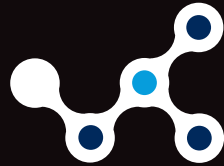


27º CONGRESSO SPNC

Figueira da Foz 19 a 21 de Maio de 2011

Sweet Atlantic Hotel



Sociedade Portuguesa

NEUROCIRURGIA



PROGRAMA
LIVRO DE RESUMOS

MENSAGEM DE BOAS-VINDAS

Estimados colegas e amigos

A satisfação é grande ao sentir a proximidade da realização do 27º Congresso da SPNC, na Figueira da Foz.

Nesta fase última da organização, já com a presença confirmada dos convidados, que nos honram com a sua valiosa participação em diversas áreas da Neurocirurgia, conforme poderão constatar pelo programa científico, quero transmitir-vos que a Comissão Organizadora se empenhou para vos oferecer esta mais-valia científica e conta convosco para o melhor sucesso do “nosso” Congresso.

Todos os participantes poderão ainda desfrutar da envolvência paisagística, devesas aprazível da cidade da Figueira da Foz, com a sua praia da claridade, um local onde se combinam de forma singular mar e serra.

Dada a sua proximidade e riqueza cultural, programamos para os acompanhantes e alguns dos nossos convidados uma breve passagem pela cidade de Coimbra, com visita à Universidade, Quinta das lágrimas e ao Mosteiro de Santa Clara-a-Velha. Outros congressistas poderão incluir este programa por inscrição no secretariado.

Desejamos que a importância do evento mereça a vossa participação.

Contamos convosco.

José Augusto Costa
(Vice-presidente da SPNC)



COMISSÃO ORGANIZADORA

Membros da Direcção da SPNC

José Augusto Costa

Carlos Vara Luiz

Ana Flávia Dias

COMISSÃO LOCAL

Lozano Lopes

Armando Rocha

José Luís Alves

Francisco Cabrita

Miguel Carvalho

COMISSÃO DE NC PEDIÁTRICA

Josué Pereira

COMISSÃO CIENTÍFICA

Rui Vaz

Manuel Cunha e Sá

Lozano Lopes

Armando Rocha

José Augusto Costa

Josué Pereira

SECRETARIADO

Acropole, Lda.

Rua de Gondarém, 956 – r/c, 4150-375 Porto

Telf. +351 22 619 96 83

Fax: +351 22 619 96 89

E-mail: paulanora@acropole-servicos.pt

PATROCINADORES:

B|Braun Medical

Baxter Médico Farmacêutica

Brainlab Sales GmbH

Elekta

Esteve Farma

Grupo Taper

GuideReason, Spine & Pharma Solutions

Johnson & Johnson Medical

Leica Microsistemas

Maffinter

Medtronic

UCB Pharma

Centro Gamma Knife Radiocirurgia

Eurosintese

RMV- Produtos Hospitalares

Synthes

Livromédica

Câmara Municipal da Figueira da Foz

PROGRAMA DO CONGRESSO

DIA 19 - 5ª FEIRA (TARDE)

- 16:00** Abertura do secretariado e afixação de Posters
(piso 2 – Hotel Sweet Atlantic)
- 16:15** Sessão de Abertura do Congresso
- 16:30** Comunicações livres 1 (Sala A: 16:30 – 18:00)
Temas: Neurooncologia e Patologia do Ráquis
Moderadores: Alexandre Campos, Ana Flávia Dias, Francisco Cabrita
-
- 16:30** CO-00 “DOENTES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS DE IDADE SUBMETIDOS A BIOPSIA CEREBRAL DE UM GLIOMA MALIGNO – QUAIS OS RESULTADOS”
Miguel Simões Ferreira, Celia Pinheiro
Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António
- 16:40** CO-01 “CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE NEUROCIRÚRGICO DE AMBULATÓRIO ”
Lia Pappamikail; Pedro Castanho
Centro Hospitalar Lisboa Central – Serviço de Neurocirurgia
- 16:50** CO-02 “ESTRATÉGIA CIRÚRGICA NA PATOLOGIA TUMORAL DA COLUNA CERVICAL ”
António Fernandes Francisco; Sérgio Livraghi; João Levy Melancia
Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Sta Maria
- 17:00** CO-03 “SÍNDROME DE HORNER APÓS CIRURGIA CERVICAL ANTERIOR – CASO CLÍNICO”
Conceição Marques; A. Bravo; A. Lourenço; C. Romero; J. Cabral
Hospital Egas Moniz, CHLO
- 17:10** CO-04 “HEMANGIOMAS VERTEBRAIS SINTOMÁTICOS ”
António Fernandes Francisco; Sérgio Livraghi; João Levy Melancia
Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Sta Maria, CHLN
- 17:20** CO-05 “STAT3: UM POTENCIAL ALVO TERAPÊUTICO NOS GLIOMAS DE ALTO GRAU”
Maria Manuel Santos¹, Lúcia Roque², Faria C³, Martins C⁴, Pimentel J⁵
1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, 2-Serviço de Patologia e Citogenética – Instituto Português de Oncologia, Lisboa, 3-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, 4-Serviço de Patologia e Citogenética – Instituto Português de Oncologia, Lisboa, 5-Serviço de Neurologia/Neuropatologia – Hospital de Santa Maria, Lisboa
- 17:30** CO-06 “TUMORES DOS NERVOS PERIFÉRICOS: CASUÍSTICA DOS SERVIÇOS DE NEUROCIRURGIA E ORTOPEDIA DO CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA EPE”
B Lourenço Costa¹, F Almeida², A Inês², JL Alves¹, R Velasco¹, J Nubélio Duarte¹, A Peliz¹, A Lopes¹
1-Centro de Neurocirurgia de Coimbra – Centro Hospitalar de Coimbra EPE, 2-Serviço de Ortopedia – Centro Hospitalar de Coimbra EPE
- 17:40** CO-07 “RADIOFREQUÊNCIA: REVISÃO DO SEU INTERESSE NO SÍNDROME FACETÁRIO”
Ângela Bravo; Cesário Vilela; Sérgio Figueiredo
Hospital Egas Moniz
- 17:50** CO-08 “LESÕES ORBITÁRIAS ”
Nuno Morais; José António Moreira da Costa
Serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. Marcos, Braga

- 18:00 Conferência Inaugural**
Moderadores: A. Gonçalves Ferreira, Paula Alves
"Cavernous sinus meningiomas: microsurgery versus radiosurgery"
Daniel Rigamonti - Baltimore
- 18:30 Comunicações livres 2 (Sala A: 18:30 – 19:30)**
Temas: Radiocirurgia
Moderador: Armando Rocha
-
- 18:30 CO-09 "STEREOTACTIC RADIOSURGERY FOR BRAIN AVM'S: OUTCOME RELATED TO VOLUME AND LOCATION OF BRAIN RECEIVING HIGH DOSE RADIATION"**
Escolástico, A.R.¹, Almeida, A.², Vicente, R.; Ugidos, J.², Carvalho, H.², Gonçalves-Ferreira, A.²
1-Medical Consult, S.A., Lisboa; Centro Oncológico Dr.^a Natália Chaves, Clínica Quadrantes, Carnaxide
2-Centro Oncológico Dr.^a Natália Chaves – Clínica Quadrantes, Carnaxide
- 18:40 CO-10 "ABORDAGEM TERAPÊUTICA ACTUAL DOS NEURINOMAS DO ACÚSTICO: RADIOCIRURGIA GAMMA KNIFE"**
Maria Begoña Cattoni; Julieta Silva, J.M. Braz, L.Madureira, A.Luís, S.Ikbal, A.Soaes, A.Rato, M.J.Rosa, A.Fernandes
Neurocirurgia – Centro Gamma Knife, Hospital Cuf Infante Santo
- 18:50 CO-11 "TRATAMENTO DOS TUMORES DA BASE CRANIANA COM RADIOCIRURGIA GAMMA KNIFE"**
M^a Begoña Cattoni¹, M^a Julieta Silva², Ana Luís³
1-Neurocirurgia – Centro Gamma Knife, Hosp Cuf Infante Santo, 2-Radioterapia – Centro Gamma Knife,Hosp Cuf Infante Santo, 3-Física de Radiações – Centro Gamma Knife, Hosp Cuf Infante Santo
- 19:00 CO-12 "EXPERIÊNCIA DA RADIOCIRURGIA ESTEREOTÁXICA CEREBRAL NO IPO DE COIMBRA - CHC "**
Nubélio Duarte¹, José Luís Alves¹, Marisa Padilha², Carlos Fardilha², Paula Alves³, Armando Rocha⁴
1-Interno complementar de Neurocirurgia do CHC, 2-Interno complementar de Radioterapia do IPO de Coimbra, 3- Directora de Serviço do Serviço de Radioterapia do IPO de Coimbra, 4-Chefe de Serviço de Neurocirurgia do CHC
- 19:10 CO-13 "COMPLICAÇÕES DA RADIOCIRURGIA NO TRATAMENTO DE MAV'S CEREBRAIS "**
Miguel Afonso Filipe; Leandro Oliveira; Carlos Alegria
Serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. Marcos, Braga
- 19:20 CO-14 "RADIOCIRURGIA GAMMAKNIFE NO TRATAMENTO DA MAV'S CEREBRAIS – EXPERIÊNCIA DO CENTRO DE GAMMAKNIFE DE LISBOA"**
José Manuel Brás¹, Maria Begona Cattoni¹, Julieta Silva², S. Ikbal², A. Luís², A. Rato², A.Fernandes², M.J.Rosa²
1-Neurocirurgia – Centro GammaKnife de Lisboa, 2-Radioterapia – Centro GammaKnife de Lisboa

19:30 Recepção de Boas-Vindas – Hotel Sweet Atlantic

Jantar livre

DIA 20 - 6ª FEIRA (MANHÃ)

08:30 Grupos de discussão de Posters (08:30 – 09:00)

Grupo 1: Patologia Vascular

Moderadores: Armando Lopes, Sérgio Figueiredo, A. Vilarinho

Grupo 2: Neurooncologia

Moderadores: Armando Rocha, Hermínio Tão, Clara Romero

Grupo 3: Patologia Vertebro-medular

Moderadores: José António Costa, Álvaro Lima

Grupo 4: Outras Patologias

Moderadores: Conceição Marques, Ricardo Pereira, M^a B. Cattoni

GRUPO 1: Patologia Vascular

P01 "APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE HEMORRAGIA SUBDURAL ESPONTÂNEA EM PACIENTE COM CISTO ARACNÓIDEO E ANEURISMA SACULAR - RELATO DE CASO"

Alan Chester Feitosa de Jesus¹, Larissy Lima Santos², Felipe José Nascimento Barreto³, Luana Karla Braz Fonseca Dantas⁴, Tiago de Jesus Menezes⁵

1-Especialista em Neurologia pela Academia Brasileira de Neurologia, 2-Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Brasil/ Universidade de Coimbra - Portugal, 3-Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Brasil, 4-Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Brasil, 5-Neurocirurgião e Neurorradiologista intervencionista

P02 "INDUÇÃO DE PARAGEM CARDÍACA TRANSITÓRIA EM CIRURGIA DE ANEURISMAS CEREBRAIS"

Sergio Figueiredo¹, Sofia Gaspar², Cristina Ferreira³

1-S. Neurocirurgia – Hospital de Egas Moniz, 2-S. Anestesiologia – Hospital de Egas Moniz, 3-S. Anestesiologia – Hospital Central do Funchal

P03 "HEMATOMA EXTRAPULMONAR E INTRACANALAR DORSAL APÓS LOBECTOMIA PULMONAR PARCIAL POR NEOPLASIA PULMONAR "

Cícero Jean Carlos daSilveira¹, Vitor Lemos², Vitor Dâmaso Oliveira³, Manuel Luís Dominguez⁴, José Antônio Sena Lino⁵

1-Interno complementar ano VI - Neurocirurgia, 2-Assistente Graduado de Neurocirurgia do H Egas Moniz, 3-Assistente Graduado de Neurocirurgia do H Egas Moniz, 4-Director do Serviço de Neurocirurgia do H Egas Moniz, 5-Director do Serviço de Cirurgia Cárdio-Torácica do H Egas Moniz

P04 "BY-PASS M1-M2 COM ENXERTO DE ARTÉRIA TEMPORAL SUPERFICIAL NO TRATAMENTO DE ANEURISMA RECIDIVANTE DA BIFURCAÇÃO DA ACM ESQUERDA"

