

## **MICROCIRURGIA + ENDOSCOPIA NA ABORDAGEM DE LESÕES CEREBRAIS**

*Carlos Eugenio Monteiro de Barro (Hospital São José do Avai), Leandro Chiareli (Hospital São José do Avai), Thiago Bissoli (Hospital São José do Avai), Jose Eduardo Martins (Hospital São José do Avai), Celso Arias Avila (Hospital São José do Avai)*

### **Resumo**

**Introdução:** Considerando que a Endoscopia constitui uma relativamente nova modalidade de investigação e tratamento em Neurocirurgia \_ completa em si mesma \_ expomos alguns casos em que a aplicação conjunta com a Microscopia revelou-se de grande valor e aplicabilidade. **Materiais e Métodos:** Utilizamos um microscópio cirúrgico Moller-Wedel e Kit de Neuroendoscopia Storz com ópticas de 0 e 30 graus e instrumental clássico de microcirurgia. O pequeno grupo de pacientes compreende apenas uma mulher adulta (61 anos), um adolescente (15 anos) e uma criança (09 anos). Todos foram abordados pelo mesmo grupo de cirurgiões. O acompanhamento de pós-operatório obrigatoriamente foi realizado em UTI. **Discussão:** Caso 1 – Paciente do sexo feminino, com relato de mudança de comportamento de início recente e provável crise convulsiva; e cirurgia de tumor de estômago há 04 anos (Adenocarcinoma Túbulo-papilífero). Foi submetida a investigação neuroradiológica que determinou ocorrência de pequena lesão em Corpo Caloso. Submetida a Craniotomia por Trefina de 4 cm de diâmetro, dissecação inicial por microscopia e finalmente a introdução do endoscópio que nos permitiu visualização clara de grande área da superfície do Corpo Caloso e uma pequena lesão, que foi submetida a biópsia. Permaneceu algumas horas em UTI e recebeu alta após 48 h. **Histopatologia:** Linfoma. Caso 2 – Adolescente, sexo masculino, 15 anos, com relato de perda progressiva da visão e crise convulsiva. Havia sido submetido a Derivação Ventrículo-Peritoneal em outro serviço. Estudo de liquor mostrou-se inocente e foi submetido a Biópsia Transnasal, quando utilizamos o Endoscópio para a abordagem inicial e ao final do procedimento, como dupla-verificação para ocorrência de fístulas. Evoluiu com Diabetes Insipidus, o que prolongou a estadia hospitalar em 05 dias, mas somente 02 destes em UTI. Referia melhora campimétrica na alta. **Histopatologia:** Coriocarcinoma. Caso 3 – Criança, 09 anos, sexo feminino, admitida em coma secundário a Síndrome de Hipertensão Intracraniana por Hidrocefalia Não-Comunicante. Submetida a Derivação Ventrículo-Peritoneal de urgência, com boa recuperação. A investigação neuroradiológica evidenciava extensa lesão de caráter cístico, interessando a Fossa Média, Fossa Posterior (Ângulo Ponto), Núcleos da Base (Tálamo) e Região Pineal, determinando importante deslocamento do Tronco Cerebral e compressão sobre o 4º Ventrículo. Por sugestão de um dos autores (Avila, CA), decidimos por realizar abordagem retrosigmoides clássica e associar o endoscópio para visualização de provável nódulo mural. Evoluiu com longa permanência hospitalar em razão de déficit motor (hemiplegia inicialmente) e afasia motora, necessitando de suporte fisioterápico e fonoaudiológico. A via de acesso empregada revelou-se realmente objetiva e com pouca exposição de tecido cerebral, no entanto, a íntima relação com o Tronco Cerebral foi determinante para o desfecho parcialmente satisfatório. Ainda assim, consideramos que a abordagem foi a menos agressiva para a paciente. **Histopatologia:** Astrocitoma Pilocítico. **Conclusões:** A reavaliação das cirurgias e dos exames dos paciente mencionados, nos faz compreender que a combinação de técnicas é, não apenas viável, como provável solução de escolha para alguns casos. O trabalho “a 4 mãos” requer cuidado, porém não há diferença com a microscopia. A visualização e iluminação das estruturas se faz muito clara sob a endoscopia. Ainda, o emprego de ópticas anguladas permite visão fora do campo regular da microscopia, o que torna mais fácil o controle de sangramentos, restos tumorais e prováveis trajetos fistulosos. E por conseguinte, o fechamento ou selagem pode ser acompanhado mais de perto.

**Carlos Eugenio Monteiro de Barros**, cbarros25@yahoo.com.br