

Hematoma de Músculo Iliopsoas en la Vigencia de Tratamiento con Warfarina

Gabriel Zago¹, Marcelo Campos Appel-da-Silva¹, Luiz Claudio Danzmann²

Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, RS¹; Hospital São Lucas da PUCRS², Porto Alegre, RS - Brasil

La warfarina es un fármaco ampliamente utilizado en la prevención de fenómenos tromboembólicos, y el conocimiento de sus efectos adversos se hace necesario para el seguimiento de los pacientes. Aunque el desarrollo de discrasias sanguíneas es la complicación potencial en estos pacientes, la ocurrencia de sangrado retroperitoneal es rara. Este artículo discute el caso de un paciente que evolucionó con hematoma del músculo iliopsoas durante tratamiento con el referido fármaco en el postimplante de prótesis mitral metálica, con cuadro clínico implicando importantes diagnósticos diferenciales.

Introducción

La anticoagulación oral continuada está indicada en diversas situaciones clínicas, y la warfarina es el fármaco más ampliamente utilizado para prevención y tratamiento de fenómenos tromboembólicos y en la reducción del riesgo de muerte como consecuencia de infarto agudo de miocardio (IAM) y sus complicaciones¹. En pacientes hospitalizados, la administración de las medicaciones y la adecuación de la dosis, por medio de exámenes laboratoriales, permiten el control y la seguridad de la meta terapéutica a alcanzar. Bajo el punto de vista de seguimiento ambulatorio, el seguimiento de estos pacientes ni siempre es regular. Con la pérdida del seguimiento y el desconocimiento de los niveles del tiempo de protrombina (TP) y de la razón normalizada internacional (INR), crece el riesgo de efectos adversos, entre los que, la hemorragia intracraniana o retroperitoneal son las más importantes y potencialmente fatales².

La ocurrencia de hematoma de músculo iliopsoas en la vigencia de tratamiento anticoagulante es rara. Su presentación es generalmente unilateral, con sintomatología relacionada a la compresión del plexo nervioso del miembro inferior y con diagnóstico diferencial que abarca diversas áreas clínicas³.

Palabras clave

Coagulación sanguínea, warfarina, hematoma, espacio retroperitoneal, músculos psoas.

Correspondencia: Marcelo Campos Appel da Silva •

R. Com. Caminha, 250/902 - M Vento - 90430-030 - Porto Alegre, RS - Brasil

E-mail: marceloappel@yahoo.com.br

Artículo recibido el 01/02/09; revisado recibido el 15/05/09; aceptado el 15/05/09.

El presente artículo tiene por objeto relatar el caso de un paciente que desarrolló una complicación no habitual y de difícil diagnóstico asociada al uso de anticoagulante oral para la prevención de accidentes tromboembólicos en portador de prótesis valvular mecánica en posición aórtica.

Caso clínico

Un paciente del sexo masculino, 68 años, blanco, agricultor, procedente de Canoas, Rio Grande do Sul, requirió atención en la emergencia del Hospital Universitario de la Ulbra (Canoas-RS) quejándose de dolor, parestesia pretibial y paresia en el miembro inferior izquierdo, iniciadas hacía 3 días. Al ingreso, el paciente se hallaba en buen estado general, con lucidez, mucosas húmedas y coloreadas, presión arterial de 130/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 110 lpm y sin fiebre. Durante la inspección, se verificaron hematomas en los muslos y en el abdomen. Se constató la auscultación cardiaca con ritmo regular y soplo telesistólico audible en todo el precordio. El examen abdominal no presentó ninguna particularidad. En el examen neurológico, se observaron monoparesia crural de grado 3, reflejos simétricos y señal cutáneo plantar negativo en los dos miembros inferiores.

Cuando se le inquirió acerca de su historia médica previa, y el paciente refirió diagnóstico de hipertensión desde hace 15 años, en tratamiento con captopril 25 mg, 8/8 horas, y afirmó haber realizado cirugía para cambio de la válvula aórtica por prótesis mecánica St. Jude bileaflet valve hacía 2 años. Desde el alta hospitalaria, el paciente utilizaba warfarina sódica 5 mg/día. Hacía 14 días, su cardiólogo había indicado un aumento de la dosis para 7,5 mg/día. En la última semana, sufrió una caída que resultó en trauma lumbar leve, sin repercusión en sus actividades y sin queja de dolor.

