

Pseudoquiste de Morel-Lavallée posdermolipsectomía abdominal *Morel-Lavallée pseudocyst post abdominoplasty*

Carlos E. Van Thienen, Cristian D. Zaninovich, Cecilia L. Rodríguez, Silvana Suárez, Valeria Strobino, Ignacio Goyechea, Patricio F. Jacovella

Clínica Van Thienen
de Cirugía Plástica y
Reconstructiva de San
Isidro. Buenos Aires,
Argentina.

Correspondencia:
Patricio F. Jacovella.
E-mail: pjacovella@
gmail.com

La dermolipsectomía abdominal, sola o combinada con liposucción, es una de las técnicas quirúrgicas más frecuentes en cirugía estética del contorno corporal, con el fin de reducir el tejido excedente.

Como toda cirugía, el procedimiento no está exento de efectos indeseables ni complicaciones. Entre estas últimas, el seroma es el cuadro más frecuente y aparece habitualmente en el 5% de los casos. Otras entidades son hematomas, necrosis del tejido adiposo, infección local, dehiscencia de suturas cutáneas y cicatrización viciosa¹.

En el año 1853, Morel-Lavallée en Francia describió la formación de un pseudoquiste, como consecuencia de traumatismos tangenciales con separación de los planos subcutáneo y fascial en miembros inferiores²⁻⁴.

Con un mecanismo de producción similar, la necrosis grasa y los espacios muertos debidos al paso de cánulas de liposucción, en intervenciones combinadas para reducción del tejido cutáneo y adiposo, facilitan la formación de colecciones líquidas que se encapsulan, en un intento del organismo de aislarlas.

Incluso en las dermolipsectomías sin aspiración de grasa, el deslizamiento entre los colgajos cutáneos y las fascias abdominales subyacentes puede generar pseudoquistes de gran tamaño.

De conformidad con lo expuesto, son los objetivos de la presentación: proponer la meto-

dología de diagnóstico de pseudoquiste de pared abdominal posdermolipsectomía y estimar la eficacia del protocolo de tratamiento en esta infrecuente complicación.

Se presentan dos casos clínicos, asistidos en la Clínica Van Thienen de Cirugía Plástica, San Isidro, República Argentina, entre los años 2000 y 2005.

Caso N° 1

Paciente de sexo femenino, de 53 años, 90 kg de peso e índice de masa corporal (IMC) de 27, en quien se realizó una dermolipsectomía abdominal con transposición del ombligo, combinada con lipoaspiración de abdomen y flancos. Durante el posoperatorio, la paciente tuvo compresión elástica de la zona, con gomaespuma y trusa de sostén. Fue dada de alta sin complicaciones, con un resultado estético aceptado.

Al quinto mes de evolución posoperatoria presentó un tumor palpable, firme, de 12 x 5 x 5 cm a nivel supraumbilical (Figs. 1 y 2). Ante la sospecha de seroma se le realizaron ecografía y resonancia magnética (RM). Ambos estudios arrojaron como diagnóstico una imagen compatible con pseudoquiste (Fig. 3). Con el fin de precisar el contenido se procedió a la punción del tumor y como resultado se obtuvo un líquido serohemático negativo para gérmenes.

Caso N° 2

Paciente de 45 años, peso 70 kilos e IMC de 25. Se le realizó una dermolipsectomía, con descenso interno del ombligo de 2 centímetros, sin creación de neoombligo y sin liposucción. A los seis meses de evolución presentó un tumor bien visible y palpable, de consistencia firme y de 10 x 10 x 5 cm. Ante la sospecha del pseudoquiste se procedió de manera similar al caso anterior en cuanto a métodos de diagnóstico.

Con el diagnóstico presuntivo de pseudoquiste de Morel-Lavallée se realizó un abordaje quirúrgico y se procedió a la resección total de los tumores, cuyos estudios histopatológicos confirmaron el diagnóstico en ambos casos (Fig. 4).

Posteriormente a la resección, en las dos pacientes se procedió al cierre por planos, para evitar la aparición de nuevos seromas.

