

Carta al editor

# HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO

## Chronic subdural hematoma

PAULA ROMÁN-PENA 

*Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico de Santiago de Compostela. Departamento de cirugía y especialidades médico-quirúrgicas. Santiago de Compostela. España.*

ALEJANDRO DOVAL-RODRÍGUEZ

*Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico de Santiago de Compostela. Departamento de cirugía y especialidades médico-quirúrgicas. Santiago de Compostela. España.*

BRAIS RODRÍGUEZ-BOTANA 

*Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico de Santiago de Compostela. Departamento de cirugía y especialidades médico-quirúrgicas. Santiago de Compostela. España.*

MIGUEL GELABERT GONZÁLEZ 

*Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico de Santiago de Compostela. Departamento de cirugía y especialidades médico-quirúrgicas. Santiago de Compostela. España.*

**Autor de correspondencia:** Prof. Miguel Gelabert-González  
Mail: miguel.gelabert@usc.es

**Recibido:** 26/09/2021  
**Aceptado:** 30/09/2021

### Señor Editor:

Hemos leído con interés el reciente caso clínico presentado por Piedra-Herrera & Acosta-Piedra (2021), titulado: Hematoma subdural crónico, y nos gustaría hacer algún comentario en base a la experiencia de nuestro grupo en este tipo de lesiones (Gelabert-González *et al*, 2001) (Castro-Rodríguez *et al*, 2016).

En primer lugar, coincidimos totalmente con la afirmación de los autores de que el hematoma subdural crónico (HSC) está experimentando un crecimiento muy importante en su frecuencia, debido a la mayor esperanza de vida de la población, observándose este fenómeno más acusado cuanto mayor sea el grado de desarrollo del país. La tasa bruta anual oscila entre 5-10 casos/10<sup>5</sup> habitantes y los 127 casos en los pacientes mayores de 80 años (Castro-Rodríguez *et al*, 2016). Además, se calcula que en los EEUU en el año 2030 se operaran unos 60.000 casos de HSC y será la patología neuroquirúrgica más frecuente (Miranda *et al*, 2011).

En cuanto a su origen, el HSC se produce por un acumulo lento de sangre y productos de degradación de esta en el espacio subdural, concretamente en una capa denominada de «células fronterizas durales», y que al disponer de escasas conexiones intercelulares hacen que sea propensa a desdoblarse y acoger el HSC. Para que se desarrolle, es necesario que se conjunten uno o varios factores, siendo el más importante la atrofia cerebral, característica de los ancianos y los alcohólicos, y un factor desencadenante traumático. El origen de la hemorragia se localiza en las venas puente transcurren hacia corteza cerebral atravesando la capa de células fronterizas que se abre y se produce una respuesta reparadora mediada por la proliferación celular y la formación de tejido de granulación con fibras de colágeno. El hematoma crece por la formación de una reacción inflamatoria local, con hiperfibrinolisis, altos niveles locales de activador del plasminógeno tisular y la producción de factores angiogénicos que promueven la neovascularización de la membrana, produciéndose nuevas hemorragias debido a la fragilidad de los neocapilares (Gelabert-González *et al*, 2015).

Por último y con relación al tratamiento del HSC, nosotros somos partidarios de hacer siempre un tratamiento con cirugía, siendo la regla de oro para tratar estas lesiones uno o dos agujeros de trepano, seguido de un lavado exhaustivo con suero fisiológico del espacio subdural y colocar un drenaje subdural durante 24-48 horas. Actualmente la embolización de la arteria meníngea media se ha mostrado como una alternativa en el HSC al tratarse de una técnica poco invasiva, con resultados muy eficaces y escasas complicaciones (Martínez-Pérez *et al*, 2020). Otras terapias como la dexametasona son muy controvertidas y en un meta-análisis sobre 34.829 pacientes, se concluye que los glucocorticoides no están indicados como tratamiento adyuvante de la cirugía, ya que incrementan la morbilidad (Almenawer *et al*. 2014).

## Referencias

- Almenawer S.A., Farrokhyar, C., Hong, C., Alhazzani, W., Manoranjan, B., Yarascavitch B, et al. (2014). Chronic subdural hematoma management: A systematic review and meta-analysis of 34829 patients. *Annals of Surgery*. 259 (3), 449–457. <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000000255>
- Castro-Rodríguez, C., Román-Pena, P., Arán-Echabe, E. & Gelabert-González, M. (2016). Hematoma subdural crónico en pacientes muy ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 51(6), 309-316. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.05.003>
- Gelabert-González, M., López-García, E., & Fernández-Villa, J. (2001). Chronic Subdural Hematoma Treated by Burr Holes and Closed Drainage System: A Review of 630 Cases. *Med Principl Practice*, 10 (1), 41-47. <https://doi.org/10.1159/000050338>
- Gelabert-González, M., Rico-Cotelo, M. & Arán-Echabe, E. (2015). Hematoma subdural crónico. *Med Clí (Barc)*, 144 (11), 514-519. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.01.006>
- Martínez-Pérez, R.; Rayo, N.; Tsimpas, A. (2020). Embolización endovascular de la arteria meníngea media para el tratamiento de hematomas subdurales crónicos: efectividad, seguridad y controversia actual. Revisión sistemática. *Neurología*. En prensa. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.023>
- Miranda, L.B., Braxton, E., Hobbs, J. & Quigley, M.R. (2011). Chronic subdural hematoma in the elderly: Not a benign disease. *Journal of Neurosurgery*, 114 (1), 72–76. <https://doi.org/10.3171/2010.8.JNS10298>
- Piedra Herrera, B. C., & Acosta Piedra, Y. (2021). Hematoma subdural crónico: Reporte de caso. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 8(2), 1-7. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i2.666>