

Hematoma escrotal unilateral

I. Ibáñez Godoy, D. Mora Navarro, M^aA. Delgado Rioja,
A. Losada Martínez y C. Herrera del Rey

Servicio de Pediatría. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

CASO CLÍNICO

Varón de 3 días de vida que ingresa en el servicio de neonatología por ictericia y hematoma escrotal derecho. Antecedentes familiares: grupo sanguíneo materno: O Rh positivo, resto sin interés. Antecedentes personales: embarazo controlado sin incidencias, parto espontáneo, a término de 40 semanas de gestación, terminado por ventosa, presentación cefálica, líquido amniótico meconial. Test de Apgar al minuto de 8 y a los 5 min de 9, reanimación superficial. Peso al nacimiento 3.400 g. Exploración: buen estado general, afebril, ictericia mucocutánea intensa, visualizándose un hematoma en fosa ilíaca derecha que sigue el trayecto inguinal y una bolsa escrotal derecha aumentada de tamaño de color violáceo (fig. 1). Mediante palpación se aprecia una zona de empastamiento en el flanco derecho que sigue un recorrido anteroinferior hacia la zona inguinal. La bolsa escrotal ipsolateral presenta un contenido indurado con transluminación negativa, testes en bolsas aparentemente no dolorosos. Edema en zona clavicular derecha. Resto de la exploración normal. Pruebas complementarias: Analítica: hemograma, coagulación y gasometría venosa, normales. Bioquímica: bilirrubina valor máximo 17,8 mg/dl a expensas de fracción indirecta, resto normal. Grupo sanguíneo del neonato A Rh positivo. Test de Coombs indi-

recto frente a hematies A positivo. Pruebas de imagen: radiografía de tórax: fractura clavicular derecha sin otros hallazgos patológicos. Ecografía abdominal y escrotal: confirma el diagnóstico.

PREGUNTA

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Hematoma en fosa ilíaca derecha que sigue el trayecto inguinal. Bolsa escrotal derecha de color violáceo y aumentada de tamaño.

Correspondencia: Dr. D. Mora Navarro.
Las Antillas, 19. 21800 Moguer. Huelva. España.
Correo electrónico: dmoranavarr@eresmas.com

Recibido en enero de 2003.
Aceptado para su publicación en octubre de 2003.



Figura 2. Lesión heterogénea ecogénica, sugestiva de hematoma-hemorragia, de 3-4 cm en situación suprarrenal derecha.

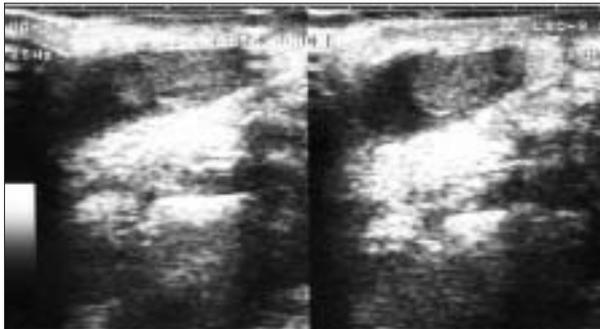


Figura 3. Hemocele derecho. Testes de tamaño y ecogenicidad normal.

HEMORRAGIA SUPRARRENAL

La ecografía abdominoscrotal pone de manifiesto una lesión heterogénea ecogénica, indicativa de hematoma-hemorragia, de 3-4 cm en situación suprarrenal derecha que se continúa peritonealmente por el espacio pararrenal posterior a lo largo del trayecto del cordón espermático causando un hemocele derecho (fig. 2). Ambos testes son de tamaño y ecogenicidad normal (fig. 3). Resto de estructuras sin alteraciones. Estos datos confirman el diagnóstico de hemorragia suprarrenal derecha. Se instauró tratamiento con medidas conservadoras y fototerapia evolucionado favorablemente. Posteriores controles clínicos y ecográficos seriados ponen de manifiesto la reabsorción progresiva de la lesión sin afectación de la función de la glándula suprarrenal.

La hemorragia suprarrenal en el recién nacido es una entidad cuya etiología no es bien conocida, aunque se

asocia a determinadas circunstancias como hipoxia perinatal, sepsis o partos traumáticos (presentación de nalgas, macrosomas y partos instrumentalizados) como es en nuestro caso. Ésta puede asentar sobre una o ambas glándulas. La afectación bilateral es muy grave, y cursa con una alta morbimortalidad, que determina una insuficiencia suprarrenal. La lesión unilateral es más frecuente, y afecta en el 75% de los casos al lado derecho¹. La sintomatología suele aparecer en la primera semana de vida y depende de la cuantía de la hemorragia. Cuando la lesión se encuentra sobre una sola glándula, puede cursar con inapetencia, irritabilidad, masa abdominal, vómitos, diarrea, distensión abdominal, incluso peritonitis y shock si la hemorragia es muy importante, aunque la mayoría de las veces es asintomática, y pasa desapercibida, detectándose posteriormente por la aparición de calcificaciones suprarrenales. En ocasiones puede manifestarse como un hematoma escrotal ipsilateral aislado o asociado a ictericia y/o anemia, como es nuestro caso^{2,3}. Ante un recién nacido con un hematoma escrotal, el diagnóstico de hemorragia suprarrenal se basa en, además de la sospecha clínica, en las pruebas de imagen, siendo la de elección la ecografía abdominoscrotal⁴, que incluso resulta ser superior a la tomografía computarizada (TC), dada su disponibilidad, inocuidad y alta eficacia. El diagnóstico diferencial y a su vez principal complicación es el escroto agudo^{2,3,5}. Es obligado realizar una ecografía abdominal, ya que un correcto diagnóstico evitaría intervenciones quirúrgicas innecesarias. Esta forma de presentación posee un curso benigno, resolviéndose de forma espontánea^{2,3,5,6}, determinando un buen pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tsuji MK. Traumatismo Obstétrico. En: Cloherty JP, Stark AR, editores. Manual de cuidados neonatales. 3.ª ed. Barcelona: Masson, 1999; p 251-9.
2. Giacoia GP, Cravens JD. Neonatal adrenal hemorrhage presenting as scrotal hematoma. J Urol 1990;143:567-8.
3. Putman MH. Neonatal adrenal hemorrhage presenting as right scrotal mass. JAMA 1989;261:2958.
4. Miele V, Patti G, Cappelli L, Calisti A, Valenti M. Echography in the diagnosis of neonatal adrenal hemorrhage. Radiol Med (Torino) 1994;87:111-7.
5. Anding R, Fastnacht-Urban E, Walz PH. "Acute scrotum" in the neonate. Adrenal haemorrhage as cause. Urologe A 2000;39: 48-51.
6. Kirby CP, Davidson PM. Inguinoscrotal bruising: A sign of neonatal adrenal hemorrhage. Pediatr Emerg Care 2000;16:179.