

HOSPITAL UNIVERSITARIO GINECOOBSTÉTRICO
"MARIANA GRAJALES"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

HEMORRAGIA SUPRARRENAL BILATERAL NEONATAL:
A PROPÓSITO DE UN CASO

Por:

Dra. Yaquelin Pérez Martínez¹, Dra. Magalis Cueto Domínguez² y Dra. Modesta Gómez Fernández³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Neonatología. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Neonatología. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. UCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Neonatología. Hospital Universitario Ginecoobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.

Descriptor DeCS:

HEMORRAGIA
ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS
SUPRARRENALES

Subject headings:

HEMORRHAGE
ADRENAL GLAND DISEASES

La hemorragia suprarrenal es una entidad de relativa frecuencia en el neonato, que cursa habitualmente de forma unilateral y asintomática^{1,2}, incluso inadvertida, si bien, en ocasiones, sobre todo en la de carácter bilateral, puede implicar una importante afectación clínica, y presentarse insuficiencia suprarrenal aguda, hemorragia masiva o muerte³.

Presentación del paciente

Se trata de un neonato masculino, fecha de nacimiento 21-1-2005, en la Unidad de Cuidados Neonatales del Hospital Ginecoobstétrico "Mariana Grajales", pesó al nacer 3950 gramos, nació al término de la gestación (39,4 semanas), de parto distócico, cesárea por una distocia de hombro, y puntuación de Apgar: 6/8 al primero y quinto minutos de vida, respectivamente.

Posterior al nacimiento, se comprueba al realizar el examen físico, palidez cutáneo-mucosa, llanto quejumbroso y polipnea.

Transcurridas dos horas de vida, aparece aumento de volumen del cuello y se percibe crepitación a la palpación; se procede entonces a realizar el estudio radiológico (rayos X de tórax anteroposterior y lateral), donde se observa un neumomediastino, de gran cuantía, por lo que se mantiene con oxigenoterapia y medidas generales de sostén al paciente grave.

A las nueve horas de vida, se produce empeoramiento en el estado clínico del neonato, por: intensificación de la polipnea, ruidos cardíacos apagados y tórax abombado; ante esta situación, se realiza radiografía de tórax evolutiva donde se visualiza un neumotórax de gran magnitud, por lo que se procedió a su drenaje, de inmediato.

Desde el punto de vista respiratorio, el paciente va mejorando paulatinamente, y se retira la sonda de pleurotomía a las 72 horas.

Posteriormente, el bebé comienza a presentar: abdomen globuloso, hepatomegalia, íctero intenso y anemia (hematócrito: 0,41 l/l, bilirrubina total: 22,3 mg/%, bilirrubina directa: 11 mg/%, bilirrubina indirecta: 12 mg/%, conteo de plaquetas: 42×10^9); al quinto día de vida, se le añaden síntomas digestivos: regurgitaciones frecuentes e intolerancia digestiva. Se sospecha la posibilidad de que exista un hematoma subcapsular hepático, pero esta se descarta luego de realizarse un ultrasonido abdominal, donde se observa, en la proyección suprarrenal derecha, una imagen que mide 39 x 42 mm y en el lado izquierdo una imagen similar de 41 x 42 mm, ambas compatibles con un hematoma de las suprarrenales, diagnóstico que se confirma con la tomografía axial computadorizada abdominal, donde igualmente se observan dos gruesas imágenes hipodensas en proyección de las glándulas suprarrenales, polo superior de ambos riñones y región perirrenal, que dado el antecedente del recién nacido, son compatibles con hemorragia bilateral suprarrenal (Figura).



Figura TAC de abdomen donde se observan dos gruesas imágenes hipodensas en proyección de suprarrenales, polo superior de ambos riñones y perirrenales, compatibles con hemorragia bilateral suprarrenal.

Ante el diagnóstico, se mantiene una actitud clínica expectante, por la posibilidad de que aparezcan síntomas de insuficiencia suprarrenal.

En los días siguientes, el niño evoluciona favorablemente y es egresado a los doce días, completamente recuperado.

Comentario

El caso clínico presentado se ajusta a la forma más frecuente de hemorragia suprarrenal, y nos permite recordar una entidad clínica que en ocasiones obliga a un tratamiento precoz y urgente^{4,5}, pero que en el caso que nos ocupó, la conducta expectante, o sea sin tratamiento quirúrgico, permitió la evolución favorable del recién nacido⁶. Esto nos hizo reflexionar acerca de la importancia de la dedicación activa, oportuna y continua en el cuidado al recién nacido.

Referencias bibliográficas

1. De la Torre Montejo E, González Valdés J, Gutiérrez Muñiz JA. Traumatismos al nacer. En: Pediatría 5. Ciudad Habana: Pueblo y Educación; 2000. p. 54-8.

2. Correa VJA, Gómez RJF, Posada SR. Trauma perinatal. En: Fundamentos de Pediatría. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 1999 .p. 446- 50.
3. Martínez Medina E. Cuidado crítico neonatal. En: Perinatología-Neonatología. Colombia: Uninorte; 2000. p. 101-7.
4. Sola A, Phibbs RH. Ética clínica en Perinatología. En: Sola A, Rogido M. Cuidados especiales del feto y del recién nacido. vol.2. 2^{da} ed. Buenos Aires: Científica Interamericana; 2001. p. 1749-59.
5. Parri F. Traumatismos del feto y el recién nacido. En: Zafra MA, Calvo C, Gana ML, Baquero F, Anibas N, Jiménez J, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Madrid: Publicaciones Médicas; 1996. p. 639-73.
6. Regueiferos Prego LA. Los cuidados intensivos neonatales. En: Temas de Perinatología. Ciudad de La Habana: Científico- Técnica; 1999. p. 75-84.

Recibido: 22 de noviembre de 2007

Aprobado: 31 de enero de 2008