

Seroma de Morel-Lavallée



Morel-Lavallée seroma

Presentamos el caso de un paciente de 26 años que acudió a la consulta de Atención Primaria por bultoma en la región pretibial de 6 meses de evolución. La lesión apareció posteriormente a un traumatismo directo mientras practicaba deporte, y desde entonces no había cambiado de tamaño.

A la exploración el paciente presentaba una tumoración de 3-4 cm de diámetro, en la región pretibial, adherida a planos profundos, ligeramente dolorosa al tacto, sin signos de infección. Trofismo vascular y nervioso distal conservado.

Se solicitó inicialmente radiografía de tibia, que mostró engrosamiento de partes blandas, sin lesiones óseas. Posteriormente se solicitó ecografía de partes blandas, que mostró área hipocóica mal definida de aproximadamente 50 × 7 × 13 mm (figs. 1 y 2), compatible con serosa de Morell-Lavallée.

El paciente fue derivado a la Unidad de Cirugía Menor, donde se realizó abordaje bajo anestesia local con mepivacaína. Inicialmente se realizó punción-aspiración, obteniendo una pequeña cantidad de líquido hemático; posteriormente se decidió la exposición abierta de la cavidad, con obtención de líquido sanguinolento y coágulos de sangre. Se realizó cierre con sutura simple y vendaje compresivo.

El seroma de Morel-Lavallée (SML) fue descrito inicialmente en 1863 por un cirujano francés del mismo nombre. Se trata de una enfermedad poco frecuente, secundaria habitualmente a traumatismos directos, y que se caracteriza principalmente por la creación de una cavidad entre el tejido subcutáneo y la fascia muscular. Lesiones de gran tamaño han sido descritas en pacientes politraumatizados, sobre todo en extremidades inferiores. Este tipo de lesiones es más frecuente en mujeres, hecho que se ha relacionado con una diferente estructura del tejido graso de hombres y mujeres, predisponiendo a las últimas a padecer lesiones a este nivel (12:1)¹. Normalmente aparece horas o días

después del trauma inicial, aunque en un tercio de los casos puede aparecer meses o incluso años después del trauma, por lo cual puede pasar desapercibido y generar complicaciones, tales como infección o necrosis cutánea. Por consiguiente, la clave del manejo de esta lesión es un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

La causa principal del SML es una contusión directa con impacto tangencial, provocando un cizallamiento entre la hipodermis y la fascia muscular subyacente, creando una cavidad que se rellena de sangre y/o linfa.

Una presentación muy frecuente es en la región del muslo después de grandes traumatismos en la región pelviana y/o coxal², siendo la presentación más habitual la región trocántérica. Otra forma típica de presentación es en la región pretibial en relación con deportes de contacto como el fútbol³. Una tercera forma de presentación es en la pared abdominal después de una liposucción⁴.

Normalmente aparece pasadas unas horas o incluso días después del traumatismo.

El diagnóstico se basa en la anamnesis, exploración física y estudios por imagen. En la mayoría de los casos la historia clínica revela un antecedente de traumatismo relevante, aunque en los casos de seroma de pequeño tamaño puede haber pasado desapercibido.

A la exploración física se suele apreciar una región de tejido blando, fluctuante y dolorosa al tacto. Un aumento de la movilidad de la piel por encima de la lesión ha sido descrito como un signo clínico útil para el diagnóstico del SML⁵. En otras ocasiones puede presentar una lesión de consistencia más tensa y elástica. Debido al aumento de la tensión de la piel en ocasiones pueden aparecer lesiones petequiales o incluso signos de necrosis cutánea.

En caso de duda diagnóstica se puede solicitar ecografía, que es la prueba más coste-efectiva y accesible desde Atención Primaria. La TAC y la RMN (permite visualizar si la lesión dispone de cápsula periférica o septos en su interior, ayudando a establecer la actitud terapéutica)⁶ son utilizadas menos frecuentemente. El uso de radiografía simple es con-

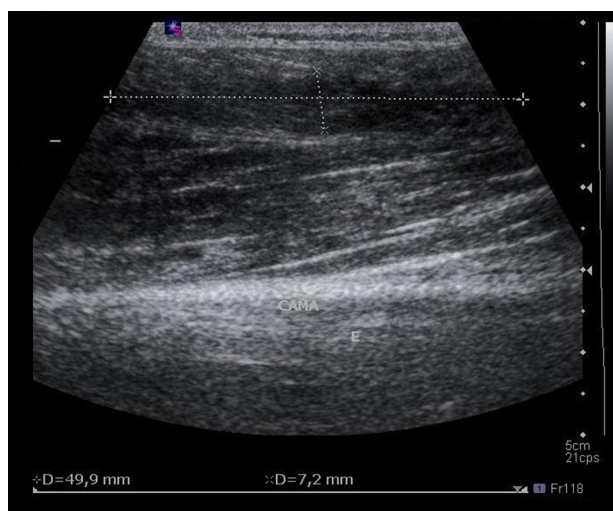


Figura 1 Ecografía de partes blandas. Región pretibial de la pierna izquierda que muestra área hipocóica mal definida de aproximadamente 50 × 7 × 13 mm, compatible con seroma de Morel-Lavallée.