Carla Reizinho; Miguel Casimiro; Luís Marques; Manuel Dominguez

Serviço de Neurocirurgia do Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

P05 "ANGIOPATIA CEREBRAL PROLIFERATIVA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO"

Nubélio Duarte; José Luís Alves; Ricardo Velasco; Bruno Costa; Armando Lopes

Serviço Neurocirurgia – Centro Hospitalar de Coimbra

P06 "VALOR PROGNÓSTICO DO HUNT-HESS DE ALTO GRAU APÓS COLOCAÇÃO DE UMA DRENAGEM VENTRICULAR EXTERNA NA RUPTURA DE ANEURISMAS TRATADOS CIRURGICAMENTE"

Edson Oliveira; J. Pedro Lavrador; A. Rainha Campos; J. Paulo Farias; Domingos Coiteiro

Serviço de Neurocirurgia, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

P07 "SÍNDROME DE Terson ASSOCIADA A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEIA POR ROTURA DE ANEURISMAS INTRACRANIANOS"

B. Lourenço Costa, R. Velasco, J. Nubélio Duarte, J. L. Alves, J. Lozano Lopes, A. Lopes

Serviço Neurocirurgia – Centro Hospitalar de Coimbra

GRUPO 2: Neurooncologia

P08 "QUISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO GIGANTE SECUNDÁRIO A METÁSTASE CRANIANA"

Lia Pappamikail, Rui Rato, Gonçalo Novais, Ricardo Bernardo, Pedro Castanho, Carlos Vara Luiz

Centro Hospitalar Lisboa Central - Serviço de Neurocirurgia

P09 "GLIOBLASTOMA INFRATENTORIAL"

Lia Pappamikail, Rui Rato, Ricardo Bernardo, Gonçalo Novais, Pedro Castanho, Carlos Vara Luiz

Centro Hospitalar Lisboa Central - Serviço de Neurocirurgia

P10 "RECIDIVA DE GLIOBLASTOMA COM TRANSFORMAÇÃO CARCINOMATOSA – CASO CLÍNICO"

Ana Matos Machado¹, Mário Gomes¹, Manuel Melo Pires²

1-Serviço Neurocirurgia – Hosp Geral Santo Antonio, CHP, 2-Serviço Anatomia Patológica – Hosp Geral Santo Antonio, CHP

P11 "GANGLIOGLIOMA: UM CASO DE DISSEMINAÇÃO PELA VIA DO LCR"

Carla Reizinho; Joaquim Pedro Correia; Manuel Dominguez

Serviço de Neurocirurgia Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

P12 "ABORDAGEM TRANSORBITO-SUBFRONTAL NO TRATAMENTO DE MENINGEOMAS DO REGO OLFATIVO"

Carla Reizinho; Miguel Casimiro; Luís Marques; Manuel Dominguez

Serviço de Neurocirurgia Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

P13 “AVALIAÇÃO DE UM PRIMEIRO GRUPO DE DOENTES OPERADOS A TUMORES CEREBRAIS MALIGNOS COM ÁCIDO 5-AMINOLEVULÍNICO NUM HOSPITAL CENTRAL”

J. Amaral¹, H. Farinha¹, M. Casimiro², C. Marques²

1-CHLO, Serviços Farmacêuticos – Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal, 2-CHLO, Serviço Neurocirurgia – Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

P14 “METÁSTASES CEREBRAIS E DECISÃO TERAPÊUTICA: ESTUDO RETROSPECTIVO BASEADO NA LOCALIZAÇÃO E NO NÚMERO”

José Pedro Lavrador¹, Edson Oliveira¹, Beatriz Nunes², José Miguéns¹

1-Departamento de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, 2-Departamento de Radioterapia – Hospital de Santa Maria, Lisboa

P15 “CANCRO DO PULMÃO: PROGNÓSTICO DA DOENÇA METASTÁTICA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL”

José Pedro Lavrador¹, Edson Oliveira¹, Beatriz Nunes², José Miguéns¹

1-Departamento de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, 2-Departamento de Radioterapia – Hospital de Santa Maria, Lisboa

P16 “CANCRO DE MAMA: FOLLOW-UP DA DOENÇA METASTÁTICA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL”

José Pedro Lavrador¹, Edson Oliveira¹, Beatriz Nunes², José Miguéns¹

1-Departamento de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, 2-Departamento de Radioterapia – Hospital de Santa Maria, Lisboa

P17 “METÁSTASES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA”

José Pedro Lavrador¹, Edson Oliveira¹, Beatriz Nunes², José Miguéns¹

1-Departamento de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, 2-Departamento de Radioterapia – Hospital de Santa Maria, Lisboa

P18 “TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES ESFENOIDAL COM INVASÃO INTRADURAL “

A.F. Geraldo¹, N. Simas², N. Amaral³, S. Pina³, J.P.Farias²

1-Serviço de Neurorradiologia – CHLN- HSM, 2-Serviço de Neurocirurgia – CHLN-HSM, 3-Serviço de Oftalmologia, Hospital Fernando da Fonseca

P19 cancelado

P20 cancelado

GRUPO 3: Patologia Vertebro-medular

P21 “CIFOPLASTIA: DÚVIDAS E QUESTÕES”

Sérgio Figueiredo

S. Neurocirurgia - Hospital de Egas Moniz.

P22 “RELATO DE CASO CLÍNICO - LAMINOPLASTIA CERVICAL EM JOVEM ANÃ COM MIELOPATIA ESPONDILÓTICA CERVICAL”

Cícero Jean Carlos daSilveira¹, Júlio Miguel V Casimiro², Vitor Dâmaso Oliveira³, Manuel Luís Dominguez⁴, José Antônio Sena Lino⁵

1-Interno complementar ano VI - Neurocirurgia, 2-Assistente Graduado de Neurocirurgia do H Egas Moniz, 3-Assistente Graduado de Neurocirurgia do H Egas Moniz, 4-Director do Serviço de Neurocirurgia do H Egas Moniz, 5-Director do Serviço de Cirurgia Córdio-Torácica do H Egas Moniz

P23 “FIXAÇÃO LOMBOPÉLVICA NAS FRACTURAS-LUXAÇÕES DO SACRO”

Tiago Lima¹, Pedro Amaral², Miguel Carvalho¹, Gonçalo Guerreiro¹, Pedro R. Cunha¹, Ricardo Pereira¹

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospitais da Universidade de Coimbra, 2-Serviço de Ortopedia – Hospital de Ponta Delgada

P24 “SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁXICO POR COSTELA CERVICAL: TRATAMENTO CIRÚRGICO POR UMA ABORDAGEM INTERMUSCULAR LATERAL”

Carla Reizinho; Joaquim Pedro Correia; Manuel Dominguez

Serviço de Neurocirurgia do Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

P25 Cancelado

P26 "CO-INFEÇÃO POR MSSA E MRSA 7 ANOS APÓS INSTRUMENTAÇÃO LOMBAR. SELEÇÃO DE AGENTES. OPÇÕES DE TRATAMENTO E RESULTADOS DE ANTIBIOTICOTERAPIA PROLONGADA"

Gorayeb R, Cabral J, Silveira C, Lourenço A, Amaral J, Pacheco T
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital Egas Moniz

P27 "VERTEBROPLASTIA DE C2 POR VIA ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO NUM DOENTE ONCOLÓGICO"

Vítor Gonçalves; Bruno Santiago; Manuel Cunha e Sá
Serviço de Neurocirurgia do Hospital Garcia de Orta

P28 "SCHWANNOMA MELANÓTICO SACRAL: CASO CLÍNICO"

Pedro Alberto Silva¹, Paulo Pereira¹, Lúcia Castro², Rui Vaz¹

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital S. João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2-Serviço de Anatomia Patológica – Hospital S. João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

P29 "PNET ESPINAL TARDIO EM PACIENTE COM HISTÓRIA DE ASTROCITOMA CEREBELOSO: CASO CLÍNICO"

Pedro Alberto Silva¹, Paulo Pereira¹, Lúcia Castro², Rui Vaz¹

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital S. João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2-Serviço de Anatomia Patológica – Hospital S. João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

P30 "MIELOPATIA POR MALFORMAÇÃO CAVERNOSA INTRAMEDULAR CERVICAL - CASO CLÍNICO"

B. Lourenço Costa, J. Nubélio Duarte, J. L. Alves, R. Velasco, A. Rocha
Centro de Neurocirurgia de Coimbra, Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

GRUPO 4: Outras Patologias

P31 "HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO CALCIFICADO COM HERNIAÇÃO DO UNCUS"

Lia Pappamikail, Rui Rato, Ricardo Bernardo, Gonçalo Novais, Pedro Castanho, Carlos Vara Luiz, Nuno Reis
Centro Hospitalar Lisboa Central - Serviço de Neurocirurgia

P32 "QUISTO EPENDIMÁRIO INTRAMEDULAR. RELATO DE CASO"

Sérgio Salvador¹, Pedro Monteiro¹, Rita Figueiredo², Paulo Pereira¹, Rui Vaz¹

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João - Porto, 2-Serviço de Neurorradiologia – Hospital de São João - Porto

P33 - "GANGRENA CEREBRAL" PÓS TRAUMÁTICA POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS"

Tiago Lima; G. Guerreiro; Miguel Carvalho; Pedro R Cunha; Ricardo Pereira; Jorge Gonçalves
Serviço de Neurocirurgia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

P34 "UM CASO DE HIPOFISITE LINFOCÍTICA COM APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE ACROMEGÁLIA"

Miguel Carvalho; Ana Camelo

Serviço de Neurocirurgia, Hospitais da Universidade de Coimbra

P35 "QUISTO ÓSSEO ANEURISMÁTICO OCCIPITAL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO"

Pedro Monteiro; Sérgio Salvador; Joana Oliveira; Josué Pereira; Rui Vaz

Serviço de Neurocirurgia do Hospital de São João

P36 "TUMORES MALIGNOS DAS BAINHAS NERVOSAS PERIFÉRICAS RAQUIDIANAS: CARACTERÍSTICAS, TRATAMENTO E FOLLOW-UP"

Luís Augusto¹, Patrícia Polónia², Paulo Pereira², Pedro Silva², Rui Vaz²

1-Serviço de Neurorradiologia – Hospital de S. João, Porto, 2-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de S. João, Porto

P37 "TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PARALISIA DE BELL – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO"

Luís Marques¹, João Carvalho Pimentel², Gonçalo Neto d' Almeida¹, Pedro Alberto Escada²

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, 2-Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

P38 "METÁSTASE HIPOFISÁRIA - CASO CLÍNICO"

Sérgio Moreira; Isabel Ribeiro; Alfonso Velasco

Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar do Porto

P39 "A ACUIDADE DA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DA BIÓPSIA ESTEREOTÁXICA NO DIAGNÓSTICO DE LESÕES CEREBRAIS"

Miguel Afonso Filipe¹, Andreia Soares², Carlos Alegria¹

1-Serviço de Neurocirurgia Hospital de Braga, 2-Escola de Ciências da Saúde - Univ do Minho

Tema Neurocirurgia Pediátrica (SALA A)

Conferências:

Moderadores: *Josué Pereira, José Gustavo Soares*

- 09:00 "Tumores da fossa posterior"
Maurice Choux – Marselha
- 09:30 " Estado actual na cirurgia das craniossinostoses"
José Hinojosa – Madrid
- 10:00 **Comunicações livres 3 (Sala A: 10:00 – 10:30)**
Moderadores: Nuno Cristino, Amets Sagarrabay
-
- 10:00 **CO-15 "CORRECÇÃO CIRÚRGICA DE CRANIOSSINOSTOSES E MANUSEAMENTO ANESTÉSICO – REVISÃO DE 13 CASOS"**
Josué Pereira¹, Pedro Santos Silva¹, Patrícia Polónia¹, Maria Luísa Ferraz², Marcos Gouveia², Ana Leão², Rui Vaz¹
1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,
2-Serviço de Anestesiologia – Hospital de São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- 10:10 **CO-16 "CEREBROSPINAL FLUID LEAKS AFTER ENDOSCOPIC TRANSSPHENOIDAL SURGERY USING DURALSEAL"**
Erlick AC Pereira; Victoria A Nowak; Harshal Ingale; Puneet Plaha; Simon Cudlip
University of Oxford
- 10:20 **CO-46 "MONITORIZAÇÃO INTRA OPERATÓRIA DA OXIGENAÇÃO CEREBRAL EM CIRURGIA DE ANEURISMAS"**
Pedro A Silva, A. Cerejo, A. Vilarinho, C. Dias, R. Vaz
Serviço de Neurocirurgia e Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos do Hospital de S. João - Porto, Portugal
-

