

Lesión de Morel-Lavallée en dorso de mano en un paciente militar en activo, a propósito de un caso.

Carreño Felices, MJ; Castillo Rodríguez, M; Díaz Venega, B; Martínez González, A; Núñez de Prado López, I
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", Centro Sanitario de Vida y Esperanza – Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

OBJETIVO

Descripción y estudio de un caso clínico y revisión de la literatura relacionada.

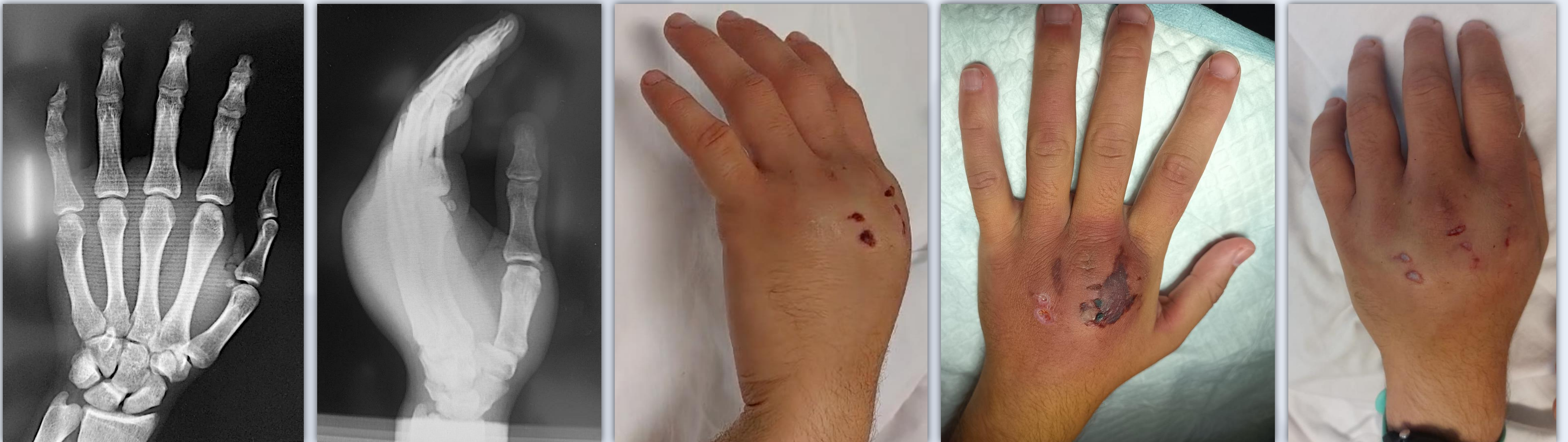
MATERIAL Y METODOLOGÍA

Paciente varón de 24 años que refiere dolor, limitación funcional e importante edema y hematoma en dorso de mano izquierda, tras atrapamiento de ésta entre una embarcación semirrígida (RHIB) y un buque de aprovisionamiento de combate (BAC). Refiere importante limitación para la extensión completa de muñeca y dedos. Impresión diagnóstica de **lesión de Morel-Lavallée** (MLL) en dorso de mano izquierda.

RESULTADOS

Se decide **tratamiento conservador** mediante analgesia y medidas físicas: compresión, miembro elevado, movilización frecuente de dedos, frío local los primeros días y, posteriormente, baños de frío y calor. A los 10 días, se inicia antibioterapia empírica (Amoxicilina / Ácido Clavulánico 875mg/125mg VO, cada 8 horas, durante 7 días), al presentar una herida en región dorso-central de la lesión, con leves signos de infección.

El paciente evoluciona favorablemente, presentando resolución completa a las 6 semanas, sin secuelas.



CONCLUSIONES

- La **Lesión de MLL** es una patología infrecuente causada por una fuerza de cizallamiento que separa la piel y tejido subcutáneo de la fascia subyacente, lo que resulta en la acumulación de líquido hemolinfático (fase aguda) o formación de material necrótico o tejido encapsulado (fase crónica). Se asocia a traumatismos directos o compresiones severas.
- Generalmente, **se localiza** en muslo, pelvis o rodilla; siendo el dorso de la mano una localización muy atípica (< 0'5 % de las lesiones de MLL; < 0'1 casos/100.000 habitantes/año).
- El **diagnóstico diferencial** debe incluir: fracturas, contusiones severas o hematomas. Siendo fundamental la sospecha clínica y el uso de pruebas complementarias (RM, TC o ecografía) para realizar un diagnóstico preciso.
- El **tratamiento conservador** (casos leves a moderados), incluye: compresión, frío local y drenaje percutáneo, si es necesario.
- El **tratamiento quirúrgico** (casos complejos o crónicos con mala evolución), incluye: desbridamiento abierto / endoscópico combinado con suturas percutáneas cutáneo-fasciales o la escleroterapia con tetraciclinas (como Doxiciclina), etanol o povidona yodada (inducen fibrosis y cierre del espacio potencial).
- Es fundamental realizar un seguimiento estrecho. Como **complicaciones**, destacan: síndrome compartimental, necrosis cutánea, infección, fibrosis, formación de quistes, dolor crónico o disestesias.