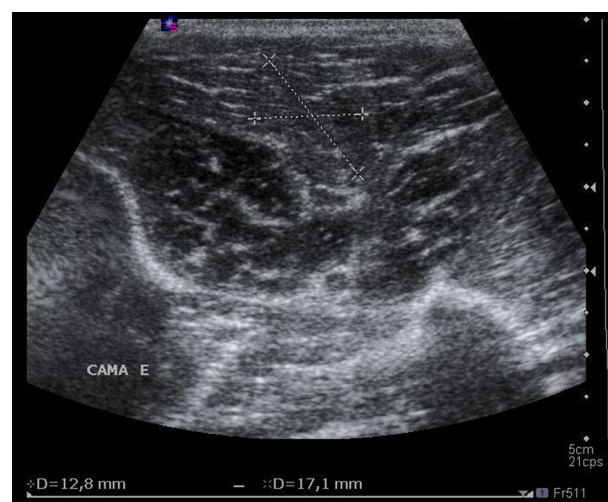


Figura 2 Ecografía de partes blandas. Región pretibial de la pierna izquierda que muestra área hipocóica mal definida de aproximadamente 50 × 7 × 13 mm, compatible con seroma de Morel-Lavallée.

trovertido, pues solo muestra aumento de grosor en partes blandas.

Para el diagnóstico diferencial se deben considerar la necrosis cutánea, los hematomas secundarios a coagulopatías y los sarcomas de partes blandas. Otra entidad que debe considerarse es el linfocele, que puede aparecer también después de un traumatismo; el diagnóstico diferencial se obtiene a través de la citología del líquido aspirado. En caso de optar por tratamiento conservador, el linfocele suele resolverse más rápidamente, desapareciendo en pocas semanas⁷.

El tratamiento conservador con un vendaje compresivo es la primera opción terapéutica en todos los casos de SML de pequeño y mediano tamaño.

En caso de persistir pese al tratamiento conservador se recomienda inicialmente un drenaje por succión, ya que es un método más aséptico y permite también la preservación del plexo arterial subdérmico, manteniendo la irrigación. Después del procedimiento se recomienda realizar igualmente un vendaje compresivo.

El drenaje abierto se recomienda en casos de persistencia de la lesión tras aspiración o en casos de diagnóstico tardío². Si la piel es viable se recomienda una pequeña incisión, irrigación de la cavidad y colocación de drenaje percutáneo. En caso de existencia de tejido necrótico se recomienda el desbridamiento extenso del tejido graso afectado⁸.

En casos de seromas muy extensos se han propuesto diversas opciones terapéuticas, ya sea inyección de agentes esclerosantes (tetraciclina, talco), fasciotomías o suturas miofasciales para reducir la cavidad⁹.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Vico PG. Morel-Lavallée syndrome. *Eur J Plast Surg.* 2000;23:45-8.
2. Hak DJ, Olson SA, Matta JM. Diagnosis and management of closed internal degloving injuries associated with pelvic and acetabular fractures: The Morel-Lavallée lesion. *J Trauma.* 1997;42:1046-51.
3. Tejwani SG, Cohen SB, Bradley JP. Management of Morel-Lavallée lesion of the knee: Twenty-seven cases in the national football league. *Am J Sports Med.* 2007;35:1162-7.
4. Fernández García A, Fernández Pascual C, Santoyo Gil-López F, Alonso Rosa S. Pseudoquistes de Morel-Lavallée tras abdominoplastia sin lipoaspiración. *Cir Plast Iberolatinoam.* 2009;35:163-8.
5. Mukherjee K, Perrin SM, Hughes PM. Morel-Lavallée lesion in an adolescent with ultrasound and MRI correlation. *Skeletal Radiol.* 2007;36 Suppl 1:S43-5.
6. Carroll JF. Morel-Lavallée lesions. MRI Web Clinic [Internet]. Radsources 2001 [consultado Jun 2010]. Disponible en: <http://www.radsources.us/clinic/1006>
7. Owen TD, Ameen MI. Lymphocele of the thigh: A complication following tourniquet application in arthroscopy. *Injury.* 1993;24:421-2.
8. Hudson DA, Knottenbelt JD, Krige JE. Closed degloving injuries: Results following conservative surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1992;89:853-5.
9. Jones RM, Harta AM. Surgical treatment of a Morel-Lavallée lesion of the distal thigh with the use of lymphatic mapping and fibrin sealant. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2012;65:1589-91.

B. de Pablo Márquez^{a,*}, M. Serra Gallego^a,
D. González Chavero^b y A. Arevalo Genicio^a

^a Centre d'Atenció Primària Valldeix, Mútua Terrassa, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

^b Centre d'Atenció Primària Can Mates, Mútua Terrassa, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernatdepablo@gmail.com
(B. de Pablo Márquez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2013.11.004>