

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen
Volume **68**

Número
Number **6**

Noviembre-Diciembre
November-December **2001**

Artículo:

Abscesos adrenales bilaterales en un recién nacido

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Sociedad Mexicana de Pediatría, A. C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com



Abscesos adrenales bilaterales en un recién nacido

(Bilateral adrenal abscesses in a newborn)

César Adrián Martínez Longoria,* Dalila Martínez Tamez,* Gloria María Rosales Solís,* José Guillermo Martínez Flores, Homero Zapata Chavira****

RESUMEN

La hemorragia adrenal quística bilateral es una entidad rara en recién nacidos y lactantes menores.

Los factores predisponentes son: traumatismo al nacimiento, estrés perinatal, hipoxia, sepsis, alteraciones en la coagulación, y/o neoplasias.

La ultrasonografía y la tomografía computada forman parte del abordaje diagnóstico y terapéutico. Dentro de las complicaciones que se pueden presentar se encuentran la formación de abscesos y sangrado que puede llevar al choque hipovolémico. La resección quirúrgica está indicada cuando persisten a pesar de haber realizado el drenaje percutáneo. Se presenta el caso de un paciente recién nacido masculino, con hemorragia adrenal bilateral secundariamente abscedada y con pared calcificada.

Palabras clave: Recién nacido, hemorragia adrenal, abscesos suprarrenales.

La hemorragia adrenal quística bilateral es una entidad poco frecuente en recién nacidos y lactantes menores. Las causas pueden ser clasificadas dentro de 5 categorías: a) traumatismo obstétrico, b) diatesis hemorrágica o coagulopatía, c) estrés neonatal, d) tumor adrenal subyacente y e) enfermedad idiopática.¹

También existen reportes de hemorragia adrenal asociada con síndrome de Beckwith-Widemann de forma incompleta el cual se caracteriza por hipertrofia somática, macroglosia e hipoglicemia, siendo en estos casos más frecuentemente bilateral.²⁻⁵

La ultrasonografía y tomografía computada (TC), juegan un papel muy importante en el diagnóstico y manejo.¹

El ultrasonido se recomienda como el estudio inicial para evaluación de masas en la región retroperitoneal. La TC es el estudio de elección para evaluar la hemorragia adrenal y el grado de calcificación.

SUMMARY

Bilateral adrenal cystic hemorrhage is a rare entity in the newborn and infant. Predisposing factors are obstetric trauma, neonatal stress, hypoxia, coagulopathy and tumors.

Ultrasound and CT scan are necessary tools for diagnosis. Complications that may arise are: abscesses and severe bleeding that may produce hypovolemic shock. Surgical removal is indicated when recurrency presents, even after percutaneous drainage.

We present the case of a male newborn with adrenal bilateral hemorrhage, secondary abscess formation and wall calcifications.

Key words: Newborn, adrenal hemorrhage, adrenal abscesses.

El abordaje terapéutico de los quistes adrenales y de sus complicaciones es la punción guiada por ecografía, la resección quirúrgica está indicada cuando fracasa el drenaje por punción, y en algunos casos se recomienda como el manejo inicial.⁶

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente masculino producto de la tercera gesta de madre de 36 años de edad, con adecuado control prenatal, se realizaron cuatro ecografías, las cuales se reportaron normales. Nace en la semana 39.3 por vía vaginal con distocia de hombros, permaneciendo en el canal de parto por 2 minutos. Apgar 8-9 en tiempos convencionales, peso al nacimiento, 5,260 g y talla de 59 cm. A la exploración física con parálisis de Erb derecha. Por ser producto macrosómico se realiza glucometría reportando 26 mg/dL, por lo que se ingresa a la unidad de cuidados intermedios neonatales para manejo. Desarrolla ictericia fisiológica tratada con fototerapia, egresándose al sexto día. A los 23 días de vida presenta distensión abdominal

* Departamentos de Pediatría y Cirugía Pediátrica.

** Hospital Universitario "Dr. José E. González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL. México.

y pobre ganancia de peso por lo que acude a consultar, encontrando a la exploración física, macroglosia, pits retroauriculares, talla alta, manos y pies grandes, soplo grado I/VI, el abdomen se observa distendido con un perímetro abdominal de 50 cm, red venosa colateral, palpándose masa abdominal no delimitada, de consistencia dura, no móvil, no dolorosa, sin distinguir borde hepático y bazo no palpable, peristalsis disminuida.

Se solicita valoración por cardiología pediátrica y se realiza ecocardiograma reportando foramen oval con cortocircuito escaso. También fue valorado por genética ya que los datos clínicos sugerían un síndrome de Beckwith-Wiedemann incompleto.

