

¿Hemorragia adrenal bilateral espontánea por anticoagulación?

Lorena Salmerón Godoy¹, Arturo Muñoz Blanco¹, Isabel Perales Fraile¹, Juan Salmerón Godoy², Coral Arévalo Cañas³¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España²Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España³Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido: 22/08/2025

Aceptado: 27/09/2025

En línea: 31/12/2025

Citar como: Salmerón-Godoy L, Muñoz Blanco A, Perales Fraile I, Salmerón Godoy J, Arévalo Cañas C. ¿Hemorragia adrenal bilateral espontánea por anticoagulación? Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (diciembre); 10(3): 129-131. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n3a10>.**Cite this as:** Salmerón-Godoy L, Muñoz Blanco A, Perales Fraile I, Salmerón Godoy J, Arévalo Cañas C. Spontaneous bilateral adrenal hemorrhage due to anticoagulation? Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (December); 10(3): 129-131. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n3a10>.**Autor para correspondencia:** Lorena Salmerón-Godoy. lorenasalmerongodoy@hotmail.com

Palabras clave

- ▷ hemorragia adrenal bilateral
- ▷ anticoagulantes orales
- ▷ vasculitis de grandes vasos

Resumen

Varón de 83 años con factores de riesgo cardiovascular, hipotiroidismo, artritis reumatoide seronegativa, penfigoide ampolloso corticodependiente y fibrilación auricular anticoagulada con rivaroxabán. Ingresó por dolor abdominal, con hallazgo en la resonancia abdominal de hemorragia adrenal bilateral. Se retiró anticoagulación con evolución favorable por lo que a los tres meses, en base al riesgo-beneficio, se reintrodujo un nuevo anticoagulante. En TC de control se objetivaron hallazgos sugestivos de vasculitis de grandes vasos, corroborados en PET, ecografía vascular y biopsia de arteria temporal. Este es un caso relevante por la baja prevalencia de la hemorragia adrenal bilateral y etiología difícil de concretar.

Keywords

- ▷ bilateral adrenal haemorrhage
- ▷ oral anticoagulants
- ▷ large vessel vasculitis

Abstract

A 83-year-old male with cardiovascular risk factors, hypothyroidism, seronegative rheumatoid arthritis, corticosteroid-dependent bullous pemphigoid, and atrial fibrillation anticoagulated with rivaroxaban was admitted with abdominal pain. An abdominal MRI revealed bilateral adrenal hemorrhage. Anticoagulation was discontinued with a favourable outcome, and after three months, based on a risk-benefit assessment, a new anticoagulant was reintroduced. A follow-up CT scan showed findings suggestive of large vessel vasculitis, which were confirmed by PET, vascular ultrasound, and temporal artery biopsy. This is a relevant case due to the low prevalence of bilateral adrenal hemorrhage and the difficulty in determining its etiology.

Puntos destacados

- ▷ La hemorragia adrenal bilateral es infrecuente, con un diagnóstico complejo, muchas veces incidental en la prueba de imagen, y con mecanismo patogénico no completamente conocido además de etiologías muy heterogéneas.
- ▷ En este caso, es de especial interés el diagnóstico de vasculitis a escasas semanas del evento, ya que su relación con el síndrome antifosfolípido está ampliamente descrita, pero no en vasculitis.

Introducción

La hemorragia adrenal bilateral es poco frecuente¹, potencialmente grave por una crisis adrenal y difícil de diagnosticar ya que el cuadro clínico derivado no es específico. Clásicamente se ha asociado a situaciones de gran estrés o gravedad, como en pacientes sépticos, postquirúrgicos, politraumatismos o en el seno de un síndrome antifosfolípido catastrófico.

Caso clínico

Antecedentes

Varón de 83 años con antecedentes de diabetes, hipercolesterolemia, hipotiroidismo, artritis reumatoide seronegativa tratada con metotrexato (junio/2022 – enero/2025) y penfigoide ampolloso corticodependiente tratado con dupilumab desde noviembre de 2024.

Actualmente se encontraba con buen control y sin tratamiento corticoideo. También presentaba en su historial una infección tuberculosa latente pero tratada con 4 meses de rifampicina en 2021 y un adenocarcinoma de próstata, intervenido en 2022 con posterior infección de prótesis peneana por SARM y resuelta tras tratamiento con antibioterapia y extrusión del material. También había presentado una fractura con prótesis de cadera derecha en julio de 2024, en cuyo preoperatorio se evidenció una fibrilación auricular, por lo que inició anticoagulación con rivaroxabán 20 mg/día.

