



Hemorragia espontânea unilateral de adrenal em paciente jovem portador de síndrome do anticorpo antifosfolípido: Um relato de caso com revisão de literatura

Hugo Octaviano Duarte Santos (1), João Paulo Barbosa (2), Renato Panhoca (2)

(1) Médico residente do serviço de Cirurgia Geral - Hospital do Servidor Público Estadual, Instituto de assistência médica ao Servidor Público Estadual (HSPE-IAMSPE); (2) Médico residente do serviço de Urologia - Hospital do Servidor Público Estadual, Instituto de assistência médica ao Servidor Público Estadual (HSPE-IAMSPE)

» Resumo

Descrevemos o caso de um paciente de 21 anos com história de Síndrome do Anticorpo Antifosfolípido, usuário de rivaroxabana, que compareceu ao Pronto Socorro do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo com dor intensa em região epigástrica que irradiava para dorso à direita, associado a náusea e vômitos. Angiotomografia de abdome revelou alterações sugestivas de hemorragia de adrenal à direita. O paciente não demonstrou sinais de insuficiência adrenal aguda. Foi tratado de maneira conservadora. Realizamos também uma revisão de literaturas sobre hemorragia espontânea de adrenal.

INTRODUÇÃO

Hemorragia espontânea de adrenal (HEA) é uma condição rara, com poucos relatos na literatura e cujo diagnóstico é desafiador devido a pouca especificidade dos sintomas. A maioria dos casos ocorre em gestantes, puérperas, pacientes em sepse, portadores de coagulopatias ou usuários de drogas anticoagulantes. A hemorragia também pode surgir em pacientes portadores de neoplasias da adrenal, muitas vezes sendo a primeira manifestação da doença.

O primeiro relato de HEA foi feito por Goolden, em artigo publicado no *The Lancet* em 1857 (1). Goolden descreve o caso de um paciente que era médico portador de uma doença reumatológica e que em 1856 evoluiu com anemia, dor abdominal em região epigástrica e vômitos, além de sintomas que sugeriam insuficiência adrenal. O médico acabou falecendo devido à moléstia durante necropsia o único achado foi de presença de uma "matéria cor de chocolate" que preenchia a cápsula de ambas as adrenais do paciente, sugerindo hemorragia adrenal bilateral.

O diagnóstico da HEA é extremamente importante, uma vez que os pacientes podem evoluir com insuficiência adrenal aguda, especialmente aqueles que apresentam hemorragia adrenal bilateral (2). Nós apresentamos aqui o caso de um paciente jovem que foi diagnosticado com hemorragia espontânea de adrenal direita, sendo tratado conservadoramente.

RELATO DE CASO

Paciente de 21 anos do sexo masculino, branco, solteiro, natural de São Miguel Arcanjo, São Paulo. Procurou o Pronto Socorro do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) de São Paulo em maio de 2018 relatando ter apresentado 3 dias antes um adormecimento súbito em região de abdome superior com irradiação para dorso à direita em região de transição tóraco-abdominal. Adormecimento de forte intensidade, contínua, sendo aliviada apenas com uso de morfina intravenosa que foi administrada em Pronto Socorro de sua cidade de origem. Após analgesia inicial persistiu com dor leve, porém apresentando vômitos com conteúdo alimentar, febre e sudorese fria, o que o levou a procurar o HSPE. Cerca de 2 semanas antes dos sintomas de dor abdominal o paciente estava com tosse febril diagnosticado com pneumonia, sendo tratado por 5 dias com azitromicina.

Com o passar do tempo, identificamos que era portador de Síndrome do Anticorpo Antifosfolipídico (SAAF), diagnosticado aos 16 anos após episódio de trombose venosa profunda. Fez uso por 5 anos de varfarina tendo apresentado neste período 6 novos episódios de trombose em locais diferentes. O anticoagulante foi trocado para rivaroxabana, o qual vinha fazendo uso diário há 6 meses. Não havia outros antecedentes morbidos.