Tras la evaluación inicial en la emergencia del Hospital Universitario de la Ulbra, se requirieron tomografía computarizada (TC) de cráneo sin contraste, electrocardiograma de reposo, hemograma, pruebas de coagulación, función renal, electrolitos, LDH y bilirrubinas para investigación del cuadro clínico.

Los resultados de los exámenes mostraron TC de cráneo sin evidencias de lesión hemorrágica o isquémica aguda. El electrocardiograma presentó alteraciones compatibles con hipertrofia de ventrículo izquierdo. En los exámenes laboratoriales, se verificaron función renal y electrolitos normales, leucograma sin señales sugestivos de infección, 231.000 plaquetas, tiempo de protrombina con actividad inferior al 10%, INR superior a 5, tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa) = 82,4 segundos, deshidrogenasa

láctica (LDH) = 500 mg/dl, bilirrubina directa = 0,68 mg/dl, bilirrubina indirecta = 0,97 mg/dl, Hematocrito (Ht) = 21,4% y hemoglobina (Hb) = 7,3 g/dl.

El paciente presentó la ecocardiografía realizada desde hacía 1 año, en la que se constataron atrio izquierdo con 4,3 cm, diámetro diastólico del ventrículo izquierdo de 5,3 cm y sistólico de 3,2 cm, fracción de eyección del 69% y válvula aórtica metálica funcionante con gradiente sistólico transvalvular promedio igual a 14 mmHg y flujo turbulento.

Ante estos hallazgos se interrumpió la warfarina y se administraron la vitamina K endovenosa 10 mg, 1 vez al día, y una unidad de plasma fresco (240 ml) de 8/8 horas para corrección de la anticoagulación.

En el segundo día de internación, el paciente mantenía la monoparesia crural de grado 3, sin embargo se hallaba en mejor estado general. Exámenes del día evidenciaron Hb de 5,4g/dl, Ht del 16% y TTPa e INR iguales a 82,4 y 3,45 segundos, respectivamente. Ante los hallazgos, se mantuvieron la vitamina K endovenosa y el plasma fresco, y se administraron 2 unidades de concentrado de hematíes, las que elevaron Hb para 8,4 g/dl y Ht para el 25%.

Para la investigación de una posible complicación hemorrágica intraabdominal, se requirió TC de abdomen con contraste que evidenció aumento difuso del volumen de los músculos ilíaco y psoas a la izquierda, con extensión hasta su inserción en el trocánter femoral menor izquierdo (Figura 1). En el interior del músculo ilíaco izquierdo, había colección de material hiperatenuante compatible con sangre coagulada, sugiriendo presencia de hematoma.

Teniendo en cuenta el cuadro clínico, con alteración sensitiva y motora de miembro inferior y presencia de hematoma retroperitoneal en sitio de los músculos ilíaco y

psoas ipsilaterales, se postuló el diagnóstico de compresión de plexo femoral.

El paciente evolucionó con alivio completo de la parestesia en región pretibial, mejora parcial del dolor y, al examen, presentaba fuerza de grado 4 en miembro inferior izquierdo. Ante la INR de 1,83, se interrumpió el uso de vitamina K y del plasma intravenosos.

En el quinto día de internación, el paciente presentaba Hb de 10,3 g/dl, Ht de un 30,5%, INR de 1,95 y fuerza grado de 5 en el miembro inferior izquierdo. Teniendo en cuenta el cuadro, se reinició el uso de warfarina en una dosis de 2,5 mg/día.

Tras 8 días de internación, el paciente se hallaba asintomático, con INR de 2,57 y en condiciones de alta hospitalaria. Recibió orientación de continuidad de uso de 2,5 mg de warfarina, mantenimiento del captopril en la dosis de 25 mg 8/8 horas y se incluyó en la agenda el retorno al ambulatorio de la Clínica Médica para reevaluación de tiempo de protrombina y, si fuera necesario, el reajuste de la dosis de la warfarina.