Tema Patologia do Ráquis (SALA B)

Conferência:

Moderadores: *António Peliz, Jorge Gonçalves*

- 09:00 "Artroplastia cervical"
Vicent Calatayud Perez – Espanha
- 09:30 **Comunicações livres 4 (Sala B: 9:30 – 10:30)**
Tema: Patologia do ráquis
Moderadores: Maria João Frade, José António Costa
-
- 09:30 **CO-17 " ARTRODESE LOMBAR COM UTILIZAÇÃO DE TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS"**
Álvaro Lima; Bruno Santiago
Hospital da Luz, Lisboa
- 09:40 **CO-18 "EXPERIÊNCIA INICIAL COM UTILIZAÇÃO DE PARAFUSOS PEDICULARES REFORÇADOS COM METILMETACRILATO PARA TRATAMENTO DE PATOLOGIA DA COLUNA LOMBAR OSTEOPORÓTICA".**
Álvaro Lima; Bruno Santiago; Catarina Viegas; Cátia Gradil; Manuel Cunha e Sá
Hospital Garcia de Orta, Almada e Hospital da Luz, Lisboa
- 9:50 **CO-19 "CIFOPLASTIAS – AVALIAÇÃO CASUÍSTICA, SEGURANÇA, COMPLICAÇÃO E RESULTADOS"**
Tiago Lima; Miguel Carvalho; Gonçalo Guerreiro; Pedro R. Cunha; Gonçalo Costa
Serviço de Neurocirurgia dos Hospitais da Universidade de Coimbra
- 10:00 **CO-20 "BALANÇO SAGITAL APÓS ARTRODESE LOMBAR EM 1-2 NÍVEIS – INFLUÊNCIA NO RESULTADO CLÍNICO"**
Pedro Santos Silva; Pedro Alberto Silva; Bruno Carvalho; Paulo Pereira; Rui Vaz
Serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. João
- 10:10 **CO-21 "MIELOPATIA ESPONDILÓTICA CERVICAL MULTINÍVEL: CRITÉRIOS DE OPÇÃO ENTRE LAMINECTOMIA (VIA POSTERIOR) E CORPORECTOMIA (VIA ANTERIOR)"**
Lia Papamikail; Nuno Salema Reis; Rui Rato
Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar Lisboa Central

10:20 **CO-22 "ESPAÇADORES INTER-ESPINHOSOS – BREVE REVISÃO CRÍTICA"**
Ricardo Velasco; J. Luís Alves, Bruno Costa, Nubélio Duarte, J. Gustavo B. Soares
Serviço de Neurocirurgia e Neurorradiologia do Centro Hospitalar de Coimbra

10:30 **Café**

SALA A

10:50 **Mensagem do Presidente da SPNC – João Paulo Farias**

Conferências:

Moderadores: João Paulo Farias, Célia Pinheiro

11:00 "Distúrbios cognitivos e da linguagem após HSA aneurismática: impacto do tratamento"
Hildo A. Filho – Recife

11:20 "Tumores e vias de acesso ao foramen magno"
J. Alberto Landeiro – Rio de Janeiro

11:40 "Meningiomas malignos atípicos: como manejá-los?"
Ápio Antunes – Porto Alegre

12:00 **Conferência Magistral**

Moderadores: Armando Rocha, Carlos Vara Luiz

"Gliomas de baixo grau de malignidade "

Alfredo Quiñones - Baltimore

Almoço buffet – Hotel Sweet Atlantic

DIA 20 - 6ª FEIRA (TARDE)

Tema – Patologia Vascular (SALA A)

15:00 **Conferência:**

Moderadores: Lozano Lopes, António Cerejo

"Estratégias no tratamento de aneurismas gigantes"

Manuel Cunha e Sá – Lisboa

15:30 **Comunicações livres 5 (Sala A: 15:30 – 16:30)**

Tema: Patologia Vascular

Moderadores: Armando Lopes, Manuel Dominguez

15:30 **CO-23 "MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA EXTRACRANIANA. NUTRIDA POR RAMOS DAS CARÓTIDAS INTERNA E EXTERNA – CASO CLÍNICO"**
Sérgio Salvador; Pedro Monteiro; António Vilarinho; Rui Vaz
Serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. João

15:40 **CO-24 "APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE FÍSTULA CARÓTIDO-CAVERNOSA ESPONTÂNEA"**
Miguel Carvalho; Ricardo Pereira
Serviço de Neurocirurgia - Hospitais da Universidade de Coimbra

15:50 **CO-25 "HEMANGIOMAS CAVERNOSOS INTRACRANIANOS - ANÁLISE RETROSPECTIVA CASOS OPERADOS 2005-2011"**
Lia Pappamikail; Gonçalo Novais, Ricardo Bernardo, Rui Rato, Pedro Castanho, Carlos Vara Luiz; Nuno Salema Reis
Centro Hospitalar Lisboa Central - Serviço de Neurocirurgia

16:00 **CO-26 "TRATAMENTO MICROCIRÚRGICO DE ANEURISMAS CEREBRAIS COM RUPTURA. AVALIAÇÃO RETROSPECTIVA NUM PERÍODO DE 10 ANOS"**
Tiago Lima; M. Carvalho; G. Guerreiro; P. Cunha; R. Pereira; G. Costa; J. Gonçalves; R. Fernandes; M. Barbosa
Serviço de Neurocirurgia - Hospitais da Universidade de Coimbra

- 16:10 **CO-27 "CIRURGIA EM HUNT E HESS GRAU 4 E 5: QUAL O RESULTADO FUNCIONAL?"**
Ana Matos Machado; Raquel Carvalho; Mário Gomes; Valdemar Martins; Ernesto Carvalho
Serviço de Neurocirurgia do Hospital Geral de Santo António
- 16:20 **CO-28 "TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ANEURISMAS EM DOENTES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65A E HSA"**
Maria Manuel Santos, Edson Oliveira, Alexandre Campos, Domingos Coiteiro, João Paulo Farias
Serviço de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa
-

Tema Neurocirurgia Pediátrica (SALA B)

- 15:00 **Conferência:**
Moderadores: J. Augusto Costa, Conceição Marques
"Cirurgia da espinha bífida"
José Hinojosa – Madrid
- 15:30 **Comunicações livres 6 (Sala B: 15:30 – 16:20)**
Temas: N.C. Pediátrica / Endoscopia
Moderadores: Mário Matos, Clara Romero
-
- 15:30 **CO-29 "MIELOMENINGOCELOS: CASUÍSTICA DO HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA (1999 – 2009)"**
Bruno Lourenço Costa; J. Luis Alves; Nubélio Duarte; Ricardo Velasco; J. Augusto Costa
Sector Pediátrico do Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de Coimbra
- 15:40 **CO-30 "O DOENTE NEUROCIRÚRGICO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS"**
Raquel Maia; Marta Oliveira; Gabriela Pereira; João Estrada; Amets Sagarrabay; Mário Matos
Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar de Lisboa Central
- 15:50 **CO-31 "HIDROCEFALIA OBSTRUTIVA: ANÁLISE DE 132 VENTRICULOCISTERNOSTOMIAS ENDOSCÓPICAS"**
Joana Oliveira; Patrícia Polónia; Josué Pereira; Rui Vaz
Serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. João
- 16:00 **CO-32 "NEUROENDOSCOPIA – EXPERIÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA".**
Ricardo Velasco; Bruno Costa, J. L. Alves, Nubélio Duarte, J. Gustavo Bento Soares
Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de Coimbra
- 16:10 **CO-33 "ODONTOIDECTOMIA – EXPERIÊNCIA COM ABORDAGEM ENDOSCÓPICA ENDONASAL"**
Conceição Marques; A. Lourenço; G. Almeida; S. Figueiredo; J. Cabral
Serviço de Neurocirurgia do Hospital Egas Moniz
-

16:20 **Café**

SALA A

- 17:00 **Mesa redonda**
Tema: "Gliomas malignos "
Moderadores: Armando Rocha, Margarida Damasceno
"Avanços da biologia molecular" – Adília Hurmigo - Nova Iorque
"Avanços terapêuticos" – Bravo Marques – Lisboa
" O presente e o futuro " - Marcus Rotta – S. Paulo
- 18:00 **Conferência Magistral**
Moderadores: Rui Vaz, Manuel Rito
"Deep Brain Stimulation in pain"
Típu Aziz – Oxford

18:30 Comunicações livres 7 (Sala A: 18:30 – 19:30)

Tema: Cirurgia Funcional

Moderadores: A. Gonçalves Ferreira, Rui Rangel

-
- 18:30 **CO-34 “NOVEL TRIAL DESIGN AND ANALYSES IN DEEP BRAIN STIMULATION FOR TREMOR ”**
Erlick AC Pereira¹, Jonathan A Hyam¹, Shazia Javed², Puneet Plaha², Stephen S Gill², Alexander L Green¹, Tipu Z Aziz¹
1-University of Oxford, 2-University of Bristol
- 18:40 **CO-35 “ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA DO GLOBO PÁLIDO PARA O TRATAMENTO DE DISTONIAS. EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA DO HOSPITAL DE S. JOÃO”**
Clara Chamadoira¹, Maria Jose Rosas², Paulo Linhares¹, Eva Brandão³, Miguel Gago², João Massano², Rui Vaz¹
1-Serviço Neurocirurgia, Hospital de São João, 2-Serviço de Neurologia, Hospital de São João, 3-Serviço de Neurologia, Hospital de São Sebastião
- 18:50 **CO-36 “REVISÃO CRÍTICA DA ESTIMULAÇÃO SUBTALÂMICA NA DOENÇA DE PARKINSON AVANÇADA”**
M^a Begoña Cattoni¹, Herculano Carvalho¹, M. Coelho², M. Miguel Rosa², A. Gonçalves Ferreira¹ e Grupo de Cirurgia Funcional das Doenças do Movimento.
1-Neurocirurgia – HSM, 2-Neurologia – HSM
- 19:00 **CO-37 “ESTIMULAÇÃO CEREBRAL PROFUNDA NO SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO”**
Paulo Linhares¹, Maria José Rosas², João Massano², Rui Vaz¹
1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João, 2-Serviço de Neurologia – Hospital de São João
- 19:10 **CO-38 “MONITORIZAÇÃO EEG INVASIVA – DESCRIÇÃO DE UM CASO CLÍNICO”**
Cláudia Grilo; Elsa Castro Silva; Rui Rangel
Centro Hospitalar do Porto
- 19:20 **CO-39 “RESSONÂNCIA MAGNÉTICA FUNCIONAL – PAPEL DA NEUROCIRURGIA ”**
César Alejandro Nunes¹, Inês Carreiro², Cristina Moura³, Marcos Barbosa⁴
1-Interno de Neurorradiologia - Serviço de Radiologia dos H.U.C., 2-Especialista de Neurorradiologia - Serviço de Radiologia dos H.U.C., 3-Especialista de Neurorradiologia - Serviço de Radiologia dos H.U.C., 4-Director do Serviço de Neurocirurgia dos H.U.C.

