

Hemorragia suprarrenal espontánea en paciente en tratamiento con rivaroxabán

Irene Garrido-Márquez  y Ana Milena-Muñoz 

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España

Recibido: 29/04/2023

Aceptado: 05/07/2023

En línea: 31/08/2023

Citar como: Garrido-Márquez I, Milena-Muñoz A. Hemorragia suprarrenal espontánea en paciente en tratamiento con rivaroxabán. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (agosto); 8(2): 94-96. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n2a11>.

Cite this as: Garrido-Márquez I, Milena-Muñoz A. Spontaneous adrenal hemorrhage in a patient receiving treatment with rivaroxaban. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (August); 8(2): 94-96. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n2a11>.

Autor para correspondencia: Irene Garrido Márquez. igamar26@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Hemorragia suprarrenal
- ▷ Sangrado activo
- ▷ Rivaroxabán
- ▷ Tomografía computarizada

Keywords

- ▷ Adrenal hemorrhage
- ▷ Active bleeding
- ▷ Rivaroxaban
- ▷ Computed tomography

Resumen

La hemorragia suprarrenal aguda suele estar asociada con una patología subyacente, la cual podría ser benigna o maligna, funcional o no funcional. Esta hemorragia, asociada a tratamiento con rivaroxabán es rara --únicamente se han reportado 113 casos en Europa--. Igualmente existen tratamientos que pueden inferir mayor riesgo a padecerla. Las pruebas de imagen como la TC son de elección para su diagnóstico y exclusión de otras posibles causas. En cuanto al tratamiento, se prefiere el manejo conservador inicial ya que permite la determinación del estado funcional y la cirugía electiva, si es necesario.

Abstract

Acute adrenal hemorrhage is usually associated with an underlying pathology, which could be benign or malignant, functional or non-functional. This hemorrhage, associated with a rivaroxaban treatment, is rare, since only 113 cases of adrenal bleeding have been reported in patients receiving treatment with this drug. There are also treatments that could infer a greater risk of suffering from it. Imaging tests such as CT are the choice for diagnosis and exclusion of other possible causes. Regarding treatment, initial conservative management is preferred as it allows determination of functional status and elective surgery, if necessary.

Puntos destacados

- ▷ La hemorragia suprarrenal aguda asociada a tratamiento con rivaroxabán es rara dado que únicamente se han reportado 113 casos en Europa⁴. Las pruebas de imagen son de elección para su diagnóstico, por lo que creemos que las imágenes aportadas al caso son educativas para los lectores.

acompañado de intenso vegetatismo con sudoración fría y refiriendo náuseas y vómitos.

Exploración física

Durante la exploración clínica se observó cierta palidez cutánea, siendo la auscultación pulmonar y cardíaca sin hallazgos patológicos, con abdomen blando y depresible, no doloroso. La analítica igualmente era normal, con hemoglobina estable (14 g/dL).

Pruebas complementarias y diagnóstico

Ante la sospecha de síndrome aórtico agudo, se solicitó un angio-TC de aorta completa, realizándose el estudio sin y con contraste en fases arterial y venosa. Los hallazgos revelaron un marcado aumento de tamaño de la glándula suprarrenal izquierda, discretamente hiperdenso en estudio basal y con extravasación de contraste en fase arterial que aumentaba en fase venosa, sugerente de hematoma suprarrenal con signos de sangrado activo (**figura 1**).

Ante los resultados de la prueba de imagen, se consultó con Radiología Intervencionista que decidió mantener actitud expectante, por lo que se ingresó a la paciente en UCI para control hemodinámico, pasando a planta de Medicina

Introducción

La hemorragia suprarrenal espontánea se define como la presencia de una hemorragia intraabdominal por una causa atraumática que suele estar relacionada con una patología o tratamiento subyacentes.

