



Clínica cotidiana

Síndrome de Morel-Lavallée: una visión desde atención primaria

Tomás Martínez Campos*, Angela Arévalo Pardal, Laura Pérez Rubio, Nieves Sobradillo Castrodeza, Claudia Urbano Vivanco

Centro de Salud Parquesol. Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de abril de 2018

Aceptado el 2 de septiembre de 2018

On-line el 14 de enero de 2019

Palabras clave:

Hematoma

Trochanteritis

Edema

Keywords

Hematoma

Trochanteritis

Edema

R E S U M E N

El síndrome de Morel-Lavallée es una rara afección de los tejidos blandos, descrita por Maurice Morel-Lavallée en 1853. Se le ha denominado de diferentes formas a lo largo de la historia: quiste postraumático de tejidos blandos, pseudoquiste, extravasación de Morel-Lavallée o lesión de Morel-Lavallée.

Consiste en una separación de la piel y el tejido celular subcutáneo con respecto a la fascia muscular, lo que origina un espacio que se rellena por líquido proveniente de la ruptura de arterias perforantes y de vasos linfáticos.

Es una patología poco mencionada en la literatura médica. Presentamos el caso de una mujer que acudió a nuestra consulta por dolor y hematoma en la cadera derecha.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Morel-Lavallée syndrome: a view from primary care

A B S T R A C T

Morel-Lavallée syndrome is a rare condition of the soft tissues described by Maurice Morel-Lavallée in 1853. It has been named in different ways throughout history: post-traumatic cyst of soft tissues, pseudocyst, extravasation of Morel-Lavallée or injury of Morel-Lavallée.

It consists of a separation of the skin and the subcutaneous cellular tissue with respect to the muscular fascia, originating a space that is filled by liquid coming from the rupture of perforating arteries and lymphatic vessels.

It is a little mentioned pathology in the medical literature. We present the case of a woman who came to our office for pain in the right hip and hematoma at that level.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tmartinezc@saludcastillayleon.es

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.048>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Mujer de 74 años de edad con pluripatología entre la que destaca osteoporosis, hepatitis autoinmune, diabetes tipo 2, síndrome de Sjögren, neuropatía del nervio cubital derecho y cuadros de lumbalgia recidivantes. Fue intervenida quirúrgicamente de apendicitis aguda gangrenosa hace dos años.

Está en tratamiento con ácido alendrónico (70 mg), calcio y colecalciferol, ezetimiba (10 mg), gabapentina (300 mg), insulina rápida, insulina glargina, lorazepam (1 mg), omeprazol (20 mg), sitagliptina (100 mg) y prednisona (2,5 mg). Como analgésicos toma habitualmente tramadol/paracetamol (37,5/325 mg).

Acude a consulta por dolor en la cadera derecha, de 4-5 días de evolución, con escasa respuesta a analgésicos. Niega traumatismo previo o cualquier otro desencadenante.

Durante la exploración presenta dolor con la palpación sobre el trocánter derecho, sin otros hallazgos significativos.

Se realiza radiografía de la cadera (Fig. 1), en la que se observan signos osteodegenerativos y calcificación en el glúteo derecho.

Ante una sospecha inicial de trocanteritis, se prescribieron analgésicos antiinflamatorios no esteroideos y posterior control evolutivo en la consulta.

Siete días después acude de nuevo a nuestra consulta por persistencia del dolor sobre el trocánter derecho, masa en dicha zona y fiebre termometrada de hasta 38,5 °C un día antes de la consulta.

Durante la nueva exploración física se encuentra afebril, con dolor sobre el trocánter derecho y gran tumefacción (aproximadamente de 10 x 10 cm), con áreas de equimosis (Fig. 2).

Se realiza exploración ecográfica en la que se pone de manifiesto edema en el tejido celular subcutáneo de la región trocánterea derecha, lámina de líquido en la inserción de los músculos glúteos en el trocánter, irregularidad y discontinui-

dad de la inserción de los vientres musculares en la región trocánterea, todo ello relacionado con rotura muscular con hematoma/serosa a esa altura.

Con los hallazgos clínicos y ecográficos, sospechamos la posibilidad de síndrome de Morel-Lavallée, por lo que se remitió a la paciente al hospital de referencia para valoración de tratamiento quirúrgico.

Comentario

La lesión de Morel-Lavallée es una rara afección traumática de tejidos blandos por disrupción de estos a la altura de la fascia muscular, lo que conlleva dilaceración vasculo-linfática y subsecuente acumulación de su contenido.

La sintomatología es inespecífica al inicio, por lo que es infradiagnosticada. Su presentación puede ser inmediata a un traumatismo o aparecer horas o incluso meses después de la causa subyacente.