19:30 **Assembleia Geral da SPNC**

21:00 **Jantar do Congresso – Casino da Figueira da Foz**

DIA 21 - SÁBADO (MANHÃ)

Conferências:

Moderadores: José Miguéns, Marcos Barbosa

- 09:00 **“Craniofaringiomas”**
Maurice Choux – Marselha
- 09:30 **“Intraoperative neurophysiology in Pediatric Neurosurgery”**
Francesco Sala - Verona
- 10:00 **Comunicações livres 8**
Tema: Neurooncologia
Moderadores: Paulo Linhares, Carla Domingos

-
- 10:00 **CO-40 “ MONITORIZAÇÃO INTRAOPERATÓRIA EM SCHWANOMAS VESTIBULARES”**
Joana Maria Silva¹, António Cerejo¹, Filipe Duarte¹, Fernando Silveira², Rui Vaz¹
1-Neurocirurgia – Hospital São João, Porto, 2-Neurofisiologia – Hospital São João, Porto

- 10:10 **CO-41 "CASUÍSTICA DA CIRURGIA DE NEURINOMA DO ACÚSTICO POR VIA TRANSLABIRINTICA DO GRUPO DE OTO-NEURO-CIRURGIA / CIRURGIA DA BASE DO CRÂNIO"**
Luís Marques¹, João Carvalho Pimentel², Gonçalo Neto d' Almeida¹, Pedro Alberto Escada²
1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental,
2-Serviço de Otorrinolaringologia – Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
- 10:20 **CO-42 "SCHWANNOMAS DO V PAR CRANIANO: SÉRIE CIRÚRGICA DE 7 DOENTES E REVISÃO DA LITERATURA"**
Nuno Simas; João Paulo Farias
Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Santa Maria, Lisboa
- 10:30 **CO-43 "TRATAMENTO DE GLIOMAS DE BAIXO GRAU EM ÁREAS (MAIS) ELOQUENTES"**
Nuno Morais; José António Moreira da Costa
Serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. Marcos – Braga
- 10:40 **CO-44 "INCIDÊNCIA DE PSEUDOPROGRESSÃO PRECOZE APÓS RADIOQUIMIOTERAPIA POR GLIOMA MULTIFORME"**
Bruno Carvalho¹, Paulo Linhares², Rita Figueiredo³, Rui Manuel Reis⁴, Rui Vaz⁵
1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João, 2-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 3-Serviço de Neurorradiologia – Hospital de São João, 4-Escola de Ciências da Saúde de Braga, Universidade do Minho, 5-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- 10:50 **CO-45 "ABORDAGEM DO SEIO CAVERNOSO " – VÍDEO**
José António Moreira da Costa; Nuno Morais
Serviço de Neurocirurgia do Hospital de S. Marcos - Braga
-
- 11:00 **Café**
- Conferências Finais:**
Moderadores: Ernesto Carvalho, Vítor Gonçalves
- 11:30 "Acoustic neuromas: microsurgery versus radiosurgery"
Daniel Rigamonti - Baltimore
- 12:00 "Gliomas de alto grau de malignidade"
Alfredo Quiñones – Baltimore
- Almoço de encerramento do Congresso**
- Tarde livre

CO-00. Doentes com idade igual ou superior a 65 anos de idade submetidos a biopsia cerebral de um glioma maligno – Quais os resultados?

Miguel Simões Ferreira, Celia Pinheiro

Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António

Objectivo: Avaliação dos resultados das biopsias cerebrais realizadas a doentes com idade igual ou superior a 65 anos com diagnóstico clínico e imagiológico de Glioma Maligno.

Material e métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo das 250 biopsias cerebrais executadas no Serviço de Neurocirurgia do Hospital de Santo António do Centro Hospitalar do Porto de 1 de Janeiro de 2004 a 31 de Dezembro de 2010.

Destas foram critérios de inclusão para o trabalho: idade \geq 65 anos; clínica, exame neurorradiológico e resultado de Anatomia Patológica de Glioma Maligno.

A amostra final foi de 61 doentes, que foram divididos em três grupos: Grupo I com 17 doentes e idades compreendidas entre os 65 e 69 anos de idade; Grupo II com 14 doentes e idades compreendidas entre os 70 e 72 anos; Grupo III com 30 doentes com idade superior a 72 anos de idade

Resultados: Dos 61 doentes, 37 são do sexo masculino.

Dos doentes do Grupo I, 5 fizeram tratamento complementar com Rádio e Quimioterapia e 12 foram encaminhados para tratamento de suporte/conforto.

Dos doentes do Grupo II, 4 doentes fizeram tratamento complementar com Rádio e Quimioterapia, 3 fizeram RDT paliativa e 7 encaminhados para tratamento de suporte/conforto.

Dos doentes do Grupo III, 3 doentes fizeram Radioterapia paliativa e os restantes 27 doentes tratamento de suporte/conforto.

Conclusões: O tratamento complementar com rádio e quimioterapia foi realizado preferencialmente nos doentes mais jovens da série em estudo.

Todos os doentes com idade superior a 72 anos foram encaminhados para tratamento com radioterapia paliativa ou tratamento de suporte, não apresentando portanto indicação para tratamento complementar.

CO-01. Caracterização do doente Neurocirúrgico de ambulatório

Lia Pappamikail, Pedro Castanho

Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar Lisboa Central

Com o objectivo de caracterizar a população que recorre a consulta externa de Neurocirurgia de um hospital central, procedeu-se a uma análise dos processos de consulta de 2 médicos num período de 20 meses. Recolheu-se de cada episódio de consulta o motivo de consulta em termos de modo de referência (médico de família, outras especialidades hospitalares, após internamento/SU, por iniciativa do próprio) e patologia, por forma a caracterizar a população de ambulatório de um hospital central com valência de Neurocirurgia. Numa amostra total de 706 episódios de consulta, verificou-se um predomínio

de patologia vertebromedular (35,5%), tumoral (21,4%), traumática (11,8%), vascular (9%). Os doentes mal encaminhados representam 7,5% da amostra estudada. Esta caracterização permite a análise da gestão deste recurso de saúde e a implementação de protocolos/ligações de actuação privilegiada, nomeadamente com o exames auxiliares de diagnóstico e cuidados de saúde primários, de modo a reduzir significativamente o número de consultas das quais não se retira um acto médico (nomeadamente de tratamento ou de diagnóstico) que responda às necessidades do doente.

CO-02. Estratégia cirúrgica na patologia tumoral da coluna cervical

António Fernandes Francisco, Sérgio Livraghi, João Levy Melancia

Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria

Introdução: A cirurgia de tumores da coluna cervical apresenta desafios significativos sob diferentes pontos de vista. Anatomicamente a complexidade prende-se com o acesso anterior às regiões de transição occipitocervical e cervicodorsal, bem como às particularidades de cada vértebra cervical e da Artéria vertebral. A biomecânica e a cinemática desta região impõem preocupações específicas na abordagem cirúrgica.

Objectivos: Determinar a segurança, eficácia, vantagens e dificuldades técnicas das diferentes estratégias cirúrgicas no tratamento de tumores da coluna cervical.

Material e Métodos: Análise dos processos clínicos, exames de imagem e notas de seguimento dos doentes sujeitos a cirurgia de tumores da coluna cervical na nossa instituição desde 2003.

Resultados: 24 doentes operados, 15 do sexo feminino, com idade entre 4 meses e 72 anos, média de 52 anos. 5 lesões localizadas à região occipitocervical, 14 na coluna cervical sub-axial e 5 interessando a transição cervicodorsal. 15 doentes apresentaram-se com defeito neurológico e, 9 apenas com dor axial. A

patologia metastática representou 41,6% dos casos e os tumores ósseos primitivos os restantes 58,4%. Foram realizadas 5 vias anteriores, 11 vias posteriores e 8 vias combinadas (360º). Registou-se um caso de mortalidade per-operatória (por progressão da doença sistémica). As complicações cirúrgicas foram: 1 infecção da ferida operatória, 2 reintervenções por progressão tumoral. A média da escala de Nurick foi 2,04 no pré-operatório e 1,33 no pós-operatório.

Conclusões: A estratégia cirúrgica compreende: escolha da via de acesso, correcção da deformidade, descompressão neurológica, excisão tumoral, e reconstrução e estabilização. Os acessos anteriores da região occipitocervical e cervicodorsal podem implicar vias transorais, transmandibulares e transmanubriais. A nível occipitocervical o realinhamento é o primeiro passo, tendo-se recorrido sempre à instrumentação posterior. A remoção tumoral na região sub-axial é condicionada pela presença da artéria vertebral. A nível cervicodorsal a instrumentação posterior requer construções mais longas, bem como a utilização de técnicas e material de artrodese específicos.

CO-03. Síndrome de Horner após cirurgia cervical anterior

C. Marques, A. Bravo, A. Lourenço, C. Romero, J. Cabral

Hospital Egas Moniz- CHLO

Introdução: A síndrome de Horner surge, por vezes, como complicação da cirurgia cervical anterior, por eventual lesão directa do tronco simpático cervical. Pode, no entanto, estar associada a outras complicações anestésico-cirúrgicas.

Caso Clínico/Discussão Descreve-se um caso de miose e ptose palpebral direitas no pós-operatório imediato, associadas a discreta hemiparésia direita com componente facial homolateral após discectomia e artrodese por via anterior, C5-C6 e C6-C7, com acesso direito, em senhora de 61 anos de idade com oclusão parcial da carótida esquerda. O estudo imagiológico demonstrou a

presença de pequena lesão encefálica, isquémica, contra-lateral.

Discutem-se as possíveis causas de síndrome de Horner iatrogénica e faz-se revisão da via óculosimpática, realçando a vulnerabilidade do tronco simpático na abordagem da região cervical sub-axial por via anterior.

Conclusão: A síndrome de Horner pode ser consequência de disrupção da enervação simpática do olho em qualquer local, desde a origem e ao longo do seu circuito de três neurónios. O conhecimento do trajecto e respectivas relações anatómicas do tronco simpático cervical pode evitar complicações inesperadas.

CO-04. Hemangiomas vertebrais sintomáticos

António Fernandes Francisco, Sérgio Livraghi, João Levy Melancia

Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria

Introdução: O hemangioma vertebral está presente em 10% da população. Apesar de frequentemente assintomático, 1% destas lesões podem apresentar-se com queixas algicas, sendo raro o quadro clínico de compressão medular e crescimento epidural do tumor. Não há um consenso na literatura quanto à melhor orientação terapêutica nem quanto ao prognóstico a longo prazo destes tumores agressivos.

Objectivos: Determinar a segurança, eficácia, vantagens e dificuldades técnicas das estratégias cirúrgicas no tratamento de tumores da coluna cervical. **Material e métodos:** Foram analisados retrospectivamente os processos, dados imagiológicos e notas de seguimento dos doentes sujeitos a cirurgia por hemangioma vertebral agressivo na nossa instituição desde 2000.

Resultados: Foram operados 9 doentes, 7 do sexo feminino, com idade média de 55,3 anos. A localização anatómica das lesões foi: 8 dorsal e 1 sagrada. A apresentação clínica foi de dor e defeito neurológico (paraparésia). Todos os doentes foram

submetidos a cirurgia descompressiva, tendo sido empregue num caso embolização préoperatória e em 7 casos radioterapia pós operatória. Não houve mortalidade nem morbilidade neurológica acrescida relacionada com os procedimentos cirúrgicos. Houve 1 doente operado duas vezes por progressão da doença noutra nível vertebral não contíguo. Os diagnósticos foram confirmados histologicamente. Não houve recidiva de compressão medular nos níveis tratados. O tempo médio de seguimento foi de 8 anos.

Conclusão: A história natural dos hemangiomas vertebrais sintomáticos não está elucidada mas a nossa série reflecte a necessidade de descompressão cirúrgica quando o doente apresenta compromisso neurológico. Apenas num doente se registou progressão da doença numa outra localização com necessidade de nova intervenção cirúrgica. Apesar da apresentação inicial com compressão medular, o tratamento cirúrgico permite a recuperação neurológica a par de um bom controlo da doença a longo prazo.

CO-05. STAT3: Um potencial alvo terapêutico nos Gliomas de Alto Grau

Maria Manuel Santos¹, Lúcia Roque², Faria C³, Martins C⁴, Pimentel J⁵

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, 2-Serviço de Patologia e Citogenética – Instituto Português de Oncologia, Lisboa, 3-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, 4-Serviço de Patologia e Citogenética – Instituto Português de Oncologia, Lisboa, 5-Serviço de Neurologia/Neuropatologia – Hospital de Santa Maria, Lisboa

Introdução: os gliomas de alto grau são os tumores cerebrais primários mais frequentes e são inexoravelmente fatais. Alterações na função do *Epidermal Growth Factor Receptor* (EGFR) foram estabelecida como cruciais para o desenvolvimento destes tumores, no entanto, as terapias anti-EGFR não corresponderam às expectativas e, actualmente, não são uma alternativa à terapia convencional dos gliomas malignos.

Objectivo: o objectivo deste trabalho foi analisar a expressão de genes activadores das vias de sinalização do EGFR e identificar moléculas que potencialmente pudessem vir a ser melhores alvos terapêuticos.