Ao exame físico de entrada apresentava-se em bom estado geral, corado, eupneico. Pressão arterial de 130/90 mmHg, frequência cardíaca de 106 bpm. Ausculta cardíaca sem alterações. Ausculta pulmonar sem alterações,

porém havia frêmito tóraco-vocal reduzido e sub-maciceza à percussão de hemitórax inferior direito. Abdome plano, sem lesões na pele com ruídos hidroaéreos presentes, timpânico à percussão, sem visceromegalia palpável e sem dor à palpação profunda em região epigástrica e hipocôndrio direito, porém sem dor à compressão brusca. Extremidades sem edema assimétrico e aquecidas, compulsão simétrica e bom tempo de enchimento capilar.

Após primeiras suspeitas diagnósticas de tromboembolismo venoso, sendo realizada uma angiografia que demonstrou um aneurisma da artéria renal direita, na topografia da adrenal, espontaneamente hiperatenuante sem evidência de realce pelo meio de contraste, medindo cerca de 11.1 x 7.5 x 10.5 cm, além de densificação da gordura perirrenal à direita. Achados sugestivos de hemorragia adrenal (FIGURA-1) e (FIGURA-2).

Osexames laboratoriais do Pronto Socorro demonstraram hemoglobina de 14.4 g/dL, hematócrito 42.6%, leucocitose discreta, com 14.900 leucócitos sem aumento de bastonetes. Plaquetas de 149 mil. Marcadores hepáticos (TGO, TGP), fosfatase alcalina, gama-GT, creatinina, uréia e eletrólitos estavam todos dentro dos limites da normalidade. O tempo de tromboplastia parcial ativado estava alargado (78.9 segundos, razão de 2.92), assim como o tempo de protrombina, em menor grau (atividade de 53.1% e RNI de 1.38).

O paciente foi admitido e foi optado por manter tratamento conservador do quadro de hemorragia. Exames durante internação demonstraram anticorpo anticardiolipina IgM reagentes moderados (63.20 MPL/mL) e anticorpo anticardiolipina IgG reagentes altos (280.00 GPL/mL), bem como anti-beta2 glicoproteína IgG e IgM positivos, achados esses que corroboram com diagnóstico de Síndrome do Anticorpo Antifosfolipídico. O Fator Antinuclear (FAN) resultou em 1:160 com padrão citoplasmático pontilhado fino. Outros marcadores (anti-SCL70, Anti-JO1, Anti-SSB, Anti-SSA, Anti-SM, Anti-RNP, C3eC4) foram negativos ou não demonstraram alterações.

O paciente permaneceu internado pelo total de dez dias, recebendo analgesia contínua e anticoagulação com enoxaparina. Exame tomográfico após 7 dias de internação não demonstrou aumento da hemorragia e o exame hemático permaneceu estável, mantendo-se a conduta conservadora até sua alta hospitalar.

DISCUSSÃO

A hemorragia espontânea de adrenal é uma causa rara de insuficiência adrenal. Aparentemente não há predo-

Figura 1 - Nota-se importante hemorragia em loja de adrenal direita. Adrenal esquerda sem alterações.



Figura 2 - Densificação de gordura perirrenal à direita.



minância entre os sexes pode ocorrer em qualquer idade. A maioria dos pacientes se apresenta com dor em região epigástrica, hipocôndrios ou flancos, além de sintomas como mal estar, cansaço, alteração do estado mental, náusea e vômitos, o que pode indicar insuficiência adrenal. Exames laboratoriais podem demonstrar hiponatremia, hipercalemia, hipoglicemia e hipocortisolismo (3). Uma vez diagnosticada, todos os pacientes com HEA devem ser internados devido ao risco de evoluírem com piora clínica e insuficiência adrenal. Os pacientes também devem ser reavaliados quanto a necessidade de abordagem cirúrgica ou embolização de um vaso angrante, com exames radiológicos e hematimétricos seriados (4). A incidência de HEA na população é desconhecida, porém alguns estudos em cadáveres sugerem valores de incidência entre 0.14-1.1%⁴ e 0.3-1.8% (5), mesmo que hemorragia não tenha sido detectada em vida.

