



NOTA CLÍNICA

Hematoma espontáneo del músculo psoas-iliaco. Aporte de 3 casos y revisión de la literatura médica

E. Canelles*, M. Bruna y J.V. Roig

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario, Valencia, España

Recibido el 4 de febrero de 2010; aceptado el 25 de febrero de 2010

Disponible en Internet el 10 de abril de 2010

PALABRAS CLAVE

Hematoma espontáneo;
Músculo psoas;
Neuropatía femoral;
Tratamiento conservador

KEYWORDS

Spontaneous hematoma;
Psoas muscle;
Femoral neuropathy;
Conservative management

Resumen

Introducción: Los hematomas del músculo psoas-iliaco son problemas infrecuentes que veremos en pacientes con factores predisponentes. La presentación clínica es muy variada, lo que puede afectar al mantenimiento de la hemodinamia.

Casos clínicos: Presentamos 3 casos clínicos atendidos en nuestro hospital, todos ellos con tratamiento conservador: fue efectivo en 2 casos y una paciente falleció.

Comentarios: Los músculos psoas-iliacos son estructuras fundamentales en el mantenimiento de la postura y la flexión de la cadera. Los hematomas de estos músculos suelen aparecer en pacientes con alteraciones de la coagulación, y causan desde ligeras molestias locales hasta cuadros de *shock* hipovolémico. Deberán estudiarse mediante pruebas de imagen, como ecografía y tomografía computarizada, que permitirán decidir la actitud terapéutica más adecuada, generalmente requerirán tratamiento conservador con reposo y analgesia, y recuperarán siempre la capacidad coagulante de la sangre.

© 2010 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Spontaneous hematoma of the iliopsoas muscle. The report of three cases and review of the literature

Abstract

Introduction: Hematomas of the iliopsoas muscle are uncommon problems that are seen in patients with predisposing factors. They have a varied clinical presentation which may even alter hemodynamics maintenance.

Case reports: We present 3 clinical cases reports on patients treated conservatively at our hospital. The outcome was successful in two of them and resulted in death in the other.

Comments: Iliopsoas muscles are essential structures in the maintenance of posture and hip flexion. Hematomas of these muscles usually occur in patients with coagulation disorders, causing from mild local discomfort to hypovolemic shock. They can be diagnosed by imaging tests such as ultrasound and computed tomography, which enable us to decide

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lordkae@hotmail.com (E. Canelles).

the most appropriate therapeutic approach, usually requiring conservative management that includes rest and analgesia, together to the recover of blood clotting ability.

© 2010 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los hematomas del músculo psoas-iliaco son entidades inusuales, suelen aparecer en pacientes con alteraciones de la coagulación, bien por enfermedades, como la hemofilia y otras discrasias sanguíneas, o a consecuencia del tratamiento anticoagulante¹⁻⁴. Con menor frecuencia se pueden ver en personas sanas¹, generalmente debido a una rotura traumática del músculo³.

En ocasiones, estos hematomas se originan por importantes hemorragias, lo que causa repercusión en el estado hemodinámico del paciente. La sintomatología que producen se caracteriza por dolor inguinal, lumbar y abdominal inferior, una masa hiperestésica en la fosa iliaca y contractura en flexión de la cadera¹⁻³, todo ello acompañado de impotencia funcional del miembro afectado⁵⁻⁷. La neuropatía por compresión del nervio femoral es la complicación más grave y frecuente^{1-3,5,7,8}.

Presentamos 3 casos de hematoma espontáneo del músculo psoas-iliaco, así como una revisión de la literatura médica sobre el tratamiento de estas lesiones.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 34 años, con antecedentes de prótesis bilateral de cadera por necrosis avascular secundaria a tratamiento con dosis elevadas de corticoides, que consultó por cuadro de 3 días de evolución de dolor abdominal en la fosa iliaca izquierda y molestias a la flexoextensión de la cadera. No presentaba fiebre ni refería alteraciones del tránsito intestinal. Únicamente contaba un esfuerzo físico excesivo horas previas al inicio del episodio.

En la exploración física presentó un abdomen blando y depresible, con dolor selectivo y defensa muscular voluntaria a la altura de la fosa iliaca izquierda que se incrementaba con la flexoextensión de la cadera. El tacto rectal resultó anodino. La analítica sanguínea mostró como hallazgo significativo una hemoglobina de 10,5 g/dl, con el resto de los parámetros bioquímicos y de hemostasia conservados. La radiografía de abdomen fue normal y la ecografía abdominal evidenció una discreta cantidad de líquido libre en la pelvis. Las imágenes obtenidas con tomografía computarizada (TC) mostraron un gran hematoma en el músculo psoas-iliaco izquierdo.

