



264/43 - ¿UNA SIMPLE CIÁTICA?

M. Gragera Hidalgo^a, E. González Márquez^b y M. Pardos Lafarga^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años, con AP de HTA, cáncer de sigma con hemicolectomía izquierda, hernias lumbares, FA paroxística y TEP masivo hace 4 años en tratamiento anticoagulante con sintrom con controles irregulares, que acude a Atención Primaria por coxalgia izquierda con irradiación a MII ipsilateral de 10 días de evolución, constante y sin clara relación con los posturas, pero de mayor intensidad con la movilización de la extremidad y la flexoextensión de la cadera. No pérdida de control de esfínteres ni déficit neurológico. Tras la valoración inicial, se diagnostica de lumbociatalgia izquierda, se solicita analítica completa con coagulación y se pauta tratamiento analgésico. Acude tras 4 días para revisión sin mejoría. Se objetiva anemia en analítica. Se reexplora a la paciente que persiste con dolor en MII y FII, sin seguir dermatomas. Ante la sospecha de posible masa compresiva vs hematoma abdominal/muscular por semiología de probable afectación femorocutánea se deriva a Urgencias para completar estudio. Se realiza TAC abdominal donde objetivan hematoma del músculo psoas iliaco izquierdo. Se transfunden 3 concentrados de hemáties y se ingresa en Medicina Interna para vigilancia con tratamiento analgésico y retirada de anticoagulación. No precisa embolización por ausencia de sangrado activo.

Exploración y pruebas complementarias: TA 150/60; FC 85 lpm; ACP: tonos arrítmicos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación en FII sin signos de irritación peritoneal. MII: edemas con fóvea leve. Insuficiencia venosa sin signos de TVP. Pulsos conservados. Exploración neurológica: anodina. Analítica: Hb 7,2 g/dl (previa 10,5 g/dl), plaquetas 228.000; INR 3,66; Cr 1,4, PCR 17. Ecografía Doppler: edema de tejido celular subcutáneo de MII. No se observan hematomas ni colecciones en el trayecto del sistema venoso profundo. Sin evidencias de TVP. TAC abdomen y pelvis con contraste: hematoma del músculo psoas iliaco izquierdo.

Juicio clínico: Hematoma del músculo psoas iliaco izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Abscesos musculares, tumores retroperitoneales, cólico nefrítico, lumbociatalgia.

Comentario final: Los hematomas del músculo psoas iliaco son entidades inusuales, que suelen aparecer en pacientes con alteraciones de la coagulación o tratamiento anticoagulante. Con menor frecuencia afectan a personas sanas, debido a una rotura traumática del músculo. La sintomatología se caracteriza por dolor inguinal, lumbar y abdominal inferior, masa hiperestésica en fosa iliaca y

contractura en flexión de la cadera, todo ello acompañado de impotencia funcional del miembro afecto. Ocasionalmente pueden aparecer hematomas o equimosis en pared abdominal o región inguinal. La neuropatía por compresión del nervio femoral es la complicación más grave y frecuente. Deberán estudiarse mediante analítica sanguínea completa y pruebas de imagen, como ecografía y TAC, que permitirán decidir la actitud terapéutica más adecuada. Generalmente requerirán tratamiento conservador con reposo y analgesia, pero en el caso de grandes hematomas que causen inestabilidad hemodinámica o compresión importante con alteración funcional de estructuras adyacentes, estaría indicado tomar actitudes más radicales.

Bibliografía

1. Canelles E, Bruna M, Roig J. Hematoma espontaneo del músculo psoas iliaco. Aporte de 3 casos y revisión de la literatura médica. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2010;54(4):234-7.