

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE  
“CARLOS MANUEL DE CESPEDES”  
BAYAMO – GRANMA**

**Hematoma suprarrenal en el recién nacido. Presentación de un caso**

**Suprarrenal hematoma in the newborn. A propos of a case**

*Francisco Antonio Rodríguez de la Fuente,<sup>1</sup> Yendris Liceo Cuesta García,<sup>2</sup> Georgina Vázquez González<sup>3</sup>, Andrés Hechavarría Licea.<sup>4</sup>*

**Resumen**

El término traumatismo hace referencia a aquellas lesiones producidas en el feto o en el recién nacido por causa mecánicas o anóxicas que pueden desencadenarse prenatalmente, en el transcurso del parto o en el momento de la reanimación del recién nacido. No todas estas lesiones pueden evitarse. Dentro de los traumas obstétricos del parto relacionado con la macrosomía fetal se encuentra la hemorragia suprarrenal. La forma sintomática es frecuente y se manifiesta por la aparición de una masa en la fosa renal, generalmente unilateral, anemia e hiperbilirrubinemia. Se fundamenta el diagnóstico en criterios clínicos e imagenológicos.

**Descriptores DeCS: GLÁNDULAS SUPRARRENALES /patología; ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES/patología; TRAUMATISMOS DEL NACIMIENTO/ultrasonografía; MACROSOMIA FETAL, HEMORRAGIA**

**Abstract**

The term birth trauma makes reference to those lesions produced in the fetus or in the newborn by mechanic or anoxic causes that may be prenatally produced during the course of labour or in the moment of resuscitation of the newborn. Not all of the lesions can be avoided. Among the labour's birth traumas related to the fetal macrosomia there is the suprarenal hemorrhage. The symptoms are unfrequent and it is presented by a renal fossa mass, generally unilateral; anemia an hyperbilirrubinemia. The diagnosis is based on clinical and imagenologic criteria

**Descriptores en Ingles: ADRENAL GLANDS /pathology; ADRENAL GLAND DISEASES/pathology, BIRTH INJURIES/ultrasonography; FETAL MACROSOMIA**

---

## Introducción

Se realizó una revisión de la literatura médica disponible sobre el tema, se tomaron fotos de las ecografías y se presenta el caso de un neonato macrosómico, cuyo nacimiento ocurre en el Hospital Carlos Manuel de Céspedes, Bayamo-Granma, ingresa en Neonatología Cerrado por dificultad respiratoria, con radiografía de tórax y clínica compatible con una bronco aspiración de líquido amniótico meconial, la evolución clínica es favorable y se traslada a sala de puerperio, al tercer día reingresa por distensión abdominal y signos de choque hipovolémico, se diagnostica por ultrasonografía hematoma suprarrenal derecho y se acopla a equipo de ventilación mecánica, se transfunden glóbulos rojos, la evolución clínica humoral y ultrasonográfica es favorable y egresa vivo a los 24 días de edad.

Las fuerzas mecánicas que actúan sobre el feto durante el proceso del parto, especialmente de compresión y tracción, pueden causar al recién nacido muy diversas lesiones. Su denominación es variada: traumatismo de parto, traumatismo obstétrico, lesión de parto. Se incluyen tanto las que son evitables como las que no lo son, aunque sus respectivas incidencias suelen considerarse indicadores de la calidad asistencial perinatal. <sup>(1,2)</sup>

Todo parto, por muy normal que sea, entraña un trauma para el feto. En el parto eutócico el trauma es bien tolerado no dejando ninguna huella, generalmente. En otros tipos de parto el trauma deja lesiones que pueden requerir desde simple observación hasta un tratamiento urgente. El parto de un feto macrosómico lo expone teóricamente a un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad secundaria a trauma obstétrico y asfixia intraparto. <sup>(3)</sup>

La hemorragia suprarrenal subclínica del recién nacido es más común de lo que se cree y muchas veces se detecta como una calcificación local después de que se resuelve el hematoma. Algunos estudios de autopsias revelan que tiene una incidencia alta; sin embargo, la forma masiva y sintomática es rara, destacándose una frecuencia de 0.94% en los partos vaginales <sup>(4,5)</sup>.

Los factores de riesgo más importantes son macrosomía fetal, diabetes materna y presentación podálica, también puede ser causada por la hipoxia perinatal, las hemorragias placentarias, la enfermedad hemorrágica del neonato, la prematurez y más raramente, el neuroblastoma <sup>(6)</sup>.