Recibido el
22 de septiembre de
2015

Aceptado el
17 de diciembre de 2015

FIGURA 1



Abombamiento abdominal por masa ocupante en vista frontal

FIGURA 2



Abombamiento abdominal por masa ocupante en vista oblicua

FIGURA 3

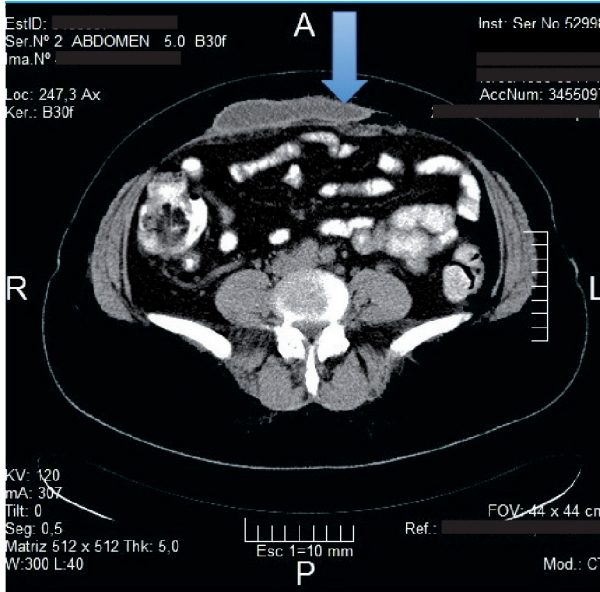
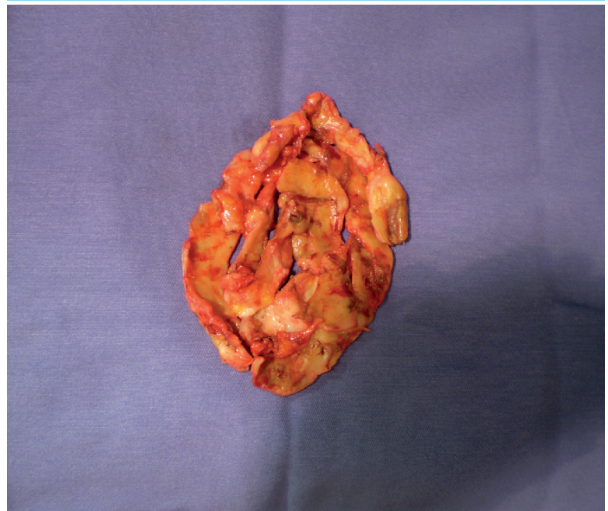


Imagen a nivel supraaponeurótico anterior, sospechosa de pseudoquiste por el antecedente de la intervención.

FIGURA 4



Pseudoquiste reseca

En el primer caso se realizó un cierre a nivel de la cicatriz anterior, con mínima resección de piel. En el segundo caso, además de la resección, fue necesario transformar la primera intervención en una dermolipectomía abdominal con transposición del ombligo, de manera clásica.

En ambos casos se dejaron tubos de avenamiento durante una semana.

El seguimiento a un año no mostró nuevas complicaciones.

La afección se conoce con diferente terminología: lesión de Morel-Lavallée, quiste postraumático de los tejidos blandos, pseudoquiste, extravasación y efusión con nombre propio del autor².

Se trata de una lesión de los tejidos blandos y consiste en una separación abrupta de la piel y el tejido celular subcutáneo respecto de la fascia muscular, por lo cual se crea un espacio que se llena de líquido por la ruptura de las arterias perforantes y del plexo linfático, así como de grasa licuada. Lo más común es encontrarla en pacientes que presentan fracturas pélvicas o secundarias a un traumatismo de alta energía con mecanismo tangencial en la región trocantérea, aunque se han informado casos en traumatismos de baja energía sin fractura e incluso como lesión deportiva.

La característica es que aparece en forma paulatina después de varios días del traumatismo, por lo que suele pasar inadvertida en la exploración inicial y puede ser causa de complicaciones como infección y necrosis cutánea, y convertirse en un caso médico-legal⁵ al no ser advertida inicialmente y, más todavía, si se trata de una complicación de una cirugía estética⁶.

En cuanto al mecanismo detallado de producción, en el caso de las dermolipectomías abdominales, se considera similar. Para interpretarlo es importante recordar aspectos morfológicos de la fascia de Scarpa, hito fundamental en la pared abdominal, que divide el

tejido celular subcutáneo en dos capas, superficial y profunda.

Al respecto, Llanos y cols.⁷ proponen reparar el defecto creado en las abdominoplastias, mediante la sutura de las capas de la mencionada fascia, como intento de disminuir la fricción entre las estructuras subyacentes para disminuir la aparición de seromas y, por consiguiente, evitar la formación de pseudoquistes.

Una de las técnicas más conocidas para intentar disminuir la aparición de seromas, que sentó precedentes, fue la aplicación de los llamados "puntos de Baroudi"⁸. Tiene como sustento, el principio ya expresado de evitar el espacio muerto entre el colgajo cutáneo y las superficies subyacentes.

