

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS CHIAPAS

MATERIA: DISEÑO EXPERIMENTAL

**DOCENTE: DR SAMUEL ESAÚ FONSECA
FIERRO**

ALUMNO: MARCOS GONZÁLEZ MORENO

SEMESTRE Y GRUPO: 4°A

TEMA:

“HEMATOMA SUBDURAL CRONICO”

Hematoma subdural crónico

La hemorragia que inunda el espacio subdural resultante de un trauma inicial a nivel de las venas puente de la duramadre condiciona la aparición en menos de 24 horas de una fina capa de fibrina con migración y proliferación de fibroblastos que promueven la formación de una membrana que cubre el hematoma formado alrededor del cuarto día. Esta membrana externa o parietal aumenta de tamaño de manera exponencial mientras los fibroblastos invaden el hematoma formando una nueva membrana interna o visceral durante las siguientes dos semanas. Es a partir de entonces que la aparición de fagocitos da inicio al proceso de licuefacción. En este momento el hematoma se reabsorbe de manera espontánea o crece de manera lenta y silente hasta debutar clínicamente meses de resumen respecto al hematoma subdural crónico, las opciones terapéuticas son diversas: van desde una craneostomía con un minitrépano en la cabecera del paciente, hasta una craneotomía amplia con marsupialización de las membranas del hematoma.

La craneostomía convencional ha sido el procedimiento más utilizado en el manejo del hematoma subdural crónico durante los últimos 20 años y se relaciona con menor invasividad, así como menor presencia de complicaciones en las personas de edad avanzada. Aun así, la craneotomía sigue siendo la técnica quirúrgica con menor tasa de recurrencia. Tuvimos un índice de reintervenciones de 22 %, similar a lo informado en la literatura. Las complicaciones más encontradas fueron hematoma residual en 18 % y neumoencéfalo en 11 %. La mayoría de las reintervenciones fueron en pacientes con más de dos meses de evolución del trauma, quizá en relación con el tiempo de formación de las membranas del hematoma. Tuvimos mortalidad de 2 %, menor a la indicada en la literatura.

Hasta aquí, el proceso se encuentra bien descrito. La teoría más aceptada que explica el crecimiento del hematoma subdural es el sangrado recurrente de vasos anormales y turgentes, condición comprobada por el estudio de Ito y colaboradores. La afirmación de que la existencia de varios procedimientos quirúrgicos para resolver una sola entidad patológica indica que ninguno es adecuado, no es necesariamente exacta. En el hematoma subdural crónico se ha publicado más de una revisión confrontando las diversas técnicas quirúrgicas empleadas en su manejo. El problema radica en que, siendo estrictos, no se ha realizado ningún estudio prospectivo aleatorizado para determinar el abordaje más adecuado. De hecho, casi la totalidad de los estudios disponibles son clase III. La carencia de estudios clase I y escasez de estudios que provean evidencia clase II dificulta en extremo la aplicación de cualquier procedimiento estadístico para un meta análisis. Por ende, cualquier publicación al respecto solo puede arrojar recomendaciones tipo C. Las limitantes metodológicas no terminan allí, pues la selección del idioma y el origen de los estudios son arbitrarios en las revisiones informadas. Bases de datos como Medline, por citar un ejemplo, suelen ofrecer series de casos o reportes con resultados positivos, excluyendo generalmente los negativos.

Frente a este escenario poco consensuado, las opciones terapéuticas son amplias: van desde una craneotomía con un minitrépano en la cabecera del paciente hasta una amplia craneotomía con marsupialización de las membranas del hematoma. Con un índice de recurrencia de 9.2 a 26.5 %.⁵ Ante esta perspectiva, decidimos estudiar y describir de manera retrospectiva a 100 pacientes consecutivos sometidos a uno y otro procedimiento estandarizado, para obtener los datos correspondientes a la población atendida por parte de nuestra institución.