

Lesión de Morel-Lavallée : Una lesión de degloving cerrado poco frecuente de fácil diagnóstico y tratamiento oportuno

Morel-Lavallée Injury: A rare closed degloving lesion of easy diagnosis and timely treatment

Segundo Bolivar Borrero-Zeta^{1,a}

RESUMEN

La lesión Morel-Lavallée es una lesión de tejidos blandos causada por la separación del tejidos celular subcutáneo de la fascia muscular por un seroma, hematoma, o necrosis grasa; la ubicación más frecuentes en la región trocantérica, puede o no estar asociado a fracturas. Se caracteriza por una masa fluctuante, blanda y dolorosa, con el antecedente traumático. El tratamiento va desde una simple aspiración percutánea, desbridamiento extenso y para evitar recurrencias escleroterapia. Se informa de un paciente de 22 años de edad con Morel-Lavallée en el Hospital Regional de Lambayeque, lesión ubicada en muslo proximal, se describen las principales características de la lesión, la ayuda diagnóstica y el tratamiento más adecuado según el caso.

Palabras clave: Hiperostosis Frontal Interna, Degloving Injuries, Heridas y Lesiones. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

The Morel-Lavallée lesion is a soft tissue injury caused by the separation of the subcutaneous cellular tissues from the muscle fascia by a seroma, hematoma, or fat necrosis; The most frequent location in the trochanteric region, may or may not be associated with fractures. It is characterized by a fluctuating mass, soft and painful, with the traumatic antecedent. Treatment ranges from a simple percutaneous aspiration, extensive debridement and to prevent sclerotherapy recurrences. A 22-year-old patient with Morel-Lavallée at the Regional Hospital of Lambayeque, a lesion located in the proximal thigh, is reported, describing the main characteristics of the lesion, the diagnostic aid and the most appropriate treatment, depending on the case.

Keywords: Hyperostosis Frontalis Interna, Lesiones por Desenguantamiento, Wounds and Injuries (Source: DeCS-TBIREME).

INTRODUCCION

Esta condición fue descrita por primera vez por el médico francés Maurice Morel-Lavallée en el año 1853⁽¹⁾. Las lesiones Morel-Lavallée (LML)son lesiones

por degloving cerrado postraumáticas en los que la piel y los tejidos subcutáneos se separan de la fascia superficial al plano muscular subyacente. La lesión cizallante provoca perforación de vasos y linfáticos, creando así un espacio potencial lleno de líquido serosanguinolento, y grasa necrótica⁽²⁻³⁾.

Con mayor frecuencia se encuentra en la región trocantérica y muslo proximal, pueden estar asociados a fracturas de pelvis, acetábulo y también puede ocurrir en traumatismo cerrado en ausencia de fractura. El diagnóstico se basa en la anamnesis, historia de traumatismo, generalmente de alta energía (accidentes automovilísticos, caídas de altura, etc.), caídas o contusiones directas, traumas en deportes de contacto (fútbol americano, lucha libre, básquetbol); incluso algunos pacientes no recordarán ningún evento traumático⁽⁴⁾.

Clínicamente se puede encontrar una zona equimótica no bien delimitada de diámetro variable con diámetros de 30 x 12 cm en promedio, con rangos desde 10 x 15 cm hasta 15 x 40 cm, con edema fluctuante a la palpación, con asociación a hiperestesia o disconfort, así como abrasión o escoriación en la piel⁽⁵⁾.

En casos de traumatismos de alta energía con LML aguda, es recomendable realizar una evacuación temprana de la colección líquida con toma de cultivos,

1. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque-Perú.
a. Médico Residente.

ya que puede estar infectada, y en caso de tratamiento quirúrgico para fracturas, esta lesión se desarrolla prácticamente en la zona del abordaje quirúrgico y, si está infectada se contraindica la osteosíntesis (fijación interna) de la fractura adyacente a la lesión⁽¹⁻³⁾.

Como examen auxiliar la RM es la técnica de elección para el estudio de la lesión Morel-Lavallée. El diagnóstico precoz y el manejo oportuno de la lesión es esencial a fin de evitar complicaciones como infecciones o extensa necrosis de la piel⁽³⁾.

