



Cartas científicas

Infarto hemorrágico suprarrenal bilateral como causa infrecuente de dolor abdominal agudo durante el postoperatorio inmediato de la cirugía de colon



Bilateral adrenal hemorrhagic infarction as a rare cause of acute abdominal pain in the immediate postoperative period of colonic surgery

La hemorragia suprarrenal (HS) se observa en el 15% de las necropsias de pacientes fallecidos en situación de *shock séptico* o hipovolémico¹. La HS durante un postoperatorio es infrecuente, y se ha descrito fundamentalmente en pacientes con factores de riesgo previos como trastornos de la coagulación o enfermedades autoinmunes, y en relación con el estrés quirúrgico y el tratamiento con heparinas de bajo peso molecular².

Se presenta el caso de un varón de 66 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, bloqueo de rama izquierda y diverticulosis colónica, en tratamiento habitual con ácido acetilsalicílico, lisinopril y simvastatina. Adicionalmente era portador heterocigoto del factor V Leiden diagnosticado a raíz de un episodio de *amaurosis fugax*.

Es remitido a consultas de cirugía con el diagnóstico de adenocarcinoma no estenosante de colon sigmoide, sin evidencia de enfermedad a distancia. Tras completar preoperatorios y suspender la medicación antiagregante según protocolo, se realiza sigmoidectomía laparoscópica. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al 4.º día postoperatorio sin complicaciones, con profilaxis anti-trombótica con enoxaparina subcutánea 40 mg/24 h ajustada al peso (78 kg). El informe anatomopatológico confirmó la existencia de un adenocarcinoma de colon (estadificación pT1N0 Mx).

Tras el alta hospitalaria, acude al servicio de urgencias al 8.º día del postoperatorio por presentar cuadro de dolor en la región lumbar, de comienzo agudo, asociado a sudoración profusa, con sensación nauseosa, sin fiebre y sin alteraciones en el ritmo intestinal. En la exploración, el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con el abdomen levemente distendido, con signos de irritación peritoneal generalizada, con buen aspecto de las heridas quirúrgicas. La

analítica mostraba $23 \times 10^3 \mu\text{l}$ leucocitos (87% de neutrófilos), glucosa de 202 mg/dl, potasio de 4,8 mmol/l, natremia 134 mmol/l y una gasometría venosa con acidosis láctica de 60 mg/dl. Se solicitó una TAC abdominal donde no se evidenciaron complicaciones quirúrgicas, observándose un nódulo suprarrenal derecho de nueva aparición de 38×22 mm de diámetro de densidad homogénea que no se pudo caracterizar adecuadamente, recomendando seguimiento (fig. 1). Con la sospecha diagnóstica de íleo paralítico postoperatorio, se decidió reingreso hospitalario. Tras 72 h sin mejoría clínica, se realizó una segunda TAC abdominal de control donde se evidenciaron 2 nódulos suprarrenales bilaterales 42×24 mm el derecho, y 45×25 mm el izquierdo, de densidad homogénea compatibles con HS bilateral (fig. 2).

La analítica solicitada tras sospecha de HS mostró datos compatibles con una insuficiencia suprarrenal aguda: cortisolemia disminuida (2,45 $\mu\text{g/dl}$), hiponatremia de 133 mmol/l e hipercalemia de 5,6 mmol/l. La prueba de estimulación con ACTH sintética (test de Nuvacthen), confirmó el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal, en relación con la HS bilateral sufrida durante el postoperatorio. El paciente mejoró su sintomatología con tratamiento hormonal sustitutivo con glucocorticoides (hidroaltesona), siendo dado de alta tras 12 días del reingreso hospitalario. Actualmente, el paciente sigue revisiones por su insuficiencia suprarrenal crónica residual.

La HS durante un postoperatorio no complicado es infrecuente y se ha descrito asociada a cirugías traumatológicas o renales y al empleo de heparinas no fraccionadas³. Tras realizar una revisión de la literatura reciente no hemos encontrado casos publicados de HS tras cirugía laparoscópica de colon.

