



Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología

ISSN: 1852-7434

publicaciones@aaot.org.ar

Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología
Argentina

Alvarado Chávez, Tania S.; Pezo Maposa, Gregory H.;
Silva González, Lissette E.; Vargas Guadalupe, Carolina D.

Hematoma de Morel-Lavallée en la rodilla. Reporte de un caso

Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y
Traumatología, vol. 86, núm. 4, 2021, Julio-Agosto, pp. 545-552
Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología
Argentina

DOI: <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2021.86.4.1079>

- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Hematoma de Morel-Lavallée en la rodilla. Reporte de un caso

Tania S. Alvarado Chávez,* Gregory H. Pezo Maposa,** Lissette E. Silva González,# Carolina D. Vargas Guadalupe##

*Centro de Artroscopia y Deporte Integral, Guayaquil, Ecuador

**Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Padre Carollo "Un Canto a la Vida", Quito, Ecuador

#Médica, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador

##Residente asistencial, Clínica Millenium, Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

Una contusión tangencial sobre determinadas regiones del cuerpo puede provocar una colección subcutánea serosa límpida o translúcida que aparece súbita o lentamente, conocida como hematoma disecante de Morel-Lavallée. La localización en la cadera es muy frecuente, pero es infrecuente en la rodilla. A la lesión de Morel-Lavallée también se la llama pseudoquiste, quiste postraumático de tejidos blandos o extravasación de Morel-Lavallée. Presentamos a un paciente de 49 años, con una lesión traumática y un hematoma seroso de Morel-Lavallée que se produce por la fricción entre el tejido celular subcutáneo y la fascia durante la lesión traumática. Dada su localización infrecuente, se decidió comunicar este caso, ya que se han publicado solo un par de pacientes con este cuadro.

Palabras clave: Hematoma de Morel-Lavallée; seroma; lesión de tejidos blandos.

Nivel de Evidencia: IV

Morel-Lavallée Lesion of the Knee. Case Report

ABSTRACT

A tangential contusion on certain regions of the body can lead to a clear or translucent serous subcutaneous collection that appears suddenly or slowly, known as Morel-Lavallée dissecting hematoma. It is frequently located in the hip and infrequently in the knee. The Morel-Lavallée lesion can be called pseudocyst, soft tissue posttraumatic cyst, or Morel-Lavallée extravasation. We present the case of a 49-year-old patient with a serous Morel-Lavallée lesion, caused by friction between the subcutaneous cellular tissue and the fascia during a traumatic injury. Given its infrequent location, it was decided to report this case, since few cases of patients with this condition have been published in the literature.

Keywords: Morel-Lavallée hematoma; seroma; soft tissue injury.

Level of Evidence: IV

INTRODUCCIÓN

La lesión de Morel-Lavallée es un cuadro poco frecuente. Fue descrita, por primera vez, por el cirujano francés Maurice Morel-Lavallée, en 1863, como una colección de líquido en la grasa del tejido celular subcutáneo.^{1,2} Se produce predominantemente por un trauma contundente o por la práctica de deportes de contacto, como el fútbol americano y la lucha libre. Como resultado de estos factores predisponentes se generan desgarros de los vasos transaponeuróticos que provocan la separación de la fascia inmóvil de la móvil ubicada en el tejido hipodérmico y se crea una cavidad donde se acumula líquido hemático y linfático.³ A lo largo de los años, ha recibido diferentes nombres: pseudoquiste suave postraumático,seudolipoma, extravasación de Morel-Lavallée, derrame de Morel-Lavallée y hematoma disecante de Morel-Lavallée.²

Recibido el 18-3-2020. Aceptado luego de la evaluación el 29-5-2020 • Dra. TANIA S. ALVARADO CHÁVEZ • dratanialvarado@hotmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-2936-6802>

Cómo citar este artículo: Alvarado Chávez TS, Pezo Maposa GH, Silva González LE, Vargas Guadalupe CD. Hematoma de Morel-Lavallée en la rodilla. Reporte de un caso. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2021;86(4):545-552. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2021.86.4.1079>

Su ubicación más frecuente es en el área del muslo por la exposición a grandes traumas que impactan en las regiones pélvica y coxal, con predilección por la zona trocantérica, la segunda localización descrita e infrecuente es sobre el espacio pretibial, y se ha descrito una última presentación habitual sobre la pared abdominal con el antecedente de cirugías estéticas, como la liposucción.⁴

El diagnóstico no suele ser oportuno, porque los hallazgos clínicos son fluctuantes, y pueden aparecer horas, días, meses, o incluso años después del trauma. La evaluación diagnóstica incluye la anamnesis, una exploración física exhaustiva y los estudios por imágenes, como radiografía simple, ecografía o resonancia magnética.⁵

