



## Caso clínico

# Cruentación endoscópica y esclerosis con doxiciclina como tratamiento de la lesión persistente de Morel-Lavallée. A propósito de 2 casos

J. Arteaga, M.<sup>a</sup>E. López, A.P. Martín

Hospital Universitario de Burgos

### Correspondencia:

Dra. Pilar Martín Rodríguez

Correo electrónico: apmartinrodriguez@hotmail.com

Recibido el 22 de febrero de 2017

Aceptado el 21 de marzo de 2017

Disponible en Internet: junio 2017

## RESUMEN

El Morel-Lavallée es una complicación de los traumatismos cerrados o de las quemaduras cuyo mecanismo de producción es la separación del tejido celular subcutáneo de la fascia muscular subyacente. En la mayoría de los casos, el tratamiento es conservador mediante medidas físicas y reposo. Presentamos dos casos de lesión de Morel-Lavallée, secundarios a traumatismos, que no mejoraron con medidas conservadoras y se trataron mediante cruentación endoscópica e infiltración de agentes esclerosantes. Ambos casos presentaron una evolución postoperatoria favorable y la remisión de la lesión al cabo de 8 semanas. El uso de agentes esclerosantes está bien documentado como tratamiento en este tipo de lesiones, al cual nosotros planteamos el uso de cruentación endoscópica como método coadyuvante en lesiones persistentes.

**Palabras clave:** Morel-Lavallée. Tetraciclinas. Endoscopia. Esclerosis farmacológica.

## ABSTRACT

**Endoscopic crudeness and sclerosis with doxycycline as a treatment of the persistent injury of Morel-Lavallee: to purpose of 2 cases**

The Morel-Lavallée is a complication of blunt trauma or burns which classic production mechanism is the separation of subcutaneous tissue of the underlying muscular fascia. In most cases, treatment is through physical conservative measures and rest. We report two cases of patients with a Morel-Lavallée lesion, secondary to trauma, which did not improve with conservative measures, so it was treated by neocapsular endoscopic crudeness and infiltration of sclerosing agents. Both cases presented a favorable postoperative course and remission after 8 weeks. The use of sclerosing agents is well documented as a treatment for such injuries, whereby we propose the use of endoscopic-assisted crudeness as coadjunctive method in persistent lesion.

**Key words:** Morel-Lavallée. Tetracycline. Endoscopic. Pharmacological sclerosis.



<https://doi.org/10.24129/j.reaca.24158.fs1702009>

© 2017 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® ([www.fondoscience.com](http://www.fondoscience.com)). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND ([www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/](http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)).

## Introducción

La lesión de Morel-Lavallée es un denudamiento cerrado de las partes blandas causado por la separación traumática de la piel y tejido celular subcutáneo de la fascia muscular subyacente. Este mecanismo cizallante daña el aporte hemolinfático de los tejidos que están alrededor de la fascia muscular, lo que propicia el llenado con líquido hemático y linfático. La organización del tejido de granulación produce una pseudocápsula fibrótica que evitará que se produzca la reabsorción del líquido, perpetuando así la lesión<sup>(1)</sup> y dificultando su tratamiento. Debido a su baja incidencia, esta patología puede pasar inadvertida o confundida con otros procesos. Una vez diagnosticada<sup>(1)</sup>, podemos realizar un tratamiento mediante compresión, drenaje, esclerodesis y, en algunos casos, cirugía. Debido a la comorbilidad asociada, presentamos dos casos diagnosticados de lesión de Morel-Lavallée.

## Casos clínicos

Se trata de un varón de 35 años (caso 1) y una mujer de 70 años (caso 2) remitidos a consultas de traumatología ante la persistencia de masa fluctuante en el territorio glúteo mayor en el primer paciente y en la cara medial del tercio distal del muslo derecho en la segunda (**Figura 1**). En ambos casos se describió un antecedente traumático de meses de evolución. No asociaron lesiones cutáneas ni parestesias en el territorio de distribución. De manera inicial, se trató de forma conservadora mediante antiinflamatorios no esteroideos (AINE), compresión y reposo, sin presentar mejoría sintomática. La ecografía realizada en la segunda paciente demostró una colección líquida de 35 × 8 × 3 cm, desde el tercio distal del muslo hasta el tercio proximal de la pierna derecha. En la ecografía la localizamos entre el plano subcutáneo y la fascia muscular. Era prácticamente anecoica en toda su extensión y con presencia de septos.

