

Pseudoquiste de Morel-Lavallée posdermolipectomía abdominal

Morel-Lavallée pseudocyst post abdominoplasty

Al Sr. Director

Por la presente me dirijo a Ud. a los efectos de realizar unos comentarios sobre el artículo: "Pseudoquiste de Morel-Lavallée posdermolipectomía abdominal", publicado como Carta científica, por el Dr. Carlos E. Van Thienen y cols. en la Rev Argent Cirug. 2016;108(1):26-8.

Considero que la interpretación de un pseudoquiste posdermolipectomía con lipoaspiración o sin ella, como pseudoquiste de Morel-Lavallée, merece una aclaración conceptual y patológica.

A mediados del siglo XIX, Morel-Lavallée describe la aparición de un pseudoquiste, cuyo origen es específicamente traumático, con un volumen y composición variables (más hemático que linfático o viceversa), con aditivos de tejido graso y conjuntivo "arrancados" del plano celuloadiposo del tejido celular subcutáneo.

Su fisiopatología es prácticamente idéntica a la del pseudoquiste posquirúrgico, pero su patogenia es radicalmente distinta.

El mecanismo de producción, por definición y patogenia, es distinto. El posquirúrgico se produce siempre por una solución de continuidad en la piel (sea por una incisión o por punciones aspirativas), es decir, existe siempre un traumatismo abierto, que el cirujano provoca al disecar y despegar en forma controlada.

Por el contrario, el pseudoquiste de Morel-Lavallée carece de estas características patogénicas: aparece siempre tras un traumatismo cerrado, sin solución de continuidad en la piel aunque haya sufusiones hemorrágicas. Constituye, pues, un traumatismo contuso de 2º grado, que puede desencadenar gangrena e infección de tejidos blandos.

Este traumatismo incide sobre la superficie de la piel con un ángulo extremadamente obtuso, agrediendo de forma tangencial a dicha superficie, cizallándola por la acción de la energía cinética transmitida por el impacto contuso sobre la epidermis, dermis y celular subcutáneo, sobre todo cuando el manto de piel asienta sobre superficies aponeuróticas resistentes como el muslo o la pelvis. Este sobredeslizamiento brusco genera desgarros masivos de vasos y capilares arteriales y venosos y de frágiles linfáticos. Estos fenómenos culminan con la aparición del pseudoquiste de Morel-Lavallée.

Es mi opinión, por lo expuesto, que la complicación expresada por los autores corresponde a un pseudoquiste posoperatorio. Atentamente.

Dr. Carlos A. Cano (MAAC)

Miembro de la Asociación Argentina de Hernia

Respuesta de los autores

Estimado colega:

Ante todo, gracias por haber leído el artículo y enviar sus comentarios.

Al respecto, si bien es cierto que Morel-Lavallée describió el cuadro como postraumático (cita número 3), con sus implicaciones clínicas y médico-legales, varios autores lo señalan como complicación o efecto no deseado en casos de abdominoplastia. Así lo presentan en diferentes artículos (citas 1, 2, 4 y 5), donde se comentan casos como los publicados en el artículo en cuestión.

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 facial en miembros inferiores. 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 dermolipectomías abdominales, el deslizamiento entre los colgajos cutáneos y las fascias abdominales subyacentes, por el movimiento muscular, pueden generar pseudoquistes de gran tamaño.

Invito a la lectura detenida de las publicaciones mencionadas, con el fin de aunar criterios.

Agradezco nuevamente su opinión al respecto y espero que sea publicada.

Atentamente.

Dr. Carlos E. Van Thienen

cvanthienen@clivcivanthienen.com

Referencias bibliográficas

1. 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.
2. Llanos S, Macan F, Llanos P, Llanos S. Incidencia de seroma post operatorio tras reparación de la fascia de Scarpa en abdominoplastia-lipoaspiración. *Cir Plast Iberolatinoam*. 2013;39:129-36.
3. Luta V, Enache A, Costea C. Posttraumatic Morel-Lavallée seroma: clinic and forensic implications. *Rom J Leg Med*. 2010;18:31-6.
4. Roje Z, Roje Z, Karamovic N, Utrobicic I. Abdominoplasty complications: a comprehensive approach for the treatment of chronic seroma with pseudobursa. *Aesthetic Plast Surg*. 2006;30:611-5.
5. Zecha PJ, Missoten FE. Pseudocyst formation after abdominoplasty-extravasations of Morel-Lavallée. *Br J Plast Surg*. 1999;52:500-2.