



Clinical report

Seroma de Morel-Lavallée: reporte de caso desde Manu, Perú, con diagnóstico y manejo en atención primaria

Percy J. Vásquez-Paredes

Servicio de Cirugía, EsSalud, Cusco, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de septiembre de 2024

Aceptado el 19 de septiembre de 2024

Palabras clave:

Morel-Lavallée

Trauma

Drenaje

Diagnóstico

Tratamiento conservador

Seroma

Atención Primaria

RESUMEN

La lesión de Morel-Lavallée es una acumulación de líquido postraumático entre capas de la fascia, comúnmente tras un accidente. Su diagnóstico se basa en el historial clínico y pruebas de imagen, y el tratamiento varía desde medidas conservadoras hasta intervenciones quirúrgicas y escleroterapia, dependiendo de la antigüedad y tamaño de la lesión, siendo crucial un manejo efectivo para evitar complicaciones a largo plazo.

Se presenta el caso de un varón de 38 años que presenta contusión en la rodilla por una caída desde su motocicleta estacionada, desarrollando una masa fluctuante y dolor moderado. Inicialmente tratada con paracetamol, la lesión creció a 7 x 7 x 5,5 cm, requiriendo atención médica. Se confirmó mediante radiografía y se drenó quirúrgicamente, liberando líquido serohemático. El tratamiento incluyó reposo, elevación de la extremidad y AINE, mostrando una mejora significativa. Es importante el diagnóstico temprano y el manejo adecuado de las lesiones de Morel-Lavallée para evitar complicaciones a largo plazo.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Morel-Lavallée seroma: A case from Manu, Peru, with diagnosis and management in primary care

ABSTRACT

The Morel-Lavallée lesion is a post-traumatic fluid accumulation between fascial layers, commonly following an accident. Its diagnosis is based on clinical history and imaging tests, and treatment ranges from conservative measures to surgical interventions and sclerotherapy, depending on the age and size of the lesion. Effective management is crucial to prevent long-term complications. This report presents a 38-year-old male who suffered a knee contusion from falling off his parked motorcycle, developing a fluctuating mass and moderate pain. Initially treated with paracetamol, the lesion grew to 7 x 7 x 5.5 cm, requiring medical attention. It was confirmed by radiography and surgically drained, releasing serohematic fluid. The treatment included rest, limb elevation, and NSAIDs, showing significant improvement. This case underscores the importance of early diagnosis and proper management of Morel-Lavallée lesions to prevent long-term complications.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Descripción del caso

Se presenta un paciente varón de 38 años que acude a consulta refiriendo antecedente de caída desde su motocicleta estacionada, aproximadamente 3 semanas antes de la consulta. En la anamnesis el paciente refiere que, durante el accidente, recibió un impacto de considerable intensidad sobre su rodilla derecha. Inicialmente, el área del

trauma presentó eritema leve y dolor moderado 5/10 (EVA), pero con el paso de los días, la tumefacción creció notablemente. A pesar de automedicarse con paracetamol las primeras 48 horas posaccidente con 500 mg cada 8 horas, el cuadro no mostró signos de remisión, por lo que decidió consultar tras observar la progresiva expansión de la lesión.

Exploración y pruebas complementarias

En el examen físico, la rodilla derecha evidenciaba una masa fluctuante, levemente dolorosa a la palpación, con cambios de

Correo electrónico: percyvasqpar@gmail.com.

<https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100212>

2605-0730/© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Figura 1. Rodilla afectada previa a la intervención.

coloración, tornándose ligeramente amoratada y con un leve aumento de la temperatura local. La piel que recubría la zona mostraba una lesión cicatricial en la zona superior, la cual el paciente refirió que se originó en un accidente previo hace 10 años, estando la piel tensa y al intentar desplazarla sobre planos profundos, se evidenciaba fijación, sugiriendo una acumulación líquida subyacente. Aunque el paciente podía mover la articulación y no había limitación del rango articular, lo hacía con dificultad y leve dolor debido a la tensión ejercida por el seroma, dificultando la marcha. Las dimensiones de la lesión en la rodilla derecha eran de 8 cm de altura x 9 cm de largo x 5,5 cm de ancho (fig. 1). Adicionalmente, se indicó una radiografía de la rodilla (fig. 2), pues se contaba con dicho equipo en el establecimiento, la cual mostró una imagen radiolúcida sin evidencia de fracturas óseas ni calcificaciones. La capa de grasa subcutánea se encontraba desplazada, y se apreciaba una claridad entre el tejido subcutáneo y la fascia, indicativo de un espacio creado por la acumulación de líquido.

Juicio clínico

Seroma de Morel-Lavallée.

Diagnóstico diferencial

Necrosis cutánea, hematoma secundario a coagulopatías, bursitis primaria, sarcoma de partes blandas.

Manejo y tratamiento

Como parte del manejo, el paciente recibió un procedimiento bajo anestesia local con lidocaína. Se seleccionó el punto más prominente de la tumefacción para realizar una incisión de aproximadamente 0,5 cm. Al realizar la incisión, se liberó un líquido serohemático de consistencia viscosa, confirmando el diagnóstico. Una vez drenado completamente, se irrigó con solución salina estéril y se introdujo un drenaje tipo Penrose para evitar acumulaciones posteriores. La herida fue suturada y se vendó compresivamente. Se indicó reposo relativo y elevación de la extremidad.