El tratamiento varía según ciertas características, como la evolución. Durante la fase aguda, el tratamiento indicado, en la mayoría de los casos, consiste en el drenaje del líquido mediante una punción con aguja, compresión con vendaje elástico, crioterapia y antibióticos apropiados. En las fases crónicas o en recidivas que no responden al manejo por punción, se opta por la exéresis capsular como terapéutica definitiva.⁶

CASO CLÍNICO

Hombre de 49 años, estibador, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, que acude a la consulta el 12 de mayo de 2019 por un cuadro clínico de seis meses de evolución caracterizado por acumulación de líquido en la zona pre-rotuliana izquierda. Como antecedente importante, señala que la zona afectada estaba en constante contacto por fricción con *pallets*. Refiere que, aproximadamente un mes atrás, en una aspiración con aguja, se había obtenido un líquido serohemático y que le habían indicados medidas conservadoras.

El día de la consulta se le realiza una punción con aguja fina y se obtiene un líquido seroso (alrededor de 15 ml), se le recomiendan medidas conservadoras, como crioterapia y vendaje compresivo. A la semana, el paciente regresó e informó que, después de unos días, fue evidente el nuevo aumento de volumen sobre el área intervenida; ante la recidiva constante, se opta por el tratamiento quirúrgico.

Se observa un aumento del volumen de la rodilla izquierda con contenido fluctuante, sin otros signos de flogosis, como calor, eritema, ni dolor (Figura 1). La lesión no es dolorosa a la palpación, ni está caliente. Presenta fluctuación de onda líquida, consistencia blanda, aspecto quístico sin adherencia y es móvil. La radiografía de tórax no muestra alteraciones. El electrocardiograma es adecuado para la edad del paciente.



Figura 1. Hematoma de Morel-Lavallée en la rodilla izquierda.

Diagnóstico: hematoma de Morel-Lavallée en la rodilla izquierda.

El 12 de junio de 2019, se opera al paciente cumpliendo con los protocolos prequirúrgicos, bajo anestesia raquídea. Se procede a realizar la isquemia de la extremidad izquierda colocando un manómetro neumático, a la asepsia y antisepsia con clorhexidina al 5% más alcohol; se colocan los campos quirúrgicos estériles (Figura 2).



Figura 2. Colocación de campos estériles sobre la rodilla izquierda.

Se efectúa una incisión con bisturí sobre la piel de la rodilla izquierda con abordaje anterior de aproximadamente 8 cm de largo, se observa la cápsula del hematoma con forma quística, redondeada, bien definida, bordes regulares de color amarillo pardo y se realiza la disección por la porción posterior de la zona prerrotuliana hasta liberarla completamente, se obtiene una cápsula de 5 x 4 cm aproximadamente (Figuras 3-5).



Figura 3. Observación directa del hematoma de Morel-Lavallée en la rodilla izquierda.



Figura 4. Resección del hematoma de Morel-Lavallée de la rodilla izquierda.



Figura 5. Pieza de resección. Cápsula del hematoma de Morel-Lavallée de la rodilla izquierda, faceta externa de 4 x 5 cm.

Se lava la cavidad prerrotuliana con solución salina y se realiza la hemostasis, sin drenaje; cierre por planos con Vicryl 3.0 intradérmico y de la piel con nailon 3.0, más colocación externa de gasas estériles y vendaje compresivo (**Figura 6**).

La cirugía se llevó a cabo en el quirófano y fue un procedimiento ambulatorio. Se administraron los siguientes fármacos: cefalexina 500 mg, cada 12 h; paracetamol 500 mg, cada 8 h más ibuprofeno 500 mg, cada 12 h, por 15 días. El paciente evolucionó de manera óptima (**Figura 7**). En la consulta de seguimiento a los 15 días, se retiraron los puntos. A los 20 días, el paciente tenía un buen rango de movilidad y el cuadro se había resuelto de manera definitiva, por lo que fue dado de alta por el Servicio de Traumatología.



Figura 6. Sutura de la piel sobre la rodilla izquierda.



Figura 7. Cicatrización de la piel en el período resolutivo del cuadro.

DISCUSIÓN

El hematoma de Morel-Lavallée se describe como una rotura de las fascias donde se produce una acumulación de líquido seroso sobre el tejido aponeurótico, relacionado con un trauma cerrado previo sobre las partes blandas, junto con una lesión de vasos sanguíneos y linfáticos que provoca extravasación del líquido que ocupa la cavidad virtual.