Se realiza eco abdomen (*Figura 1*) reportando 2 grandes masas retroperitoneales que desplazan estructuras abdominales de aspecto quístico con detritus en su interior de aproximadamente 7.3 cm de diámetro la derecha y 7.4 cm la izquierda, hígado y vesícula biliar normales, páncreas no visualizado, riñones de características normales. Se realiza punción guiada por eco obteniendo material purulento, del lado derecho 180 cc y 380 cc del izquierdo, citoquímico compatible con exudado, gram con escasos polimorfonucleares, moderados cocos gram positivos, el cultivo fue positivo para *Staphylococcus aureus*, se maneja con antibioticoterapia y punción guiada por ultrasonido sin presentar mejoría. Siendo necesario la colocación de sondas percutáneas cola de cochino en cada uno de los abscesos por una semana, persistiendo con drenaje purulento, por lo que se realiza TC de abdomen (*Figura 2*) reportándose quistes suprarrenales con pared calcificada, por lo cual se decide la resección quirúrgica. Los hallazgos quirúrgicos fueron: Del lado izquierdo cola de páncreas inflamada e indurada, con tumoración adosada a este nivel, realizando pancreatectomía distal y la resección completa de la masa. Del lado derecho se encontró absceso adosado al hígado, al riñón y a la punta del apéndice, se realiza apendicectomía y se extrae absceso completo. El reporte anatomopatológico (*Figuras 3 y 4*) fue de glándulas suprarrenales con proceso inflamatorio agudo, abscedado, con signos de hemorragia antigua, fibrosis y calcificación, páncreas con datos de pancreatitis crónica, y apéndice cecal con periappendicitis aguda.

En el pre y postquirúrgico, así como en el transoperatorio se manejó con hidrocortisona a dosis de estrés 100 mg/m²/día, la cual se fue disminuyendo hasta llegar a dosis de mantenimiento, presentando glucometrías normales y dándose de alta sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La hemorragia adrenal quística bilateral es una patología infrecuente, la cual se debe diagnosticar oportu-



Figura 1. Ecografía de abdomen demostrando dos masas retroperitoneales a nivel de la región lumbar de aspecto quístico.

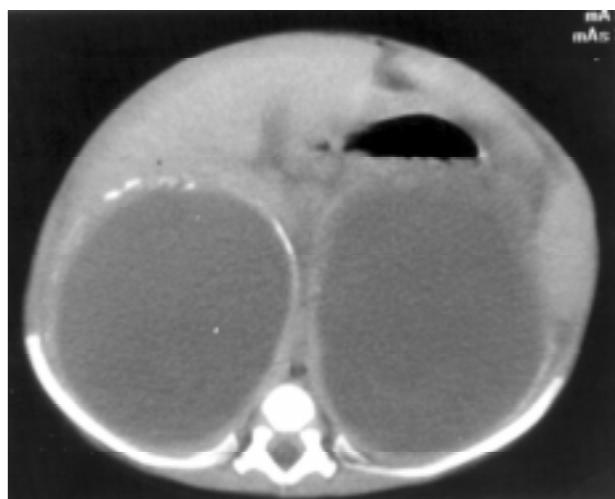


Figura 2. Tomografía axial computada simple de abdomen donde se observa calcificación de la pared de los quistes.

tunamente para realizar el tratamiento adecuado, lo anterior se consigue valorando de manera integral a aquellos pacientes que tienen factores predisponentes, realizando una correlación entre la historia clínica perinatal, signos clínicos, exámenes de laboratorio y gabinete.^{1,8,9}

En nuestro paciente los factores predisponentes que se encontraron fueron el trauma obstétrico y la posible asociación con síndrome de Beckwith-Wiedemann por los hallazgos clínicos observados, pero debido a que fue necesario transfundirlo, no ha sido posible enviar el estudio genético para corroborar el diagnóstico.^{4,10}

Los abscesos adrenales son una rara complicación de la hemorragia adrenal quística, sin embargo se debe te-



Figura 3. Fotografía de pieza quirúrgica de absceso suprarrenal izquierdo extraído en su totalidad cuyas dimensiones son de 3 x 3 cm.



Figura 4. Fotografía donde se observa absceso completo suprarrenal derecho de mayor dimensión que el izquierdo, con medidas de 5 x 4 cm.

ner presente en todo recién nacido con este diagnóstico.^{8,11} Hasta 1990 sólo se habían reportado 16 casos de pacientes con esta patología.⁸

En un recién nacido a quien se le debe realizar diagnóstico diferencial de masa abdominal el estudio de

elección es la ecografía, la cual también es de utilidad en el abordaje terapéutico, siendo el utilizado en la mayoría de los casos, la tomografía computada y la resonancia magnética nuclear son de importancia para un diagnóstico integral.^{6,11,13,14}

Algunos autores recomiendan el abordaje quirúrgico de inicio porque consideran que el retraso de la cirugía puede ser fatal, además de que se han reportado en la literatura casos de hemorragia retroperitoneal masiva.^{11,12} Sin embargo, hay quienes recomiendan que el drenaje por punción guiada por ultrasonido puede ser suficiente.¹ El tratamiento se basa en realizar punciones evacuadoras, sin embargo cuando éstas fracasan y el absceso persiste es preferible la resección quirúrgica como sucedió en nuestro caso.⁶