El paciente ingresó y se mantuvo en reposo absoluto y con analgesia, permaneció hemodinámicamente estable en todo momento y normalizó las cifras de hemoglobina en los controles analíticos sucesivos; se lo dio de alta, asintomático, al tercer día de estancia hospitalaria.

Caso 2

Mujer de 82 años de edad que consultó por presentar decaimiento del estado general en los días previos y fiebre. Como antecedentes personales destacaban tratamiento anticoagulante tras un episodio de tromboembolia pulmonar, hipertensión arterial, enfermedad de Parkinson y accidentes cerebrovasculares de repetición con hemiplejía braquial derecha residual.

Durante la exploración física, la paciente mantuvo la presión arterial en valores de 100/60 mmHg con dopamina en bomba de perfusión intravenosa, pulso de 126 latidos por minuto y saturación de oxígeno del 95% con oxigenoterapia. Se mostraba desorientada y con lenguaje incoherente, y refería un dolor abdominal difuso sin signos de peritonismo. Los valores analíticos mostraron anemia, con hemoglobina de 7,8 g/dl y leucocitosis de 15.000. La TC abdominal (fig. 1) mostró una ateromatosis difusa leve y un hematoma de los músculos cuadrado lumbar y psoas derecho de 66 × 99 × 140 mm, con diámetro mayor craneocaudal.

Durante el ingreso se le transfundieron 4 concentrados de hematíes; la hipoventilación, la oligoanuria y la presión arterial persistieron en valores límite a pesar del tratamiento con fármacos vasoactivos. Se retiró el tratamiento anticoagulante y se administraron vitamina K y factores procoagulantes. A pesar del tratamiento administrado, la paciente presentó un deterioro progresivo, tuvo un fracaso multiorgánico y falleció a los 7 días del ingreso.

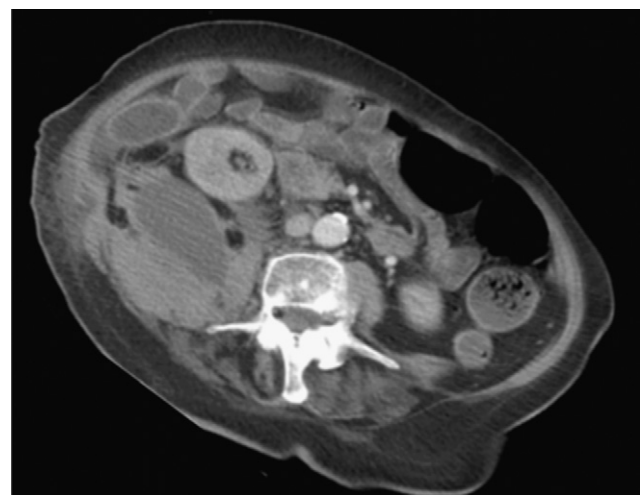


Figura 1 Imagen de la tomografía computarizada en la que se observa el extenso hematoma que incluye los músculos psoas-iliaco y cuadrado lumbar derechos.

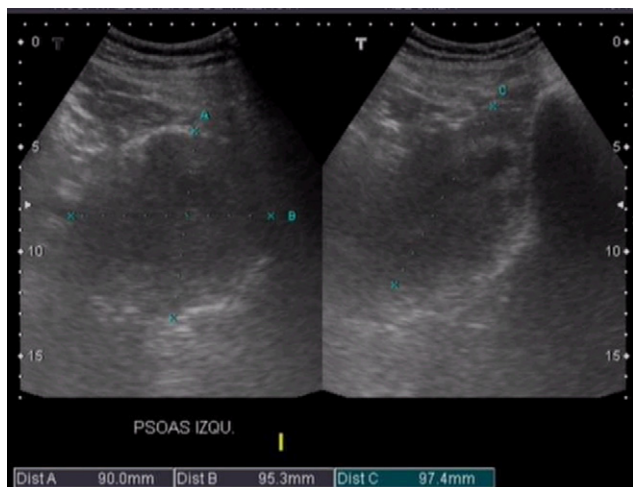


Figura 2 Imagen de la ecografía en la que se aprecia el tamaño del hematoma del músculo psoas-iliaco izquierdo.

