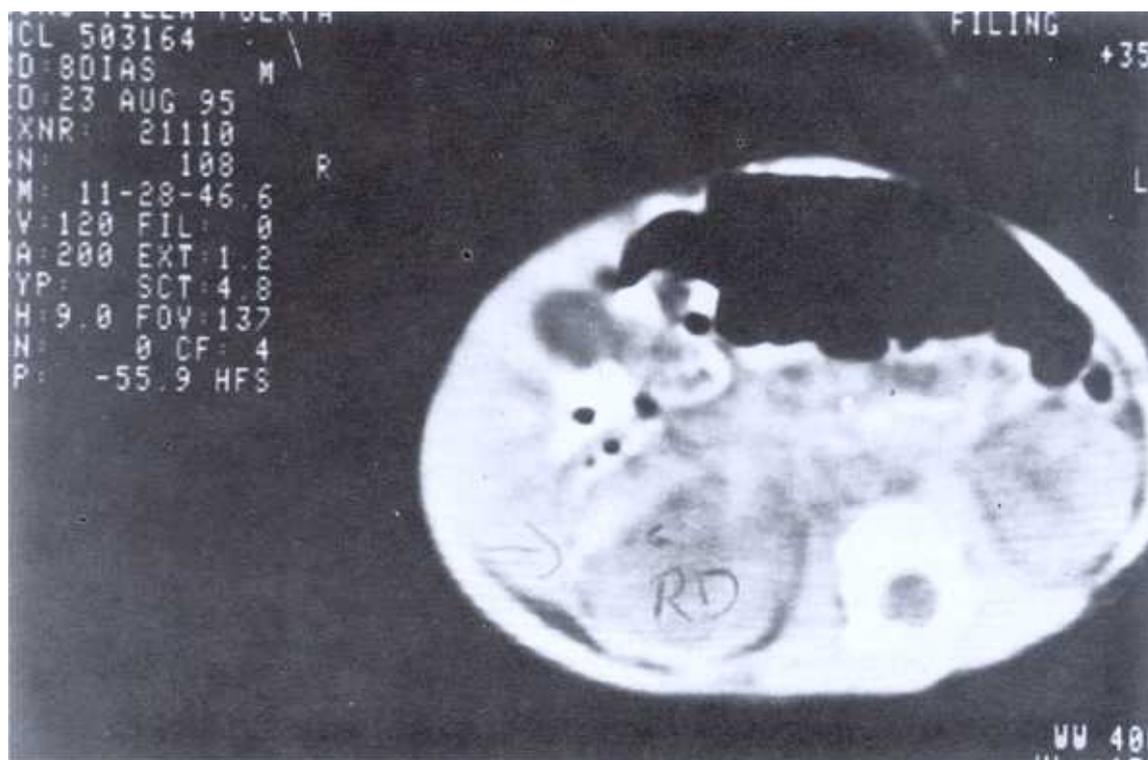


FIGURA N° 1  
TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

Hígado y vesícula normales, no hay dilatación de las vías biliares; riñón derecho de tamaño, forma y densidad normales; se demuestraseudomasa inmediatamente por encima del riñón derecho, con baja densidad en el área correspondiente a la glándula suprarrenal; no se encuentra líquido libre en la cavidad abdominal. Diagnóstico: Hematoma suprarrenal derecho.

Al séptimo día de vida los exámenes de control informaron lo siguiente: hemoglobina 15.7 g/dl y hematocrito 45%; la ecografía dejó ver que los parenquimas hepático y esplénico no tenían alteraciones, la disminución del líquido libre en la cavidad peritoneal y la persistencia de la masa subhepática de bordes irregulares adyacente al riñón derecho. El aspecto general del niño era normal, se alimentaba bien y no se palpaba la masa. A los nueve días de vida se dio de alta con el diagnóstico de hematoma suprarrenal derecho y se citó para control ecográfico ambulatorio.

## DISCUSIÓN

La hipoxia, la presentación podálica, los partos prolongados, la diabetes materna y otras entidades, consideradas como asociadas con la presentación de la hemorragia, obligan a establecer una vigilancia estrecha sobre el niño, tanto clínica como ecográfica, con el fin de verificarla o descartarla. Si se presenta en forma bilateral o masiva, es pertinente instalar un tratamiento inmediato con el fin de reponer la volemia. Según Faxelius y colaboradores (6) estos niños deben someterse a mediciones frecuentes de la hemoglobina, el hematocrito y la presión arterial, ya que se pueden presentar, aun en los casos leves, reducciones de la volemia por debajo de 25 ml/kg y una mortalidad hasta del 60%. Es pertinente, además, controlar el hematocrito y la hemoglobina cuando los niños han recibido transfusiones, pues aun en estas condiciones, como se documentó en uno de nuestros casos, una sola trasfusión puede ser insuficiente. De otro lado, es importante llamar la atención de los clínicos para que estén alerta frente a los casos de riesgo y practiquen un examen clínico riguroso especialmente en lo que se relaciona con el abdomen y las áreas renales. La detección temprana de la tumoración permitirá dirigir la comprobación del diagnóstico con el examen más sensible de que se disponga y evitar así pérdidas innecesarias de tiempo.

## SUMMARY

### SUPRARRENAL HEMATOMA

Neonatal asymptomatic suprarrenal hemorrhage is relatively frequent; sometimes it is detected only after resolution when a calcification is found; symptomatic forms are rare; most times hemorrhage and hematoma are due to an obstetric trauma and are related to macrosomia, breech presentation, maternal diabetes and neonatal hypoxia. Clinical picture is characterized by abdominal mass and anemia; diagnosis is confirmed by imagenology. Two patients with suprarrenal hematoma from the University Hospital at Cartagena, Colombia, are presented. Both were related with traumatic delivery and cephalohematoma; one of them had oral and gastric bleeding and the other suffered hematoma infection; diagnosis was done with abdominal ecography and CAT. Both patients recovered with medical treatment.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. MANGURTEN HH. Birth injuries. In: Neonatal Perinatal Medicine. Diseases of the fetus and infant. 5th ed. Saint Louis: Mosby Year Book, 1992: 346-372.
2. MIELE V, PATTI G, CAPPELLI L, CALISTI A, et al. Echography in the diagnosis of neonatal adrenal hemorrhage. *Radiol Med* (Torino) 1993; 87: 111-117.
3. SHERER DM, KENDIG JW, SICKEL JZ, et al. In utero adrenal hemorrhage associated with fetal distress, subsequent transient neonatal hypertension and a nonfunctioning ipsilateral kidney. *Am J Perinatol* 1994; 11: 302-304.
4. WESTRA SJ, ZANINOVIC AC, HALL TR, et al. Imaging of the adrenal gland in children. *Radiographics* 1994; 14: 1.323-1.340.
5. JIMENEZ GR, FIGUEROS AF, BOLET M.. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En: Neonatología. 2a.ed. Barcelona: Espas, 1995: 584-586.
6. FAXELIUS J, GUTBERLET R, SWANSTROM S, et al. Red cell volume measurements and acute blood loss in high-risk newborn infants. *J Pediatr* 1977; 90: 273-281.