En nuestro caso, la etiología de la HS es de causa multifactorial. Presentamos a un paciente portador heterocigoto

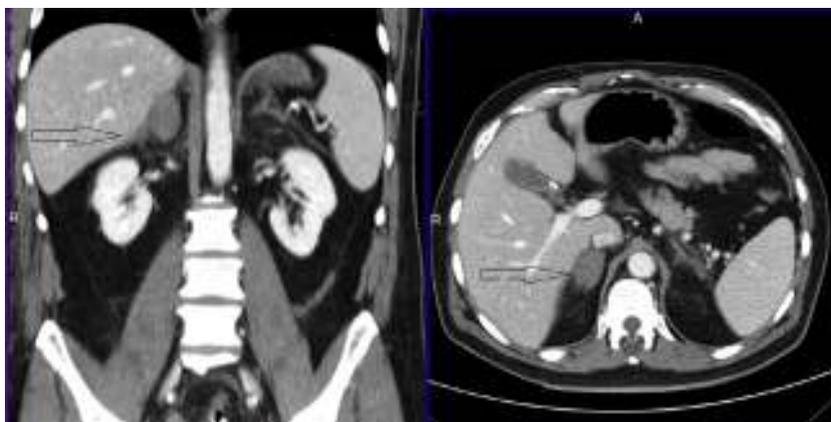


Figura 1 – Nódulo suprarrenal derecho de 38 × 22 mm).



Figura 2 – Nódulos suprarrenales bilaterales compatibles con HS bilateral (derecho: 42 × 24 mm; izquierdo: 45 × 25 mm).

del factor V Leiden, que aumenta en 7 veces el riesgo de enfermedad venosa tromboembólica⁴, sometido a estrés quirúrgico, y que recibió tratamiento postoperatorio con enoxaparina.

Desde el punto de vista clínico por HS, Rao et al. describieron sobre 277 casos que el síntoma más frecuente es el dolor abdominal, presente en 2/3 de los pacientes pudiéndose localizar en la zona lumbar o epigástrico. También se asocia a otros síntomas como fiebre que puede detectarse en la mitad de los casos, peritonismo, hipotensión, obnubilación, anorexia y debilidad. Los datos de laboratorio más representativos de la HS recogidos sobre 122 casos fueron hiponatremia, hipercalemia y azoemia, atribuidos a insuficiencia suprarrenal, y presentes en 56% de los casos y signos de hemorragia oculta con descenso del hematocrito en un 10% o de la hemoglobina en 2 g/dl, detectables en la mitad de los casos. El tratamiento consiste en cortisona intravenosa y suero glucosalino⁵.

Como se observa en el caso expuesto, los síntomas y las pruebas analíticas iniciales fueron superponibles a la HS de inicio, sin embargo, en el contexto de un postoperatorio de cirugía abdominal son fácilmente atribuibles a una complicación postoperatoria. Además, el paciente recibió sueroterapia desde el ingreso que pudo ayudar a enmascarar las alteraciones analíticas previas. Es por esto que se retrasó el

diagnóstico de sospecha hasta la realización de una segunda prueba de imagen. Una vez confirmado el diagnóstico el tratamiento hormonal sustitutivo permite controlar los síntomas siendo esperable una insuficiencia suprarrenal crónica residual.