Caso 3

Varón de 80 años que refería dolor abdominal y en la raíz del muslo izquierdo que aumentaba con la flexión de la cadera ipsilateral, sin asociar fiebre ni otra sintomatología. Como antecedentes personales únicamente destacaba un episodio previo de tromboembolia pulmonar, por lo que seguía tratamiento oral con anticoagulantes.

En la exploración presentó buen estado general, con parámetros hemodinámicos estables. El abdomen era blando y depresible, sin irritación peritoneal. Se apreció un hematoma en la región periumbilical e impotencia funcional, con importante dolor a la flexión de la cadera izquierda.

Se practicó una analítica sanguínea, que mostró una hemoglobina de 10,5 g/dL, un índice de Quick del 5% y un INR de 11,4. El resto de los parámetros bioquímicos fueron normales. La ecografía abdominal puso de manifiesto un aumento de tamaño del músculo psoas-iliaco izquierdo, con una colección de 90 × 95 × 97 mm compatible con hematoma (fig. 2).

El paciente precisó 3 concentrados de hematíes para recuperar los valores normales en hemogramas sucesivos, se sustituyeron los anticoagulantes orales por heparinas de bajo peso molecular y se administró vitamina K para mejorar el estado de coagulación. Se realizó una ecografía de control a las 72 h, en la que no se observó crecimiento del hematoma, por lo que, recuperado clínicamente, se lo dio de alta al sexto día del ingreso.

Comentarios

El músculo psoas-iliaco contribuye al mantenimiento de la postura con la flexión del tronco y el muslo³. Los hematomas de este músculo son más frecuentes en pacientes con alteraciones de la coagulación^{1,5}, principalmente en aquellos con tratamiento anticoagulante (como los pacientes de los casos 2 y 3); son un hallazgo extraordinario en pacientes sin ningún antecedente ni discrasia sanguínea conocida^{1,3}, generalmente se deben a traumatismos y afectan a pacientes jóvenes (como el paciente del caso 1).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor lumbar o en el flanco ipsilateral, a veces asociado a cortejo vegetativo con náuseas o vómitos. Con una frecuencia de entre el 37–57% se puede observar una neuropatía por compresión del nervio femoral^{2,9} debida a la especial disposición que ocupa el nervio entre las fibras musculares en su trayecto hacia el muslo. En la exploración se pone de manifiesto una impotencia funcional del miembro afectado, con imposibilidad para flexionar la cadera^{2–5,7}. Ocasionalmente pueden aparecer hematomas o equimosis en la pared abdominal, la región inguinal o en la parte superior del muslo³. Los pacientes con grandes hematomas del psoas pueden presentar signos de hipovolemia e incluso estado de *shock*¹, ya que el músculo puede contener un gran volumen sanguíneo. En nuestros casos, el tercer paciente presentó una discreta equimosis periumbilical, mientras que en la paciente relativa al caso 2, la forma de presentación fue totalmente atípica: asoció fiebre y dolor abdominal inespecífico.

El diagnóstico se debe sospechar por una buena anamnesis y un cuidadoso examen físico, y se confirma con pruebas de imagen complementarias. En todos los pacientes es indispensable una analítica sanguínea completa, incluyendo parámetros de hemostasia que ayuden a comprobar el estado de coagulación del paciente^{1–3,7}. La ecografía abdominal puede aportar mucha información dada su rentabilidad para el estudio de las partes blandas profundas^{2,3}. De hecho, es prácticamente suficiente en la mayoría de los casos para detectar estas lesiones, aunque otras pruebas, como la TC o la angio-TC y la resonancia magnética, presentan una mayor sensibilidad y especificidad^{1,2,7–9}. La tomografía es útil para diferenciar los hematomas de otras lesiones retroperitoneales, como abscesos, linfomas y otros tumores³. En todos nuestros pacientes se practicó ecografía abdominal y sólo en uno de los casos se obvió la TC abdominal.

La angiografía puede ser una prueba más cruenta que las anteriores, pero a cambio puede actuar de manera diagnóstica y terapéutica al ser posible realizar una embolización del vaso sangrante¹.

Entre los diagnósticos diferenciales de este cuadro se encuentran^{3,10} la apendicitis aguda, los abscesos musculares, los tumores retroperitoneales, el cólico nefrítico⁸, la artritis o la hemartrosis⁸ de cadera, la fractura de la espina iliaca posterosuperior y las hernias discales, entre otros.

