



<https://www.revclinesp.es>

V-104 - MANEJO DEL HEMATOMA SUBDURAL

R. Fernández González, L. Pérez Exposito, D. Peña Benitez, I. Izuzquiza Avanzini, L. Rodrigo Lara, A. Lorenzo Vizcaya, A. González Noya y J. Jiménez Martínez

Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

Resumen

Objetivos: Analizar el manejo de los hematomas subdurales en función de las comorbilidades que asocian, así como conocer su mortalidad y morbilidad.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se recogieron los pacientes con diagnóstico de hematoma subdural al alta del hospital. De cada paciente incluido en el estudio se recogió edad, sexo, comorbilidades asociadas, exploración neurológica y Glasgow al ingreso, tamaño y localización del hematoma, el servicio en el que ingresó, el manejo, la escala mRankin al ingreso y al alta y el desenlace final.

Resultados: Se recogieron 49 pacientes, de los cuales 22 ingresaron en medicina interna (MI), 3 en Neurología (NRL), 22 en Neurocirugía (NRQX) y 4 en reanimación (REA). La edad media es de 81,5 años; siendo de 93,1 años en el grupo que ingresó en MI, 81 años en NRL, 87,18 en NRQX y 75,5 en REA. De los paciente el 61% era mujeres; con un porcentaje del 75% en MI y del 59% en NRQX. En el 91% de los casos el hematoma fue secundario a un traumatismo. A su llegada presentaban focalidad neurológica 29 pacientes (el 41% ingreso en MI, el 3% en NRL, el 44% en NRQX y el 10% en REA). El tamaño del hematoma en el primer TC era de media en los que ingresaron en MI de 9,5 mm, frente a 15 mm en los que ingresaron en NRQX. Con relación a la localización el 60% de los ingresados en MI era derechos, mientras que en NRQX el 50% eran izquierdos. Asociaban hemorragia subaracnoidea 3 pacientes en MI, 4 en NRQX y 4 en REA. Presentaban más de una patología (no neurológica) en el momento del diagnóstico 9 pacientes de los que ingresaron en MI (ITU, infección respiratoria...), frente a 1 en NRQX. Con relación a las comorbilidades; presentaban HTA 28 pacientes (el 65% ingresó en MI), DM 18 (el 55% ingresó en MI), demencia 14 (57% ingresó en MI). La media de puntuación en la escala mRankin al ingreso en de los pacientes en MI era de 2,95, en NRL 1, NRQX 2,13 y REA 0,75. De los pacientes que ingresaron tanto en MI como en NRL el 100% se trató de forma conservadora, de los que ingresaron en NRQX el 81% se trató de forma conservadora, el 13% trepano y el 4% craniectomía. Fallecieron durante el ingreso a causa del hematoma 14 pacientes; de los cuales 8 estaban en MI (57%), 3 en NRQX (23%) y 3 en REA (23%).

Discusión: El hematoma subdural se produce por la rotura de las venas corticales que ocasiona un sangrado entre la duramadre y la aracnoides. La etiología más frecuente es tras traumatismo craneal, y el mayor factor de riesgo es la atrofia cerebral y el tratamiento con anticoagulantes. El manejo depende de la puntuación en la escala Glasgow, la exploración neurológica, la agudeza del cuadro y la edad.

Conclusiones: Si bien la mayor proporción de pacientes con hematoma subdural ingresan en NRQX, llama la atención la importante proporción que ingresa en MI y la escasa cantidad de ellos que ingresan en NRL. Parece que en MI ingresan pacientes más pluripatológicos, más añosos y con índice de mRankin mayor. La presencia de focalidad neurológica al ingreso no parece condicionar el ingreso en uno u otro servicio. Es mayor la proporción de exitus en los pacientes que ingresan en MI, lo que podría indicar que se trata de pacientes que peor pronóstico basal.