



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Maciá Bobes, Carmen; Macías Robles, María Dolores; Ronzón Fernández, Aránzazu; Botas Cervero, Patricia; Valle López Díaz, María del; Municio Heras, Ana Isabel

Hemorragia suprarrenal unilateral asociada a crisis hipertensiva en un paciente antiagregado

Archivos Españoles de Urología, vol. 60, núm. 9, noviembre, 2007, pp. 1.119-1.122

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013941011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

A los tres meses el paciente está asintomático, se le hace una nueva colonoscopia, se comprueba que el orificio rectal ha desaparecido y se cierra la colostomía, sin incidencias. Sin embargo la sonda se le deja tres meses más, es decir un total de seis meses. Transcurrido este tiempo se realiza de nuevo una uretrografía, se comprueba que la brecha se ha cerrado y se retira la sonda. Seis meses más tarde, el paciente vuelve para control, está asintomático y con una función sexual normal; esta vez se realiza tan sólo un ultrasonido, que es normal y es dado de alta definitiva.

DISCUSIÓN

La cistostomía suprapúbica inicial es fundamental en este tipo de traumatismos antes de decidir cuál va a ser la técnica quirúrgica más adecuada una vez que se haya estabilizado el paciente (1). De nuevo se comprueba con este caso que la reconstrucción tardía de la uretra es preferible a la reparación inmediata, ya que se han evitado todas las posibles complicaciones de los traumatismos de uretra prostatomembranosa, como son la estrechez, la incontinencia, la fístula uretrocutánea o la disfunción eréctil (2).

En este paciente se ha realizado una uretroscopia para reestablecer la continuidad de la uretra y poner una sonda. Y seguidamente se ha extraído el proyectil mediante una cirugía abierta. Este paciente, a primera vista, hubiera sido un caso que se podía haber resuelto por vía endoscópica, ya que el espacio retropúbico se podría haber abordado vía laparoscópica, sin embargo no era la vía adecuada ya que se trataba de un paciente crítico, en el que además había que hacer una laparotomía de urgencia para explorar el resto del abdomen.

Es muy importante conocer la velocidad del proyectil para saber la gravedad de la lesión. En este caso, el hecho de que no haya orificio de salida y de que la bala haya rebotado en el hueso, nos indica que se trata de un proyectil de baja velocidad. No cabe duda de que si la agresión se hubiera realizado con un arma de alta velocidad, habría un gran orificio de salida. Lo que implica que la uretra, el pubis, las ramas isquiopúbicas y los genitales hubieran sido destrozados. E incluso probablemente dicha herida hubiera sido incompatible con la vida (3).

El control radiológico durante la operación es decisivo para encontrar el proyectil, máxime en un caso como éste en que la próstata era hiperplásica y la bala se encontraba bien profunda dentro de la misma (4).

Una vez más se demuestra que la actitud conservadora en casos de perforación del recto da buenos resultados, incluso a pesar de tratarse de un traumatismo muy grave como es una herida de bala. Ya que dejando una sonda durante seis meses, hemos evitado una cirugía difícil como es la de una fístula uretrorrectal.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. MIANNE, D.; GUILLOTREAU, J.; LONJON, T. y cols.: "Firearm wounds of lower urinary tract in men. Surgical management in emergency context". *J. Chir.*, 134: 139, 1997.
2. MCANINCH, J.W.: "Traumatic injuries to the urethra". *Trauma.*, 21: 291, 1981.
3. DOBI-BABIC, R.; KATALINIC, S.: "Death due to accidentally self-inflicted gunshot wound". *Croat. Med. J.*, 42: 576, 2001.
- **4. PELLICE VILALTA, C.: "Urología de Guerra: Capítan Médico Ponce de León". *Arch. Esp. Urol.*, 59: 96, 2006.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 9 (1.119-1.120), 2007

HEMORRAGIA SUPRARRENAL UNILATERAL ASOCIADA A CRISIS HIPERTENSIVA EN UN PACIENTE ANTIAGREGADO.

Carmen Maciá Bobes, María Dolores Macías Robles¹, Aránzazu Ronzón Fernández², Patricia Botas Cervero, María del Valle López Díaz³ y Ana Isabel Municio Heras¹.

Sección de Endocrinología. Hospital San Agustín. Avilés. Asturias.

¹Servicio de Urgencias. Hospital San Agustín. Avilés. Asturias.

²Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias.

³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital San Agustín. Avilés. Asturias. España.

Correspondencia

Carmen Maciá Bobes
C/ Pablo Laloux 13, 6º A-Sur.
33405 Salinas. Castrillón. Asturias. (España)
cmacb@arrakis.es

Trabajo recibido: 19 de enero 2007.