Enfermedad actual

Ingresó en marzo de 2025 por estreñimiento, dolor abdominal y vómitos; afebril y hemodinámicamente estable con abdomen distendido y doloroso de forma difusa a la palpación, siendo el resto de la exploración normal. Se realizó un TC abdominal que objetivó dilatación de la vía biliar en paciente colecistectomizado sin objetivar causa, y engrosamiento hipodenso adrenal bilateral inespecífico. El paciente ingresó por suboclusión intestinal no complicada con buena evolución con laxantes y enemas.

Pruebas complementarias

Para mejor filiación de la dilatación de vía biliar se realizó una resonancia una semana después, con hallazgo incidental de hemorragia adrenal bilateral y dudoso aumento de captación en la pared aórtica. Se retiró anticoagulación y se instauró tratamiento adrenal sustitutivo. Se realizó amplio estudio etiológico: angio-TC abdominal sin lesiones vasculares, PET-TC sin captación vascular ni a nivel suprarrenal, ecografía vascular temporal y axilar sin hallazgos.

Análiticamente destacaba durante la evolución un aumento progresivo de reactantes inflamatorios (VSG previa de 1 que aumentó hasta 78 y PCR previa de 22 mg/L que se elevó hasta 58 mg/L) y el desarrollo progresivo de una anemia inflamatoria con descenso de la hemoglobina de 13 g/dL a su llegada hasta 10,2 mg/dL con ferropenia asociada. Se completó estudio con inmunoglobulinas y electroforesis normal, IgG4 normal, complemento normal, autoinmunidad negativa (anticuerpos antinucleares, antineutrófilo citoplasmático, antifosfolípidos y anticapsula suprarrenal) y estudio de coagulación sin alteraciones.

Evolución

El paciente evolucionó favorablemente, evidenciando en prueba de imagen de control que las lesiones suprarrenales hipodensas disminuían progresivamente. Se realizó test de Synacthen con valores de cortisol basal normal, aunque sin respuesta a la estimulación con ACTH, por lo que se decidió retirar hidroaltesona. Tras esto, mayor astenia, hipotensión y alteraciones iónicas en el límite de la normalidad, por lo que se decidió reintroducir. Tras objetivar mejoría radiológica, valorando el riesgo-beneficio, se decidió reintroducir anticoagulación con apixabán a dosis reducidas (por edad, peso y función renal fluctuante) frente al cierre de orejuela.

A los tres meses de la hemorragia adrenal bilateral y tras la reintroducción de la anticoagulación; en base a la astenia y marcadores inflamatorios persistentemente elevados, se solicitó nuevo TAC body de control para descartar nuevo sangrado u otros hallazgos; objetivando un engrosamiento difuso de la pared de aorta, iliacas y troncos supraaórticos sugestivos de vasculitis (**figura 1**). En el seno de estos hallazgos, se repitió la ecografía vascular de temporales objetivando claro halo y engrosamiento marcado de la pared vascular no visible previamente (**figura 2**). El paciente no había presentado fiebre ni cefalea de nueva aparición en este tiempo.

Se solicitó biopsia de arteria temporal que demostraba un infiltrado inflamatorio linfocitocitario y nuevo PET-TAC en el que se objetivó intensa captación de arterias temporales, maxilares, troncos supraaórticos, aorta torácica y abdominal, pulmonares, iliacas y de miembros inferiores, sugestivos de inflamación activa (**figura 3**).

Sin demoras, se inició tratamiento con tres bolos de metilprednisolona de 250 mg y pauta descendente de corticoterapia, asociando desde el inicio tocilizumab tras valorar con dermatología posibles interacciones con el dupilumab. Con franca mejoría clínica del paciente y descenso de reactantes de fase aguda. Al finalizar el tratamiento con corticoides, se va a repetir un nuevo test de Synacthen para descartar insuficiencia suprarrenal y adecuada respuesta adrenal ante ACTH y estrés, dado el antecedente del paciente.



Figura 1. Engrosamiento de pared de aorta descendente en TAC.