Es importante realizar el diagnóstico diferencial con neuroblastoma adrenal especialmente cuando los quistes adrenales son unilaterales, ya que estos tumores se pueden presentar de forma atípica como una masa quística con o sin calcificaciones en la etapa neonatal.⁷

También es necesario realizar estudios genéticos a aquellos pacientes que por sus características fenotípicas así lo requieran debido a la asociación que se ha reportado con el síndrome de Beckwith-Wiedemann incompleto.^{7,12,15,16}

Debe valorarse el inicio de terapia hormonal de sustitución principalmente esteroides, cuando se realizan resecciones de quistes suprarrenales bilaterales, para prevenir crisis adrenales ya que es difícil valorar desde el punto de vista quirúrgico la cantidad de tejido residual funcional. Además, está bien establecido que aún así existe la posibilidad de presentarse esta complicación, debido a que en situaciones de estrés aumentan los requerimientos, por lo cual se requiere de un seguimiento estrecho para el manejo adecuado de estos pacientes.

Actualmente el paciente se encuentra asintomático, siendo manejado por los servicios de pediatría y endocrinología, con terapia hormonal a base de hidrocortisona a 15 mg/m/día vía oral.

REFERENCIAS

1. Kawashima A, Sandler CM, Ernst RD, et al. Imaging of non-traumatic hemorrhage of the adrenal gland. *Radiographics* 1999; 19(4): 949-63.
2. Akata D, Haliloglu M, Ozmen MN, et al. Bilateral cystic adrenal masses in the neonate associated with the incomplete form of Beckwith-Wiedemann syndrome. *Pediatr Radiol* 1997; 27(1): 1-2.
3. Ciftci AO, Salman AB, Tanyel FC, et al. Bilateral multiple adrenal pseudocysts associated with incomplete Beckwith-Wiedemann syndrome. *J Pediatr Surg* 1997; 32(9): 1388-90.
4. DeBaun MR, King AA, White N. Hypoglycemia in Beckwith-Wiedemann syndrome. *Semin Perinatol* 2000; 24(2): 164-71.
5. Angela E, Scheuerle MD. Macroglossia: more than meets the eye. *J Pediatr* 1996; 128(6).

6. Bellantone R, Ferrante A, Raffaelli M, et al. Adrenal cystic lesions: report of 12 surgically treated cases and review of the literature. *J Endocrinol Invest* 1998; 21(2): 109-14.
7. Vera CA, García HJ, Mateos AA. Cystic neuroblastoma: atypical presentation in newborns. *Arch Esp Urol* 1999; 52(9): 987-90.
8. Lizardo-Barahona JR, Nieto-Zermenio J, Baracho-Blanchet E. Adrenal abscess in the newborn: a case report and review of the literature. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1990; 47(6): 401-4.
9. Colovic R, Havelka M, Ostojic S. Spontaneous massive retroperitoneal hemorrhage from gland cyst. *Acta Chir Jugosl* 1997-98; 44-45(1-1): 69-71.
10. Ranzini AC, Day-Salvatore D, Turner T, et al. Intrauterine growth and ultrasound findings in fetuses with Beckwith-Wiedemann syndrome. *Obstet Gynecol* 1997; 189(4): 538-42.
11. Steffens J, Zaibitzer T, Kirsch W. Neonatal adrenal abscesses. *Eur Urol* 1997; 31: 347-349.
12. Ferrante A, Civello IM, Bellantone R, et al. Hemorrhagic adrenal cyst: an unusual reason of acute hypovolemia. *Chir Ital* 1999; 51(4): 325-8.
13. Porteus MH, Narkool P, Neuberg D, et al. Characteristics and outcome of children with Beckwith-Wiedemann syndrome and Wilms' tumor: a report from the National Wilms tumor Study Group. *J Clin Oncol* 2000; 18(10): 2026-31.
14. Choyke PL, Siegel MJ, Oz O, et al. Nonmalignant renal disease in pediatric patients with Beckwith-Wiedemann syndrome. Choyke PL-AJR. *Am J Roentgenol* 1998; 171(3): 733-7.
15. McCauley RG, Beckwith JB, Elias ER, et al. Benign hemorrhagic adrenocortical macrocysts in Beckwith-Wiedemann syndrome. *AJR Am J Roentgenol* 1991; 157(3): 549-52.
16. Richard M, Cowett MD. Neonatal hypoglycemia: A little goes a long way. *J Pediatr* 1999; 134: 389-91.

Correspondencia:

Dr. César Adrián Martínez Longoria
Departamento de Pediatría
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Nuevo León
64720 Monterrey, Nuevo León
Teléfono: 83-46-78-00 Ext. 215
Fax: 83-47-78-41