As adrenais são ricas em vasos vascularizadas. Sua vascularização geralmente se dá por três ramos arteriais em cada lado. Essas artérias dividem-se em capilares no córtex da adrenal, posteriormente os sangue é drenado por sinusóides na medula da adrenal que devolve o sangue para a circulação sistêmica (geralmente para veia cava à direita e veia renal à esquerda) através de uma única veia, o que deixa a drenagem venosa da adrenal muito frágil. Qualquer afecção, como trombose, que obstrua a drenagem venosa pode levar a congestão e fragilidade capilar na glândula, levando facilmente a sangramentos (2). Esse pode ter sido o mecanismo que levou à HEA no paciente aqui descrito, que possuía doença pró-trombótica (SAAF) e ainda fazia uso de anticoagulante, o que pode ter contribuído para o grande volume da hemorragia.

Entre as outras causas para HEA é importante citar as neoplasias primárias e secundárias da adrenal. Vários são os relatos de ressecções cirúrgicas de glândulas adrenais acometidas com HEA com achado final de adenoma, feocromocitoma, angiomiolipoma e outras neoplasias no exame anatomopatológico (2-4). Isso deve ser levado em consideração quando se opta por tratamento conservador de uma hemorragia adrenal, como feito em nosso caso, pois um seguimento radiológico rigoroso deve ser conduzido após a alta.

HA também é mais comum em usuários de anticoagulantes, condições pró-trombóticas, doentes em choques sépticos e portadores de doenças hematológicas (3).

Um levantamento feito por Berte (2) em 1952 de todos os casos de HEA publicados até então (um total de 22) demonstrou que a maioria dos casos de HEA ocorreu bilateralmente (17) e dos 6 casos que ocorreram em um único lado, 5 ocorreram na adrenal direita, como ocorreu com o paciente aqui relatado. Gestantes e puérperas estão em um grupo de risco especial, provavelmente há fatores hormonais e traumáticos associados nesses casos.

O tratamento de escolha depende das condições clínicas do paciente, se hemodinamicamente estável e sem sinais de insuficiência adrenal aguda a melhor opção é por tratamento conservador, com exames radiológicos de controle e exames de hematócrito/hemoglobina seriados. Caso o paciente apresente sinais de choque hemorrágico ou sangramento progressivo, com queda dos padrões hematimétricos a exploração cirúrgica, preferencialmente por videolaparoscopia, é uma boa escolha. Nos pacientes com sinais de insuficiência adrenal o tratamento com corticóides deve ser prontamente instituído.

CONCLUSÃO

A Hemorragia Espontânea de Adrenal é uma condição rara, porém potencialmente fatal, especialmente se houver acometimento bilateral. O diagnóstico deve ser considerado naqueles pacientes que se apresentam com dor súbita em região epigástrica e flancos com sinais de hemorragia retroperitoneal. Atenção especial deve ser dada a pacientes com doenças hematológicas, gestantes e pacientes em choques sépticos. A detecção precoce de insuficiência adrenal é de suma importância para evitar desfechos desfavoráveis.

CONFLITOS DE INTERESSE

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

1. R.H. Goolden, M.D. Oxon. ON A CASE OF DISEASE OF THE SUPRA-RENAL CAPSULES WITH THE ABSENCE OF BRONZE SKIN. *The Lancet Journal*, 1857, 70, P266-267.
2. BERTE SJ. Spontaneous adrenal hemorrhage in the adult; literature review and report of two cases. *Ann Intern Med*. 1953; 38:28-37.
3. Nazir S, Sivarajah S, Fiscus V, York E. Spontaneous idiopathic bilateral adrenal haemorrhage: a rare cause of abdominal pain. *BMJ Case Rep*. 2016; 2016:bcr2016215452.
4. Pushkar P, Agarwal A. Spontaneous Massive Adrenal Hemorrhage: A Management Dilemma. *J Endourol Case Rep*. 2015; 1:52-3.
5. Gavrilova-Jordan L, Edmister WB, Farrell MA, Watson WJ. Spontaneous adrenal hemorrhage during pregnancy: a review of the literature and a case report of successful conservative management. *Obstet Gynecol Surv*. 2005; 60:191-5.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Hugo Octaviano Duarte Santos
Médico residente do Serviço de Cirurgia Geral
Hospital do Servidor Público Estadual,
Instituto de assistência médica ao
Servidor Público Estadual (HSPE-IAMSPE)
Rua Pedro de Toledo, nº 1800
Vila Clementino, São Paulo - SP
Cep: 04039-000
E-mail: hugosantos90@gmail.com