

**SEROMA POSTRAUMÁTICO
DE
MOREL-LAVALLÉE**

**Martinez Lampe, Alfredo Ezequiel; Landini,
Samanta Beatriz; Hernández, Graciela; Abalo
Araujo, Sebastián; Santamarina, Lucia; Brugna,
Jorge**

Contacto: ezequiel.lampe@cempenta.com.ar

Penta

**Centro de Estudios Médicos Penta. Comodoro
Rivadavia.**

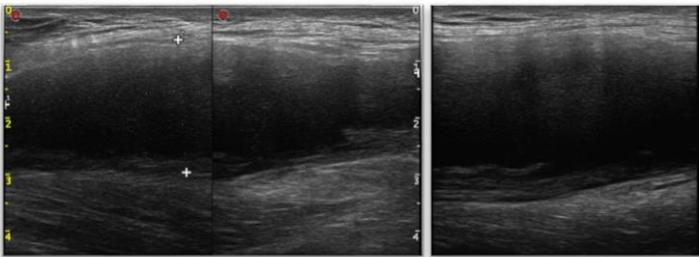
Póster Educativo: Músculo-esquelético.

Presentación del caso:

Se presenta el caso de un paciente varón de 32 años con tumoración palpable, indolora en región trocantérea izquierda de 3 años de evolución que se manifestó posterior a trauma directo en accidente automovilístico, sin cambios de tamaño significativos en ese lapso de tiempo.

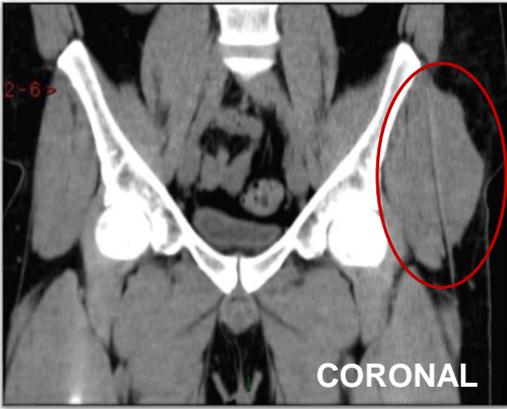
Hallazgos imagenológicos:

Ecografía: se aprecia una formación predominantemente anecoica de márgenes netos con ecos dispersos en su porción declive.

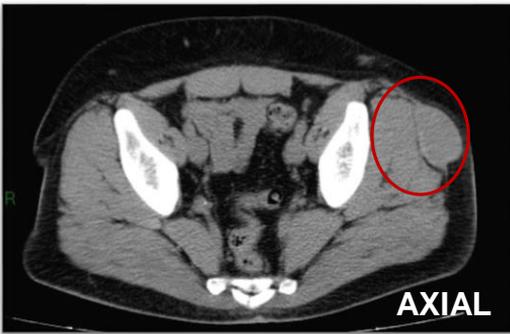


Colección anecoica y de márgenes circunscriptos, inmediatamente superficial a la fascia muscular.

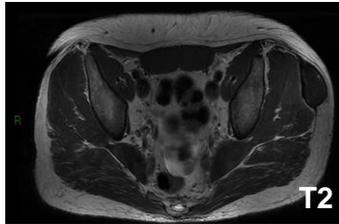
Tomografía computada: Colección isodensa con el músculo en topografía del tracto iliotalibial izquierdo, con probable contenido hemático.



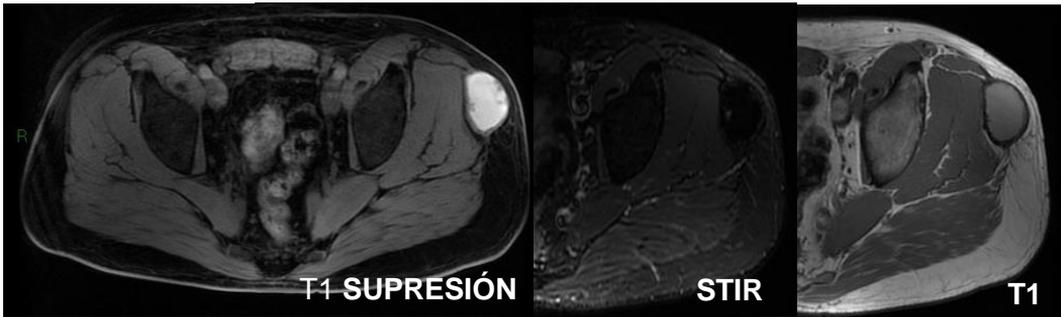
Colección isodensa con el músculo en topografía del tracto iliotalibial con probable contenido hemático.



Resonancia Magnética: Colección fusiforme, bien definida, que se extiende a lo largo del tracto iliotibial izquierdo (cintilla de Maissiat). Presenta señal hipointensa en secuencia T2 e hiperintensa en secuencia T1, sin cambios en secuencia con supresión grasa. Hallazgos en probable relación a colección hemática de curso crónico (Lesión Tipo III de la clasificación de Mellado-Bencardino).



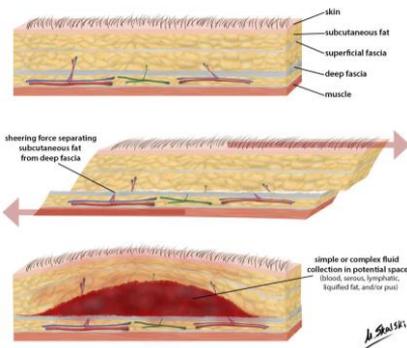
Colección semilunar bien definida que se extiende a lo largo del tracto iliotibial izquierdo.



