

# Hemorragia da Suprarrenal no Recém-Nascido A Propósito de 2 Casos Clínicos

CÉU R. MOTA, CIDADE RODRIGUES, ARMANDO REIS

*Hospital de Crianças Maria Pia*

## Resumo

Os autores apresentam dois casos clínicos de hemorragia da suprarrenal no recém-nascido, com apresentação clínica semelhante mas imagiológica diferente. O primeiro caso tem uma apresentação clínica e ecográfica típica. O segundo caso tem uma apresentação clínica e imagiológica (ecografia, tomografia e urografia) atípicas com volumoso hematoma peri-renal e aparente sofrimento renal, obrigando a exploração cirúrgica.

**Palavras-chave:** Massa abdominal; Recém-nascido; Hemorragia da suprarrenal (HS).

## Summary

The authors presented two clinical cases of neonatal adrenal hemorrhage with similar clinical pictures but different imaging studies. The first case has typical clinical and ecographical presentations. The second case has atypical clinical and imaging (ecographic, tomographic and urographic) presentations with a large peri-renal hematoma and related renal complications requiring surgical exploration.

**Key-words:** Abdominal mass; Newborn; Adrenal haemorrhage.

## Introdução

A hemorragia da suprarrenal no recém-nascido é uma situação relativamente comum e bem documentada, descrita pela 1.<sup>a</sup> vez em 1924 por Corcoran e Strauss <sup>(1, 2)</sup>. A sua etiologia ainda não está esclarecida, mas ocorre frequentemente associada a situações de: hipoxia, septicemia, choque, trombocitopenia e coagulopatias <sup>(3, 4)</sup>. A sua incidência é mal conhecida porque a apresentação clínica é muito variável sendo observadas desde formas assintomáticas a formas hemorrágicas maciças <sup>(3, 5, 6)</sup>. O quadro clínico mais típico e com maior suspeita de diagnóstico é quando a uma icterícia prolongada e com anemia, se associa uma massa abdominal localizada ao polo superior do rim <sup>(4, 7)</sup>. A apresentação clínica no primeiro dia de vida não é rara, manifestando-se geralmente entre o 3.<sup>o</sup> e o 7.<sup>o</sup> dia, podendo contudo só ser diagnosticada após alguns meses <sup>(2, 8)</sup>.

Hoje em dia graças ao avanço da ecografia é facilmente diagnosticada, de um modo rápido e não invasivo <sup>(3, 7, 9-12)</sup>.

O tratamento médico de suporte é geralmente suficiente, excepto quando há hemorragias massiças não controláveis medicamente, hemorragias intraperitoneais, formas abcedadas ou compressão da artéria, veia ou parênquima renal, situações nas quais é necessário tratamento cirúrgico <sup>(1, 6, 7, 13, 14)</sup>.

O pequeno número de publicações nacionais sobre esta patologia no recém-nascido, juntamente com a forma de apresentação típica e atípica de dois casos clínicos diagnosticados na nossa instituição motivaram-nos para a sua publicação.

## Casos Clínicos

### Caso n.º 1

Recém-nascido do sexo masculino, produto de uma gestação de 40 semanas com parto eutócico e apresentação de espádua, Apgar de 8/10 ao 1.<sup>o</sup> e 5.<sup>o</sup> minutos respectivamente com somatometria adequada à idade gestacional.

Às 48 horas de vida inicia convulsões controladas com fenobarbital, sendo transferido para o Hospital Maria Pia por suspeita de sepsis. No 3.<sup>o</sup> dia é detectado no exame físico uma tumefação abdominal no flanco direito, dura, pouco dolorosa, móvel, superfície lisa com contacto lombar e observado hematoma do hemiescroto direito com testículos palpáveis. De realçar icterícia de pele e mucosas à custa da fracção indirecta da bilirrubina, apresentando urina e fezes de coloração normal.

A radiografia simples do abdome mostrou deslocamento anterior e esquerdo das ansas intestinais (fig. 1). A ecografia abdominal revelou volumosa colecção líquida hipoluciente na área da suprarrenal direita compatível com hematoma (fig. 2).

A evolução clínica foi favorável com diminuição gradual do tamanho da massa abdominal na observação clínica e ecográfica (fig. 3). O follow-up após a alta não foi possível por falta de comparência à consulta externa.