Caso clínico

Antecedentes

Presentamos el caso de una mujer de 65 años con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulada con rivaroxabán, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y obesidad mórbida, que acudió al servicio de Urgencias de nuestro hospital por dolor súbito de localización subcostal izquierda y dorsal,

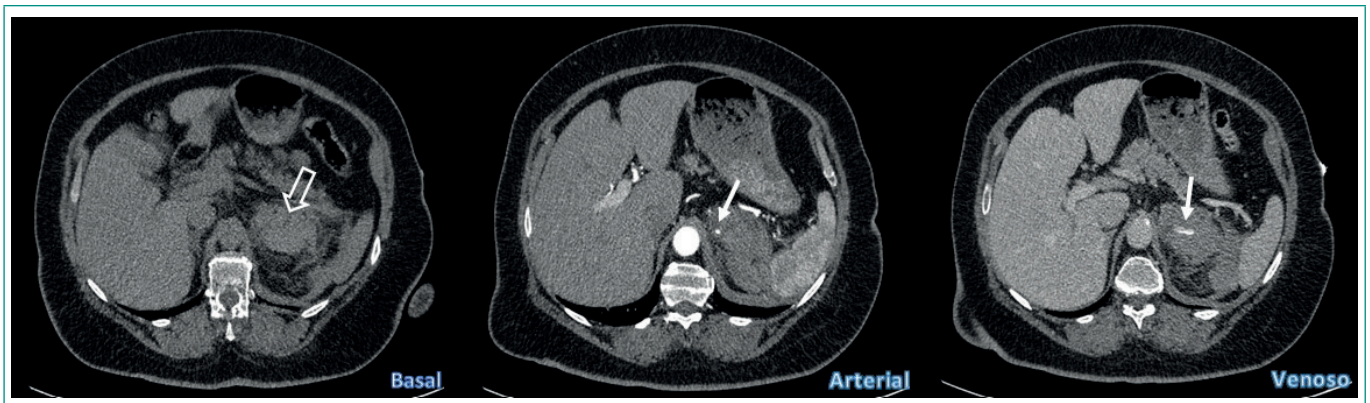


Figura 1. TC abdominopélvica sin y con contraste en fases arterial y venosa. Se identificó un aumento de tamaño de la glándula suprarrenal izquierda (flecha hueca), que es discretamente hiperdensa en el estudio basal, con imagen puntiforme de extravasación de contraste en fase arterial, que aumentaba de tamaño en fase venosa (flechas finas), como signos de hemorragia suprarrenal con signos de sangrado activo.

Interna a las 24 horas por estabilidad. Se mantuvo tratamiento consistente en metamizol 2 g c/8h IV + paracetamol 1 g c/6h + tramadol condicional, con HBPM profiláctica y compresión neumática. Igualmente, dada la tendencia a la hipotensión en contexto de sangrado activo y la probable (aunque baja) sospecha de insuficiencia suprarrenal secundaria al hematoma, se inició hidrocortisona 100 mg c/8h.

Evolución

A los 10 días de su estancia hospitalaria y tras control de prueba de imagen satisfactorio y buena evolución clínica, se procedió al alta.

Discusión y conclusiones

Las fuentes comunes de hemorragia abdominal espontánea son viscerales (hepáticas, esplénica, renal y suprarrenal), ginecológicas, relacionadas con coagulopatías y vasculares¹. En concreto, la hemorragia suprarrenal representa una condición relativamente rara, generalmente asociada con septicemia meningocócica. Es una causa subestimada de descompensación aguda, fallo multiorgánico y muerte, generalmente diagnosticada post mortem (incidencia reportada de entre 0,14-1,1%)^{2,3}.

La hemorragia suprarrenal espontánea usualmente es bilateral y se ha definido de forma variable en las publicaciones médicas. Algunos autores se refieren a esto como la ausencia de trauma o uso de anticoagulantes mientras que otros restringen su uso en casos en los que no existe una predisposición evidente aparte de la patología suprarrenal. El sangrado en ausencia de cualquier patología suprarrenal y sin otros factores predisponentes es muy raro, dado que normalmente asienta sobre una lesión suprarrenal previa, normalmente benigna (el 80% de los casos se relaciona con feocromocitoma, lesiones corticales, pseudoquistes suprarrenales y lipomas)³. En nuestro caso, la paciente asociaba toma de rivaroxabán, del cual se han reportado 113 casos de hemorragia suprarrenal espontánea en Europa⁴.

