



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

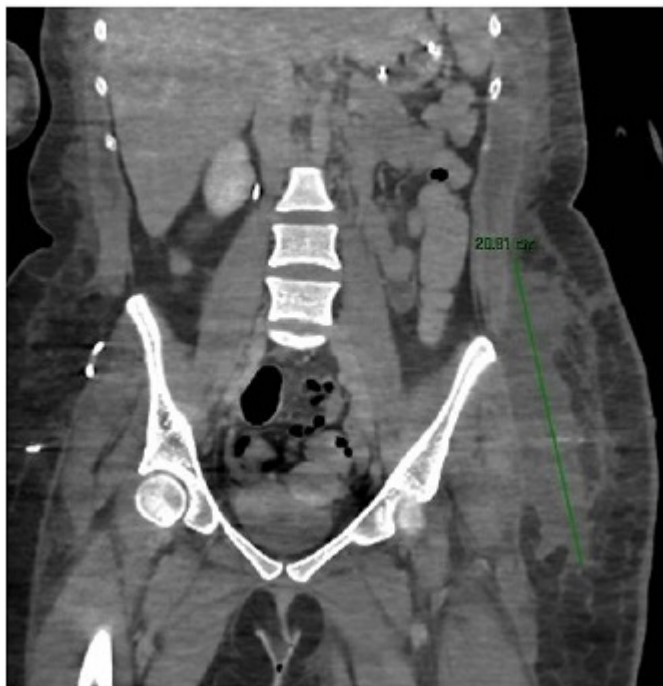
P-571 - FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A SOBREINFECCIÓN POR MUCORMICOSIS DE LESIÓN DE MOREL-LAVALLÉE

González Cano, Javier; Sánchez Segura, José; Titos García, Alberto; Botello García, Francisco; Aranda Narváez, José Manuel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Caso clínico: Mujer de 21 años que ingresa en UCI tras traumatismo de alto impacto al ser atropellada por un vehículo. Necesidad de intubación orotraqueal y posterior traqueostomía por hipertensión craneal severa por hematoma subdural, con buena evolución neurológica posterior. Al ingreso presenta quemaduras de asfalto en flancos y zona proximal de muslos bilaterales, sin hallazgos en TC. Resolución de lesiones del lado derecho, pero evolución tórpida del lado izquierdo, con aumento de partes blandas y celulitis. Se realiza ecografía y TC abdomen, evidenciando una colección entre tejido celular subcutáneo y la fascia muscular, con sospecha de lesión de Morel-Lavallée, iniciándose antibioterapia de amplio espectro y drenaje percutáneo de la colección. Persiste la mala evolución, con aparición de tejido necrótico, realizándose desbridamiento quirúrgico extenso, que se repite cada 48h por la progresión de la infección necrotizante asociando terapia de presión negativa, y añadiéndose anfotericina B tras evidenciarse infección por Mucor en cultivo de herida. Sospecha de isquemia de MII que se confirma en angioTC, con oclusión de arterias iliaca externa, femoral común y profunda izquierdas, realizándose embolectomía quirúrgica y fasciotomía. A pesar de todas las medidas, persiste la isquemia y la progresión de la fascitis necrotizante, con inestabilidad hemodinámica y fallo multiorgánico de la paciente, que finalmente fallece.



Discusión: El síndrome de Morel-Lavallée fue descrito por Maurice Morel-Lavallée en 1863. Consiste en una lesión postraumática de tejidos blandos que provoca la separación brusca de la grasa subcutánea de la fascia muscular. Provocado por un trauma tangencial a la fascia, la tracción provoca el desgarro de vasos sanguíneos y linfáticos, creándose una cavidad que contiene sangre, linfa y grasa licuada. Suele aparecer en la porción proximal y lateral del muslo, aunque puede darse en la rodilla o región lumbar. Las lesiones aparecen horas o incluso días después del traumatismo. El diagnóstico temprano es fundamental para la preservación de los tejidos, aunque en un tercio de los casos el diagnóstico puede retrasarse. Una vez establecida la sospecha clínica, la prueba de elección es la RMN, siendo también útiles la ecografía en un primer momento y en menor medida el TC. En casos de lesiones de tamaño limitado, el tratamiento conservador con compresión puede ser suficiente. Si fracasa o en caso de grandes lesiones, suelen requerir un drenaje percutáneo o una escisión quirúrgica, pudiendo ser útil el empleo de terapias de presión negativa. La sobreinfección de estas lesiones con mucormicosis, aunque poco frecuente en pacientes inmunocompetentes, puede darse en el seno de un accidente traumático. El tratamiento de elección en estos casos es la anfotericina B y un tratamiento quirúrgico agresivo, siendo el pronóstico pobre, con hasta un 50% de mortalidad. Las lesiones de Morel-Lavallée representan una lesión de tejidos blandos grave, que en caso de lesiones agudas requieren una alta sospecha clínica y diagnóstico precoz para evitar complicaciones. La mucormicosis cutánea asociada a una lesión de Morel-Lavallée es una patología poco frecuente, pero que requiere un

tratamiento antifúngico y quirúrgico agresivo dada su alta mortalidad.