Resumen.- *OBJETIVO:* Presentación de un caso de hemorragia suprarrenal no traumática en un paciente antiagregado.

MÉTODOS: El paciente fue ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos por una crisis hipertensiva no controlada. Se descartó analíticamente la existencia de un feocromocitoma y se practicó una suprarrenalectomía diferida.

RESULTADOS: El examen histológico de la glándula mostró una extensa necrosis hemorrágica.

CONCLUSIONES: La asociación de hipertensión arterial y hemorragia suprarrenal no es diagnóstica de feocromocitoma.

Palabras clave: Glándulas suprarrenales. Hemorragia. Hipertensión arterial. Suprarrenalectomía. Feocromocitoma

Summary.- *OBJECTIVE:* We report a case of non-traumatic adrenal hemorrhage in a man with antiplatelet treatment.

METHODS: The patient was admitted to the Critical Care Unit because of a non-controlled hypertensive crisis. Pheochromocytoma was analytically excluded. The patient underwent a delayed adrenalectomy.

RESULTS: Pathologic study of the specimen showed a wide hemorrhagic necrosis.

CONCLUSIONS: Association of high blood pressure and adrenal hemorrhage is not pathognomonic of pheochromocytoma.

Keywords: Adrenal glands. Hemorrhage. Hypertension. Adrenalectomy. Pheochromocytoma

INTRODUCCIÓN

Las hemorragias suprarrenales de origen no traumático son infrecuentes y pueden ser debidas a estrés, coagulopatías, tumores subyacentes de la glándula o bien ser idiopáticas (1). La cirugía complicada, la sepsis (la meningococemia fulminante da lugar al síndrome de Waterhouse-Friderichsen), las quemaduras o la hipovolemia son causas bien conocidas de hemorragia suprarrenal bilateral por estrés. Los neonatos son particularmente susceptibles en situaciones de hipoxia por parto prolongado. Se han descrito sangrados uni- o bilaterales de las glándulas secundarios a diatésis hemorrágica o coagulopatía de cualquier origen, típicamente por fárma-

cos anticoagulantes (2) y en el síndrome antifosfolípido (3); el tratamiento antiagregante no se ha relacionado, aunque se sabe que aumenta el riesgo hemorrágico, no sólo digestivo (4). Los tumores, benignos o malignos, de la suprarrenal constituyen la cuarta causa, por frecuencia, de hematoma retroperitoneal unilateral espontáneo; los quistes y los mielolipomas pueden sangrar dentro del parénquima o con rotura al espacio circundante (5); los hemangiomas suprarrenales son extraordinariamente raros, pero sangran con facilidad; el feocromocitoma es la causa más frecuente de hemorragia masiva, y muchas veces fatal, por tumor suprarrenal subyacente (6); y, por supuesto, los carcinomas corticales primarios y las metástasis en la glándula, generalmente de una neoplasia broncogénica, pueden originar hemorragias. En ausencia de factores predisponentes o identificables, el hematoma suprarrenal, altamente infrecuente y unilateral, se clasifica como idiopático.

Las hemorragias unilaterales no masivas pueden cursar de modo casi asintomático; en este caso, se identifican en intervenciones quirúrgicas por otro motivo, en autopsias, o también por calcificaciones suprarrenales objetivadas en pruebas de imagen (7). Las manifestaciones clínicas dependen del volumen de sangre perdido, la velocidad del sangrado, la capacidad de las estructuras circundantes para contener la hemorragia y de la situación hemodinámica resultante; el dolor abdominal, en el flanco o en la espalda, y los signos de hipovolemia son habituales (1). Los feocromocitomas accidentados pueden provocar hipertensión arterial (HTA) extrema, taquicardia, edema agudo de pulmón o isquemia cerebral. Excepcionalmente, se han notificado crisis hipertensivas en el curso de una hemorragia suprarrenal no secundaria a la rotura de un feocromocitoma (8,9).

