

## Embolización de la arteria menígea media en el tratamiento del hematoma subdural crónico



### Middle meningeal artery embolization in treatment of chronic subdural hematoma

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el manuscrito: «Embolización endovascular de la arteria menígea media para el tratamiento de hematomas subdurales crónicos: efectividad, seguridad y controversia actual. Revisión sistemática» publicado recientemente en NEUROLOGÍA<sup>1</sup>, y nos gustaría hacer algún comentario al mismo en función de nuestra experiencia en el diagnóstico y en el tratamiento del hematoma subdural crónico (HSC)<sup>2,3</sup>.

En primer lugar, de la lectura del manuscrito se puede entender que la embolización de la arteria menígea media (AMM) es una técnica habitual en el tratamiento del HSC, cuando en realidad se trata de un procedimiento excepcional que no ha sido validado, hasta la fecha, por ningún estudio con alto nivel de evidencia, existiendo, por lo tanto, una enorme controversia sobre su verdadera utilidad. El objetivo de la embolización está en eliminar el aporte sanguíneo hacia la membrana interna del hematoma a través de los microvasos neoformados, los cuales producen minúsculos sangrados hacia un espacio limítrofe entre aracnoides y duramadre, denominado de células fronterizas durales (*dural border cells*). Esta capa fronteriza es de grosor reducido y por efecto del sangrado, y debido a la escasez de colágeno se abre en 2 paredes que son propensas a separarse facilitando el acumulo del sangrado<sup>4</sup>.

La revisión de las series publicadas, ninguna prospectiva y randomizada, no aportan en nuestra opinión, suficientes datos y evidencias como para poder ser establecida de forma rutinaria esta técnica en los servicios de neurocirugía. Las series recogidas en la literatura empleando la técnica de embolización de la AMM cuando se contrastan con lo que consideramos el *gold standard* en el tratamiento del HCS: trepano, lavado y drenaje externo, son difícilmente comparables<sup>5</sup>. La mayoría de publicaciones no aportan suficiente información sobre qué tipo de pacientes se han tratado. Sería importante conocer qué factores pronósticos ampliamente conocidos en el HSC como el estado clínico (evaluado según la escala de coma de Glasgow o la escala específica de Markwalder), la estructura interna del hematoma evaluada en la tomografía computarizada, etc.

No coincidimos con las opiniones de que la embolización de la AMM es una técnica indicada como tratamiento primario en pacientes con un alto riesgo para la cirugía y una sedación general o que la terapia endovascular puede realizarse con sedación ligera, disminuyendo el riesgo anestésico<sup>1</sup>. En nuestra serie de 1.000 pacientes tratados de

HSC con trepano, lavado y drenaje se empleó anestesia local en el 91,9% de los casos, y en nuestra experiencia con 200 pacientes muy ancianos (> 85 años) en un 88,5%, sin que las comorbilidades de los pacientes motivarán modificar el tipo de anestesia empleada.

Finalmente, coincidimos con los autores que la embolización de la AMM es una técnica que puede ser empleada con seguridad en aquellos casos de HSC con recidiva o como primera elección, en pacientes con poco desplazamiento cerebral y buena situación clínica, ya que la técnica al contrario de lo que ocurre con la cirugía, tarda un cierto tiempo en producirse la reducción del hematoma y la recuperación de la compresión y desplazamientos cerebrales.

### Bibliografía

- Martínez-Pérez R, Rayo N, Tsimpas A. Embolización endovascular de la arteria menígea media para el tratamiento de hematomas subdurales crónicos: efectividad, seguridad y controversia actual. Revisión sistemática. Neurología. 2020; <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.023>.
- Gelabert-González M, Iglesias-Pais M, García-Allut A, Martínez-Rumbo R. Chronic subdural hematoma: Surgical treatment and outcome in 1000 cases. Clin Cal Neurol Neurosurg. 2005;107:223–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.clineuro.2004.09.015>.
- Castro-Rodríguez C, Román-Pena P, Arán-Echabe E, Gelabert-González M. Hematoma subdural crónico en pacientes muy ancianos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2016;51:309–16, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.05.003>.
- Haines DE, Harkey HL, al-Mefty O. The «subdural» space: A new look at an outdated concept. Neurosurgery. 1993;32:111–20, <http://dx.doi.org/10.1227/00006123-199301000-00017>.
- Santarious T, Kirpatrick PJ, Ganesan D, Chia HL, Jalloh I, Smielewski P, et al. Use of drains versus no drains after burr-hole evacuation of chronic subdural haematoma: A randomized controlled trial. Lancet. 2009;374:1067–73, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2015.01.006>.

M. Gelabert-González<sup>a,b,\*</sup>, A. Doval-Rodríguez<sup>a</sup>, P. Román-Pena<sup>a</sup> y B. Rodríguez-Botana<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurocirugía, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

<sup>b</sup> Departamento de Cirugía y Especialidades Médico-Quirúrgicas, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [miguel.gelabert@usc.es](mailto:miguel.gelabert@usc.es) (M. Gelabert-González).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.08.006>  
0213-4853/

© 2020 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).