REPORTE DEL CASO

Paciente mujer de 22 años de edad, víctima de un traumatismo de alta energía por accidente de tránsito, producto del cual presenta traumatismo abdominal cerrado (trauma esplénico grado III y renal izquierdo grado III), fractura de ambas columnas del acetábulo izquierdo y fractura diafisaria de fémur ipsilateral. A los 15 días del accidente es asumida por el servicio de Traumatología, en el examen físico se evidencia masa fluctuante que ocupa región postero-lateral del muslo izquierdo de 40 por 30 cm, con signos de flogosis y muy doloroso a la palpación. (Figura N°1).

Resonancia magnética mostró una lesión en la profundidad del tejido subcutáneo en la región indicada, fusiforme, encapsulada y el efecto expansivo entre el tejido subcutáneo y la fascia subyacente. La lesión tenía una pseudocapsula, además de algunas pequeñas bolsas de grasa en el interior, drenándose 800ml de líquido sero-amarillento, coágulos de sangre y necrosis grasa. (Figura N°2)

Se realizó cultivo de la secreción aislándose *E. Aureus* sensible a Meropenem, se necesitó tres limpiezas quirúrgicas con desbridamiento exhaustivo, drenaje abierto de la herida y cierre por segunda intención, con evolución lenta, pero, favorable y, dado de alta luego de 38 días de hospitalización. (Figura N°3).

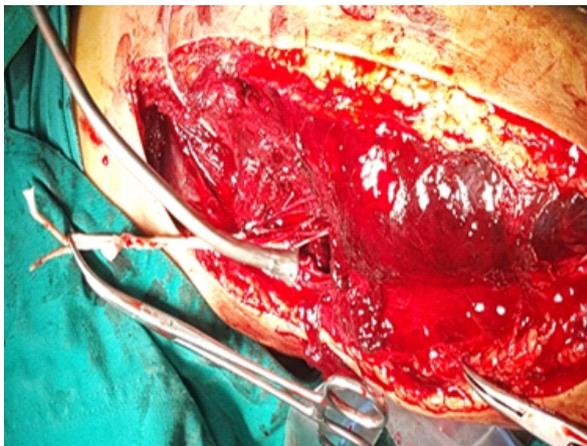


Figura N°1: Drenaje de lesión de Morel Lavagéé

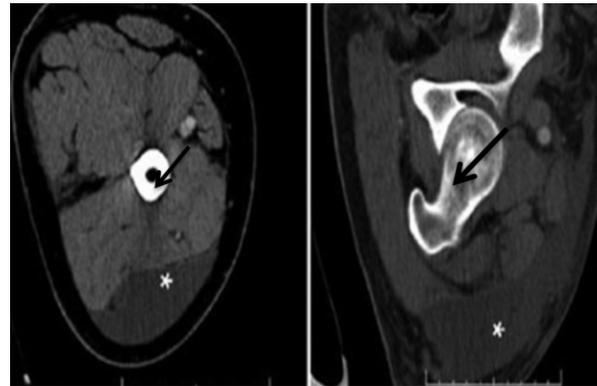


Figura N°2: Imagen hipodensa (flecha) entre fascia y tejido celular subcutáneo en secuencia T2



Figura N°3: Extensión Cicatriz en partes blandas a 38 días del tratamiento

DISCUSIÓN

Las Lesiones de Morel-Lavallée son más frecuentes en la región trocantérica y muslo proximal que coincide con la ubicación de la lesión en nuestro caso situándose en la región postero-lateral del muslo proximal. En un traumatismo agudo, la lesión de Morel-Lavallée requieren intervenciones quirúrgicas inmediata con el fin de prevenir la infección^(4,5,6). Sin embargo, estos derrames pueden pasarse por alto inicialmente, o puede tomar algún tiempo para desarrollarse, lo que puede hacer el diagnóstico clínico difícil e incluso errado, en nuestro caso el diagnóstico tardó más de 2 semanas donde el contenido del pseudoquiste ya se había infectado, esto se debió por la falta de experiencia en este tipo de entidades y a su incidencia muy baja^(5,6).

La cirugía radical fue propuesta por Hak et al.^(3,5) en 1997 después de la revisión de 24 casos de lesiones Morel-Lavallée. Veintitrés de estos pacientes estaban asociados a fractura pélvica o fracturas de acetábulo, y

la lesión de Morel-Lavallée requirió el desbridamiento de 22 de los casos en el momento del procedimiento ortopédico. Se informó de una alta tasa de infección; 46% de los pacientes tenían cultivos bacterianos positivos en el momento del desbridamiento.

