

Shock hipovolémico en paciente cirrótico secundario a hematoma del psoas



Hypovolemic shock in a patients with cirrhosis secondary to hematoma of the psoas

Sr. Director:

Los hematomas del músculo psoas-ilíaco son entidades inusuales, más frecuentes en pacientes con factores de riesgo como traumatismos o de forma espontánea, en el contexto de discrasias sanguíneas tipo hemofilia o tomadores de anticoagulantes¹⁻³. La cirrosis hepática se asocia con coagulopatías, incluyendo trombocitopenia y alteraciones de la actividad de la protrombina; sin embargo, la aparición de hematomas del músculo psoas-ilíaco, aunque descrita en la literatura³⁻⁶, es de frecuencia muy baja.

Presentamos el caso de un varón alcohólico y con cirrosis hepática previamente diagnosticada, que ingresó en nuestra UCI por un *shock* hipovolémico de causa desconocida, descubriéndose como origen del cuadro un hematoma del músculo psoas-ilíaco y, que ante fracaso de otras alternativas terapéuticas fue tratado con factor recombinante VIIa, lo que motiva su presentación y comentario.

Se trata de un paciente de 67 años de edad, que fue encontrado en su domicilio, en estado de *shock* y trasladado a nuestro hospital. Como antecedentes personales destaca la ingesta de 2 l de cerveza y 4 copas de coñac al día, durante más de 30 años y, diagnóstico previo de cirrosis alcohólica grado Child-Pugh B. A su llegada a urgencias fue imposible realizar la historia clínica por bajo nivel de conciencia y habla farfallosa, TAS/TAD 60/30 mmHg, FC 135 lpm, saturación de O₂ 91%, no evidenciándose sangrado activo digestivo. El abdomen era blando y Blumberg negativo, haciendo muescas de dolor a la palpación en fosa ilíaca izquierda. Los datos de laboratorio evidenciaron: hemoglobina 5 g/dl, albúmina 2,2 g/l, bilirrubina total 7,3 mg/dl, aspartato aminotransferasa/alanina transferasa 59/22 U/l, fosfatasa alcalina 209 U/l, BUN 36 mg/dl, creatinina 2 mg/dl, CPK 560 U/l, INR 1,50, actividad de protrombina del 42%, plaquetas 25.000 mm³. Se realiza ecografía abdominal que puso de manifiesto un aumento del músculo psoas-ilíaco izquierdo, con una colección de 98 × 90 × 110 mm compatible con hematoma. Se transfundieron 5 bolsas de concentrados de hematíes, 800 cc de plasma y 2 pool de plaquetas, con lo cual no se consiguió la estabilidad hemodinámica del paciente, por tanto se optó por administrar factor recombinante VIIa, estabilizándose la situación hemodinámica del paciente. A las 72 h, se realizó nuevo control ecográfico en el que no se observó crecimiento del hematoma, por lo cual al 7.º día fue dado de alta a planta, reingresando 5 días después por nuevo episodio de *shock* hipovolémico, que no pudo ser corregido ni con tratamiento médico convencional ni intentando embolizar el punto sangrante, desestimándose la intervención quirúrgica dadas las características del paciente y la situación clínica a la que las mismas le habían abocado, se optó por administrar de nuevo factor recombinante VIIa, con lo cual el paciente nuevamente

dejó de sangrar, no obstante sufrió una insuficiencia renal aguda y posterior fracaso multiórgano, falleciendo a los 18 días.

La mortalidad del hematoma de psoas-ilíaco asociada a cirrosis hepática es muy elevada³⁻⁶ según la literatura, hecho que contrasta con la mortalidad que se asocia cuando se da en pacientes hemofílicos o tomadores de anticoagulantes^{1,2}; sin embargo su aparición, afortunadamente, es muy rara. Las manifestaciones clínicas van desde neuropatías femorales con impotencia funcional y/o dolores abdominales hasta *shock* hipovolémico¹⁻⁶. Al tratarse de un músculo de localización retroperitoneal, el abdomen suele ser blando y no existen signos de irritación peritoneal, pese a la aparición, en ocasiones, de dolor. Para su diagnóstico es necesario, pensar en su posible existencia y, realizar pruebas de imagen tipo ecografía abdominal o TAC que delimiten su tamaño y posibles compresiones. El tratamiento suele ser conservador, requiriendo en algunos casos medidas intervencionistas para la embolización del vaso sangrante o incluso cirugía. En cuanto al uso de factor recombinante VIIa en la deficiencia adquirida del factor VII secundaria a hepatopatías o trasplantes hepático, cada vez existen más datos de su uso, aunque suele tratarse de hemorragias digestivas⁷, no hemos encontrado ningún caso de hematoma del psoas en cirrótico tratado con dicho factor, si bien está demostrada su eficacia en la detención de sangrados graves e incontrolables por traumatismos, heridas de armas blancas o posquirúrgicas, que antes, ponían en peligro la vida del paciente cuando otras alternativas habían fracasado.

Nosotros describimos el caso de un paciente cirrótico, que ingresa con *shock* hipovolémico de causa desconocida y, en el cual se evidenció un hematoma del músculo psoas-ilíaco, por lo cual pensamos que siempre debe pensarse en esta posibilidad en la anemia en pacientes cirróticos de causa desconocida. Además, en nuestro caso, se consiguió el control de dicho sangrado en 2 ocasiones con factor recombinante VIIa, lo cual ofrece al clínico una potente arma a considerar en casos similares al nuestro.

Bibliografía

1. Cuvilier C. Psoas hematoma. *N Engl J Med.* 2001;344:349.
2. Linder A, Zierz S. Retroperitoneal haemorrhage. *N Engl J Med.* 2001;344:348.
3. Sugiyama C, Akai A, Yamakita N, Ikeda T, Yasuda K. Muscle hematoma: A critically important complication of alcoholic liver cirrhosis. *World J Gastroenterol.* 2009;15:4457-60.
4. Tozawa H, Kobayashi S, Muramatsu A, Hasegawa C, Hayakawa T. A case of alcoholic liver cirrhosis associated with intramuscular hematoma [Article in Japanese]. *Nihon Shokakibyō Gakkai Zasshi.* 2006;103:839-43.
5. Yamashita S, Tanaka N, Nomura Y, Miyahra T, Furuya T. Iliopsoas muscle haematoma secondary to alcoholic liver cirrhosis. *Case Rep Gastroenterol.* 2012;6:704-11.
6. Di Bisceglie AM, Richart JM. Spontaneous retroperitoneal and rectus muscle hemorrhage as a potentially lethal complication of cirrhosis. *Liver Int.* 2006;26:1291-3.
7. Bernstein DE, Jeffers L, Erhardtson E, Reddy KR, Glazer S, Squiban P, et al. Recombinant factor VIIa corrects prothrombin time in cirrhotic patients: A preliminary study. *Gastroenterology.* 1997;113:1930-7.

M. Isabel Ostabal Artigas*
y Pablo Ruiz Gopegui Miguelena

*Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente,
Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabelostabal1@gmail.com
(M.I.O. Artigas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.12.010>