En el retorno tras 7 días, el paciente negaba quejas y presentaba INR de 2,55. Se le orientó sobre los cuidados con la anticoagulación y acerca de requerir la emergencia del Hospital Universitario de la Ulbra en caso de intercurencias.

Discusión

Sangrado y hemorragias son complicaciones potenciales y severas en pacientes en tratamiento anticoagulante, con tasas de hasta el 10%, lo que justifica la necesidad de control riguroso y regular dos niveles de TP e INR. Se consideran como "hemorragias mayores" aquellas que se desarrollan,

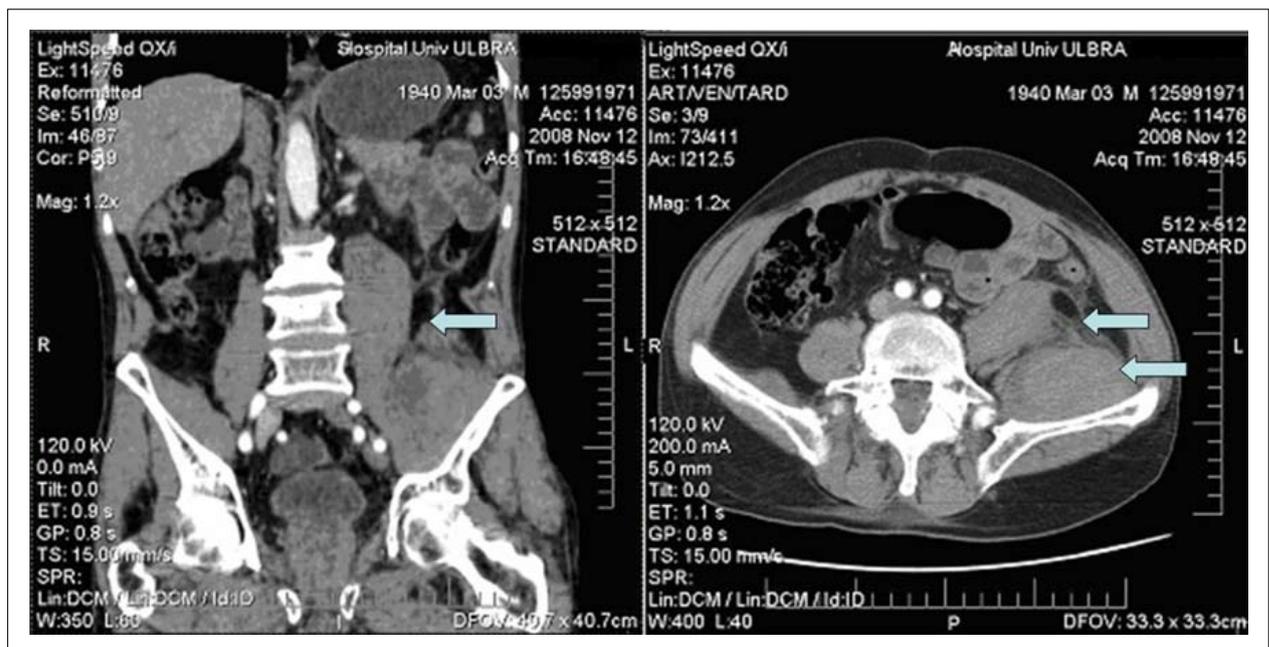


Fig. 1 - Tomografía computarizada de abdomen con contraste evidenciando aumento difuso del volumen de los músculos ilíaco y psoas izquierdo, en cortes sagital y transversal.

Caso Clínico

principalmente, en sitio intracraniano o retroperitoneal y/o con necesidad de transfusiones, internación hospitalaria y procedimientos quirúrgicos para compensación o que llevan a la muerte³. Ya está establecido que pacientes que utilizan warfarina y presentan elevación de los niveles de TP e INR, ancianos y portadores de enfermedad cerebrovascular y/o con válvulas cardíacas metálicas están bajo mayor riesgo de desarrollo de sangrado. En este último grupo de pacientes, la prevalencia de hemorragia extracraniana es de aproximadamente un 2,1%/año, con mayor tendencia en el primer mes de la terapia y descenso gradual en los meses siguientes².

