

**HEMORRAGIA SUPRARRENAL EN EL RECIEN-NACIDO  
(2 casos operados)**

Drs. C. GARCIA N., C. CIENFUEGOS B., C. MORALES S., C. SIMON S.

Hospital San Juan de Dios. Servicio de Pediatría y Cátedra Extraordinaria de Pediatría.  
(Profs. Drs. Julio Schwarzenberg y Adalberto Steeger S.)

Creemos de interés, no solo para los que trabajan en un servicio de recién-nacidos, sino que también para los médicos-residentes y demás pediatras, la presentación de 2 casos de hemorragia de las glándulas suprarrenales (H.S), a los que tuvimos ocasión de atender en el lapso de poco más de un mes.

Accidentes hemorrágicos de las suprarrenales han sido descrito en 1933 por Goldzieher y Gordon<sup>5</sup>; a ellos se refiere Kinkelstein<sup>8</sup> en su Tratado de las Enfermedades del Lactante. Los mismos autores han amplificado sus conocimientos más tarde, en 1944; pero ya en 1934, Ahumada y Tejada<sup>1</sup>, en nuestro país, habían recogido 4 casos autolesionados, a los que agregaron, en 1949, otros 6 más. En estos trabajos se encuentra un resumen muy completo de la patogenia, anátomo-patología, sintomatología y tratamiento de esta afección. Menos exhaustivos son los datos aportados por N. Anderson<sup>2</sup>, Mazza<sup>4</sup> y otros en los últimos años.

Todos los autores están de acuerdo, que hemorragias microscópicas de las suprarrenales podrán encontrarse, prácticamente, en todos los recién-nacidos, fallecidos en los primeros días de la vida, sin que ellas dieran signos o síntomas pesquizables.

Mazza<sup>4</sup> calcula que hemorragias macroscópicas pueden encontrarse en un 1.3% de las hemorragias del recién-nacido vivo. Otros la estiman mucho más rara, ya que su proporción sería de un caso en 40,000 partos. Nosotros creemos, que h. s., aunque no mortales, podrían hallarse con más frecuencia, siempre que se piense en la posibilidad de tal diagnóstico.

Anatómicamente se pueden distinguir, según la extensión del proceso, un primer grado, que afecta solo la zona de degeneración fisiológica especial, zona más cortical, que es particularmente propen-

sa a hemorragias por la destrucción celular normal, que deja los capilares sin estroma de sostén y por lo tanto expuestos a ruptura de sus endotelio, de por sí bastante friable. El segundo grado compromete el órgano entero, transformándolo en un quiste hemático, sin ruptura; esta forma es fatal, si el proceso ocurre en ambos lados; en el tercer grado se rompe la cápsula, invadiendo la sangre la logia renal, pudiendo llegar, en un cuarto grado, la propagación de la hemorragia al peritoneo (apoplejía suprarrenal) y hasta el fémur por la logia del psoas.

Están de acuerdo los autores, que el traumatismo de parto juega un papel preponderante en la etiopatogenia de las h. s., aunque factores generales, como la diátesis hemorrágica fisiológica o patológica de los primeros días, infecciones como la lués, éstasis de la V. cava inferior u otros trastornos circulatorios, y especialmente el sufrimiento fetal con su anoxia, pueden agregarse en forma importante. Es así, como en muchos casos descritos, el parto ha sido distócico: en los 6 casos últimos de Tejada y Ahumada<sup>1</sup>, 6 veces se encuentra un parto difícil o distócico, 6 veces asfixia o sufrimiento del feto y 3 veces una probable lués.

La sintomatología ha sido magistralmente resumida por Goldzieher y Gordon<sup>5</sup>: al lado de los síntomas generales y locales de la hemorragia (pulso débil, irregular; palidez progresiva; enfriamiento y shock) se encuentran síntomas de la insuficiencia suprarrenal aguda, que, siempre que ellos no fueran apagados por el derrumbe rápido de una hemorragia masiva, nos pueden indicar el camino hacia un diagnóstico preciso.