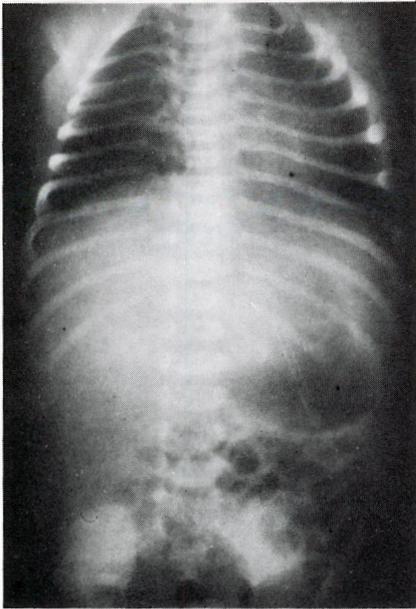


FIG. 1 – Radiografia simples do abdômen (PA): deslocamento anterior e esquerdo das ansas intestinais.

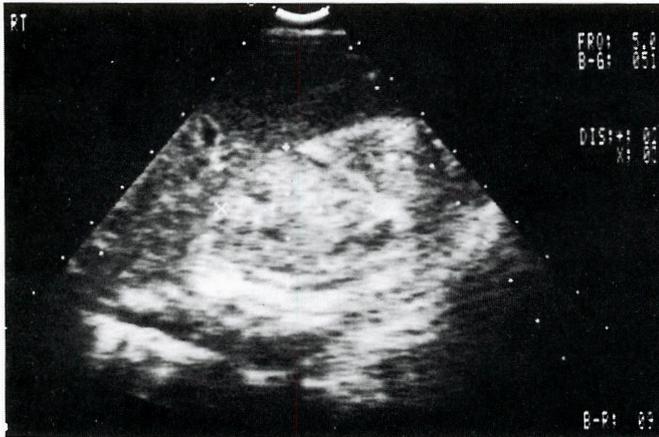


FIG. 2 – Ecografia abdominal: volumosa coleção líquida hipolúcida na glândula suprarrenal direita (hematoma).

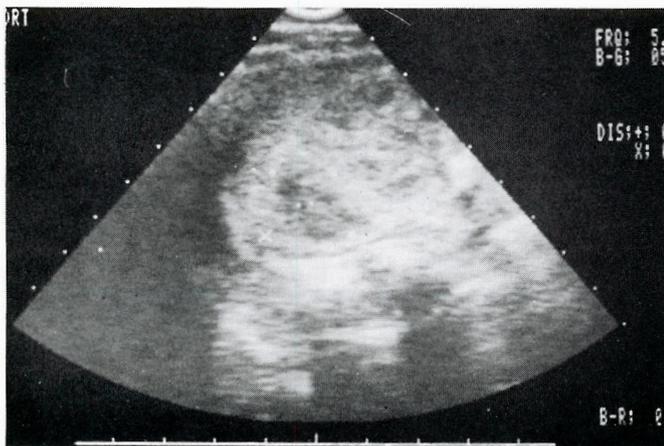


FIG. 3 – Diminuição do tamanho do hematoma (uma semana depois da figura 2).

### Caso n.º 2

Recém-nascido do sexo feminino, raça caucasiana, produto de uma gestação de 38 semanas vigiada sem intercorrências, com parto eutócico e apresentação cefálica. O Apgar foi de 5 e 10 ao 1.º e 5.º minutos respectivamente e a somatometria adequada á idade gestacional. Internado após o nascimento por suspeita de sepsis neonatal sendo transferido na 2.ª semana de vida para o Hospital Maria Pia por massa abdominal no flanco direito. Ao exame físico destaca-se uma massa abdominal no flanco direito, de superfície lisa, com maior diâmetro de 7 cm e com contacto lombar.