Consideramos de interés el caso expuesto por tratarse de una complicación tras cirugía de colon, cuyos síntomas son confusos y fácilmente atribuibles a una complicación quirúrgica postoperatoria. A pesar de que la HS bilateral es una complicación infrecuente en la práctica clínica diaria, no debe pasar desapercibida al conocimiento de los cirujanos, especialmente en aquellos pacientes con trastornos previos de la coagulación que vayan a ser sometidos a cirugía y a tratamientos con heparinas de bajo peso molecular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barreiro García G, Egurbide Arberas MV, Álvarez Blanco A, Ugalde Espiñeira J, Aguirre Errasti C. Insuficiencia suprarrenal aguda por hemorragia suprarrenal bilateral como primera manifestación de un síndrome antifosfolípido. A propósito de un caso y revisión. *An Med Interna*. 2002;19:19-22.
2. Rosember LH, Smith PW, Sawyer RG, Hanks JB, Adams RB, Hedrick TL. Bilateral adrenal hemorrhage: The unrecognized

- cause of hemodynamic collapse associated with heparin-induced thrombocytopenia. *Crit Care Med.* 2011;39:833-8.
- Dahlberg PJ, Goelher MH, Pehling GB. Adrenal insufficiency secondary to adrenal hemorrhage. Two case reports and a review of causes confirmed by computed tomography. *Arch Intern Med.* 1990;150:905-9.
 - Rosendaal FR, Koster T, Vandembroucke JP, Reitsma PH. High risk of thrombosis in patients homozygous for factor V Leiden (activated protein C resistance). *Blood.* 1995;85:1504-8.
 - Rao RH. Bilateral massive adrenal hemorrhage. *Med Clin North Am.* 1995;79:107-29.

María Luisa Sánchez de Molina Rampérez^{a*},
Carlos Pastor Idoate^a, Begoña López-Botet Zulueta^b,
Delia Cortes Guiral^a y Ángel Celdrán Uriarte^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^bServicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mluisa.sanchezdemolina@hotmail.com (M.L. Sánchez de Molina Rampérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.09.004>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Trombocitopenia severa después de una pancreatometomía distal con preservación esplénica y resección de los vasos esplénicos por laparoscopia



Severe thrombocytopenia after laparoscopic distal pancreatectomy with splenic preservation and resection of splenic vessels

En la pancreatometomía distal 2 técnicas compiten en la elección de la preservación del bazo: la que preserva intactos los vasos esplénicos¹ y la de Warshaw en la que los vasos esplénicos son ligados en su origen y resecados, con preservación de los vasos cortos gástricos y gastroepiploicos izquierdos². Las desventajas de esta última, están asociadas a complicaciones inmediatas relacionadas con una perfusión inadecuada del bazo (infartos) y a complicaciones tardías con la aparición de varices a lo largo de la pared gástrica, que teóricamente presentan el riesgo de una hemorragia gástrica y un aumento del tamaño del bazo con el riesgo de hiperesplenismo con alteraciones hematológicas.

Caso clínico

Mujer de 37 años con antecedentes de pancreatometomía distal sin preservación de vasos esplénicos (técnica de Warshaw) en el 2008, por un tumor benigno sólido seudopapilar del páncreas. En el seguimiento la paciente fue derivada a hematología para estudio y control de una pancitopenia (plaquetas 950.000/l [VN: 130.000-400.000], leucocitos 2.100/l [VN: 4.000-11.000], hemoglobina 96 g/l [VN: 120-170]). En una tomografía axial computarizada (TAC) realizada en el 2010 se objetivó una esplenomegalia de 17 cm y circulación colateral en el ligamento gastrohepático, gastroesplénico y en el espesor de las paredes gástricas. La persistencia de las alteraciones hematológicas en la que destacaba una trombocitopenia severa llevó a la realización de una TAC en febrero

de 2014 objetivando un aumento muy significativo del número y tamaño de las varices esofagogástricas, gastrohepáticas, gastroesplénicas, una porta permeable y una esplenomegalia de 17 cm (fig. 1). En la gastroscopia se visualizaron varices gástricas en el fórnix y en la curvatura mayor gástrica.

En el ingreso antes de la cirugía presentaba unas plaquetas de 106.000/l, leucocitos 2.200/l y una hemoglobina de 100 g/l. Se realizó una esplenectomía por laparoscopia sin incidencias;



Figura 1 – Tomografía axial computarizada que muestra una esplenomegalia de 17 cm, varices gástricas y en el ligamento gastrohepático.