El tratamiento de los hematomas del psoas es controvertido, pero parece que hay consenso en ciertos aspectos. Así, en hematomas de pequeño o moderado tamaño sin importante repercusión en la hemodinamia del paciente, se aboga por un tratamiento conservador^{1–7,9,10} con reposición hidroelectrolítica, reposo absoluto y analgesia adecuada. Algunos autores realizan tracción del miembro ipsilateral para rectificar la contractura refleja de la cadera, alinear la articulación y así disminuir el dolor². Por otro lado, para la corrección de los problemas, la hemostasia es un punto fundamental en el tratamiento de estos pacientes: debe procederse a la retirada de la mediación anticoagulante, realizarse transfusión de los elementos necesarios y administrarse factores procoagulantes en casos necesarios.

En el caso de grandes hematomas, expansivos o que causen compresión importante con alteración funcional de las estructuras adyacentes, estaría indicado tomar actitudes

más radicales^{1,3,4,7}. Esto se considera para, además de evitar o combatir un posible *shock* hipovolémico, disminuir la presión sobre las raíces y los troncos nerviosos y minimizar la posibilidad de daño neurológico permanente³. Estas maniobras pueden variar, dependiendo de las características del paciente y la disponibilidad y la infraestructura del centro, desde un simple drenaje percutáneo del hematoma hasta un drenaje quirúrgico para control directo de la hemostasia, pasando por la embolización percutánea. En caso de existir compresión del nervio femoral, generalmente la alteración de su función es reversible y se recupera espontáneamente; la lesión permanente se ha documentado en pocas ocasiones^{2,3,7}.

En los casos que presentamos no fue necesaria la aplicación de medidas radicales en ninguno de ellos; se recuperaron los parámetros analíticos normales y mejoró la sintomatología en 2 de ellos. La paciente que falleció no respondió al tratamiento administrado, persistió su mal estado general y presentó un fallo multiorgánico que terminó por causar la muerte de la paciente.

Los hematomas del músculo psoas-ilíaco son entidades inusuales más frecuentes en pacientes con factores de riesgo para la hemorragia, con discrasias sanguíneas o tomadores de anticoagulantes. Para su diagnóstico es recomendable la realización de una prueba de imagen que delimite el tamaño y la posible expansión, y su tratamiento dependerá del estado hemodinámico del paciente y de los problemas derivados del hematoma, aunque, en la mayor parte de los casos, las medidas conservadoras con reposo y la corrección

de los factores predisponentes son suficientes para la solución del problema.

Bibliografía

1. Bruna M, Tormos B, Canelles E, García Vilanova A, Roig JV. Hematoma espontáneo del músculo iliopsoas. *Cir Esp*. 2009;85:323-4.
2. Dauty M, Sigaud M, Trossaert M, Fressinaud E, Letenneur J, Dubois C. Iliopsoas hematoma in patients with hemophilia: A single-center study. *Joint Bone Spine*. 2007;74:179-83.
3. Rocco R, Benedetti L, Panocchia C, Miscione H. Hematoma traumático del psoas. *Arch Argent Pediatr*. 2006;104:532-6.
4. Cuvelier C. Psoas hematoma. *N Eng J Med*. 2001;344:349.
5. Vallejo I, Fernández M, García JS, Palies E, Carneado J. Hematoma en psoas. *An Med Interna*. 2002;19:56-7.
6. Marquardt G, Carduzal S, Leheta F, Seifert V. Spontaneous haematoma of the iliac psoas muscle: A case report and review of the literature. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2002;122:109-11.
7. Heim M, Horoszowski H, Señigsohn U, Martinowitz U, Strauss S. Ilio-psoas hematoma. Its detection, and treatment with special reference to hemophilia. *Arch Orthop Trauma Surg*. 1982;99:195-7.
8. Fernández F, Rivas S, Bosch N, Valecillo H. Hematoma del psoas en hemofilia. *Bol Soc Bras Hematol Hemoter*. 1985;7:243-7.
9. Ashrani AA, Osip J, Christie B, Key NS. Iliopsoas haemorrhage in patients with bleeding disorders. Experience from one center. *Haemophilia*. 2003;9:721-6.
10. Fealy S, Paletta Jr GA. Femoral nerve palsy secondary to traumatic iliacus muscle hematoma: Course after nonoperative management. *J Trauma*. 1999;47:1150-2.