Las manifestaciones clínicas son, principalmente, una masa abdominal palpable y anemia severa; el diagnóstico se confirma con la ecografía abdominal que permite precisar la masa suprarrenal con contenido hemático. Pueden presentar Ictericia por reabsorción y en los casos graves se encuentra, además, choque hipovolémico. Entre las vísceras sólidas la glándula suprarrenal ocupa el segundo lugar en frecuencia después del hígado como sitio de ruptura; el 90% de los casos son unilaterales <sup>(5)</sup> y las calcificaciones aparecen entre 2 y 3 semanas.

Presentamos nuestra experiencia con el objetivo de alertar a obstetras y neonatólogos pues a pesar de la infrecuencia de esta entidad es un indicador de calidad perinatal y de no diagnosticarse provoca un desenlace fatal en el recién nacido.

## Presentación de Caso

Se presenta el caso de un neonato masculino, nacido en el Hospital Provincial Carlos Manuel de Céspedes, Bayamo, Granma el día 23 de junio del año 2007.

Los datos obstétricos consistían en un embarazo a término de 39.5 semanas, en una mujer de 28 años, con antecedentes de anemia, sepsis vaginal y urinaria durante la gestión, a la que se practicó un parto transpelviano, el líquido amniótico fue meconial, Apgar 9-9 al nacer y con peso de 4500 gramos.

El recién nacido ingresa en el Servicio de Neonatología Cerrado por dificultad respiratoria dada polipnea irregular y tiraje intercostal (frecuencia respiratoria que oscila entre 64-72 respiraciones por minuto).

Se realizan complementarios Hemograma completo: Hb: 198 G/L Leucocitos  $9,5 \cdot 10^9$  polimorfos 062 linfocitos 033, conteo de neutrófilos 5890, glucemia 3,6 mmol/l, gasometría capilar con Fio<sub>2</sub> (0.6%) Ph 735 PCO<sub>2</sub> 36 SB 19 EB-2,3 HBO<sub>2</sub> 89 PO<sub>2</sub> 46, Radiografía de tórax sin lesión de partes blandas ni óseas, área cardiotímica normal.

Imágenes radiopacas que alternan con zonas de hiperinsuflación en ambos campos pulmonares diagnosticándose un broncoaspiración de líquido amniótico meconial. Se inicia tratamiento antibiótico con Penicilina Cristalina a 100 miligramos por kilogramos por día cada 12 horas y amikacina a 15 miligramos por kilogramos de peso por día cada 12 horas, vía intramuscular más las medidas generales del síndrome de dificultad respiratoria.

Durante las primeras 36 horas glucemias evolutivas normales (3,0 mmol/l, 3,4 mmol/l), la dificultad respiratoria es leve, se inicia la alimentación por vía oral y aparece Ictero facial leve, se indica grupo y factor y resulta ser isogrupo e isofactor con la madre. A positivo, Hemoglobina 186 g/l, bilirrubina 0,81 mg/dl, reticulocitos  $7 \cdot 10^{-3}$ / litro.

Evolución satisfactoria, icterico sin criterio de fototerapia por clínica ni complementarios, se alimenta al pecho materno, sin dificultad respiratoria, complementarios hematológicos normales, se traslada a sala de puerperio fisiológico con tratamiento antibiótico.

A las 75 horas reingresa en Neonatología Cerrado con polipnea irregular, tiraje intercostal, llanto y succión débil, cianosis distal, llene capilar lento, abdomen levemente globulosos, se coloca en incubadora con oxígeno adicional y se realizan complementarios. Dos horas después deterioro brusco del paciente, palidez cutáneo-mucosa generalizada, livedo reticularis, quejido auscultatorio y aumenta la distensión abdominal que no permite la palpación.

Gasometría arterial con acidosis metabólica descompensada, caída de la hemoglobina a 120 g/l, tiempo de protombina normal y se decide acoplar a equipo de ventilación mecánica artificial. Se transfunde paquete de glóbulos rojos a 10 ml/kg, se administra vitamina K<sup>1</sup>, medidas generales del choque hipovolémico y la ecografía abdominal mostró una imagen compleja ecolúcida en contacto con polo superior del riñón derecho que mide 28.1x 48.3 mm<sup>3</sup> y que impresiona corresponderse con hematoma de la glándula suprarrenal derecha, no líquido libre en cavidad abdominal, hígado de textura homogénea, no imagen tumoral, vías biliares normales.

