

Drenaje de hematoma subdural por un trépano único.

Neurocirugía de alta especialidad.

Dr. Mauro Segura.



neurologiasegura.net

Descripción del procedimiento

Se realiza un orificio craneal o trépano único como técnica de neurocirugía avanzada para el drenaje de un coágulo de sangre localizado en la superficie del cerebro, que progresa en forma lenta posterior a sufrir un golpe en la cabeza (hematoma subdural crónico o subagudo), según el tiempo de evolución y predominantemente en personas seniles o con trastorno de la coagulación.

La ubicación anatómica del coágulo de sangre está localizado por debajo de una membrana en el interior del cráneo muy firme denominada *duramater* que recubre al cerebro, derivando de ahí su nombre: hematoma subdural. En general, cuando un coágulo de sangre cursa más de tres semanas de su aparición es posible su drenaje por esta técnica de mínima invasión en neurocirugía, y de esta forma evitar una cirugía craneal extensa, múltiples trépanos, anestesia general, transfusión sanguínea y largas horas de riesgo anestésico y quirúrgico innecesarios.

El paciente es llevado a la sala de operaciones o a un área de urgencias *ex profeso* para la cirugía, se lleva a cabo con el paciente bajo cuidados y vigilancia de un médico especialista en anestesiología que procede a emplear una técnica regional o local y sedación. Nosotros preferimos el bloqueo con anestésicos tópicos del nervio occipital mayor y del nervio supraorbitario, y solo en algunos casos en estado de coma y comorbilidades graves se prefiere la técnica general balanceada.

La cabeza estará solo afeitada en una región con superficie de 6 cm² a nivel del implante del cabello en la frente unilateral para exponer el área de operación. La cabeza se coloca discretamente flexionada y rotada en sentido contrario al área quirúrgica apoyada sobre una toalla o una almohadilla, remotamente se coloca a un sistema de fijación de pinchos tipo Mayfield, con elevación del hombro del mismo lado 30 grados cuidando siempre los puntos de apoyo.

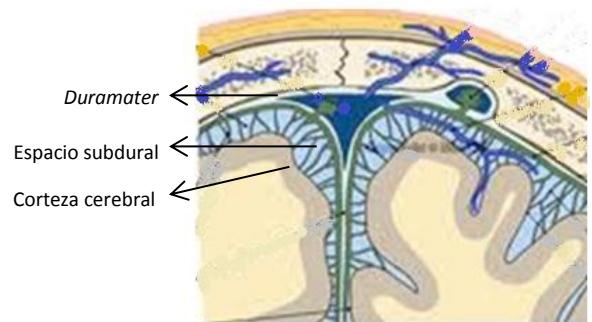
En el área donde la cirugía se va a realizar, se aplica un aseo exhaustivo con un antiséptico, luego se aísla el área con campos estériles y se prepara el instrumental.

Si usted tiene alguna pregunta llame y solicite una cita con su médico, en caso de gravedad llame a los números de emergencia o acuda al hospital

neurologiasegura.net

info@neurologiasegura.net

T. +52 (55) 52179841





Entonces, se procede a realizar una incisión de 2.5 cm sobre el cuero cabelludo en un punto localizado a 6 cm lateral a una línea sagital imaginaria por delante de la palpación de la sutura coronal, se coloca un separador automático tipo Adson o Weitlaner de 2.5 cm y se realiza un trépano con un drill neumático o broca, a nivel del borde superior del trépano se hace una muesca con la pinza de Kerrison o de Cushing de 5mm, y en el borde inferior otra muesca en sentido contrario, evitando sangrado proveniente del hueso esponjoso. Se identifica, se cauteriza en "Y" la *duramater* para luego identificar la salida a presión del coágulo, acto seguido el cirujano introduce una sonda flexible bajo visión directa no mayor de 5-6 cm de largo para su irrigación con solución salina hasta observar su aclaramiento, misma que quedará alojado para monitoreo y vigilancia en las siguientes 24-48 horas postoperatorias, y se conecta a un sistema cerrado de drenaje sin presión. Esta descripción técnica corresponde al procedimiento de drenaje dilucional modificado en 1996 por el Dr. Segura. Se cierra la herida.



El objetivo prioritario para llevar a cabo este procedimiento de neurocirugía de mínima invasión, será la remoción parcial del coágulo, y nunca será la expectativa la remoción total debido a la extensión del mismo y los riesgos que esto implica;



por lo tanto puede haber fluido o coágulo residual posterior a la dilución del mismo pero por sus características bioquímicas y físicas modificadas, como son la disminución de la osmolaridad, del volumen y de la presión intracraneal, será suficiente para provocar su reabsorción paulatina sin riesgo de secuelas en la gran mayoría de los casos. Excepcionalmente, existen membranas en el interior de un hematoma que impiden el drenaje del mismo, que persisten con los síntomas iniciales debido a la presencia del coágulo subdural tabicado. En estos casos excepcionales sería necesaria una cirugía adicional.



Cuidados postoperatorios.

El dolor posterior a la cirugía relacionado con la incisión de la piel, el trépano y la incisión en la *duramater* es mínimo e imperceptible, que se alivian con la administración de analgésicos simples. Siga las indicaciones y tome los medicamentos prescritos a su alta como se indica. Extraordinariamente indicamos de forma profiláctica anticonvulsivos debido a que el riesgo de crisis epiléptica es muy bajo y a que los efectos secundarios indeseables por su uso indiscriminado no son infrecuentes.

No hay necesidad de reposo absoluto en cama, puede realizar sus actividades cotidianas, sin embargo se debe evitar los esfuerzos o actividades deportivas por lo menos tres semanas. Evítese cualquier tipo de actividad que exista riesgo de un golpe en la cabeza. Use su buen juicio y si usted tiene alguna duda consulte a su médico. Las actividades sexuales están permitidas pero sin esfuerzo extenuante ni rudeza.

No debe conducir vehículos hasta su alta definitiva y autorización por su médico tratante, sus reflejos y su visión pueden estar disminuidos.

Se puede bañar al día siguiente de la operación a menos que se indique lo contrario, solo aplique en el sitio operado una solución antiséptica una vez al día y acuda a su cita para retiro de grapas o puntos de sutura.

Si nota inflamación o hinchazón, enrojecimiento, apertura de la incisión o si hay alguna secreción que sale de ella, por favor póngase en contacto con su médico. Si tiene fiebre, rigidez de nuca, escalofríos, póngase en contacto inmediatamente con nuestro personal.

Si llegase a padecer una convulsión, a desarrollar cualquier nueva debilidad o parálisis posterior a su operación contáctenos, estaríamos ante la eventualidad de realizar una tomografía computarizada de la cabeza para determinar el estado clínico y características del cerebro en ese momento, además de realizar un electroencefalograma digital con el mismo fin.