A ecografia abdominal mostrou uma volumosa estrutura heterogênea na loca renal direita sem individualização do rim. A urografia intravenosa (UIV) mostrou má definição do grupo calicial superior e amputação do grupo calicial inferior do rim

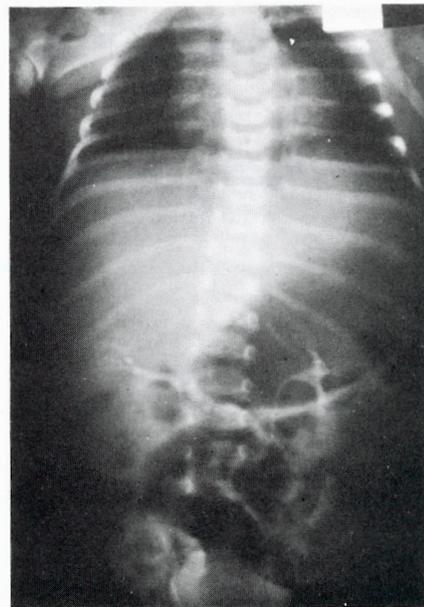


FIG. 4 – Urografia intravenosa. Rim direito: má definição do grupo calicial superior, amputação do grupo calicial inferior. Rim esquerdo: normal.

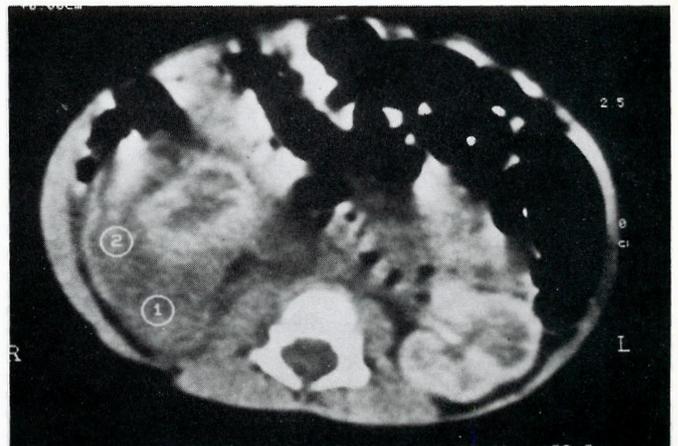


FIG. 5 – TAC abdominal: Rim direito mal definido com coleção densa heterogênea.

direito; rim esquerdo sem alterações (fig. 4). A TAC abdominal mostrou rim direito mal definido com colecção densa heterogénea localizada predominantemente na face posterior e polo inferior do rim compatível com hematoma peri-renal (fig. 5). O doseamento de catecolaminas urinárias e dos seus metabolitos foi negativo.

Foi realizada laparotomia exploradora constatando-se, volumoso hematoma organizado peri-renal envolvendo o terço inferior do rim direito, com extensão pela face posterior junto à veia cava inferior, até à cápsula suprarrenal. Macroscopicamente o rim e suprarrenal direitos não apresentavam alterações. Ao exame anatomopatológico observa-se um hematoma organizado envolvido por gordura peri-renal.

A evolução clínica foi favorável sempre com tensão arterial normal, controlos posteriores ecográficos do rim e suprarrenal direita sem alterações e uma UIV normal aos 10 meses de idade.

### Discussão

A presença de uma massa abdominal no recém-nascido não é rara e coloca problemas de diagnóstico diferencial<sup>(3)</sup>. Na maior parte dos casos trata-se de uma massa de origem retroperitoneal sendo importante uma orientação diagnóstica correcta para definir a sua etiologia: patologia neoplásica (nefroblastoma, neuroblastoma, linfoma), malformativa (hidronefrose, quistos renais, quistos extrarrenais) e hemorragia suprarrenal (HS)<sup>(3, 15-17)</sup>.

A glândula suprarrenal no recém-nascido é muito volumosa e muito vascularizada o que a torna mais sensível a traumatismos<sup>(3)</sup>. A HS ocorre com mais frequência à direita, sendo bilateral em 8-10% dos casos. Os sintomas podem ser fulminantes e fatais nos casos bilaterais<sup>(3)</sup>. A maioria dos casos sendo unilaterais, apresentam sintomas moderados que podem mimetizar uma septicemia, embora a maior parte dos doentes apresente uma massa abdominal palpável. A insuficiência adrenal como complicação da HS é muito rara<sup>(1, 3, 4)</sup>.

No 1.º caso o tipo de apresentação obstétrica (espádua) dificultando o parto e o aparecimento de um quadro de sépsis com convulsões favoreceram o aparecimento da HS.