La respuesta es satisfactoria al tratamiento médico, 20 horas después el recién nacido con buena vitalidad y mecánica ventilatoria, gasometrías normales, por lo que se evalúa la desconexión del ventilador, se continúa con manipulación gentil mínima y seguimiento por ultrasonografía.

10 de julio se realiza ultrasonografía Doppler visualizándose imagen tumoral a nivel suprarrenal encapsulada de textura heterogénea que mide en su conjunto 30 x 43 mm<sup>3</sup> y que se moviliza con los movimientos respiratorios del riñón sin interesar al mismo, no vaso de información, hígado de textura homogénea, bazo normal, riñón y glándula suprarrenal izquierda sin alteración. Se sugiere seguimiento ultrasonográfico semanal.

Recién nacido de 24 días de edad asintomático, coloración rosada, llanto y succión fuerte, se alimenta al pecho materno, aumenta de peso, necesidad fisiológicas normales, complementarios hemáticos sin alteración, se realiza ultrasonido evolutivo donde se visualiza riñón derecho de aspecto y tamaño normal, suprarrenal derecha que mide 19 x 22 mm<sup>3</sup> no observándose la imagen descrita en ultrasonidos anteriores. Se egresa vivo con un peso de 4725 Gramos.

## Discusión

Los traumatismos obstétricos tienen una incidencia estimada entre 6 a 8 por mil partos por lo que constituyen un importante apartado dentro de la patología neonatal <sup>(7)</sup>. La hipoxia, la presentación podálica, los partos prolongados, la diabetes materna <sup>(8)</sup>, la macrosomía fetal y otras entidades, consideradas como asociadas con la presentación de la hemorragia, obligan a establecer una vigilancia estrecha sobre el niño, tanto clínica como ecográfica, con el fin de verificarla o descartarla.

El parto vaginal de macrosómicos se asocia a un mayor riesgo de traumatismo fetal con el consiguiente aumento en la morbilidad neonatal y morbilidad intraparto. <sup>(9)</sup> La localización derecha de la hemorragia reportada coincide con otras publicaciones, lo que demuestra una mayor vulnerabilidad de la glándula suprarrenal derecha, debido a que la vena suprarrenal derecha drena directamente en la vena cava inferior y la expone a cambios de presión, a diferencia de la izquierda, la cual lo hace en la vena renal y otras colaterales venosas. Por lo tanto, frente a un aumento de presión de la vena cava inferior por compresión abdominal fetal durante el parto, existe mayor riesgo de hemorragia glandular en el lado derecho <sup>(10)</sup>.

La conducta es expectante y el seguimiento se puede hacer en base a ecografía, desapareciendo por lo general el hematoma en 2 a 3 semanas. <sup>(11)</sup> Si se presenta en forma bilateral o masiva, es pertinente instalar un tratamiento de inmediato con el fin de reponer la volemía.

## Referencias Bibliográficas

1. Beherman RE, Kliegman RM, Jonson HB. Traumatismo de parto. En: Nelson. Editor. Tratado de pediatría. 16.ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2000; p. 536-43.
2. Rodríguez- Alarcón Gómez J, Melchor Marcos J. La patología neonatal asociada al proceso de parto. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Sociedad española de Pediatría.2002.
3. Martínez J, Pardo J, Macrosomía fetal. Riesgo perinatal 2003; 14(2).
4. Esqueda J, Guardo C. Hematoma Suprarrenal. Latrela 1996; 9(4). .
5. Fernández F P. Traumatismo obstétrico. Edición Servicio Neonatología Hospital Clínico Universitario de Chile. Publicación Noviembre 2001.
6. Peña Valdés A. Traumatismo del parto. Guías de diagnóstico y traumatismo del Servicio de Neonatología Hospital San Juan de Dios. La Serena-Chile 2005.
7. Barrientos G, Cerveza J, Navascués R, Sánchez R, Romero V, Pérez-Sheriff J. Traumatismos obstétricos ¿Un problema actual?\*. Cir. Pediatr 2003; 13: 150-152.
8. García H, Rodas López M. Morbilidad en el recién nacido con fetopatía diabética.

9. Albornoz J, Salinas H, Reyes A. morbilidad fetal asociada al parto en macrosómicos: Análisis de 3981 nacimientos. Rev. Chil Obstet Ginecol 2005; 70(4): 218-224.

<sup>1</sup> Especialista de I grado en Neonatología.

<sup>1</sup> Especialista de I grado en Neonatología

<sup>1</sup> Especialista de I grado en Neonatología

<sup>1</sup> Especialista de I grado en Neonatología