Según la experiencia de la Clínica Mayo en un estudio para la elaboración de una guía de manejo de Morel Lavagée, se logró identificar del 2 de febrero de 2004 hasta el 23 de diciembre de 2011 un total de 84 lesiones de este tipo, se concluyó que, si el volumen es menor de 50 ml y no hay cambios en la piel, se puede realizar aspirado percutáneo y vendaje e incluso sólo observación, pero si el volumen aspirado es mayor a 50 ml se recomienda drenaje quirúrgico porque es muy probable la recidiva, además muchos de ellos presentan una infección asociada⁽⁴⁾.

Existe una clasificación del Morel-Lavallée propuesta por Mellado y Bencardino, que se basa en los hallazgos de resonancia magnética: Forma de la lesión, características de la señal, la mejora, y la presencia o ausencia de una cápsula, en la que se distinguen seis tipos de lesión, nuestro caso se trataría de un tipo 06 por presentar capsula y estar infectado⁽⁵⁻⁷⁾.

Nuestro caso se actuó según el protocolo de LML de la clínica Mayo, necesitó desbridamiento amplio por tratarse de LML infectado y con un volumen mayor de 50ml, se prosiguió con limpiezas quirúrgicas hasta evidenciar mejora de partes blandas con cierre por segunda intención. En los casos muy recidivantes con grandes pseudoquistes se puede optar por el uso de esclerodosis con talco, como lo reporta Nuria et. al., en su experiencia de cuatro casos de pacientes con Morel Lavallée persistente^(4,8).

Las lesiones de Morel Lavagée cuyo aspirado es más de 50 ml es preferible realizar una drenaje quirúrgico a demanda con la herida abierta, que cierre por segunda intención, por la alta frecuencia de recidiva e infección asociada.

La resonancia magnética es la ayuda diagnóstica más importante, ya que nos aportará información para el tratamiento más adecuado según su tipo de clasificación.

Se recomienda realizar un estudio más exhaustivo a los pacientes politraumatizados con el fin de incrementar su diagnóstico y oportuno tratamiento, y de esta manera incrementar nuestra experiencia en esta

entidad muy poco frecuente.

Conflictos de interés: El autor niega conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parra JA, MA Fernández, Encinas B, et al. Efusiones Morel-Lavallée en el muslo. *Skeletal Radiol.* 1997; 26: 239-241.
2. Letournel E, Judet R. 2ª ed. Berlín, Alemania: Springer-Verlag; 1993. Las fracturas del acetábulo.
3. Hak DJ, Olson SA, Matta JM. Diagnóstico y tratamiento de las lesiones internas cerradas degloving asociados con fracturas de pelvis y acetábulo: La lesión de Morel-Lavallée. *J Trauma.* 1997; 42 : 1046-1051.
4. Nickerson, Terry P. MD; Zielinski, Martin D. MD; Jenkins, Donald H. MD; Schiller, Henry J. MD. La experiencia clínica Mayo con lesiones Morel-Lavallée: Establecimiento de una guía práctica de manejo. 5 de Noviembre de 2013.
5. Luria S, Applbaum Y, Y Weil, Liebergall M, A. Peyser Talco sclerodosis de las lesiones persistentes Morel-Lavallée (pseudoquistes postraumático): Presentación de un caso de 4 pacientes. *J Orthop Trauma.* 2006; 20 (6): 435-438.
6. Anirudh V Nair , PK Nazar , Resmi Sekhar , PV Ramachandran ,y Srikanth Moorthy. Morel-Lavallée lesión: Una lesión degloving cerrado que requiere atención real. *India Imaging J Radiol.* 2014 Jul-Sep; 24 (3): 288-290.
7. Hennemann Pitrez Eduardo I ; Roberto Campos Pellanda. lesión de Morel-Lavallée en la rodilla: un caso clínico. *Radiol Bras vol.43 no.5 Sao Paulo Sept./Oct.* 2010.
8. Mellado JM, Pérez del Palomar L, L Diz, Ramos A, Sauri A. Long pie lesiones Morel-Lavallée de la región del trocánter y el muslo proximal: características de resonancia magnética en cinco pacientes. *AJR Am J Roentgenol.* 2004; 182 : 1289-1294.

Correspondencia

Borrero Zeta Segundo Bolivar

Correo: bozet777@hotmail.com

Revisión de pares

Recibido: 21/04/2017

Aceptado: 25/05/2017