Métodos: caracterizámos 100 gliomas de alto grau por *Chromosomal Comparative Genomic Hybridization (cCGH)* e determinámos a incidência de mutações e amplificações do EGFRvIII, respectivamente por, RT-PCR e FISH. Em 20 tumores, a análise da expressão genética foi realizada usando os *GeneChip HuGene1,0ST arrays (Affimetrix)* e os dados foram avaliados através dos softwares *Partek* e *Ingenuity Pathway Analysis (IPA)*. A

validação dos array foi efectuada por técnicas de imunocitoquímica com p705 STAT3 (Abcam[®]) em 50% dos tumores.

Resultados: o ganho concomitante do cromossoma 7 e a perda do 10q, uma alteração cromossómica característica dos glioblastomas, foi encontrada em 83% dos casos. A amplificação do EGFR foi observada em 58.3% dos tumores e a mutação do EGFRvIII detectada em 30% dos casos amplificados. A análise da expressão genética revelou que os genes mais expressos (FC>10) eram genes relacionados com controlo do ciclo celular, com angiogénese e com invasão celular e que os genes com menor expressão (FC<10) relacionavam-se com funções neuronais (p.e. GABRG2). A análise das redes funcionais de activação do EGFR pelo IPA definiu como moléculas centrais as: STAT3 e C-MYC. A imunocitoquímica confirmou que todas as células tumorais eram positivas para pY705-STAT3.

Conclusão: os nossos dados favorecem fortemente a STAT3 como alvo terapêutico molecular, a incluir nas terapias dos gliomas de alto grau.

CO-06. Tumores dos nervos periféricos: Casuística dos Serviços de Neurocirurgia e Ortopedia do Centro Hospitalar de Coimbra EPE

B Lourenço Costa¹, F Almeida², A Inês², JL Alves¹, R Velasco¹, J Nubélio Duarte¹, A Peliz¹, A Lopes¹

1-Centro de Neurocirurgia de Coimbra – Centro Hospitalar de Coimbra EPE, 2-Serviço de Ortopedia – Centro Hospitalar de Coimbra EPE

Introdução: Os tumores dos nervos periféricos são lesões pouco frequentes. Correspondem, na maior parte dos casos, a tumores benignos das bainhas nervosas. O diagnóstico diferencial inclui: neuropatias, tumefacções de natureza não neoplásica e tumores com origem neuronal, não neuronal ou das bainhas nervosas com comportamento benigno ou maligno.

Material e Métodos: Os autores estudaram retrospectivamente os doentes com tumores de nervos periféricos submetidos a tratamento cirúrgico nesta instituição, no período 2008 -2011 quanto a: sexo, idade, co-morbilidades, clínica de apresentação do tumor, exames complementares de diagnóstico realizados, terapêutica cirúrgica, suas complicações e resultados funcionais.

Resultados: No Centro Hospitalar de Coimbra EPE, no período 2008-2011, foram submetidos a tratamento cirúrgico 8 doentes, 6 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com tumores dos

nervos periféricos. Nenhum dos doentes era portador de neurofibromatose. Os tipos histológicos e localizações dos tumores foram: 1 schwannoma do nervo radial, 3 schwannomas do nervo mediano, 1 lipoma do nervo mediano, 1 schwannoma do nervo cubital e 2 schwannomas do nervo tibial posterior. Dor e tumefacção localizada foram as manifestações iniciais mais frequentes. O diagnóstico foi confirmado por RMN em 6 casos. Em todos os doentes foi realizada exérese macroscopicamente total da lesão. Não foram registadas complicações cirúrgicas. Foi observada uma melhoria significativa das queixas e défices neurológicos pré-operatórios em todos os doentes.

Discussão: A adequada avaliação pré-operatória e a aplicação de técnicas microcirúrgicas permitem a exérese total dos tumores benignos dos nervos periféricos com excelentes resultados funcionais.

CO-07. Radiofrequência: revisão do seu interesse no síndrome facetário

Ângela Bravo, Cesário Vilela, Sérgio Figueiredo
HEM

A radiofrequência é uma modalidade terapêutica cada vez mais aplicada no alívio da dor crónica. Trata-se de um tratamento utilizado há já algum tempo em procedimentos como a termocoagulação do gânglio de Gasser e na desnervação facetária lombar. Porém, as indicações actuais ampliaram-se desde o aparecimento da radiofrequência pulsada, podendo

abordar quase todas as estruturas nervosas incluindo os gânglios das raízes dorsais até aos anéis fibrosos em dor discogénica. Apresenta-se uma revisão da literatura acerca da radiofrequência utilizada na dor provocada por alterações nas facetas articulares cervical e lombar, realçando as indicações deste método e a experiência dos autores com esta técnica.

CO-08. Lesões Orbitárias

Nuno Morais, José António Moreira da Costa
Serviço de Neurocirurgia – Hospital de Braga

Introdução: A órbita é uma estrutura anatómica complexa que contém o globo, músculos extraoculares, gordura, tecido conjuntivo, glandular, nervoso e vascular, podendo cada um deles dar origem a tumores.

Objectivo: O objectivo deste estudo é avaliar a eficácia e segurança do tratamento cirúrgico de lesões orbitárias.

Métodos: Sete doentes consecutivos foram submetidos a remoção cirúrgica de lesões orbitárias entre Abril de 2006 e Fevereiro de 2011 pelo autor sénior. As indicações para tratamento cirúrgico foram hipovisão, proptose progressiva e dor retroorbitária relacionada com a lesão orbitária. Usamos uma classificação topográfica das lesões orbitárias, tendo a órbita sido dividida num compartimento anterior e posterior no plano axial e 3 sectores no plano coronal.

Resultados: A localização da lesão e o objectivo da cirurgia determinou a escolha da abordagem cirúrgica. Foram realizadas 4 orbitotomias laterais, 2 abordagens supraorbitárias laterais e 2 pterionais. As lesões foram removidas na totalidade em 3 casos, parcialmente em 4 e 1 biópsia. Não foram registadas quaisquer complicações major intraoperatórias ou pós-operatórias com necessidade de reintervenção. A proptose melhorou em todos os doentes.

Conclusão: O tratamento das lesões da órbita é seguro e eficaz. A escolha da abordagem cirúrgica depende da localização tumoral. A abordagem cirúrgica e as técnicas de dissecação são cruciais na determinação do prognóstico.

CO-09. Stereotactic radiosurgery for Brain AVM's: Outcome related to volume and location of brain receiving high dose radiation

Escolástico, A.R.¹, Almeida, A.², Vicente, R.; Ugidos, J.², Carvalho, H.², Gonçalves-Ferreira, A.²

1-Medical Consult, S.A., Lisboa; Centro Oncológico Dr.^a Natália Chaves, Clínica Quadrantes, Carnaxide

2-Centro Oncológico Dr.^a Natália Chaves – Clínica Quadrantes, Carnaxide

Introdução: The main goal of this study was to analyze the outcome of the patients with brain AVMs treated by Stereotactic Radiosurgery (SRS) concerning the relation between therapeutic results, obliteration time, neurological sequelae and amount of normal tissue receiving at least 10-12Gy, localization and volume of the AVMs.

Métodos: An observational study of 60 patients treated between 2004 and 2009 with a follow-up of \geq 2 years. Patients were from both sexes and ages between 20 and 60 years. Every patient was submitted to MRI, Angio-MRI, Angio-CT and a Digital Angiography (DAT) in stereotactic conditions, the two last exams on the treatment day. All were submitted to a single fraction dose of 14-20Gy using a 6MV photon beam in a 2300CD_Triology® Linac (Varian Medical Systems, Inc., Palo Alto, CA), with a HD120 multileaf collimator, at the Centro Oncológico Dr.^a Natália Chaves, Clínica Quadrantes, Carnaxide.

Clinical evaluation was made at one month post-SRS and then on simultaneously with the imaging follow-up; this included Angio-CT/MRI at 6, 12, 24 months and then every year after the treatment and DAT to confirm total obliteration.

Resultados e Conclusões: All 60 patients had 2-8 years (mean: 4y.) of post-SRS follow-up. The total obliteration rate was 55% (obliteration time: 1-3,5Y; mean: 20 months); on all the other 45% there was a variable but significant volume reduction of the AVM nidus. Most of the patients (2/3) had no permanent complications. The main permanent neurological deficits were found to be related with the prescribed dose, the lesion volume and the amount and the location of normal tissue that received a dose equal or greater than 12Gy. The brainstem, cerebellum and temporal lobe were found to be specially susceptible. The two only cases (3%) of symptomatic radionecrosis were located at the deep temporal lobe/basal ganglia.

CO-10. Abordagem terapêutica actual dos neurinomas do acústico: Radiocirurgia GAMMA KNIFE

Maria Begoña Cattoni; Julieta Silva, J.M. Braz, L.Madureira, A.Luís, S.Ikbal, A.Soaes, A.Rato, M.J.Rosa, A.Fernandes
Neurocirurgia – Centro Gamma Knife, Hospital Cuf Infante Santo

Resumo: Abstract Apresentação oral no Congresso SPNC, Maio 2011 Título: ABORDAGEM TERAPÊUTICA ACTUAL DOS NEURINOMAS DO ACÚSTICO: RADIOCIRURGIA GAMMA KNIFE Autor: M^a Begoña Cattoni – Neurocirurgia, Julieta Silva - Radioterapia Centro Gamma Knife. Hospital Cuf Infante Santo, Lisboa

Objectivos: Dar a conhecer a alta taxa de eficácia da Radiocirurgia Gamma Knife no tratamento dos neurinomas do acústico de pequeno e médio volume, tanto no controlo tumoral destas lesões, como na quase inexistente morbilidade induzida pelo procedimento. Mostrar nos casos de neurinomas volumosos, como a GK é uma arma terapêutica complementar imprescindível, dentro duma estratégia predefinida de descompressão cirúrgica, com remoções tumorais subtotais.

Métodos: Os autores, prospectivamente, vão analisar os resultados obtidos após tratamento com radiocirurgia Gamma Knife de 60 neurinomas, tratados entre Outubro 2007-Maio 2011. A série inclui 31 homens / 29 mulheres, com uma idade média de 53 anos, sendo que aproximadamente ¼ dos doentes tinham sido previamente operados. 4 doentes apresentavam uma Neurofibromatose tipo II. Em 50 casos consecutivamente tratados, com um follow up mínimo de 6 meses, faremos uma análise pormenorizada do controlo do volume lesional, da evolução clínica e da morbilidade verificada. O volume tumoral médio pré-GK foi 2.54 cc (0.1cc-9.4cc). As lesões foram irradiadas

com uma dose margem média de 12.7 Gy (12Gy-14Gy) e a isodose de prescrição média foi de 58 % (50%-68%). Resultados Com um período de follow up médio de 18 meses (6m-43 m), os efeitos duma dose de radiação Gamma, relativamente baixa, sobre os neurinomas do acústico desta série, mostraram 100% de eficácia em suprimir o crescimento tumoral. Nos casos com mais de 2 anos de follow up, verifica-se que o apagamento do sinal no centro do tumor aparece em 69%, geralmente a partir dos 6-8 meses, coincidindo com um pico, reversível, de expansão do volume tumoral. O "shrinkage" tumoral é de quase 30% aos 2 anos. Não se verificaram casos de alargamento ou aparecimento de quistos intratumorais, nem de desenvolvimento de hidrocefalia após GK. A preservação da audição útil foi de 92% aos 6m, 75% a 1 ano, 63% aos 2 anos e 50% aos 3 anos. Não houve nenhum caso de paralisia facial ou de outros pares cranianos após GK.

Conclusões: Os resultados obtidos na série apresentada, permitem confirmar que a radiocirurgia Gamma Knife é o tratamento de eleição para os neurinomas do acústico de pequeno e médio volume, sejam estes diagnosticados de novo, residuais ou recidivados. Na análise e decisão sobre as opções de tratamento para os neurinomas do acústico de grande volume, deverá ser considerada como principal estratégia terapêutica, a da remoção tumoral, propositadamente subtotal, seguida de tratamento complementar com GK.

