

M. Gelabert González*, D. Castro Bouzas
y R. Serramito García

Servicio de Neurocirugía, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Departamento de Cirugía, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguel.gelabert@usc.es
(M. Gelabert González).

doi:10.1016/j.nrl.2011.10.017

Tratamiento mínimamente invasivo del hematoma subdural crónico del adulto. Resultados en 116 pacientes. Respuesta de los autores

Minimally invasive treatment of chronic subdural haematoma in adults. Results in 116 patients. Response by the authors

Sr. Editor:

Hemos leído la Carta al Editor enviada y con gusto haremos las aclaraciones correspondientes.

Somos conscientes de que un hematoma subdural crónico puede ser definido por su tiempo de evolución y en algún porcentaje puede presentar imágenes mixtas o isodensas. Sin embargo, en nuestro estudio se tomaron los pacientes que presentaban imágenes típicas de hematomas subdurales (hipodensas) o multiloculadas, debido a que para aplicar la técnica de PTO se requiere que el hematoma haya pasado por la etapa de fibrinólisis y, por lo tanto, la sangre se encuentre en estado de licuefacción¹. De hecho, estudios en técnicas microinvasivas mostraron que la técnica es más útil en pacientes con imágenes hipodensas².

La técnica descrita (PTO) es una técnica microinvasiva muy similar al *twist drill*, pero la PTO se realiza con un catéter sobre una aguja estéril (abocath) de 14 G, que corresponde a 1,63 mm. Además, no se requiere de un taladro para realizarla.

En cuanto al análisis de letalidad, nuestra intención fue describir la letalidad global de la serie, motivo por el cual incluimos a los 127 pacientes. Hemos considerado la observación y decidimos calcular la letalidad en los pacientes que fueron sometidos a PTO. La letalidad en internación (pacientes en PTO) fue del 4,3% (5/116) y a los 6 meses de 12% (14/116).

En cuanto a la tasa de fracaso, debemos hacer la siguiente aclaración. Desde nuestro punto de vista, hemos considerado fracaso de la técnica a la necesidad de recurrir a técnicas más invasivas como orificios de trépano o craneo-

tomía (17% en nuestra serie). Como lo expresamos en el artículo original, el requerimiento de más de una punción no implica mayor riesgo ni complicaciones para el paciente, por lo tanto, se podría hablar de drenaje «incompleto» en los pacientes que no respondieron a la primera PTO.

En cuanto al tratamiento repetimos y planteamos la necesidad de un estudio prospectivo y aleatorizado para establecer cuál es el más idóneo. Si bien en la literatura existe un gran número de publicaciones que proponen los orificios de trépano como la primera opción terapéutica, existen otras opciones cuya elección, como técnica inicial, dependen del tipo, edad y comorbilidades del paciente, así como de la experiencia del neurocirujano.

Para finalizar, nuestra intención fue comunicar nuestra experiencia y que, a falta de estudios clase I o II que determinen cuál es la mejor opción terapéutica inicial, la PTO puede ser considerada una opción más en pacientes de edad avanzada y con gran número de comorbilidades.

Bibliografía

1. Nakaguchi H, Tanishima T, Yoshimasu N. Factors in the natural history of chronic subdural hematomas that influence their postoperative recurrence. *J Neurosurg.* 2001;95:256–62.
2. Kenning TJ, Dalfino JC, German JW, Drazin D, Adamo MA. Analysis of the subdural evacuating port system for the treatment of subacute and chronic subdural hematomas. *J Neurosurg.* 2010;113:1004–10.

M.F. Latini^{a,*}, C.A. Fiore^a, L.M. Romano^a, E. Spadaro^a,
J.P. Zorrilla^a, S.E. Gonorazky^a, M. Gaspari^b y J.A. Villegas^b

^a Servicio de Neurología, Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina

^b Servicio de Neurocirugía, Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: latini_facundo@yahoo.com.ar
(M.F. Latini).

doi:10.1016/j.nrl.2011.12.021

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.nrl.2011.10.017