Con la resonancia magnética (RM) en el primer paciente se objetivó la presencia de un hematoma subcutáneo profundo adyacente a la inserción del glúteo mayor izquierdo de 6 cm de diámetro máximo craneocaudal con una pared probablemente fibrótica o calcificada.



**Figura 1.** Extensión de la lesión de Morel-Lavallée.



**Figura 2.** Introducción de óptica y sinoviotomo.

En ambos casos, tras el fracaso del tratamiento conservador mediante reposo y vendajes compresivos, se realizó una evacuación percutánea por punción guiada con ecografía, con reaparición de la clínica tras 1 mes de evolución. Ante esta situación, se decidió tratamiento quirúrgico bajo anestesia raquídea, a la visualización directa de las lesiones mediante endoscopia (óptica de 70° de cadera) (**Figura 2**), comprobando el contenido líquido seroso de esta, así como la presencia de septos y neocápsula, tomando muestras para estudio anatomopatológico). Mediante la utilización de un sinoviotomo, se procedió al curetaje de los septos y la neocápsula hasta conseguir un lecho sangrante (**Figura 3**). Por último, se irrigó la cavidad con 500 mg de doxiciclina como agente esclerosante diluidos en el último suero de lavado endoscópico. Como tratamiento complementario, se aplicó un vendaje compresivo y se mantuvo un drenaje de tipo redón durante su ingreso hospitalario (**Figura 4**).

El postoperatorio cursó sin incidencias, retirándose el drenaje al segundo día. Se realizaron curas y cambios de los vendajes compresivos cada 3 días, autorizando el alta hospitalaria al 6.º



**Figura 3.** Interior de la lesión donde se visualizan septos fibrosos y tejido neocapsular.



**Figura 4.** Cierre de heridas y colocación de drenajes.

día en el caso de la segunda paciente y a las 48 horas en el primer paciente, tras la colocación de un media compresiva. Los controles evolutivos sucesivos fueron satisfactorios con seguimiento en consulta. Al mes y medio se evidenció una disminución importante del tamaño de la lesión, siendo posible el alta definitiva a los 6 meses de seguimiento.

## Discusión

El diagnóstico de las lesiones de Morel-Lavallée suele ser postraumático, pero en un tercio de los casos, como los presentados, se puede demorar,

incluso meses<sup>(2)</sup>. El tratamiento conservador es la primera opción de tratamiento en todas las lesiones de Morel-Lavallée de pequeño y mediano tamaño<sup>(3,4)</sup>, pero en aquellas de curso crónico los tratamientos iniciales pueden no ser eficaces. Según el algoritmo propuesto por Dawre *et al.*<sup>(5)</sup>, en las lesiones crónicas conviene realizar tratamientos esclerosantes para evitar su recidiva. Se pueden tratar mediante la infiltración de agentes esclerosantes (talco, alcohol, tetraciclinas, bleomicina)<sup>(4)</sup>, demostrando la doxiciclina ser segura y efectiva en la inducción de la obliteración de la cavidad del Morel-Lavallée<sup>(2,6)</sup>.

El uso de técnicas endoscópicas y cruentación neocapsular con sinoviotomo como coadyuvante en el tratamiento de estas lesiones unido a la infiltración agentes esclerosantes se demuestran como una opción terapéutica fácil, reproducible y mínimamente invasiva en lesiones de Morel-Lavallée persistentes y de gran tamaño.

## 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;21:35-43.
2. Dawre S, Lamba S, Sreekar H, Gupta S, Gupta AK. The Morel-Lavallée lesion: a review and proposed algorithmic approach. *Eur J Plast Surg.* 2012;35:489-94.
3. Bansal A, Bhatia N, Singh A, Singh AK. Doxycycline sclerodesis as a treatment option for persistent Morel-Lavallée lesions. *Injury.* 2013;44:66-9.
4. De Pablo Márquez B, Serra Gallego M, González Chavero D, Arévalo Genicio A. Seroma de Morel-Lavallée. *Semergen.* 2014;40(6):350-1.
5. Tseng S, Tornetta P 3rd. Percutaneous management of Morel-Lavallée lesion. *J Bone Joint Surg (Am).* 2006;88-A:92-6.
6. Penaud A, Quignon R, Danin A, Bahé L, Zakine G. Alcohol sclerodhesis: an innovative treatment for chronic Morel-Lavallée lesions. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64:262-4.