CO-11. Tratamento dos tumores da base craniana com radiocirurgia Gamma Knife

M^a Begoña Cattoni¹, M^a Julieta Silva², Ana Luís³

1-Neurocirurgia – Centro Gamma Knife, Hosp Cuf Infante Santo, 2-Radioterapia – Centro Gamma Knife, Hosp Cuf Infante Santo, 3-Física de Radiações – Centro Gamma Knife, Hosp Cuf Infante Santo

Objectivo: Dar a conhecer as mais actuais e abrangentes indicações para o tratamento com Radiocirurgia Estereotáxica Gamma Knife dos tumores benignos ou malignos, com localização ou inserção na base craniana, seios paranasais, nasofaringe ou ouvido interno, entendendo que a GK é, actualmente, a arma terapêutica adjuvante mais avançada no manuseamento desta patologia oncológica.

Material e Métodos: Mostraremos a experiência do Centro Gamma Knife em 40 casos tratados entre Janeiro 2008 e Dezembro 2010. São tumores situados no andar anterior, médio e posterior do crânio, com componente intra e/ou extracraniano, com localização cervical baixa (até C3) ou no espaço laterofaríngeo. Em alguns casos excediam, largamente, o limite clássico dos 3cm de diâmetro e apresentavam uma morfologia marcadamente irregular, o que acrescentou um significativo grau de complexidade técnica ao tratamento. A série tratada inclui: 21 meningiomas; 3 schwannomas não vestibulares; 1 cordoma; 1 condrosarcoma; 4 carcinomas dos seios paranasais; 1 estesi-neuroblastoma grau IV; 5 quemodectomas e 4 metástases infiltrando a base craniana. Aproximadamente 85% dos casos, correspondem a recidivas/resíduos cirúrgicos e os tumores histologicamente malignos tinham previamente recebido radioterapia externa convencional. Descreveremos pormenores sobre: o planning e técnica radiocirúrgica utilizada; conformidade e selectividade das curvas de isodose à lesão e a rádio-protecção das estruturas de risco envolvidas (nervos ópticos, quiasma e órbita, no andar anterior; seio cavernoso e hipófise, no andar

médio; tronco e pares cranianos, na fossa posterior).

Resultados: Trata-se dum grupo muito heterogéneo de lesões (localização, estruturas envolvidas, histologia) à partida com comportamentos evolutivos muito diferentes, pelo que se torna crucial estabelecer o objectivo - curativo/paliativo- pretendido para cada tratamento específico. Com um follow up médio de 16 meses (5 meses – 35meses), observamos um controlo do volume tumoral em 19/21 meningiomas; 3/3 neurinomas não acústicos; 2/2 cordoma e condrosarcoma; 5/5 quemodectomas; ¾ metástases; ¾ carcinomas da nasofaringe. Não houve registo de qualquer agravamento clínico, directamente relacionado com a irradiação. Houve uma explosão tumoral em 3 casos: aos 6m num meningioma esfenocavernoso (posterior biópsia verificou tratar-se dum ca nasofaringe), aos 8m no estesi-neuroblastoma e aos 30m num meningioma do buraco lacerum, cuja cirurgia posterior revelou características atípicas.

Conclusões: Apesar de que a remoção cirúrgica dos tumores da base do crânio é o “gold standard treatment”, a significativa complexidade técnica e a relevante morbidade clínica implícita nas remoções cirúrgicas agressivas, pode provocar graves deficits neurológicos pós-operatórios, pouco tolerados pelo doente e família. A Gamma Knife é a ferramenta ideal para o tratamento complementar destes casos, principalmente nas lesões residuais ou repetidamente recidivadas, controlando o re-crescimento tumoral e preservando a função pré-existente dos pares cranianos envolvidos. Em casos específicos, o tratamento inicial poderá ser a própria radiocirurgia.

CO-12. Experiência de radiocirurgia estereotáxica cerebral no IPO de Coimbra-CHC

Nubélio Duarte¹, José Luís Alves¹, Marisa Padilha², Carlos Fardilha², Paula Alves³, Armando Rocha⁴

1-Interno complementar de Neurocirurgia do CHC, 2-Interno complementar de Radioterapia do IPO de Coimbra, 3- Directora de Serviço do Serviço de Radioterapia do IPO de Coimbra, 4-Chefe de Serviço de Neurocirurgia do CHC

A “Radiocirurgia estereotáxica cerebral” é uma arma terapêutica caracterizada pela administração de uma dose alta de radiação, num tecido alvo crânio-encefálico, que é localizado mediante procedimentos estereotáxicos. Por diferir da radioterapia convencional, por apresentar resultados similares aos da cirurgia convencional em determinadas patologias neurocirúrgicas e por ter a vantagem de ser um método não invasivo, esta

modalidade terapêutica tem-se vindo a afirmar como uma importante modalidade terapêutica, na Neurocirurgia num largo âmbito, sendo no entanto mais frequente na patologia tumoral e vascular.

Este trabalho pretende ilustrar a experiência da radiocirurgia estereotáxica, com acelerador linear, do IPO Coimbra/CHC desde Janeiro de 2008 até Março/2011.

CO-13. Complicações da Radiocirurgia no tratamento de MAV's cerebrais

Miguel Afonso Filipe, Leandro Oliveira, Carlos Alegria
Serviço de Neurocirurgia – Hospital de Braga

As malformações arteriovenosas cerebrais (MAV) são uma patologia relativamente rara, sem factores de risco genéticos, demográficos ou ambientais claramente definidos e cuja apresentação clínica inicial ocorre predominantemente no adulto jovem (20-40 anos). O seu tratamento é um dos maiores desafios em Neurocirurgia e poderá optar-se por uma ou várias das seguintes modalidades: observação, cirurgia, radiocirurgia ou embolização. Idade jovem, hemorragia prévia, pequeno tamanho da MAV, drenagem venosa profunda e alto fluxo são factores de risco para hemorragia subsequente. A Radiocirurgia é considerada para casos de lesões irremediáveis ou residuais após outros tratamentos, existindo várias modalidades de radiação: aceleradores lineares (AL) produzindo fótons de alta energia, aparelhos com múltiplas fontes de Cobalto 60 denominados Gamma Knife, aparelhos produtores de partículas pesa-

das tais como prótons, denominados ciclotrões ou sincrotrões. Os principais efeitos adversos da Radiocirurgia baseiam-se na localização, volume e fluxo da MAV e dose de radiação aplicada e podem ser estimados com base na experiência e dados publicados. Podem-se dividir em complicações precoces ou tardias. Enquanto as complicações precoces são, em regra, de menor gravidade, as complicações tardias incluem hemorragia (apesar de obliteração completa da MAV em angiografia), edema persistente, necrose por radiação, formação de cistos e aumento de risco de tumores induzidos por radiação. O objectivo principal do trabalho consiste na revisão da literatura actual sobre as complicações da Radioterapia, com especial ênfase nas complicações tardias. Expõe-se a experiência do Serviço no tratamento destas complicações, ilustrando-se com casos clínicos de complicações graves com seguimento superior a 2 anos.

CO-14. Radiocirurgia GammaKnife no tratamento de MAVs cerebrais – experiencia do Centro GammaKnife de Lisboa

José Manuel Brás¹, Maria Begona Cattoni¹, Julieta Silva², S. Ikbal², A. Luís², A. Rato², A. Fernandes², M.J. Rosa²
1-Neurocirurgia – Centro GammaKnife de Lisboa, 2-Radioterapia – Centro GammaKnife de Lisboa

A radiocirurgia GammaKnife é uma das opções terapêuticas mais eficazes e com menor morbilidade associada no tratamento de MAVs cerebrais. Nesta comunicação apresentamos a experiência do Centro GammaKnife de Lisboa com um univer-

so de 66 doentes tratados abordando aspectos clínicos e técnicos do tratamento, efeitos secundários e resultados preliminares disponíveis.

CO-15. Correção cirúrgica de craniosinostoses e manuseamento anestésico – revisão de 13 casos clínicos

Josué Pereira¹, Pedro Santos Silva¹, Patrícia Polónia¹, Maria Luísa Ferraz², Marcos Gouveia², Ana Leão², Rui Vaz¹

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto,

2-Serviço de Anestesiologia – Hospital de São João e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: As craniosinostoses caracterizam-se pelo encerramento prematuro de uma ou mais suturas cranianas, com uma incidência estimada de 0,5 a 1/1000 nascimentos. A cirurgia de craniosinostoses é uma cirurgia multidisciplinar, cirurgicamente exigente e de difícil equilíbrio anestésico. Praticam-se num grupo etário muito jovem, sujeito a consideráveis perdas sanguíneas atendendo ao pequeno volume sanguíneo inicial. A determinação e reposição precisas das perdas hemáticas constitui a principal preocupação anestésica neste tipo de neurocirurgia maior. A introdução de novos sistemas de fixação craniana veio permitir uma maior versatilidade na remodelação craniana assim como uma diminuição do tempo operatório, particularmente útil no controle anestésico e no tempo e qualidade do período pós-operatório.

Materiais e métodos: Os autores revêem a sua série de 13 doentes operados, 10 do sexo masculino, no período de Março de 2010 a Abril de 2011. Corresponde a 8 craniosinostoses coronais unilaterais, uma bilateral, 2 escafocefalias e 2 trigonocefalias, com idades compreendidas entre os 9 e os 21 meses. Avaliou-se características dos doentes, procedimentos cirúrgicos, manuseamento anestésico e hemodinâmico, e duração de estadia hospitalar. Em todos os casos foi utilizado um novo sistema de placas de fixação craniana, reabsorvível, de fácil moldagem e de fixação simples pela introdução de pinos acoplado a sistema de ultrasons.

Resultados: O tempo médio de internamento foi de 10 dias (mediana de 8, primeiras 24 horas na UCIP). Não houve mortalidade, nem morbilidade relevante. A anestesia foi geral balanceada (com extubação no fim da cirurgia, excepto em um caso).

A monitorização foi standard (ECG, etCO₂, sat. O₂ e TA indirecta), com PA invasiva (radial ou femoral) em todos os casos. Os acessos foram sempre através de CVC, excepto em 3 casos em que cateterizou a veia jugular externa. Em 4 casos fez-se adicionalmente a monitorização eléctrica no n. radial ou cubital do bloqueio induzido pelo relaxante neuromuscular, e uso do sensor digital LidCoRapid. A reposição sanguínea foi realizada com colóides e cristalóides, e GRs: a diminuição do tempo de indução (30 min a 3 h, média de 1 hora e 10 min) e do tempo cirúrgico (de 1 a 5 horas, média 3 horas) ao longo do período aqui revisto foi acompanhado por uma redução dos volumes totais de GR transfundidos (variação de 25 a 153 ml, média de 82 ml). O Htc no fim da cirurgia foi sempre igual ou superior ao existente no início da cirurgia. São ainda apresentados os resultados estéticos, imagiológicos, e aspectos pertinentes da técnica cirúrgica.

Conclusões: É importante que o anestesiolista esteja alertado para a necessidade de uma correcta monitorização, controle e reposição de perdas hemáticas durante este tipo de neurocirurgia pediátrica. O material de fixação craniana em uso é, na experiência dos autores, fiável e seguro, de aplicação fácil, permitindo diminuição do tempo operatório final, com repercussões positivas na morbilidade e tempo de internamento hospitalar. São duas das condições mais importantes para melhorar a segurança deste tipo de cirurgia (no nosso Hospital praticada por equipa exclusivamente neurocirúrgica), naturalmente desde que assegurado um terceiro requisito, o apoio de cuidados intensivos pediátricos no pós-operatório imediato.

C0-16. Cerebrospinal fluid leaks after endoscopic transsphenoidal adenohypophysectomy using Duraseal.

Erlick AC Pereira, Victoria A Nowak, Harshal Ingale, Puneet Plaha, Simon A Cudlip
University of Oxford

Objective: To investigate cerebrospinal fluid (CSF) leak rates after mainly endoscopic endonasal transsphenoidal surgery with and without polyethylene glycol hydrogel dural sealant (Duraseal).

Design: Single-centre case series.

Subjects: 250 consecutive patients scheduled for transsphenoidal hypophysectomy or biopsy over 4 years from January 2007 to December 2010 inclusive.