El síndrome de Morel-Lavallée es un cuadro clínico poco frecuente, más frecuente en mujeres que en varones¹, asociado comúnmente a fracturas acetabulares o pelvicas². El mecanismo lesional suele ser el traumatismo directo con impacto tangencial, seguido del despegamiento de la hipodermis de la fascia subyacente, lo que origina una cavidad que se rellena con sangre, líquido linfático y tejido graso viable y necrótico, y posteriormente una cápsula fibrótica delimitante³.

En nuestro caso no hemos podido determinar la existencia de traumatismo previo reciente, aunque hay casos descritos meses e incluso años después de un traumatismo de alta energía sobre la cadera⁴. Puede pasar desapercibido si la tumora-



Figura 1 – Radiografía anteroposterior de cadera.

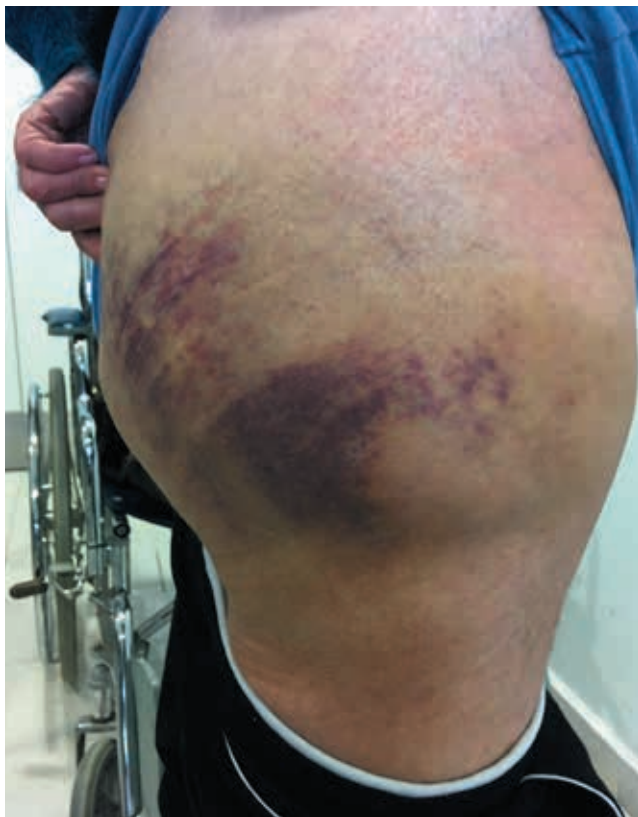


Figura 2 – Gran hematoma y equimosis en región trocantérea derecha.

ción es pequeña y generar complicaciones como infección y necrosis cutánea⁵. El área más frecuentemente afectada es la región trocantérea.

El diagnóstico es principalmente clínico confirmado con estudios de imagen, entre los que la ecografía es la prueba más coste-efectiva y accesible desde atención primaria. La imagen ecográfica más frecuente suele tener un aspecto fusiforme anecoico⁶.

En el diagnóstico diferencial debemos incluir la necrosis cutánea, los hematomas secundarios a coagulopatías, la bur-

sis trocantérea primaria, el choque fémoro-acetabular, el síndrome piriforme, la osteonecrosis de la cabeza femoral y los sarcomas de partes blandas, entre otros⁷.

La clave para el abordaje de esta lesión está en un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno⁸. El tratamiento conservador con vendaje compresivo, que debe mantenerse durante 4 semanas, puede ser eficaz en los seromas de pequeño tamaño; debe procederse a drenaje o desbridamiento quirúrgico en los de mayor tamaño; se reserva la esclerosis con doxiciclina para las formas más rebeldes⁹.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Padmanabhan E, Kumar Rudrappa R, Bhavishya T, Rajakumar S, Selvakkalanjiyam S. Morel-Lavallée lesion: Case report with review of literatura. *J Clin Diagn Res.* 2017; 11: TD05-07.
2. Boned P, De Fernando T, Ávila A, Soriano JJ. Síndrome de Morel-Lavallée. *Med Gen Fam.* 2013; 2: 161-2.
3. Nickerson TP, Zielinski MD, Jenkins DH, Schiller HJ. The Mayo Clinic experience with Morel Lavallée lesions: Establishment of a practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg.* 2014; 76: 493-7.
4. De Pablo B, Serra M, González D, Arévalo A. Seroma de Morel Lavallée. *Semergen.* 2014; 40: 350-1.
5. Powers ML, Hatem SF, Sundaram M. Morel-Lavallée lesion. *Orthopedics.* 2007; 30: 322-3.
6. 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.
7. Villagrán JM, Candamio MD, Horcajadas AB. Lesión de Morel-Lavallée: diagnóstico y tratamiento con técnicas de imagen. *Radiología.* 2018; 60: 230-6.
8. Simpson GG, Allen BR. Morel Lavallée lesion. *J Educ Teach Emerg Med.* 2016; 1: 30-1.
9. Bansal A, Bhatia N, Singh A, Singh AK. Doxycycline sclerodesis as a treatment option for persistent Morel-Lavallée lesions. *Injury.* 2013; 44: 66-9.