

Lesão de Morel-Lavallée em quadril: um relato de caso

Morel-Lavallée lesion in the hip: a case report

DOI:10.34119/bjhrv5n6-032

Recebimento dos originais: 06/10/2022

Aceitação para publicação: 08/11/2022

Adauto Francisco Lara Junior

Graduado em Ortopedia e Traumatologia

Instituição: Hospital Semper - Belo Horizonte

Endereço: Alameda Ezequiel Dias 389, Belo Horizonte - MG

E-mail: kikogalo@bol.com.br

Alex Fabiano Dias Pinto

Mestre Ortopedia e Traumatologia

Instituição: Hospital Francisco José Neves - Unimed BH

Endereço: Avenida do Contorno 3097, Belo Horizonte - MG

E-mail: alexortopediaquadril9699@gmail.com

Cleiber Frederico Botta

Residente em Ortopedia e Traumatologia

Instituição: Hospital Semper - Belo Horizonte

Endereço: Alameda Ezequiel Dias 389, Belo Horizonte - MG

E-mail: cfbota@yahoo.com.br

César Augusto Silva

Residente em Ortopedia e Traumatologia

Instituição: Complexo Hospitalar São Francisco - Belo Horizonte

Endereço: Rua Crucis, 50, Belo Horizonte - MG

E-mail: cesarfamed5@gmail.com

RESUMO

A Lesão de Morel-Lavallée (LML) é uma lesão que se apresenta como desenlramento de tecido subcutâneo e pele sobre a fáscia muscular. Apresenta-se aqui caso clínico de paciente de 51 anos, sexo feminino com lesão em quadril.

Palavras-chave: lesão de Morel-Lavallée, ortopedia, quadril.

ABSTRACT

The Morel-Lavallée lesion (MLL) is a lesion that presents as exposure of subcutaneous tissue and skin over the muscle fascia. We present here a clinical case of a 51-year-old female patient with a hip injury.

Keywords: Morel-Lavallée lesion, orthopedics, hip.

1 INTRODUÇÃO

A Lesão de Morel-Lavallée (LML) é uma entidade clínica comum descrita pela primeira vez em 1848 pelo cirurgião francês Victor Auguste François Morel-Lavallée e é compreendida hoje como o desenlramento de tecido subcutâneo e pele sobre a fáscia muscular produzido por forças de cisalhamento típica em traumas de natureza contusa em regiões de protuberâncias ósseas e sua origem por um tumor de partes moles secretivas é rara.

2 RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, etnia negra, 51 anos, obesa é admitida em hospital terciário de Belo Horizonte, MG, no dia 28/04/2022 apresentando lesão cística elástica em região do quadril esquerdo previamente puncionada e reccionada medindo 30cm em sua maior dimensão (30x5x10 cm com volume estimado de 1,5 litros). Queixa de dor moderada em região do quadril esquerdo dificultando a deambulação e impossibilitando deitar-se em decúbito lateral esquerdo. Nega tabagismo, nega etilismo, nega comorbidades e história familiar negativa para condições oncológicas. A hipótese diagnóstica foi de LML causando desenlramento por secreção de tumor de partes moles. Paciente foi submetido à ressecção em bloco de partes moles no dia 30/04/2022 e o material foi enviado para estudo anatomopatológico para identificação da histologia do tumor. Alta fornecida no dia 01/05/2022 sem intercorrências durante sua internação.

3 DISCUSSÃO

A LML é uma entidade clínica tipicamente atribuída ao politrauma ou ao trauma cirúrgico, apresentando similaridade a um seroma quando em menor volume. A história natural normalmente aponta para o carácter benigno e bom prognóstico dos pacientes, contudo, o volume da lesão e a característica reccionante são incomuns e alertas para condições patológicas. Em estudo multicentrico de 8 anos de duração, foi visto a prevalência da LML em 0,7% dos traumas automobilísticos e em 12,2% das fraturas pélvicas. A indicação de abordagem cirúrgica se restringe a lesões crônicas e com formações complexas intracísticas, sendo demais casos tratados com compressões ou drenagem com agulhas de 12 a 14 French (French X 0,33=mm) em casos nos quais for optado pela terapia minimamente invasiva.

4 CONCLUSÃO

As LML devem ser tratadas com devida atenção e não deve ser descartada a hipótese de lesões oncológicas como a causa em casos de reolecção ou cistos complexos, sendo necessária a citologia do líquido e a biopsia da lesão.

REFERÊNCIAS

- Wilson S, Kottmeir SA, Born CT, Hanks GA, Iannacone WM. The Morel-Lavallée lesion: a clinical series of 10 patients. *Orthop Trans.* 1992;16:49-50.
- Hak DJ, Olson SA, Matta JM. Diagnosis and management of closed internal degloving injuries associated with pelvic and acetabular fractures: the Morel-Lavallée lesion. *J Trauma.* 1997;42(6):1046-51.
- Mellado JM, Pérez del Palomar L, Díaz L, Ramos A, Saurí A. 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.
- Tseng S, Tornetta P 3rd. Percutaneous management of Morel-Lavallee lesions. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88(1):92-6.
- Parra JA, Fernandez MA, Encinas B, Rico M. Morel-Lavallée effusions in the thigh. *Skeletal Radiol.* 1997;26(4):239-41.
- Gilbert BC, Bui-Mansfield LT, Dejong S. MRI of a Morel-Lavallée lesion. *AJR Am J Roentgenol.* 2004;182(5):1347-8.
- Puig J, Pelaez I, Baños J, Balliu E, Casas M, Maroto A, et al. Long-standing Morel-Lavallée lesion in the proximal thigh: ultrasound and MR findings with surgical and histopathological correlation. *Australas Radiol.* 2006;50(6):594-7.
- Luria S, Applbaum Y, Weil Y, Liebergall M, Peyser A. Talc sclerodhesis of persistent Morel-Lavallée lesions (posttraumatic pseudocysts): case report of 4 patients. *J Orthop Trauma.* 2006;20(6):435-8.
- Carlson DA, Simmons J, Sando W, Weber T, Clements B. Morel-lavallée lesions treated with debridement and meticulous dead space closure: surgical technique. *J Orthop Trauma.* 2007;21(2):140-4.
10. Powers ML, Hatem SF, Sundaram M. Morel-Lavallee lesion. *Orthopedics.* 2007;30(4):250, 322-3.