



# Nota clínica

## Seroma de Morel-Lavallée

Marta Herreros Sáenz<sup>a</sup>, M.<sup>a</sup> Rosa Albañil Ballesteros<sup>b</sup>, Jorge Cabezudo Pedrazo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>MIR-Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España • <sup>b</sup>Pediatra. CS Cuzco. Fuenlabrada. Madrid. España. Grupo de Patología Infecciosa de la AEPap • <sup>c</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid. España.

Publicado en Internet:  
13-septiembre-2019

Marta Herreros Sáenz:  
marta.herreros@salud.madrid.org

### Palabras clave:

- Edema
- Hematoma
- Lesiones de tejidos blandos
- Seroma

### Resumen

El seroma de Morel-Lavallée consiste en una separación de la piel y el tejido celular subcutáneo con respecto a la fascia muscular, lo que origina un espacio que se rellena por líquido. Se presenta el caso de un niño de ocho años que acudió a nuestra consulta por tumefacción fluctuante tras antecedente traumático.

### Morel-Lavallée seroma

### Key words:

- Edema
- Hematoma
- Seroma
- Soft tissue injuries

### Abstract

Morel-Lavallée seroma consists of a separation of the skin and the subcutaneous cellular tissue from the muscular fascia, which originates a space that is filled by liquid. We present the case of an eight-year-old boy who went to our medical office for fluctuating swelling after traumatic antecedent.

## INTRODUCCIÓN

Ante una tumefacción fluctuante, dolorosa y con antecedente traumático nos debemos plantear un amplio diagnóstico diferencial, como puede ser necrosis cutánea, hematomas secundarios a coagulopatías, sarcomas de partes blandas, linfocel, seroma de Morel-Lavallée, infección de partes blandas e infección osteomuscular.

Para obtener un diagnóstico correcto desde Atención Primaria contamos con una correcta anamnesis, una exploración física exhaustiva y pruebas de imagen (radiografía simple, ecografía o resonancia magnética).

## CASO CLÍNICO

Niño de ocho años que acudió a la consulta del centro de salud por aumento de tamaño en el miembro inferior izquierdo tras sufrir un traumatismo.

En la anamnesis dirigida, los padres referían el antecedente de una caída hacía unos diez días, con traumatismo directo en dicha localización. Ha estado afebril en todo momento. Fue atendido en la ciudad costera donde se encontraban de vacaciones, donde no le realizaron ninguna prueba de imagen.

Cómo citar este artículo: Herreros Sáenz M, Albañil Ballesteros MR, Cabezudo Pedrazo J. Seroma de Morel-Lavallée. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21:271-3.

Nuestro paciente no refería antecedentes médico-quirúrgicos de importancia. No tenía alergias conocidas y estaba vacunado de forma correcta.

En la exploración presentaba una tumefacción de 8 cm en el miembro inferior izquierdo, dolorosa a la palpación, fluctuante y con aumento de temperatura local, sin datos de infección. El trofismo vascular y nervioso estaba conservado. El resto de la exploración física era normal.

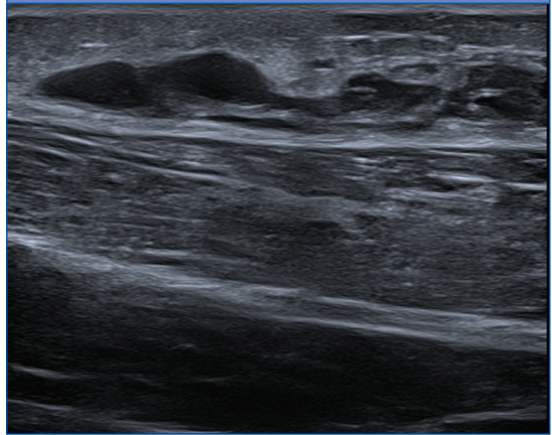
Ante estos hallazgos, se solicitó una radiografía de extremidad inferior izquierda (Fig. 1), en la que se observó un aumento de partes blandas y se descartó patología ósea.

