

## Hematoma de iliopsoas espontáneo en paciente con hemofilia B moderada

Ana Xcaret Tisnado-Quevedo<sup>1</sup>, Antonio Osuna-López<sup>2</sup>, Rigoberto Castillo-Leva<sup>2</sup>, Daniela Páez-Lizárraga<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina de Urgencias, Hospital General Regional 110 IMSS, Guadalajara, Jalisco, México

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente IMSS, Guadalajara, Jalisco, México

<sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital General del Estado de Sonora, Hermosillo, Sonora, México

Recibido: 24/10/2025

Aceptado: 30/11/2025

En línea: 31/12/2025

**Citar como:** Tisnado-Quevedo AX, Osuna-López A, Castillo-Leva R, Páez-Lizárraga D. Hematoma de iliopsoas espontáneo en paciente con hemofilia B moderada. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (diciembre); 10(3): 153-155. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n3a17>.

**Cite this as:** Tisnado-Quevedo AX, Osuna-López A, Castillo-Leva R, Páez-Lizárraga D. Spontaneous iliopsoas hematoma in a patient with moderate hemophilia B. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (December); 10(3): 153-155. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n3a17>.

**Autor para correspondencia:** Ana Xcaret Tisnado-Quevedo. [anaquevedo41@gmail.com](mailto:anaquevedo41@gmail.com)

### Palabras clave

- ▷ hemofilia B
- ▷ hematoma
- ▷ músculo psoas

### Resumen

Los hematomas de iliopsoas son una complicación grave de la hemofilia B. En este caso, un paciente con hemofilia B moderada y con nivel de actividad de factor IX de 1,7 %, presentaba un hematoma de iliopsoas de manera espontánea. Se realizó diagnóstico con tomografía computarizada (TC), manejándose principalmente con reposición de factor IX 40 UI/kg cada 12 horas llegando a una meta de factor IX 65 % al día 8 del inicio del esquema. En este caso se evidencia la importancia de sospechar de hematomas de iliopsoas ante la presencia de dolor abdominopélvico en pacientes con hemofilia. Es importante solicitar tomografía computarizada o resonancia magnética y niveles de actividad de factor IX para confirmar sospecha e iniciar reposición con factor IX de manera temprana, además de solicitar valoración por servicio quirúrgico o radiología intervencionista en caso de que el hematoma sea refractario a tratamiento médico o presente neuropatía femoral o síndrome compartimental.

### Keywords

- ▷ hemophilia B
- ▷ hematoma
- ▷ psoas muscles

### Abstract

Iliopsoas hematomas are a serious complication of hemophilia B. In this case, a patient with moderate hemophilia B and a factor IX activity level of 1.7 % also had a spontaneous iliopsoas hematoma. Diagnosis was made using computed tomography (CT), and treatment consisted primarily of factor IX replacement at 40 IU/kg every 12 hours, reaching a target factor IX level of 65 % by day 8 of the treatment regimen. This case highlights the importance of suspecting iliopsoas hematomas in patients with hemophilia who present with abdominopelvic pain. It is important to order CT or MRI scans and measure factor IX activity levels to confirm the suspicion and initiate factor IX replacement early. Furthermore, consultation with a surgical or interventional radiology service is recommended if the hematoma is refractory to medical treatment or if the patient presents with femoral neuropathy or compartment syndrome.

### Puntos destacados

- ▷ Los hematomas de iliopsoas son una complicación potencialmente grave en pacientes con hemofilia B, principalmente en casos moderados y graves.
- ▷ El tratamiento consiste principalmente de reposición de factor IX, en casos selectos puede optarse por drenaje del hematoma y la angioembolización arterial puede utilizarse en caso de sangrado refractario.
- ▷ La terapia génica recientemente aprobada es una herramienta prometedora en el tratamiento a largo plazo de la hemofilia B ya que disminuye drásticamente la necesidad de administración de factor IX exógeno.

### Introducción

La hemofilia B es un trastorno primario de la hemostasia ocasionado por la deficiencia del factor IX, asociado a una mutación recesiva ligado a cromosoma X con una incidencia actual de 1 en cada 20.000 nacimientos masculinos.

No se tiene la prevalencia exacta de portadoras femeninas, sin embargo, se estima que por cada hombre con hemofilia existen entre 1-6 portadoras femeninas, existiendo una proporción de ellas con concentraciones de factores de coagulación bajas con sangrado sintomática<sup>1</sup>.