Presentamos el caso de un paciente antiagregado con trifusal al que se le diagnosticó un hematoma retroperitoneal tras acudir al Servicio de Urgencias por dolor abdominal. La sospecha diagnóstica inicial fue de feocromocitoma por la HTA asociada, que requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

CASO CLÍNICO

Varón de 68 años, con antecedentes de hemorragia digestiva alta por aspirina y accidente isquémico transitorio a tratamiento crónico con trifusal (300 mg cada 12 horas), que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital San Agustín (Avilés, Asturias), en mayo de 2006, por dolor en hemiabdomen izquierdo, intenso, continuo, de instauración súbita y acompañado de cortejo vegetativo. A la exploración presentaba una tensión arterial de 210/120 mm Hg, una frecuencia cardíaca de 80 por minuto, y dolor en fosa ilíaca izquierda, acentuado con la palpación. El hemograma (hemoglobina: 13 g/dL, plaquetas: 249.000), el estudio de coagulación, la bioquímica elemental de sangre, el sistemático de orina, el electrocardiograma y la radiografía simple de

tórax eran normales. En la tomografía computarizada de abdomen se objetivó un extenso hematoma, de 12 cm de diámetro máximo, en la celda renal izquierda, sin líquido libre intraperitoneal; la suprarrenal izquierda quedaba englobada y no se podía identificar, y la derecha no presentaba alteraciones (Figura 1). La HTA no se llegó a controlar en Urgencias, a pesar del tratamiento con analgésicos, con antagonistas del calcio y con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina II, por lo que el paciente, que mantenía cifras tensionales de 240/160 mm Hg, pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos, para tratamiento intravenoso con nitroprusiato y labetalol. En las 24 horas siguientes se yuguló la crisis hipertensiva, y se comprobó que la hemoglobina y el hematocrito permanecían estables.

Con la sospecha diagnóstica de rotura no traumática de un feocromocitoma pre-existente, se determinaron metanefrinas plasmáticas, que fueron normales, y catecolaminas y metanefrinas urinarias. En la orina de 24 horas del día siguiente al ingreso se obtuvieron los siguientes resultados: adrenalina: 65,1 mcg (valores normales -VN: 1,7-22,5), noradrenalina: 151,1 mcg (VN: 12,1-85,5), metanefrina: 853,5 mcg (VN: 74-297) y normetanefrina: 1396,6 mcg (VN: 105-354). A los 10 días, todavía ingresado el paciente, las cifras urinarias se habían normalizado por completo de modo espontáneo.

Respecto al hematoma, en julio de 2006 no se había reabsorbido y persistía una imagen pseudoquística en la zona suprarrenal izquierda. En septiembre de 2006 se practicó una suprarrenalectomía unilateral, y el estudio histológico mostró una masa encapsulada de 6 x 5 cm, con necrosis hemorrágica extensa y algunas células corticales sin atipias.



FIGURA 1. Tomografía computarizada abdominal sin contraste en la que se objetiva una masa densa y heterogénea en el espacio suprarrenal izquierdo, correspondiente al hematoma en el que está englobada la glándula. La suprarrenal derecha es normal.

DISCUSIÓN

El hematoma retroperitoneal del paciente descrito tuvo su origen en un sangrado de la suprarrenal que puede clasificarse como idiopático. La ausencia de traumatismo y estrés eran obvios. El síndrome antifosfolípido, que se caracteriza por el desarrollo de trombosis arteriales y venosas, accidentes cerebrovasculares generalmente severos, livedo reticularis, y trombocitopenia, puede descartarse razonablemente. La existencia de un tumor suprarrenal cortical previo que se necrosase por completo con la hemorragia sería posible, aunque poco probable ya que todo el parénquima glandular remanente era estrictamente normal. Cabe especular sobre el papel que el tratamiento con trifusal haya podido desempeñar en la hemorragia, aunque no se han publicado casos que vinculen la antiagregación con hematomas retroperitoneales, y una reciente revisión de la Biblioteca Cochrane concluye que el perfil de seguridad del trifusal es mejor que el de la aspirina respecto a los episodios de sangrado (10). Comentado el caso con el Servicio de Neurología, se decidió que el balance riesgo-beneficio de la antiagregación era favorable al mantenimiento de la terapia en este paciente.

Las extravasaciones sanguíneas de cierta cuantía, como la que cabe esperar a priori ante un hematoma de 12 cm, suelen cursar con hipotensión, taquicardia, inestabilidad hemodinámica e incluso signos de shock. Lo cierto es que el paciente comentado no mostró signos de hipovolemia, no se inestabilizó y sus niveles de hemoglobina se mantuvieron en el rango bajo de la normalidad. Es probable que esta "neutralización" de los efectos del sangrado sobre el árbol vascular haya sido debida a una notable secreción de catecolaminas por la médula de la suprarrenal derecha sana (con cifras de normetanefrina urinaria que llegaron a cuadruplicar el límite superior de la normalidad); como consecuencia de esta secreción, tuvo lugar una vasoconstricción generalizada (como efecto beneficioso) y una elevación de la tensión arterial (como efecto colateral).