Results: 250 patients were identified (135 male, 115 female; median age 52 years, range 14-83). 180 patients received Duraseal (72%). 85 (34%) had intra-operative dural breach and 13 (5.2%) developed post-operative CSF leaks (3 without intra-operative dural breach) requiring lumbar drainage or formal repair. Of this group 5/251 (2.0%) patients required a formal repair. Post-operative CSF leak was seen in 5/189 (2.7%)

patients with pituitary adenoma, of these 2/5 (40%) were in cases undergoing revision surgery. 5/13 (38.4%) patients who developed a CSF leak presented with either Rathke's cleft cyst or craniopharyngioma. 3/71 patients not receiving Duraseal leaked (4.2%) whereas 10/180 patients receiving Duraseal leaked (5.6%). 54 patients (22%) received intra-operative lumbar drains, one of whom developed subsequent CSF leak (1.9%), in contrast to 12/197 (6.1%) of patients without intra-operative lumbar drains who later developed CSF leak.

Conclusions: The rate of post-operative CSF leak requiring re-exploration and repair was low (2.0%) in this mainly endoscopic case series without statistical benefit from Duraseal. Intra-operative and postoperative lumbar drainage appears beneficial in patients at higher risk of post-operative CSF leak.

C0-17. Artrodese lombar com utilização de técnicas minimamente invasivas

Álvaro Lima, Bruno Santiago
Hospital da Luz, Lisboa

A artrodese transpedicular posterior, simples ou em associação com artrodese intersomática, com a utilização de técnicas minimamente invasivas é um procedimento que tem aumentado a sua popularidade por evitar a extensa desinserção e lesão muscular associada à técnica clássica. Entre Novembro de 2009 e Março de 2011 foram operados 32 doentes utilizando técnicas minimamente invasivas. Os doentes operados são 24 mulheres e 8 homens, com idades entre 31 e 84 anos (média - 62,1 anos). O diagnóstico pré-operatório era espondilolistese degenerativa, em 18 doentes, espondilolistese com lise istmática, em 4 doentes, discartrose, em 6 doentes, estenose foraminal, em 2 doentes, metástase, em 1 doente, e artroses facetárias, em 1 doente. No estudo da série pretendemos avaliar resultados per-operatórios - duração, complicações, perdas hemáticas, tempo de internamento- e os resultados no final do seguimento em termos de evidência de fusão, necessidade de re-intervenção e avaliação clínica. O follow-up

variou entre 1 e 15 meses (média 7,22 meses). A nossa opção terapêutica consistiu na descompressão radicular, artrodese intersomática por via posterior e estabilização transpedicular, em 29 doentes, e descompressão radicular e artrodese transpedicular, em 3 doentes. A duração da cirurgia variou entre 130 e 315 minutos (média, 183,8 minutos) e as perdas hemáticas variaram entre 100 e 700 cc (média 293,5 cc). O tempo de internamento variou entre 48 e 72 horas (média 51,8 horas). Durante o follow-up não houve necessidade de re-intervenção. A fusão foi avaliada utilizando radiografia simples nos doentes com mais de 6 meses de seguimento 18/32 (56,25%) e foi observada em 100% dos doentes. A avaliação clínica e funcional realizada no final do follow-up, mínimo de 6 meses, revelou excelentes resultados. Conclui-se que a técnica apresentada é segura, eficaz e cumpre os objectivos de reduzir as perdas hemáticas e a necessidade de analgesia pós-operatória, e de acelerar a recuperação pós-operatória e o regresso à vida activa.

CO-18. Experiência inicial com utilização de parafusos pediculares reforçados com metilmetacrilado para tratamento de patologia da coluna lombar osteoporótica

Álvaro Lima, Bruno Santiago, Catarina Viegas, Cátia Gradil, Manuel Cunha e Sá
Hospital Garcia de orta, Almada, Hospital da Luz, Lisboa

As técnicas de estabilização da coluna vertebral no osso osteoporótico estão habitualmente dificultadas pela deficiente interface entre o osso e o material de instrumentação, que leva a uma menor resistência ao "pull-out" dos parafusos pediculares. O objectivo deste trabalho foi apresentar a experiência inicial da utilização de parafusos pediculares reforçados com polimetilmetacrilato (PMMA) na estabilização da coluna vertebral osteoporótica. Entre Abril de 2009 e Março de 2011 foram operados 11 doentes, um do sexo masculino e 10 do sexo feminino, com idade média 77,27 anos (entre os 66 e 81 anos), todos com índices de densidade óssea compatíveis com osteoporose, com o diagnóstico de fractura da coluna lombar em 7 casos e patologia degenerativa em 4 casos. Nestes casos foi colocada indicação para estabilização com parafusos pediculares por existir grave deformação cifótica ou necessidade de extensa descompressão do canal por sofrimento neurológico. A técnica utilizada consistiu na descom-

pressão das estruturas neurológicas, estabilização posterior com colocação de parafusos pediculares reforçados com PMMA, e reforço do pilar anterior e/ou correcção da angulação cifótica, com osteotomia vertebral, colocação anterior de cilindro expansível ou de espaçadores intersomáticos. Em 2 casos utilizaram-se técnicas minimamente invasivas. Os doentes foram avaliados clínica e radiologicamente num período de follow-up médio de 10,9 meses (entre 2 e 15 meses). No final do follow-up não houve casos de deterioração neurológica e 10 doentes apresentaram melhoria das queixas algicas e da avaliação funcional. Num caso verificou-se novo agravamento das queixas algicas e verificou-se falência da fixação a nível de L5. A utilização de parafusos reforçados com PMMA é uma alternativa de tratamento de recurso para o tratamento da patologia da coluna em doentes osteoporóticos. A sua utilização ainda carece de consolidação e de verificação dos resultados a longo prazo.

CO-19. Cifoplastias no Serviço de Neurocirurgia dos HUC. Avaliação casuística, segurança, complicações e resultados

Tiago Lima, Miguel Carvalho, Gonçalo Guerreiro, Pedro R. Cunha, Gonçalo Costa
Serviço de Neurocirurgia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Objectivo: Descreve-se e analisa-se a série dos doentes submetidos a cifoplastia no serviço de neurocirurgia dos HUC durante o período de 2004 ao 1º trimestre de 2011

Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos e base dados hospitalar dos doentes submetidos a cifoplastia no serviço.

Resultados: Foram tratados 61 doentes, a que corresponderam 81 níveis vertebrais, sendo 60,6% do sexo feminino com média de idades de 65,3 anos. Indicação principal para a intervenção foram as fracturas osteoporóticas tipo A, sendo a técnica

executada em 91,8% dos casos pelo mesmo cirurgião. Houve 16 % de complicações do procedimento, com consequências clínicas em 3,2% dos doentes. Avaliação de fracturas em segmentos adjacentes a um ano, revelou uma incidência de 11,4% no grupo avaliado. Foi feita análise estatística do resultado no tratamento da dor, avaliada pela escala visual analógica (VAS) colhida pela equipa de enfermagem pré operatória e pós intervenção, com resultados favoráveis à técnica com uma melhoria da VAS media de 5.2 para 0,73.

CO-20. Balanço sagital após artrodese lombar em 1-2 níveis – influência no resultado clínico

Pedro Santos Silva, Pedro Alberto Silva, Bruno Carvalho, Paulo Pereira, Rui Vaz
Serviço de Neurocirurgia – Hospital São João - Porto

Introdução: Tem existido um interesse crescente na repercussão do balanço sagital vertebral no resultado clínico após artrodese lombar. Neste trabalho avaliamos a relação entre parâmetros radiológicos de balanço sagital e resultado funcional após artrodese lombar a um ou dois níveis.

Métodos: Foram avaliados quarenta e três doentes sujeitos a artrodese intersomática (Posterior Lumbar Interbody Fusion e Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) e instrumentação transpedicular em um ou dois níveis para tratamento de patologia degenerativa. Estudada relação entre variáveis clínicas [Escala Visual Analógica de dor (VAS), Índice de Incapacidade de Oswestry (ODI), Critérios de Odom] e radiológicas [Linha de Prumo de C7, Tilt Pélvico, Incidência Pélvica, Lordose Lombar, Inclinação Espinopélvica em T1].

Resultados: Determinou-se uma correlação positiva entre a Linha de Prumo de C7 e o ODI. A distância entre a linha de prumo de C7 e o bordo posterosuperior do sacro foi também significativamente menor nas classes Excelente e Bom dos Critérios de Odom e nos doentes com ODI inferior a 40. Foi também encontrada uma correlação significativa entre a Inclinação Espinopélvica em T1 e o ODI. Não se demonstrou correlação entre o VAS lombar e os parâmetros radiográficos.

Conclusão: Este trabalho comprova a influência negativa do balanço sagital positivo no resultado funcional dos doentes sujeitos a fusão lombar, realçando a importância do estudo radiográfico integral da coluna, particularmente através da distância da Linha de Prumo de C7 na avaliação dos doentes com patologia degenerativa vertebral propostos para cirurgia.

CO-21. Mielopatia Espondilótica Cervical multinível: critérios de opção entre laminectomia (via posterior) e corporectomia (via anterior)

Lia Pappamikail, Nuno Salema Reis, Rui Rato
Centro Hospitalar Lisboa Central – Serviço de Neurocirurgia

A Mielopatia Espondilótica Cervical (MEC) é a causa mais frequente de lesão medular cervical não traumática. Atendendo aos dados díspares na literatura internacional, com confirmação quotidiana na prática clínica, no que respeita às opções cirúrgicas para tratamento da MEC multinível, os autores procederam a uma revisão bibliográfica e estudo da série de casos operados no decurso de 2010, com análise dos factores que influenciaram a escolha do acesso cirúrgico, bem como daqueles que terão tido influência nas evoluções desfavoráveis (grupo etário, estado neurológico pré-operatório, imagiologia

pré-cirúrgica e via de abordagem). Igualmente se avaliou a experiência publicada com o uso de Potenciais Evocados Sensitivos (PES) e Motores (PEM), bem como a do próprio serviço, que apontam para a necessidade do recurso frequente à sua utilização. Os autores concluem apresentando os critérios que em seu entender devem ser considerados e respectiva valoração na opção do acesso cirúrgico para descompressão do cordão medular e eventual estabilização vertebral na mielopatia multinível.

CO-22. Espaçadores inter-espinhosos – breve revisão crítica

Ricardo Velasco, José Luis Alves, Bruno Costa, Nubélio Duarte, José Gustavo Bento Soares
Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Os doentes com estenose espinhal lombar e claudicação neurogénica intermitente, sinal encontrado com frequência numa população com uma esperança média de vida a aumentar, viam-se até há poucos anos confrontados com uma escolha limitada entre um tratamento médico sintomático ou um procedimento descompressivo mais traumático, acompanhado nalguns casos de fusão lombar. Com a introdução dos espaçadores interespinhosos, surgiu uma alternativa menos invasiva, ainda que com indicações restritas e que ainda carecem de validação quanto à sua real eficácia clínica.

São revistos nove doentes submetidos a implantação de espaçador inter-espinhoso lombar no que diz respeito aos sinais e sintomas iniciais, tipo de material aplicado e resultados aos 6, 12 e 24 meses, avaliados com o recurso à escala visual analógica.

A implantação de espaçador interespinhoso é uma técnica segura e simples que pode constituir uma alternativa viável em casos selecionados de doentes com claudicação neurogénica intermitente. É reconhecida na literatura publicada a necessidade de mais estudos que comprovem a sua eficácia a longo prazo e demonstrem benefícios face a técnicas mais invasivas mas com resultados satisfatórios extensamente documentados.

CO-23. Malformação arteriovenosa extracraniana, nutrida por ramos das carótidas interna e externa

Sérgio Salvador, Pedro Monteiro, António Vilarinho, Rui Vaz
Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João, Porto

Introdução: As malformações arteriovenosas no couro cabeludo, são anomalias vasculares dinâmicas raras, resultantes de um erro no desenvolvimento vascular durante a embriogénese e que têm um alto risco de expansão e recorrência.

Caso clínico: Mulher com 35 anos com antecedentes clínicos de traumatismo cranioencefálico ligeiro em 2002. Inicia em 2008 episódios de cefaleia, associados a massa pulsátil na região frontal direita, com aumento progressivo das dimensões. Após duas sessões de terapêutica endovascular foi posterior-

mente realizada ressecção da MAV após acesso bicoronal, com embolização parcial no dia anterior. Observada em consulta em Outubro de 2010 e Março de 2011 sem recorrência da lesão.

