

# Síndrome de Morel-Lavallée

Boned Blas P, De Fernando Gros T, Ávila Vicioso A, Soriano Godes JJ

Hospital Royo Villanova. Zaragoza

Varón de 39 años de edad, sin antecedentes de interés ni alergias medicamentosas, que sufre una caída de moto y se golpea sobre la cadera y el muslo izquierdo. Es atendido en los Servicios de Urgencias, donde se descarta patología ósea aguda y se diagnostica policontusión. Se le recomienda reposo y analgésicos.

Tres semanas después acude a nuestro Servicio de Urgencias por presentar un aumento del perímetro del muslo izquierdo y un hematoma fluctuante a la palpación.

Se realiza ecografía, con la que se aprecia una colección líquida entre el tejido celular subcutáneo y la fascia muscular en la porción lateral de la nalga izquierda, de aproximadamente 10 x 0,8 cm de diámetro, que sugiere el diagnóstico de síndrome de Morel-Lavallée (SML).

El paciente ingresa en el Servicio de Traumatología donde se procede a la evacuación mediante punción de una colección de líquido serohemático y a la infiltración de corticoide y anestésico local a la altura del trocánter mayor y en la zona de la colección.

Tras ello el paciente presenta controles clínicos y analíticos correctos y se le da de alta con drenaje hasta nuevo control al cabo de tres semanas. En dicho momento el paciente se encuentra asintomático.

## COMENTARIO

El SML, descrito por primera vez en 1863 por un cirujano francés del mismo nombre, es un cuadro clínico poco frecuente de la piel, asociado comúnmente a fracturas acetabulares y pélvicas que ocurren después de un trauma directo, sobre todo en pacientes politraumatizados. Consiste en la separación de la piel y el tejido subcutáneo de la fascia subyacente, lo que crea un espacio ocupado por contenido serohemático<sup>1</sup>. Habitualmente aparece varios días después del traumatismo inicial. Puede pasar desapercibido y generar complicaciones

como infección y necrosis cutánea; ello hace necesarios un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuados<sup>2</sup>.

El mecanismo que causa la lesión implica fuerzas violentas y directas sobre los tejidos superficiales y sobre la fascia cerrada, lo que genera un hematoma o linfocele que compromete el aporte vascular de los tejidos afectados. Clínicamente apreciaremos una tumoración fluctuante y moderadamente dolorosa<sup>3</sup>.

El diagnóstico es clínico y se confirma con pruebas de imagen como ecografía, RMN o TAC<sup>4</sup>.

El tratamiento consiste en drenar el hematoma, realizar un desbridamiento de todo tejido necrótico lo antes posible para evitar las complicaciones y colocar un dren de succión al vacío<sup>5,6</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. Chokshi FH, Jose J, Clifford PD. Morel–Lavallée lesion. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)* 2010;39:252–3.
2. Powers ML, Hatem SF, Sundaram M. Morel–Lavallée lesion. *Orthopedics* 2007;30:250:322–3.
3. Tsur A, Galin A, Kogan L, Loberant N. Morel–Lavallee syndrome after crush injury. *Harefuah* 2006;145:111–3.
4. Mukherjee K, Perrin SM, Hughes PM. Morel–Lavallee lesion in an adolescent with ultrasound and MRI correlation. *Skeletal Radiol* 2007;36(Suppl 1):S43–5.
5. Solano Urrutia AL, Pineda LA, Aragón H. Manejo con desbridamiento percutáneo y drenaje ambulatorio en pacientes con lesión de Morel–Lavallée. Seguimiento a 7 meses. *Rev Col Or Tra* 2008;22:267–71.
6. Jones RM, Hart 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. doi: 10.1016/j.bjps.2012.03.046.