Discusión:

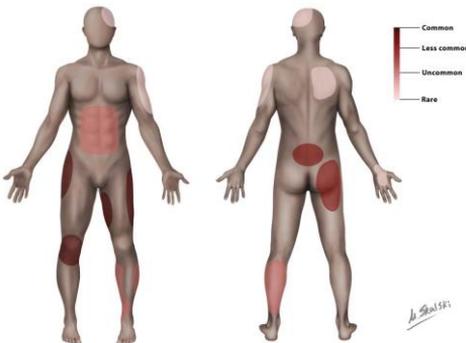
Este tipo de lesiones ocurren posterior a un traumatismo cuando la piel y el tejido celular subcutáneo son separados (avulsión) en forma abrupta de la fascia subyacente (Fig. 1).

El espacio virtual generado es posteriormente ocupado por líquido que puede variar desde seroso a francamente hemático y/o necrosis grasa. El tamaño de las lesiones es variable y puede resolver espontáneamente o encapsularse y persistir en el tiempo.



Mecanismo de avulsión en Morel-Lavallée.

Fig. 1. Extraído de: Bonilla-Yoon I, Masih S, Patel DB et-al. The Morel-Lavallée lesion: pathophysiology, clinical presentation, imaging features, and treatment options. Emerg Radiol.



Localizaciones más frecuentes.

Fig. 2. Extraído de: Bonilla-Yoon I, Masih S, Patel DB et-al. The Morel-Lavallée lesion: pathophysiology, clinical presentation, imaging features, and treatment options. Emerg Radiol.

Clasificación en RNM de lesiones de Morel-Lavallée según Mellado-Bencardino.

(Basada en forma, señal, tipo de realce y presencia o ausencia de cápsula).

	Características en RNM
Tipo I	Forma laminar y características similares a un seroma, con señal hiperintensa en T2.
Tipo II	Forma ovalada que se asemeja a un hematoma subagudo, con incremento de la señal en T1 y T2. Cápsula gruesa y realce variable.
Tipo III	Forma ovalada que se asemeja a un hematoma crónico organizado. Cápsula gruesa y realce interno/periférico.
Tipo IV	Forma lineal; similar a una laceración cerrada con señal hipointensa en T1 e hiperintensa en T2. Sin cápsula y con realce variable.
Tipo V	Pseudonodular, con forma redondeada y señal variable en T1 y T2. Cápsula delgada o gruesa; realce interno/periférico.
Tipo VI	Infectado. Señal variable en T1 y T2; pueden presentar trayectos fistulosos. Cápsula gruesa y realce interno/periférico.

Extraído de: Mellado JM, Bencardino JT. Morel-Lavallée lesion: review with emphasis on MR imaging. (2005) Magnetic resonance imaging clinics of North America. 13 (4): 775-82.

Conclusión:

Este tipo de lesiones de origen postraumático ocurren en el tejido celular subcutáneo superficial al plano muscular siendo característico de la región trocantérea.

La RNM es modalidad de elección en su caracterización.

El diagnóstico y manejo temprano es esencial, dado que la presencia de una cápsula prioriza la elección quirúrgica sobre el manejo conservador.

Bibliografía:

1. Gilbert BC, Bui-mansfield LT, Dejong S. MRI of a Morel-Lavallée lesion. *AJR Am J Roentgenol.* 2004;182 (5): 1347-8. *AJR Am J Roentgenol.*
2. Mellado JM, Pérez del palomar L, Díaz L et-al. Long-standing Morel-Lavallée lesions of the trochanteric region and proximal thigh: MRI features in five patients. *AJR Am J Roentgenol.* 2004;182 (5): 1289-94
3. Tejwani SG, Cohen SB, Bradley JP. Management of Morel-Lavallee lesion of the knee: twenty-seven cases in the national football league. *Am J Sports Med.* 2007;35 (7): 1162-
4. Morel-Lavallée. "Décollements traumatiques de la peau et des couches sous-jacentes." *Arch Gen Med*1863; 1:20 –38, 172–200, 300–332
5. Neal C, Jacobson JA, Brandon C et-al. Sonography of Morel-Lavallee lesions. *J Ultrasound Med.* 2008;27 (7): 1077-81.
6. Kalaci A, Karazincir S, Yanat AN. Long-standing Morel-Lavallée lesion of the thigh simulating a neoplasm. *Clin Imaging.* 31 (4): 287-91.
7. Mellado JM, Bencardino JT. Morel-Lavallée lesion: review with emphasis on MR imaging. *Magn Reson Imaging Clin N Am.* 2005;13 (4): 775-82.
8. Mukherjee K, Perrin SM, Hughes PM. Morel-Lavallee lesion in an adolescent with ultrasound and MRI correlation. *Skeletal Radiol.* 2007;36 Suppl 1: S43-5.
9. Takahara S, Oe K, Fujita H et-al. Missed massive morel-lavallee lesion. *Case Rep Orthop.* 30;2014: 920317.
10. Nair AV, Nazar P, Sekhar R et-al. Morel-Lavallée lesion: A closed degloving injury that requires real attention. *Indian J Radiol Imaging.* 2014;24 (3): 288-90.