Fue descrita por primera vez en 1952 como una entidad distinta a hemofilia A y se le otorgó el epónimo de «enfermedad de Christmas» en honor al primer paciente identificado con dicha enfermedad, Stephen Christmas. En la década de 1960 comenzaron avances importantes en la terapéutica de esta enfermedad con el descubrimiento de concentrados de factor IX, los cuales sentaron las bases de la terapia actual.

La clasificación de la severidad de la hemofilia se basa en los niveles de actividad de factor IX, siendo leve con niveles de 0-05-40 UI/mL (5-40 %) y rara vez presenta sangrados espontáneos, moderada con niveles de 0,01-0,05 UI/mL (>1-5 %),

en los cuales puede ocurrir sangrado articular espontáneo y hemorragias asociadas a traumatismos o eventos quirúrgicos y severa con niveles de 0,01 UI/mL (<1 %) presentando de manera frecuente hemorragia espontánea en músculos y articulaciones, así como riesgo de sangrado que compromete la vida<sup>2</sup>. Las guías ISTH actuales recomiendan la profilaxis con factor IX en pacientes con hemofilia B moderada y severa, así como la reposición en agudo en pacientes que presenten hemorragia o tengan que someterse a cirugía con niveles objetivos de actividad acorde a cada caso específico<sup>3</sup>.

Los hematomas musculares son la causa de 15-25 % de los episodios de hemorragia en sujetos con hemofilia. Entre ellos, los hematomas de iliopsoas tienen especial relevancia, los cuales pueden complicarse con neuropatía femoral caracterizada por incapacidad de flexionar la cadera, debilidad y alteraciones sensitivas proximales en miembro pélvico afectado, necesitando estudio de imagen como tomografía computarizada o resonancia magnética para su pronta identificación ya que requieren corrección de concentración de factor IX y en casos severos, drenaje para evitar complicaciones como daño a nervios periféricos (especialmente femoral) y síndrome compartimental, así como técnicas intervencionistas como embolización arterial en casos de sangrado refractario a manejo conservador<sup>4</sup>. A continuación, mostramos el caso de un paciente con hemofilia B moderada que presentaba hematoma de iliopsoas espontáneo, se identifica de espontáneo. Se identificó de manera oportuna con tomografía computarizada y se administró reposición de factor IX obteniendo buena respuesta clínica y laboratorial evitando potenciales complicaciones

## Caso clínico

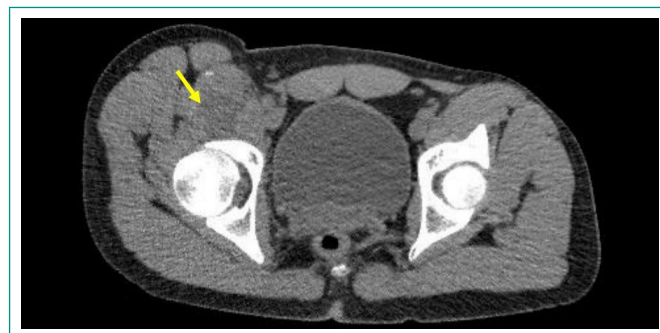
### Antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Varón de 18 años con antecedente de hemofilia B en tratamiento con factor IX 2.000 UI (30 UI/kg) 2 veces por semana, sin otras comorbilidades conocidas. Inició con un cuadro de dolor inguinal derecho súbito al deambular que incrementó

progresivamente de intensidad. El paciente estaba consciente, alerta, orientado en tiempo, lugar y persona, mucosas con adecuada hidratación, exploración de nervios craneales sin alteraciones, campos pulmonares y precordio sin alteraciones, abdomen blando, depresible sin dolor a la palpación y sin datos de irritación peritoneal. Dolor de tipo ardoroso en región inguinal derecha sin irradiaciones, fuerza muscular proximal y distal 5/5 mMRC en miembro inferior derecho, con reflejos de estiramiento muscular ++/++++, respuesta plantar flexora, sin alteraciones en la sensibilidad superficial y profunda.