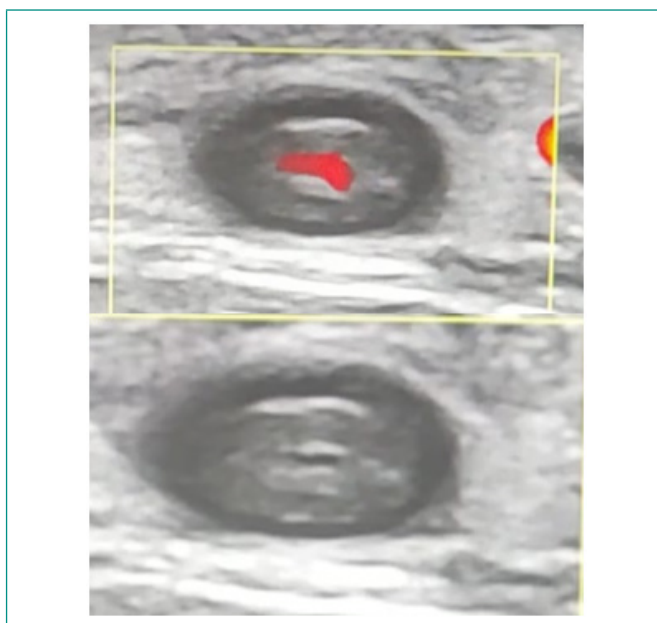


Figura 2. Halo y engrosamiento de la pared de arteria temporal en ecografía vascular.

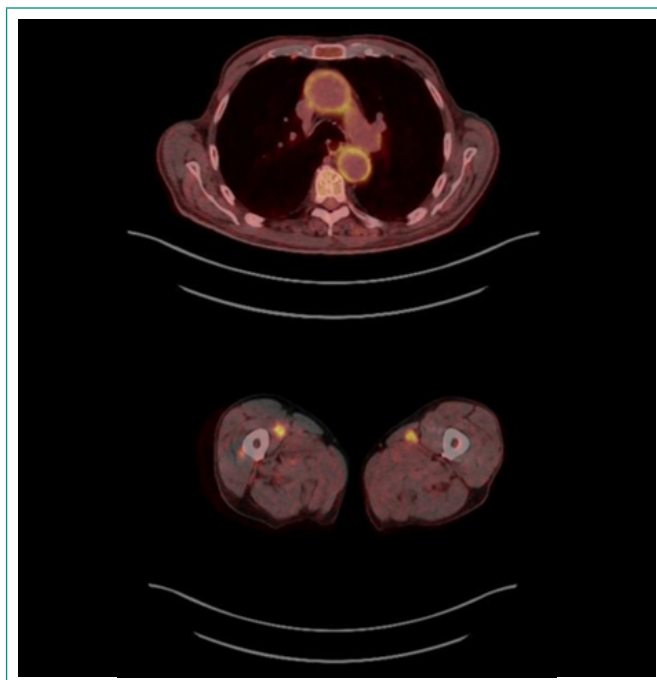


Figura 3. Captación patológica vascular en PET-TC.

Diagnóstico

Hemorragia suprarrenal bilateral en paciente con anticoagulación crónica, como debut de una vasculitis de grandes vasos

Discusión

La hemorragia adrenal bilateral es una entidad extremadamente rara¹, pero potencialmente grave, que presenta un diagnóstico complejo. Tradicionalmente, se ha asociado a infecciones graves, como el síndrome de Waterhouse-Friderichsen; sin embargo, también se ha documentado en asociación con el tratamiento anticoagulante, particularmente con warfarina o heparina, sobre todo en el postoperatorio de artroplastias²⁻⁴. Además, se ha observado en el contexto de un síndrome antifosfolípido catastrófico, en casos de afectación neoplásica de la glándula, en pacientes politraumatizados, grandes quemados o durante el embarazo; aunque en algunos casos la etiología no llega a esclarecerse. En 1947 se documentó por primera vez la hemorragia adrenal secundaria al uso de anticoagulantes¹⁻⁴.

El mecanismo patogénico de esta condición aún no está completamente esclarecido; sin embargo, se postula que la anatomía vascular característica de la glándula y su papel en la respuesta fisiológica al estrés podrían tener un rol fundamental. Las glándulas suprarrenales presentan una circulación arterial rica, cuyo drenaje se realiza a través de una única vena adrenal central. Este sistema es particularmente sensible a las hormonas involucradas en la respuesta al estrés, como la ACTH y las catecolaminas. En presencia de trastornos de la coagulación, se produce un aumento del flujo sanguíneo en una red vascular vulnerable, lo que puede desencadenar una hemorragia intraglandular⁵.