Otros autores que han publicado casos clínicos con HTA en el contexto de una hemorragia suprarrenal atribuyen la primera o bien a la ansiedad derivada del dolor abdominal, o bien a una estimulación de la médula suprarrenal para liberar catecolaminas a cargo de factores humorales derivados del propio hematoma (9), o quizá al aumento de la presión intra-suprarrenal, que también actuaría como un liberador hormonal (8). Sea cual sea el mecanismo fisiopatológico, parece claro que una respuesta hipertensiva, incluso severa, coexistente con un sangrado suprarrenal no debe ser interpretada sin más como indicativa de feocromocitoma. Esta circunstancia implica la necesidad de una determinación seriada de catecolaminas y metanefrinas plasmáticas y urinarias, que cabe esperar elevadas en todos los casos en los primeros días tras la hemorragia, pero que tenderán a la normalidad si no existe un tumor productor; y también, como consecuencia de lo anterior, parece prudente

posponer el inicio de un tratamiento hipotensor alfa-bloqueante (especialmente con un fármaco no competitivo como la fenoxibenzamina) hasta que se demuestre de modo incontrovertible la existencia cierta de un feocromocitoma.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- **1. KAWASHIMA, A.; SANDLER, C.M.; ERNST, R.D. y cols.: "Imaging of nontraumatic hemorrhage of the adrenal gland". Radiographics, 19: 949, 1999.
2. MONTOYA, J.P.; POKALA, N.; MELDE, S.L.: "Retropertoneal hematoma and enoxaparin". Ann. Intern. Med., 131: 796, 1999.
3. CÓRDOBA LÓPEZ, A.; BUENO ÁLVAREZ-ARENAS, I.; MONTERRUBIO VILLAR, J. y cols.: "Hemorragia suprarrenal como inicio de síndrome antifosfolípido". Med. Intensiva, 26: 79, 2002.
4. BERGER, J.S.; RONCAGLIONI, M.C.; AVANZINI, F. y cols.: "Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events in women and men: A sex-specific meta-analysis of randomized controlled trials". JAMA, 295: 306, 2006.
5. CASTILLO LARIO, M.C.; CARRO ALONSO, B.; GIMENO PERIBÁÑEZ, M.J. y cols.: "Mielolipoma suprarrenal derecho gigante". Arch. Esp. Urol., 59: 911, 2006.
- *6. GARCÍA RODRÍGUEZ, J.; FERNÁNDEZ GÓMEZ, J.M.; RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, J.J. y cols.: "Hemorragia retroperitoneal espontánea por feocromocitoma". Arch. Esp. Urol., 55: 955, 2002.
- *7. HOEFFEL, C.; LEGMANN, P.; LUTON, J.P. y cols.: "Spontaneous unilateral adrenal hemorrhage: computerized tomography and magnetic resonance imaging findings in 8 cases". J. Urol., 154: 1647, 1995.
8. SCHMIDT, J.; MOHR, V.D.; METZGE, P. y cols.: "Posttraumatic hypertension secondary to adrenal hemorrhage mimicking pheochromocytoma: Case report". J. Trauma, 46: 973, 1999.
9. AKUZAWA, N.; NAKAMURA, T.; TANAKA, A. y cols.: "Transient hypertension due to adrenal hemorrhage in a patient with von Recklinghausen's disease". Intern. Med., 36: 289, 1997.
10. COSTA, J.; FERRO, J.M.; MATIAS-GUIU, J. y cols.: "Triflusal para la prevención de eventos vasculares graves en personas de alto riesgo (Revisión Cochrane traducida)". La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.), 2006.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 9 (1.122-1.124), 2007

ADENOMA METANÉFRICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Concepción Lara, Virginia Porras, Pilar Jurado y Francisco Arredondo¹.

Servicio de Anatomía Patológica y Urología¹. Hospital Infanta Elena. Huelva. España.

Resumen.- **OBJETIVO:** El adenoma metanéfrico es una neoplasia renal poco frecuente, usualmente asintomática, que plantea el diagnóstico diferencial con otros tumores renales más frecuentes.

MÉTODOS Y RESULTADOS: Presentamos un caso de adenoma metanéfrico en una mujer de 67 años de edad.

CONCLUSIONES: Los tumores metanéfricos comprenden un amplio espectro de lesiones, encontrándose en uno de sus extremos el adenoma metanéfrico. Se trata de un tumor de comportamiento usualmente benigno, que plantea el diagnóstico diferencial con tumores renales malignos.

Correspondencia | Concepción Lara Bohórquez
Servicio de Anatomía Patológica
Hospital Infanta Elena
Ctra Sevilla Huelva s/n
21080 Huelva. (España)
clarab@andaluciajunta.es

Trabajo recibido: 21 de enero 2007.