### Pruebas complementarias

La citometría hemática se encontró sin alteraciones en ninguna de las líneas celulares, urea y creatinina dentro de parámetros normales, electrolitos séricos sin alteraciones. Se evidenció actividad de factor IX en 1,7 % catalogándose como hemofilia B moderada (tabla 1). La tomografía simple de abdomen evidenció músculo psoas derecho con incremento de su grosor y aspecto deshinchado, músculo iliaco con incremento de su grosor en todo su trayecto con hiperdensidades en sus fibras centrales compatibles con hematoma (figura 1).



**Figura 1.** Tomografía computarizada simple en fase de tejidos blandos. Se observa hiperdensidad de 29 mm en región de iliopsoas sugerente de hematoma, sin datos de sangrado activo (flecha amarilla).

Laboratorio	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8
Hb (g/dL)	15,4	15,1	14,9	15,3	15,0	14,7	15,2	14,9
Hto (%)	46	44	42,8	45,2	43,1	41,9	44,7	42,3
Leucocitos (/μL)	7,560	7,180	7,430	7,060	7,520	7,210	7,340	6,910
Plaquetas (/μL)	268,000	259,000	253,400	247,800	257,600	245,900	251,200	240,700
Factor IX (%)	1,7	69,4	62,1	57,3	51,8	49,6	46,2	65,2
TP (seg)	12,0	12,28	12,14	12,32	12,05	12,41	12,10	12,25
INR	1,00	1,02	1,01	1,03	1,00	1,03	1,01	1,02
TPT (seg)	55,0	41,2	37,8	39,4	36,1	38,3	40,2	36,4
Urea (mg/dL)	33	29	27	31	28	32	26	30
Creatinina (mg/dL)	0,70	0,74	0,68	0,75	0,72	0,69	0,73	0,68
Sodio (mmol/L)	140	137	142	138	141	137	139	140
Potasio (mmol/L)	4,1	3,8	4,4	4,1	4,3	3,9	4,2	4,0
Calcio (mg/dL)	9,7	9,4	10,0	9,6	9,9	9,6	9,8	9,5
AST (U/L)	22	26	20	25	23	22	21	24
ALT (U/L)	20	22	18	24	19	21	23	18
Bilirrubina total (mg/dL)	0,7	0,9	0,7	0,9	1,0	0,8	0,9	1,0
Bilirrubina directa (mg/dL)	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3
Bilirrubina indirecta (mg/dL)	0,5	0,6	0,5	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7

**Tabla 1.** Laboratorios a lo largo de su ingreso hospitalización, se evidencia factor IX de 1,7 % al inicio, con una elevación al 69,4 % a las 24 horas del inicio de administración de factor IX obteniéndose niveles estables de 65,2 % al día 8 de dicho esquema, con TPT alargado inicialmente que disminuye posterior a esquema de factor IX, resto de laboratorios dentro de parámetros normales.

## Evolución

El paciente fue ingresado a piso de medicina interna donde se le administró reposición de factor IX a dosis de 40 UI/kg cada 12 horas, llegando a niveles de 69,4 % a las 24 horas del inicio del esquema como parte del objetivo de estabilización inicial. Durante este momento, refirió ligera disminución de dolor inguinal, y al día 8 del inicio del esquema terapéutico presentaba niveles de factor IX de 65 % con TC demostrando resolución del hematoma. Hemoglobina función renal y hepática dentro de parámetros normales, así como desaparición del dolor con posibilidad de deambular sin complicaciones. Tras descartarse alguna complicación relacionada a su trastorno de base y la resolución del cuadro clínico, se decidió su alta, recomendando reposo relativo progresivo por al menos 2 semanas con posterior vigilancia en consulta externa con estudios de control de biometría hemática, tiempos de coagulación, niveles de factor IX, función hepática y renal, así como envió a terapia física y rehabilitación.

## Diagnóstico

Hematoma de iliopsoas derecho secundario a hemofilia B moderada.