La hemorragia retroperitoneal es una complicación rara, con incidencia de un 1,3% a un 6,6% al año, pudiendo ser encontrada en casos de hemofilia, trauma o anticoagulación⁵⁻⁷. Para la comprensión del cuadro clínico que sigue estos pacientes, es fundamental la comprensión de la anatomía de esta región. La unión de las raíces de L2-L4E1 es responsable de la formación del nervio femoral, son ellas que recorren trayecto junto al tendón del músculo psoas e ilíaco y a través del canal femoral, y suministran inervación motora y sensitiva al miembro inferior. Por acción compresiva del hematoma, pacientes pueden presentar cuadro clínico variable, desde dolor lumbar o inguinal súbita, en su fase inicial (con diagnóstico diferencial incluyendo abdomen agudo y enfermedades osteomusculares), hasta parestesia o paresia del muslo y pierna, o sangrado masivo y shock^{3,6,8}. El diagnóstico está basado en las manifestaciones clínicas y en examen de imagen (tomografía computarizada), evidenciando aumento del volumen de la musculatura comprometida⁹.

Estudios revelan que el riesgo de sangrado crece de forma directamente proporcional a la elevación de la INR, siendo significativamente mayor cuando ésta es superior a 3,0¹⁰. En este caso clínico, el paciente presentaba INR superior a 5,0, lo que representa riesgo muy elevado de complicaciones hemorrágicas.

El tratamiento en casos de neuropatía femoral por hematoma retroperitoneal secundario a esquema de anticoagulación es controvertido. Manejo conservador, con discontinuación de las medicaciones y reversión de la coagulopatía por medio de administración de vitamina K y plasma fresco, puede conllevar la recuperación completa. Cuando el hematoma es extenso o hay sintomatología exuberante, fasciotomía con drenaje del hematoma está indicada⁷.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiación

El presente estudio no tuvo fuentes de financiación externas.

Vinculación Académica

No hay vinculación de este estudio a programas de postgrado.

Referencias

1. Wysowski DK, Nourjah P, Swartz L. Bleeding complications with warfarin use - a prevalent adverse effect resulting in regulatory action. *Arch Intern Med.* 2007; 167 (13): 1414-9.
2. Levine MN, Raskob G, Landefeld CS, Kearon C. Hemorrhagic complications of anticoagulant treatment. *Chest.* 2001; 119 (Suppl. 1): 108S-121S.
3. Wada Y, Yanagihara C, Nishimura Y. Bilateral iliopsoas hematomas complicating anticoagulant therapy. *Internal Medicine (Tokyo).* 2005; 44: 641-3.
4. Casais P, Luceros AS, Meschengieser S, Fondevila C, Santarelli MT, Lazzari MA. Bleeding risk factors in chronic oral anticoagulation with acenocoumarol. *Am J Hematol.* 2000; 63: 192-6.
5. Uncini A, Tonali PL, Falappa P, Danza FM. Femoral neuropathy from iliac muscle hematoma induced by oral anticoagulation therapy. *J Neurol.* 1981; 226: 137-41.
6. Holscher RS, Leyten FSS, Oudenhoven LFIJ, Puylaert JBCM. Percutaneous decompression of an iliopsoas hematoma. *Abdom Imaging.* 1997; 22: 114-6.
7. Parmer SS, Carpenter JP, Fairman RM, Velazquez OC, Mitchell ME. Femoral neuropathy following retroperitoneal hemorrhage: case series and review of the literature. *Ann Vasc Surg.* 2006; 20: 536-40.
8. Seijo-Martinez M, Castro del Rio M, Fontoira E, Fontoira M. Acute femoral neuropathy secondary to an iliacus muscle hematoma. *J Neurol Sci.* 2003; 209: 119-22.
9. Lenchiki L, Dovgan DJ, Kier R. CT of the iliopsoas compartment: value in differentiating tumor, abscess and hematoma. *Am J Roentgenol.* 1994; 162: 83-6.
10. Oake N, Jennings A, Forster AJ, Fergusson D, Doucette S, Walraven CV. Anticoagulation intensity and outcomes among patients prescribed oral anticoagulant therapy: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2008; 179 (3): 235-44.