El hematoma se asienta, sobre todo, en la zona trocantérica, en el área de la cadera y la espalda baja específicamente; la localización en la rodilla es infrecuente, si bien se han publicado numerosos casos del hematoma en la cadera, los casos en la rodilla son limitados. En la actualidad, debido a la alta frecuencia de accidentes de motocicleta de bajo impacto, la localización en la cara anterior de la rodilla es más frecuente de lo que se cree. En Ecuador, no hay publicaciones sobre casos, su clínica y los procedimientos terapéuticos.⁶

En general, el hematoma puede desarrollarse días, semanas o meses después del trauma⁵ y, de ello, depende la estrategia terapéutica. McKenzie y cols.⁷ determinan el período de evolución (tiempo transcurrido desde la lesión hasta la aparición del seroma) en: agudo de 1 a 3 días, subagudo de 4 a 30 días y crónico >30 días. En las fases agudas, se procede a la evacuación por aguja y al drenaje aspirativo más crioterapia, sumado a medidas de compresión sobre la zona intervenida, lo que se conoce como tratamiento conservador, y es la terapéutica que más se indica en la mayoría de los casos. La cirugía se reserva para las fases crónicas o ante la falta de respuesta al tratamiento conservador. En estas situaciones, se opta por una cirugía abierta, tal como ocurrió en el paciente presentado, cuyo cuadro clínico tenía seis meses de evolución y las alternativas terapéuticas conservadoras y de aspiración habían fracasado, por lo que se lo consideró y trató como un caso crónico.

La técnica usada por Fernández y cols. consiste en la disección de la cápsula del hematoma de Morel-Lavallée en el muslo con la colocación de dos drenajes.⁴ En nuestro caso, se procedió a realizar exéresis de la cápsula por vía anterior, sin drenaje al exterior, y no hubo signos de complicaciones durante el posoperatorio.

CONCLUSIONES

La frecuencia del hematoma de Morel-Lavallée es baja en términos generales, los casos descritos en reportes científicos son, en su mayoría, casos clínicos y la conducta terapéutica en la región glútea, la principal causa descrita es un trauma tangencial de gran impacto sobre la zona afectada. Casi siempre se opta por un tratamiento conservador y, para los casos crónicos o ante una inadecuada respuesta luego de la aspiración con aguja fina, se indica la cirugía con la identificación y disección de la cápsula.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

ORCID de G. H. Pezo Maposa: <https://orcid.org/0000-0002-4888-4998>

ORCID de L. E. Silva González: <https://orcid.org/0000-0002-0225-443X>

ORCID de C. D. Vargas Guadalupe: <https://orcid.org/0000-0002-5193-0609>

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonilla-Yoon I, Masih S, Patel DB, White EA, Levine BD, Chow K, et al. The Morel-Lavallée lesion: pathophysiology, clinical presentation, imaging features, and treatment options. *Emerg Radiol* 2014;21(1):35-43. <https://doi.org/10.1007/s10140-013-1151-7>
2. Mellado JM, Bencardino JT. Morel-Lavallée lesion: Review with emphasis on MR imaging. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2005;13(4):775-82. <https://doi.org/10.1016/j.mric.2005.08.006>
3. Kaya A, Goksen M, Ata U, Aktaş EÖ. The importance of Morel-Lavallee lesion in medicolegal evaluation: a case report. *Medicine Science|International Medical Journal* 2017;6(3):1. <https://doi.org/10.5455/medscience.2017.06.8626>

4. Fernández García A, Fernández Pascual CF, Santoyo Gil-López F, Alonso Rosa S. Pseudoquistes de Morel-Lavallée tras abdominoplastia sin lipoaspiración. *Cir Plást Ibero-Latinoam* 2009;35(2):163-8. <https://doi.org/10.4321/S0376-78922009000200013>
5. Herreros Sáenz M, Albañil Ballesteros MR, Cabezudo Pedraza J. Seroma de Morel-Lavallée. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2019;21(83):271-3. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300016
6. Reguera Rodríguez R, Jordán Padrón M, Socorro Santana MC, Hidalgo Ruiz M, Saavedra Jordán LM. Giant Morel Lavallée hematoma in the right knee: case report. *Rev Med Electrón* 2018;40(4):1172-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400023&lng=es
7. McKenzie GA, Niederhauser BD, Collins MS, Howe BM. CT characteristics of Morel-Lavallée lesions: an under-recognized but significant finding in acute trauma imaging. *Skeletal Radiol* 2016;45(8):1053-60. <https://doi.org/10.1007/s00256-016-2374-y>