## Discusión

Los hematomas de iliopsoas en sujetos que viven con hemofilia son una complicación potencialmente fatal que requiere intervención inmediata, la cual debe sospecharse en todo paciente con hemofilia y dolor abdominal o inguinal y dificultad para la marcha y/o flexión de miembro pélvico proximal<sup>4</sup>. En estos casos la obtención de un estudio de imagen es indispensable para confirmar el diagnóstico siendo la mejor opción la resonancia magnética debido a su alta sensibilidad, teniendo como alternativa la tomografía computarizada que cuenta con buen rendimiento y suele ser más accesible. Estos estudios permiten descartar diagnósticos diferenciales como absceso de psoas, rotura parcial de psoas o masas retroperitoneales. El manejo hematológico de esta complicación se basa en la reposición de factor IX. Si bien no existen niveles objetivos de actividad de factor IX en estos casos, la evidencia sugiere que tener una meta inicial de hasta el 80 % de actividad en las primeras 24-48 % (con posterior control de 50 % de actividad) es segura en estos pacientes<sup>5</sup>. No existen criterios establecidos sobre en qué momento indicar manejo invasivo, la evidencia sugiere que en pacientes con afectación neurológica dentro de las primeras 72 horas y con previa reposición de factor IX se puede optar por intervención quirúrgica o aspiración por ultrasonido en pacientes con riesgo quirúrgico elevado, individualizando cada caso con un enfoque multidisciplinar<sup>5</sup>. En casos de sangrado refractario se ha descrito el uso de embolización arterial como medida de control de sangrado teniendo una efectividad del 80 % siendo una terapia para casos de sangrado asociado a hemofilia B que puede ser utilizada en hematomas de iliopsoas así como en otros tipos de sangrado<sup>6</sup>. Actualmente se dispone de la terapia génica para el control de la hemofilia B, ya que en 2024 se aprobó fidanacogene elaparovect, una terapia génica de dosis única para pacientes con hemofilia B, la cual puede inducir la producción endógena de factor IX hasta por una década, logrando reducir drásticamente o incluso eliminar la necesidad de profilaxis con factor IX<sup>7</sup>.

## Conclusiones

Este caso demuestra la importancia de sospechar de hematoma de iliopsoas en todo paciente con hemofilia y dolor abdominal y/o inguinal, ya que los hematomas de iliopsoas son una complicación característica en este tipo de pacientes<sup>4</sup>. Su manejo consta de reposición de factores de coagulación, siendo en este caso factor IX al tratarse de hemofilia B, gracias a haberlo iniciado de manera oportuna se logró evitar complicaciones como afectación de nervios periféricos o síndrome compartimental que pudieron requerir drenaje y generar secuelas en el paciente<sup>5</sup>. La terapia génica es una herramienta recientemente aprobada para su uso en hemofilia B con resultados prometedores, lo cual tiene potencial de impactar de gran manera en la población con hemofilia B debido a su dosificación única y prolongada duración de acción<sup>7</sup>.

## 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. Howdary P, Carcao M, Kenet G, Pipe SW. Haemophilia. Lancet. 2025; 405(10480): 736-50. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02139-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02139-1) (último acceso dic. 2025).
2. Sidonio RF Jr, Malec L. Hemophilia B (Factor IX Deficiency). Hematol Oncol Clin North Am. 2021; 35(6): 1143-55. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2021.07.008> (último acceso dic. 2025).
3. Rezende SM, Neumann I, Angchaisuksiri P, Awodu O, Boban A, Cuker A, et al. International Society on Thrombosis and Haemostasis clinical practice guideline for treatment of congenital hemophilia A and B based on the GRADE methodology. J Thromb Haemost. 2024; 22(9): 2629-52. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jtha.2024.05.026> (último acceso dic. 2025).
4. Rodríguez-Merchan EC. Complications of muscle hematomas in hemophilia. Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets. 2020; 20(4): 242-48. doi: <https://doi.org/10.2174/1871529X20666200415121409> (último acceso dic. 2025).
5. Rodríguez-Merchan EC, De la Corte-Rodríguez H. Iliopsoas hematomas in people with hemophilia: diagnosis and treatment. Expert Rev Hematol. 2020; 13(8): 781-89. doi: <https://doi.org/10.1080/17474086.2020.1787146> (último acceso dic. 2025).
6. Garge S, Mahajan A, Atluri S, Baliyan V, Singh A, Jain S, et al. Role of endovascular embolization in treatment of acute bleeding complications in haemophilia patients. Br J Radiol. 2016; 89(1060): 20151064. doi: <https://doi.org/10.1259/bjr.20151064> (último acceso dic. 2025).
7. Wojciechowski J, Gaitonde P, Hughes JH, Ravva P. Population modeling of factor IX activity following administration of fidanacogene elaparovect gene therapy in participants with hemophilia B. Clin Pharmacokinet. 2025; 64(10): 1531-48. doi: <https://doi.org/10.1007/s40262-025-01443-0> (último acceso dic. 2025).