Tres de los síntomas endocrinos constituyen, para los autores americanos, una tríada bastante característica: la hipertermia, la taquipnea y la cianosis; por su

semejanza con procesos pulmonares, de los cuales los diferencia solo la ausencia de signos físicos y radiológicos, los autores la denominaron "Pseudoneumonía", apodo aceptado por todos los investigadores. Su origen endocrino parece fundamentado, entre otros, por su atenuación mediante una terapia energética, endovenosa, con extractos córticos-suprarrenales como también por su semejanza con la sintomatología encontrada en animales adrenalectomizados.

A ellos se agrega, por las mismas razones, una hipoglicemia impresionante, que puede llegar hasta a valores de 0.10 %, un aumento de la urea y del nitrógeno no-proteico, hiponatremia e hiperpotasemia.

Todos ellos son los culpables del shock, semeiante al del hiperinsulinismo, y de la hemoconcentración, que nos revela el hematocrito, investigación auxiliar de gran valor.

Pseudoneumonía, signos de shock por hemorragia interna, progresiva, hipoglicemia, hiponatremia, hiperpotasemia y aumento del hematocrito, especialmente si estos hallazgos van acompañados por la apreciación de una tumoración abdominal retroperitoneal, creciente, son entonces los medios de diagnóstico, que nos pueden orientar.

Dependiendo el pronóstico no solo de la rapidez con la que se establece el diagnóstico, sino que también de la intensidad de la hemorragia y de su uni o bilateralidad, el tratamiento será dirigido a combatir la anemia con transfusiones; a suplantar la falta de función glandular con la inyección endovenosa, de extractos corticales; a corregir la hemoconcentración y el desorden electrolítico mediante fleboclisis de suero glucosado más suero fisiológico (600:80) en dosis fraccionadas y calculadas según el peso; y finalmente a atacar directamente la hemorragia mediante la intervención quirúrgica.

Desglosamos ahora nuestros casos a la luz de lo anteriormente descrito.

Ambos hijos de múltiparas, sin antecedentes hereditarios ni de enfermedades (Lúes) especiales.

El primero (C. S. 199214) nace de un embarazo ya algo accidentado, debido a que la madre no solo presentaba hemorragias por hemorroides, sino que también metrorragias, de

discreta intensidad y edema de los miembros inferiores, hidroamnios. Llegada al parto, debe procederse a una intervención cesárea por abundante metrorragia, producida por la existencia de una placenta previa central total. Nace el niño en buenas condiciones, con 3,000 grs de peso, pero ya a las pocas horas presenta una cierta palidez, que, en los días sucesivos, se acentúa algo, llegando a cifras de 4,5 millones de glóbulos rojos. Luego aparece, al día y medio, junto con una ictericia moderada, una tumoración, palpable en la logia renal derecha, y que nos induce, inconcientemente todavía de la posibilidad de una hemorragia, a formular el diagnóstico algo vago de un tumor renal. Por el temor, de que este tumor pudiera ser un sarcoma (el examen radiológico nos puede dar solo signos indirectos de "tumoración") —aunque el sarcoma renal suele proyectarse más hacia adelante— decidimos pedir la intervención quirúrgica, que, aclara el diagnóstico en el sentido de una h. s. derecha, que había invadido la logia renal. Corresponde este caso, entonces, al tercer grado descrito por Goldzieher y Gordon<sup>5</sup>.

El ulterior curso clínico carece de interés en lo que respecta nuestro tema: debemos interpretarlo como caso favorable, ya que el niño queda curado de su hemorragia, aunque complicaciones alejadas como la dehiscencia de la herida, la formación de una fístula estercorácea y finalmente una bronconeumonía intercurrente lleven al niño a la muerte.