Um quadro clínico de icterícia intensa à custa da bilirrubina indirecta, anemia, massa abdominal e hematoma do escroto ipsilateral à massa abdominal no 3.º dia de vida constitui uma forma típica de apresentação da HS<sup>(3-5)</sup>. O hematoma do escroto aparece porque a rotura da cápsula da glândula suprarrenal pode provocar um hemoperitoneu com passagem de sangue através do processo vaginal para o escroto<sup>(6)</sup>.

No 2.º caso a sépsis neonatal precoce foi o factor responsável pela hemorragia da suprarrenal, que, secundariamente levou à formação de um volumoso hematoma perirrenal comprimindo quase todo o rim direito. Esta forma atípica de apresentação colocou dúvidas no diagnóstico levando à realização de vários exames complementares. As dúvidas da etiologia do volumoso hematoma peri-renal bem como a possibilidade de infecção, formação de pseudoquistos, calcificação, compressão do pedículo renal com hipertensão e ou trombose da veia renal, levaram a uma drenagem cirúrgica com bons resultados.

### BIBLIOGRAFIA

1. Sirota L, Strauss S, Rechnitz Y, Landman I, Dulitzky F. **Transient obstruction of the kidney and hypertension due to neonatal adrenal hemorrhage.** *Helv paediat Acta* 1989; 40: 177-81.
2. Pereira SJ, et al. **Um caso raro de icterícia mista.** *Rev Port Pediatr* 1990; 21: 43-7.
3. Bona G, et al. **Diagnosi ecografica e follow-up dell'ematoma surrenale del neonato.** *Min Ped* 1988; 40: 551-5.
4. Kelais PP, Kking RL, Belman AB. **Neonatal adrenal hemorrhage in:** *Clinical Pediatric Urology*, 3.ª edição. London, Saunders Company, 1992: 1323-25.
5. Nordshus T and Monn E. **Ultrasonography in the diagnosis of neonatal adrenal haemorrhage.** *Acta Paediatr Scand* 1990; 69: 695-8.
6. Giacoina GP and Cravens JD. **Neonatal adrenal hemorrhage presenting as scrotal hematoma.** *J Urol* 1990; 143: 567-8.
7. Pery M, Kaftori JK, Maor-Bar J A. **Sonography for diagnosis and follow-up of neonatal adrenal hemorrhage.** *J Clin Ultrasound* 1981; 9: 397-401.
8. Khuri JF, et coll. **Adrenal hemorrhage in neonates; report of 5 cases and review of the literature.** *J Urology* 1980; 124: 648-7.
9. Lawson EE and Teele R L. **Diagnosis of adrenal hemorrhage by ultrasound.** *J Pediatr*, 1978; 92: 423-6.
10. Willemsse APP, Coppes MJ, Feldberg MAM et al. **Magnetic resonance appearance of adrenal hemorrhage in a neonate.** *Pediatr Radiol*, 1989; 19: 210-11.
11. Mittelstaedt CA, Volberg FM, Merten DF, Brill PW. **The sonographic diagnosis of neonatal adrenal hemorrhage.** *Radiology*, 1979; 131: 453.
12. Cohen EK, Daneman A, Stringer DA, Soto G, Thorn P. **Focal adrenal hemorrhage: a new US appearance.** *Radiology*, 1986; 161: 631.
13. Favara BE, Akers DR, Franciosi RA. **Adrenal abscess in a neonate.** *J. Pediatr*, 1970; 77: 682.
14. Starinsky R, Manor A, Segal M. **Nonfunctioning Kidney associated with neonatal adrenal hemorrhage: report of 2 cases.** *Pediatr Radiol*, 1986; 16: 427.
15. Gibbons MD, Duckkett JW, Cromie JC, Rosenberg HM. **Abdominal flank mass in the neonate.** *J Urol*, 1978; 119: 671.
16. Swischuk LE, Hayden JK. **Abdominal masses in children-Symposium on Pediatric Surgery.** *Pediatr Clin North Am*, 1985; 32: 1281-97.
17. Santos JFe Afonso JG. **Massas abdominais na criança diagnóstico pela imagem.** *Rev Port Pediatr* 1990; 21: 379-85.

Correspondência: Dr.ª Céu Rocha Mota  
Serviço de Pediatria – Hospital de Crianças Maria Pia  
Rua da Boavista, 827  
4050 Porto