El mecanismo fisiopatológico del sangrado espontáneo suprarrenal no está claro, pero la hipótesis que más se maneja cree que la clave se encuentra en la arquitectura vascular de la glándula. Después de entrar en la superficie suprarrenal, las ramas arteriales transitan abruptamente a los capilares. Los sinusoides drenan el plexo capilar, formando las venas suprarrenales. Este patrón y la disposición del músculo liso venoso excéntrico da como resultado un flujo turbulento, creando una predisposición al sangrado. Igualmente, los factores fisiológicos que incluyen capilaridad reducida, la resistencia y los niveles inducidos por el estrés de catecolaminas y ACTH, resulta en vasoconstricción, agregación plaquetaria, reperusión y sangrado, especialmente en los capilares situados dentro la unión corticomedular distal².

La clínica, en la mayoría de las ocasiones, es insidiosa, si bien muchos pacientes presentan dolor abdominal incoercible.

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, siendo la TC de elección en el estudio de urgencias. Concretamente, revela glándulas suprarrenales levemente hiperdensas y aumentadas de tamaño, sin realce apreciable tras la administración intravenosa de material de contraste¹. En el caso de existir sangrado activo y realizarse un estudio multifásico (basal, fase arterial y fase venosa), se puede visualizar un foco de extravasación de contraste intraglandular que aumenta conforme avanza el tiempo desde que se administró el contraste yodado.

La hipotensión, hiponatremia, hipoglucemia e hiperpotasemia pueden indicar insuficiencia suprarrenal, mientras que el cortisol sérico ayuda en el diagnóstico. Es por esto que la evaluación de la estabilidad hemodinámica, así como la exclusión de un tumor suprarrenal (especialmente en una lesión hormonalmente activa) y la evaluación de la insuficiencia suprarrenal son de importancia cardinal en estas circunstancias².

El manejo definitivo de la hemorragia suprarrenal no traumática es todavía incierto y discutible. La gestión inicial conservadora ha reemplazado la tendencia de la cirugía temprana debido a la creciente disponibilidad de la tomografía computarizada. En cambio, en pacientes con evidencia de hemorragia persistente e inestabilidad hemodinámica, la embolización ha demostrado buenos resultados⁵. En el caso de confirmación de insuficiencia suprarrenal tras determinación hormonal, se ha comprobado que la administración de corticoides tales como hidrocortisona 100 mg/8h junto con fluidoterapia permiten recuperar la función endocrina⁶.

Como conclusión, la hemorragia suprarrenal aguda suele estar asociada con una patología subyacente; la cual podría ser benigna o maligna; funcional o no funcional. Las pruebas de imagen como la TC son de elección para su diagnóstico y exclusión de otras posibles causas. En cuanto al tratamiento, se prefiere el manejo conservador inicial ya que permite la determinación del estado funcional y la cirugía electiva, si es necesario.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran carecer de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Furlan A, Fakhra S, Federle MP. Spontaneous abdominal hemorrhage: causes, CT findings, and clinical implications. *AJR Am J Roentgenol.* 2009; 193(4): 1077-1087. doi: <https://doi.org/10.2214/ajr.08.2231> (último acceso abr. 2023).
2. Charalampakis V, Stamatiou D, de Bree E, Christodoulakis M, Zoras O. Spontaneous adrenal hemorrhage. Report of two cases and review of pathogenesis, diagnosis and management. *J Surg Case Rep.* 2018; 6: 1-4. doi: <https://doi.org/10.1093/jscr/rjy129> (último acceso abr. 2023).
3. Ali A, Singh G, Balasubramanian SP. Acute non-traumatic adrenal haemorrhage – management, pathology and clinical outcomes. *Gland Surg.* 2018; 7(5): 428-432. doi: <https://doi.org/10.21037%2Fgs.2018.07.04> (último acceso abr. 2023).
4. European database of suspected adverse drug reaction reports. Accesible en: <https://dap.ema.europa.eu/analytics/saw.dll?PortalPages> (último acceso may. 2023).
5. Prabhasavat K, Ruamcharoenkiat S. Outcomes of arterial embolization of adrenal tumor in Siriraj hospital: case report. *J Med Assoc Thai.* 2015; 98: 621. Accesible en: <https://www.thaiscience.info/journals/Article/JMAT/10971197.pdf> (último acceso may. 2023).
6. Balsach Solé A, Oms Bernat LM, Garrido Romero M, Mato Ruiz R, Sala-Pedrós J. Hemorragia suprarrenal bilateral en el postoperatorio de una duodenopancreatectomía cefálica. *Cir Esp.* 2012; 90(1): 56-57. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.06.014> (último acceso abr. 2023).