El segundo caso (H. P. 199985), se presenta desde la partida mucho más grave. Otra vez se trata de una distocia grave, que lleva a la intervención en la madre: presentación podálica completa con precidencia del cordón, que ocasiona un sufrimiento fetal intenso; se intenta la reducción manual del cordón, y como ésta no resulta, se procede a la gran extracción en naigas con aplicación de fórceps en cabeza última. Esta extracción resulta intensamente traumatizante, pues la retención de la cabeza obliga a exagerar la maniobra de Bracht con evidente presión del pubis materno sobre la región lumbar del niño. Dado el grave sufrimiento fetal fué además una maniobra hecha precipitadamente. Nace un niño grande, de 4.350 grs, en asfixia pálida, que solo recupera después de 30 minutos de esfuerzos de resucitación; la respiración se instala, efectivamente, en forma activa, aunque siempre muy irregular, solo al cabo de esa media hora, durante la cual el niño es atendido en la resucitadora, con respiración arti-

ficial a presión pulsante, Lobelina, oxígeno, cardiazol, coramina etc. Lentamente, los latidos cardíacos se hacen más regulares, pero todavía a las 12 horas el niño es considerado grave. En este caso, se presentan los signos de la pseudoneumonía: palidez, hipertermia, taquipnea de 82/min y cianosis. Pero estos signos son desvalorizados, al menos en parte, por otros, que desvían el diagnóstico hacia algo encefálico (fontanela anterior algo tensa) o pulmonar (estertores húmedos en una de las bases pulmonares). La temperatura se mantiene alrededor de los 38°. Nuevamente, se presenta la tumoración abdominal en la fosa renal izquierda, fija a los planos profundos y libre hacia adelante, no influenciada por los movimientos respiratorios y de forma alargada, llegando más o menos hasta la altura del ombligo. Cuando esa masa parece tener tendencia a aumentar de tamaño y recordando el caso anterior, llevamos al niño a Radiología, donde el examen nos da otra vez signos indirectos de una tumoración renal. Persistiendo además la cianosis y la palidez, y aumentando de hora en hora la tumoración hasta alcanzar a más abajo de la línea umbilical transversa, el niño es intervenido, encontrándose un hematoma perirrenal clasificable entre el segundo y tercer grado de la escala anteriormente señalada: saco hemático que corresponde a la suprarrenal, pero ya con hemorragia en la logía perirrenal.

El curso postoperatorio, en este caso, ha sido satisfactorio y el niño es dado de alta, sano.

La intervención en el primer caso fue hecha por vía transperitoneal, ya que se suponía la existencia de un sarcoma. Probablemente, el resultado fatal en este ca-

so se debe en parte a los inconvenientes de esta vía. En el segundo caso se interviene por vía retroperitoneal evitándose así cualquier compromiso de la cavidad abdominal misma.

#### RESUMEN

Se dan a conocer 2 casos de hemorragia suprarrenal, comprobada en el acto operatorio. Creemos, que, aunque la frecuencia de ese accidente sea bastante baja, hay que tener presente este posible diagnóstico, siempre que estemos frente a un recién-nacido, de parto distócico o con anoxia importante, y que presente anemia progresiva, síntoma de "Pseudoneumonía" (hipertermia, taquipnea y cianosis sin signos físicos pulmonares claros) y de shock. Urge en estos casos un examen prolijo del abdomen, y una observación continuada del estado general, asesorada por una glicemia, hematocrito y estudio radiográfico de urgencia. Finalmente no debe olvidarse, que la llamada prueba terapéutica, con inyección endovenosa de extracto córtico-suprarrenal, constituye, con su mejoría casi instantánea, aunque pasajera, un valioso auxilio en los casos de duda.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.—TEJEDA, L. y AHUMADA, L. — Rev. Chil. Ped. 1934. Rev. Chil. Ped. XX. 1. 48, 1949. Rev. Chil. Ped. XX. VI. 242, 1949.
- 2.—ANDERSON, N. en MITCHELL-NELSON. — Tratado de Pediatría, 469-472, 1951.
- 3.—FINKELSTEIN, H. — Tratado de las Enfermedades del Lactante, 824, 1941.
- 4.—MAZZA, J. A. — El Recién Nacido, 1, 259, 1953. (Cit. R. Chil. Ped. XXV. 4. 193, 1954).
- 5.—GOLDZIEHER y GORDON. — Cit. por Finkelstein.