Seguimiento

En la revisión de la rodilla al día siguiente, el paciente mostró una disminución marcada de la tumefacción. El drenaje presentaba escasa salida de líquido seroso, por lo que se retiró. Se prescribieron AINE para manejar la inflamación y el dolor. Se añadió una terapia antibiótica profiláctica para reducir el riesgo de infecciones secundarias. Se



Figura 2. Radiografía de rodilla.

recomendó mantener la extremidad en reposo y elevada, limitando el apoyo durante una semana.

Perspectiva del paciente

El paciente expresó una combinación de preocupación y alivio. Relató su frustración inicial al notar que, pese a sus esfuerzos por mitigar el dolor y la inflamación, el cuadro empeoraba. Sin embargo, tras el procedimiento, mostró gratitud por el alivio casi inmediato y el detallado plan de seguimiento. Subrayó la importancia de no ignorar síntomas persistentes y de buscar atención médica adecuada en futuras ocasiones.

Comentario final

Se trata de un adulto afecto de un seroma de Morel-Lavallée, una entidad patológica que surge de un trauma por cizallamiento, a menudo subestimado en su gravedad inicial, cuya presentación clínica evolucionó a una condición más seria, requiriendo intervención médica. La lesión de Morel-Lavallée resulta de un trauma cerrado que provoca una separación entre la fascia epidérmica superficial e hipodérmica profunda, ocasionado por impactos de alta energía o lesiones por cizallamiento, llevando a la acumulación de linfa, sangre y tejido necrótico en el plano entre estas¹⁻⁴. Esta condición se manifiesta de manera variable, desde seromas hasta hematomas, dependiendo de la severidad del trauma. La formación de estas colecciones líquidas es un proceso complejo influenciado por la interrupción de los vasos sanguíneos y linfáticos y la creación de un espacio muerto que facilita la acumulación de fluidos¹. Con el tiempo, la lesión puede evolucionar, reabsorbiéndose la sangre y siendo sustituida por un fluido serosanguíneo¹. La fase final de la lesión se caracteriza por una reacción inflamatoria que conduce a la formación de una cápsula fibrosa alrededor del derrame, conocida como pseudocápsula, formada por el depósito de hemosiderina^{1,3,4}. Aunque inicialmente estéril, el líquido acumulado puede infectarse, complicando el cuadro con un seroma infectado o un absceso, especialmente en el contexto de lesiones ortopédicas, aumentando así el riesgo de infecciones perioperatorias^{3,4}. Estas lesiones pueden ser identificadas poco después del trauma o manifestarse meses o años más tarde, siendo posible su asociación con fracturas subyacentes. Típicamente presentan dolor, hinchazón y una deformidad blanda y fluctuante en el examen físico, pudiendo variar ampliamente su presentación clínica^{1,3,4}. La distinción entre las presentaciones traumáticas en adultos y niños indica diferencias en la localización y frecuencia de las lesiones, subrayando la necesidad de un enfoque diagnóstico y terapéutico adaptado al paciente⁴. La resonancia magnética es el examen de elección para describir la efusión y determinar el tipo y la cronicidad de la lesión, ofreciendo una imagen

detallada del tamaño, la forma y el contenido de la lesión. En comparación, la ecografía puede apoyar la sospecha clínica al confirmar la localización de la lesión y evaluar su compresibilidad^{3,4}, y la tomografía puede ser de elección si no se cuenta con resonancia. Las clasificaciones existentes, basadas en la antigüedad de la lesión, la presencia de pseudocápsula y las características en imágenes médicas, ayudan a estructurar el plan de tratamiento, aunque ninguna ha sido estandarizada⁴. El manejo de la lesión varía desde métodos conservadores hasta intervenciones quirúrgicas y el uso de agentes esclerosantes, dependiendo de la etapa de detección y las características de la lesión, con un enfoque en la prevención y el manejo adecuado. La experiencia de la Clínica Mayo identificó una tasa más alta de recurrencia en el grupo de aspiración percutánea comparado con los grupos de manejo conservador y quirúrgico, recomendando la intervención quirúrgica cuando la aspiración es de más de 50 ml de líquido⁵.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente, y además se ha garantizado la confidencialidad de la información.

Financiación

El autor declara que no recibió ayudas del sector público ni privado.

Conflicto de intereses

El autor declara que no hay conflictos de intereses.

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. Marangi GF, Segreto F, Morelli Coppola M, Arcari L, Gratteri M, Persichetti P. Management of chronic seromas: a novel surgical approach with the use of vacuum assisted closure therapy. *Int Wound J*. 2020;17:1153–8. <https://doi.org/10.1111/iwj.13447>.
3. Yang Y, Tang TT. The Morel-Lavallée lesion: review and update on diagnosis and management. *Orthop Surg*. 2023;15:2485–91. <https://doi.org/10.1111/os.13826>.
4. Molina BJ, Ghazoul EN, Janis JE. Practical review of the comprehensive management of Morel-Lavallée lesions. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021;9(10), e3850. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000003850>.
5. 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(2):493–7. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000000111>.