La alta prevalencia de la terapia anticoagulante en la población y la rareza de esta entidad, plantean la búsqueda de otros factores que hayan podido relacionarse con el evento. En nuestro caso, el paciente no presentaba una infección activa, ni una situación estresante más allá de un ingreso hospitalario no complicado, además, sus enfermedades inmunológicas de base estaban controladas. La elevación persistente de reactantes inflamatorios y clínica general, combinadas con la ausencia de un factor desencadenante claro y la elevación persistente de marcadores inflamatorios hicieron necesario continuar la búsqueda de un factor vascular etiológico que explicase el cuadro clínico, a pesar de la ausencia de hallazgos en el estudio inicial.

La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis más frecuente en pacientes mayores de 50 años en países occidentales. Aunque clásicamente se ha relacionado con la afectación de arterias craneales, los avances en la imagenología han revelado que también puede comprometer arterias extracraneales⁶. En este último caso, la sintomatología es más inespecífica, como síndrome constitucional, fiebre, claudicación de miembros, entre otros. Para su diagnóstico, la biopsia de arteria temporal sigue siendo el estándar de referencia, pero en los últimos años las pruebas de imagen han ganado relevancia. Según las últimas guías de la EULAR, en pacientes con alta sospecha clínica y pruebas de imagen sugestivas, la biopsia de arteria temporal no es imprescindible⁷. En pacientes con ACG extracraneal, la angio-TC, la angio-RM y el PET-TC pueden ser herramientas diagnósticas útiles, eligiendo la modalidad con mejor rentabilidad se-

gún las capacidades del centro. En particular, la ecografía vascular, que debido a su accesibilidad es de gran interés, aunque su eficacia también depende de la formación del operador; de hecho, existen grupos de trabajo para estandarizar dicha técnica⁸.

Conclusiones

La hemorragia adrenal bilateral es una entidad extremadamente rara, aunque existen casos descritos asociados a la anticoagulación, se deben buscar y descartar otros procesos subyacentes en pacientes seleccionados.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

1. Arlt W, Allolio B. Adrenal insufficiency. *Lancet*. 2003; 361(9372): 1881-93. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13492-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13492-7) (último acceso dic. 2025).
2. González-Valencia J, Gómez-Corralles JD, Román-González A. Hemorragia adrenal bilateral sin insuficiencia adrenal asociada con enoxaparina. *IA-TREIA*. 2020; 33(3): 273-79. doi: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iatreia.61> (último acceso dic. 2025).
3. LaBan MM, Whitmore CE, Taylor RS. Bilateral adrenal hemorrhage after anticoagulation prophylaxis for bilateral knee arthroplasty. *Am J Phys Med Rehabil*. 2003; 82(5): 418-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.PHM.0000064741.97586.E4> (último acceso dic. 2025).
4. Park KJ, Bushmire M, Barnes CL. Bilateral adrenal hemorrhage in a total knee patient associated with enoxaparin usage. *Arthroplast Today*. 2015; 1(3): 65-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.artd.2015.02.001> (último acceso dic. 2025).
5. Balsach Solé A, Oms Bernat LM, Garrido Romero M, Mato Ruiz R, Sala-Pedrós J. Hemorragia suprarrenal bilateral en el postoperatorio de una duodeno-pancreatectomía cefálica. *Cir Esp*. 2012; 90(1): 56-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.06.014> (último acceso dic. 2025).
6. Prieto-Peña D, González-Gay MA. Diagnóstico de la arteritis de células gigantes. *Med Clin (Barc)*. 2021; 157(6): 285-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2021.07.002> (último acceso dic. 2025).
7. Dejaco C, Ramiro S, Bond M, Bosch P, Ponte C, Mackie SL, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice: 2023 update. *Ann Rheum Dis*. 2024; 83(6): 741-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/ard-2023-224543> (último acceso dic. 2025).
8. Schäfer VS, Chrysidis S, Schmidt WA, Duftner C, Iagnocco A, Bruyn GA, et al. OMERACT definition and reliability assessment of chronic ultrasound lesions of the axillary artery in giant cell arteritis. *Semin Arthritis Rheum*. 2021; 51(4): 951-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2021.04.014> (último acceso dic. 2025).