Saldanha⁹, con su técnica de menor superficie disecada y sin liposucción en la dermolipectomía, registra menor porcentaje de aparición de seromas, y el concepto concuerda con los principios ya expresados. Santamaría¹⁰ presenta su estudio comparando los puntos de Baroudi⁸ con la aplicación de fibrina intraoperatoria antes del cierre, y propone tratamiento combinado como procedimiento para disminuir el espacio muerto mencionado.

Sadeghi¹¹ informa estadística de seromas en zonas dadoras de colgajos libres abdominales para reconstrucción mamaria. Manifiesta que los seromas aparecieron hasta 2 años después de la operación y fue necesario punzarlos.

Stewart¹ muestra una interesante serie de 278 casos de dermolipectomía abdominal en un período de 5 años, con las siguientes complicaciones: seroma (5%), hematoma (3%), infección (3%), necrosis cutánea o grasa (2,5 %) y retardo en la cicatrización (2%).

Zecha⁴ se refiere a dos casos de pseudoquiste en la pared abdominal, en concordancia con la presentación de los autores.

Roje y cols.¹² proponen un protocolo de tratamiento fundamentado, para el diagnóstico y tratamiento de la pseudobursa, en concordancia con los casos presentados en este estudio.

En síntesis, todas las maniobras dentro y fuera del quirófano para intentar disminuir los mecanismos de producción de seromas constituyen una manera de evitar la aparición de pseudoquiste. Es muy importante, durante el posoperatorio, mantener una presión con láminas de gomaespuma sobre la piel del abdomen, para disminuir el espacio muerto y contribuir con los pasos operatorios de la técnica reglada.

La ecografía abdominal orienta en el diagnóstico y el tratamiento es la resección total del pseudoquiste, en concordancia con los autores citados. En síntesis, ante una tumoración dolorosa en la zona abdominal, después de una dermolipectomía con liposucción o sin ella, es importante pensar en este cuadro y proceder con la metodología diagnóstica propuesta.

La formación del pseudoquiste de Morel-Lavallée es una complicación infrecuente, con escasa referencia en la bibliografía internacional, secundaria a la formación de hematomas o seromas, o de ambos, en el posoperatorio mediato y a largo plazo de la dermolipectomía abdominal. Es importante sospechar el cuadro ante tumoraciones posoperatorias. La ecografía y la RM son los métodos de elección para su diagnóstico. El tratamiento de elección es la resección completa del tumor.

Referencias bibliográficas

1. Stewart KJ, Stewart DA, Coghlan B, Harrison DH, Jones BM, Waterhouse N. Complications of 278 consecutive abdominoplasties. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2006; 59:1152-5.
2. De la Torre Martínez D. Lesión de Morel-Lavallée. www.medigraphic.org.mx. 2013; 9 : 93-98. Acceso, abril de 2015.
3. Fernández García A, Fernández Pascual C, Santoyo Gil-López F, Alonso Rosa S. Pseudoquiste de Morel-Lavallée tras abdominoplastia sin lipoaspiración. *Cir Plast Iberolatinoam.* 2009;35:163-8.
4. Zecha PJ, Missoten FE. Pseudocyst formation after abdominoplasty-extravasations of Morel-Lavallée. *Br J Plast Surg.* 1999; 52:500-2.
5. Luta V, Enache A, Costea C. Posttraumatic Morel-Lavallée seroma: clinic and forensic implications. *Rom J Leg Med.* 2010; 18:31-6.
6. Jacovella PF, Kennedy R. Buena mala praxis médica en cirugía estética. Buenos Aires: Ad Hoc; 2004. p. 52-5.
7. Llanos S, Macan F, Llanos P, Llanos S. Incidencia de seroma posoperatorio tras reparación de la fascia de Scarpa en abdominoplastia- liposucción. *Cir Plast Iberolatinoam.* 2013; 39:129-36.
8. Baroudi R, Ferreira CA. Seroma: how to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J.* 1998; 18:439-41.
9. Saldanha OR, Pinto EB, Matos WN, Lucon RL, Magalhães F, Bello EM. Lipoabdominoplasty without undermining. *Aesthetic Surg J.* 2001; 21:518-26.
10. Santamaría JH. Fijación del colgajo abdominal, puntos de Baroudi frente a fibrina: estudio preliminar en 20 pacientes. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva.* 2010; 16:24-5.
11. Sadeghi A, Malata C. Persistent Seromas in Abdominal Free Flap Donor Sites After Postmastectomy Breast Reconstruction Surgery: Case Reports and Literature Review. *Eplasty.* 2013; 13:24e.
12. Roje Z, Roje Z, Karamovic N, Utrobiec I. Abdominoplasty complications: a comprehensive approach for the treatment of chronic seroma with pseudobursa. *Aesthetic Plast Surg.* 2006; 30:611-5.