Tras ello, se hizo una ecografía de partes blandas, en la que se observó una colección que medía  $7 \times 4 \times 0,6$  cm (Fig. 2) de diámetro con varias loculaciones y ecos en su interior, localizada en la unión entre la fascia y el tejido celular subcutáneo.

**Figura 1.** Radiografía de extremidad inferior izquierda en la que se observa aumento de partes blandas sin patología ósea



**Figura 2.** Ecografía de partes blandas. Región pretibial de la pierna izquierda donde se identifica una colección que mide  $7 \times 4 \times 0,6$  cm de diámetro, con varias loculaciones y ecos en su interior, localizada en la unión entre la fascia y el tejido celular subcutáneo



Los hallazgos ecográficos junto con el antecedente traumático directo eran sugerentes de un seroma de Morel-Lavallée.

El tratamiento en este caso fue conservador, aplicando medias compresivas, debido al tamaño de la lesión.

## DISCUSIÓN

El seroma de Morel-Lavallée (SML) fue descrito por primera vez en 1863 por un cirujano francés, quien lo describió como una acumulación de líquido en los tejidos blandos tras un antecedente traumático<sup>1</sup>. Consiste en la separación de la piel y el tejido subcutáneo de la fascia subyacente, lo que crea un espacio ocupado por contenido serohemático<sup>2</sup>.

Habitualmente los síntomas se manifiestan varios días después del traumatismo inicial<sup>3</sup>. Puede pasar desapercibido y generar complicaciones, como infección y necrosis cutánea; ello hace necesarios un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuados<sup>4</sup>.

El mecanismo que causa la lesión implica una contusión directa con impacto tangencial sobre los tejidos superficiales y sobre la fascia cerrada, generando un hematoma o un linfocele<sup>5</sup>.

El diagnóstico es clínico y se confirma con pruebas de imagen como ecografía, resonancia magnética o tomografía computarizada<sup>3,6,7</sup>.

Para el tratamiento del SML no hay modalidades de tratamiento establecidas. El tratamiento conservador, evitando traumatismos sobre la zona, con aplicación de vendaje de compresión, y analgesia con antiinflamatorios no esteroideos, se consideran la primera línea de tratamiento en pequeñas lesiones agudas sin fracturas óseas acompañantes. El drenaje percutáneo se puede utilizar para

tratar lesiones agudas más grandes que no se pueden resolver con tratamiento conservador<sup>8</sup>.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

### ABREVIATURAS

**SML:** seroma de Morel-Lavallée.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Morel-Lavallée M. Decollements traumatiques de la peau et des couches sous-jacentes. *Arch Gen Med.* 1863;8:20-38, 172-200, 300-32.
2. Chokshi FH, José J, Clifford PD. Morel-Lavallée lesion. *Am J Orthop (Belle Mead NJ).* 2010;39:252-3.
3. 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.
4. Powers ML, Hatem SF, Sundaram M. Morel-Lavallée lesion. *Orthopedics.* 2007;30:250, 322-3.
5. Tsur A, Galin A, Kogan L, Loberant N. Morel-Lavallee syndrome after crush injury. *Harefuah.* 2006;145:111-3.
6. Mukherjee K, Perrin SM, Hughes PM. Morel-Lavallee lesion in an adolescent with ultrasound and MRI correlation. *Skeletal Radiol.* 2007;36:S43-5.
7. Carroll JF. Morel-Lavallee lesions. MRI Web Clinic. En: *Radsourc* [en línea] [consultado el 22/07/2019]. Disponible en <http://radsourc.us/morel-lavallee-lesions/>
8. Van Gennip S, van Bokhoven SC, van den Eede E. Pain at the knee: the Morel-Lavallée lesion, a case series. *Clin J Sport Med.* 2012;22:163-6.