Conclusão: A embolização selectiva seguida de remoção cirúrgica da lesão é em nossa opinião a estratégia adequada para o tratamento de uma patologia que se apresenta como uma massa pulsátil extracraniana e cujo diagnóstico é feito por angiografia.

CO-24. Apresentação atípica de fístula carótido-cavernosa espontânea

Miguel Carvalho, Ricardo Pereira
Serviço de Neurocirurgia – Hospitais da Universidade de Coimbra

As denominadas fistulas carótido-cavernosas (FCC) são malformações artério-venosas durais que se caracterizam pela existência de uma comunicação entre a artéria carótida interna e o seio cavernoso. Atendendo às relações anatómicas do seio cavernoso, as FCC apresentam-se frequentemente com parésia de nervos cranianos que é, habitualmente, ipsilateral com a FCC. Sinais clínicos atípicos incluem parésia isolada de nervo craniano e sinais oculares contralaterais à FCC. Apresenta-se um caso de FCC espontânea que se manifestou por parésia isolada do nervo abducens contralateral e que foi submetida a tratamento endovascular transarterial. Uma doente do sexo feminino, 41 anos, com quadro de 4 meses de

evolução de diplopia de início súbito por parésia do abducens direito. 4 meses depois, a doente inicia quadro de olho vermelho doloroso à esquerda com acufenos e proptose. Em angiografia cerebral de subtração digital (ASD) foi identificada uma FCC direita com drenagem para o seio cavernoso esquerdo, com sinais de hipertensão venosa e displasia fibro-muscular. A circulação cerebral anterior bilateral provinha da carótida interna esquerda. A doente foi submetida a tratamento endovascular transarterial com oclusão completa da fístula. A ASD após tratamento endovascular revelou contribuição de ambas as carótidas internas para a circulação cerebral. Aos 10 meses de follow-up, mantinha-se a parésia do abducens direito.

CO-25. Hemangiomas cavernosos intracranianos - análise retrospectiva casos operados 2005-2011

Lia Pappamikail, Gonçalo Novais, Ricardo Bernardo, Rui Rato, Pedro Castanho, Carlos Vara Luiz, Nuno Salema Reis
Centro Hospitalar Lisboa Central – Serviço de Neurocirurgia

Com o objectivo de caracterizar a população com diagnóstico de hemangioma cavernoso intracraniano referenciada a este hospital, procedeu-se à análise dos processos de consulta e de internamento dos doentes com esse diagnóstico histológico num período de 6 anos (2005-2011). Recolheram-se dos processos clínicos a informação relativa à manifestação inicial, idade de apresentação, localização da lesão, sintomatologia

prévia à cirurgia e pós-operatória e eventual etiologia iatrogénica. Numa amostra total de 19 doentes, demonstrou-se uma discreta predominância no género masculino (52,6%), idade média de apresentação de 42,8 anos (mediana 45), manifestação inicial por crise convulsiva ou hemorragia, localização preferencial frontal e temporal. Registado um caso de mortalidade pós-operatória e um caso de diagnóstico pós-radioterapia.

CO-26. Tratamento Microcirúrgico de Aneurismas Cerebrais com ruptura. Avaliação retrospectiva num período de 10 anos

Tiago Lima, Miguel Carvalho, Gonçalo Guerreiro, Pedro R. Cunha, Ricardo Pereira, Gonçalo Costa, Jorge Gonçalves, Raimundo Fernandes, Marcos Barbosa
Serviço de Neurocirurgia – Hospitais da Universidade de Coimbra

Objectivo: Avaliar a sobrevivência e o resultado funcional do tratamento microcirúrgico dos aneurismas cerebrais rotos, tratados nos últimos 10 anos.

Métodos: Estudo descritivo, com análise retrospectiva da base de dados e processos clínicos dos doentes com aneurismas cerebrais pós ruptura, tratados no Serviço de Neurocirurgia entre o ano 2000 e o 1º Semestre de 2010. Descrição da série e apresentação de resultados com análise estatística da sobrevivência do resultado funcional.

Resultados: No período considerado registaram-se 501 doentes, com total de 587 aneurismas, havendo um predomínio do sexo feminino (70%) e média idade de 58 anos. A localização dos aneurismas foi sobreponível ao descrito na literatura. O tratamento microcirúrgico dos aneurismas foi efectuado em 83,8% dos doentes. Os resultados funcionais ao ano do grupo

de doentes operados foi Bom em 75,1% (GOS 1 e 2), razoável em 8,7% (GOS 3) e Mau em 16,2% (GOS 4 e 5). A mortalidade dos doentes operados foi de 10,2%. Foi ainda efectuada uma análise estatística comparativa entre o grupo endovascular do ISAT e um subgrupo da base dados do serviço, ajustado de forma a obter valores de base idênticos em termos de idade e WFNS. Concluiu-se que neste subgrupo os resultados foram Bons em 73,17% aos 3Meses e 79,5% ao Ano (vs 63,6% e 69,36% no ISAT). Esta diferença é estatisticamente significativa, a favor do grupo neurocirúrgico dos HUC.

Conclusões: Os dados sustentam a opção de tratamento microcirúrgico de aneurismas como o melhor tratamento a oferecer aos doentes com ruptura aneurismática no nosso centro hospitalar.

CO-27. Cirurgia em Hunt e Hess grau 4 e 5: qual o resultado funcional?

Ana Matos Machado, Raquel Carvalho, Mário Gomes, Valdemar Martins, Ernesto Carvalho
Serviço Neurocirurgia – Hospital Geral Santo António, CHP

Objectivo: Pretende-se com este trabalho avaliar qual o resultado funcional dos casos de doentes com hemorragia sub-aracnoideia (HSA) espontânea, por rotura de aneurisma cerebral, com grau 4 ou 5 de Hunt e Hess (HH) na admissão, tratados cirurgicamente. Como objectivo secundário pretende-se avaliar a influência, ou não, da localização do aneurisma nos resultados.

Métodos: O nosso Serviço iniciou em 19 de Julho de 1999 o tratamento precoce de doentes com HSA espontânea por rotura de aneurisma cerebral. Até final de Março de 2011 foram submetidos a tratamento cirúrgico 840 doentes. Analisaram-se, retrospectivamente, os casos entre 19/Jul/1999 e 10/Out/2007, em função da disponibilidade da nossa base de dados e comparamos com a literatura disponível. Foram analisadas as idades médias do grupo total, dos casos com HH \geq 4, as várias localizações dos aneurismas e, dentro de cada localização, dos casos de HH grau 4 ou 5. Para cada localização foram avaliados o GOS e Karnofsky, na data de alta, para os casos de HH \geq 4. No grupo de casos com HH \geq 4 foi também avaliado o tempo que mediou entre o diagnóstico e a cirurgia.

Resultados: Foram operados 502 doentes (σ : ρ = 151:351) no período referido. Estes doentes representam 592 aneurismas. A idade média destes doentes é 55,2 anos. Neste período foram operados 97 doentes com HSA espontâneas com HH \geq 4, comportando 109 aneurismas. A idade média deste grupo, de pior prognóstico, é de 56,3 anos, semelhante à do grupo total. O tempo entre o diagnóstico do aneurisma e a cirurgia foi, em 75% dos casos, inferior ou igual a 24h. Dos casos de HH \geq 4, mais de 60% apresentavam na data de alta GOS \geq 4 e Karnofsky \geq 70. No que se refere à localização dos aneurismas, os melhores resultados foram encontrados nos aneurismas da comunicante posterior, carótida Interna e PICA. Os piores resultados foram encontrados nos aneurismas da pericalosa.

Conclusões: Obtivemos um bom resultado funcional em doentes vítimas de HSA espontânea com mau estado neurológico na admissão, pelo que consideramos que, apesar da sua má situação clínica inicial, tais casos devem ser submetidos a tratamento cirúrgico precoce. Verificamos uma propensão tendencial para influência nos resultados face à localização dos aneurismas, cujos motivos propomos.

CO-28. Tratamento cirúrgico de Aneurismas em doentes com idade igual ou superior a 65 anos e Hemorragia Sub-aracnoideia (HSA)

Maria Manuel Santos, Edson Oliveira, Alexandre Campos, Domingos Coiteiro, João Paulo Farias
Serviço de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa

Introdução: À medida que a população envelhece no mundo ocidental, a incidência de hemorragia sub-aracnoideia aneurismática na terceira idade está a aumentar. No entanto, desconhece-se que sub-grupo desta população pode ainda beneficiar de um tratamento cirúrgico.

Objectivos: os objectivos deste estudo foram determinar o *outcome* e os seus factores preditivos num grupo de doentes idosos com hemorragia sub-aracnoideia aneurismática em que foi realizada clipagem do aneurisma.

Métodos: revimos retrospectivamente 85 processos clínicos de doentes com idade igual ou superior a 65 anos e HSA aneurismática, admitidos numa única instituição entre 1998 e 2010 e submetidos a clipagem cirúrgica do aneurisma roto. Idade, estado neurológico na admissão (definido pelo grau de *Hunt & Hess*), localização do aneurisma, desenvolvimento de hidrocefalia (derivada transitória ou definitivamente), tempo de internamento hospitalar e estado clínico à data da alta (definido pela Escala de *Outcome* de Glasgow) foram registados.

Resultados: o *Glasgow Outcome Score* (GOS), determinado à data da alta, teve uma forte correlação estatística com o grau de *Hunt & Hess* na admissão ($p < 0.0001$), com a idade dos doentes ($p = 0.0057$) e com a necessidade de um sistema de derivação de LCR definitivo ($p = 0.0230$). Doentes com idade igual ou superior a 75 anos, graus de *Hunt & Hess* de 3-5 e que desenvolveram hidrocefalia tardiamente tiveram pior *outcome*. O tempo de internamento associa-se fortemente com a hidrocefalia tardia ($p = 0.0132$) e com a idade ($p = 0.0259$). Hidrocefalias transitórias não tiveram correlação estatística com o GOS à data da alta nem com o tempo de internamento.

Conclusões: este estudo mostrou que, embora os doentes com pior *outcome* sejam mais velhos, o factor preditivo de *outcome* mais importante, em doentes com HSA aneurismática operados, é o grau de *Hunt & Hess* na admissão e que, provavelmente, o paradigma da terceira idade deverá mudar de 65 para 75 anos.

CO-29. Mielomeningocelos: Casuística do Hospital Pediátrico de Coimbra (1999-2009)

Bruno Lourenço Costa, José Luís Alves, José Nubélio Duarte, Ricardo Velasco, José Augusto Costa
Sector Pediátrico do Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar de Coimbra EPE

Introdução: Os mielomeningocelos são os defeitos do tubo neural mais frequentes. A prevenção e o diagnóstico pré-natal reduziram significativamente o número de crianças que nascem com esta malformação.

Material e Métodos: Os autores estudaram retrospectivamente as crianças com mielomeningocelos submetidas a terapêutica cirúrgica no Hospital Pediátrico de Coimbra, no período compreendido entre 1999 e 2009, considerando os seguintes aspectos: gestação e parto; localização, extensão, integridade da membrana, infecção e terapêutica cirúrgica do mielomeningocelo; hidrocefalia, seu tratamento e respectivas complicações; associação de outras malformações; nível funcional alcançado considerando a escolaridade, o controlo de esfíncteres e a capacidade de marcha.

Resultados: Entre 1999 e 2009, 34 crianças foram submetidas a encerramento de mielomeningocelo no Hospital Pediátrico de Coimbra. Destas, 29 foram seguidas por períodos

compreendidos entre 2 e 10 anos. Os mielomeningocelos tinham a seguinte distribuição: 1 dorso-lombar, 21 lombares e 12 lombo-sagrados. Foi realizado encerramento precoce do mielomeningocelo excepto num caso. Foram registadas 2 casos de isquémia da ferida cirúrgica e 1 caso de infecção relacionada com o mielomeningocelo. Vinte e quatro crianças desenvolveram hidrocefalia que foi abordada, na maior parte dos casos, com derivação ventrículo-peritoneal e, mais raramente, com III ventriculostomia e drenagem ventricular externa. A taxa de disfunção das derivações ventrículo-peritoneais é elevada, sobretudo nos 6 meses que sucedem à sua aplicação. Uma criança foi submetida a descompressão occipito-cervical e 4 desenvolveram a síndrome da medula ancorada.

Conclusões: A maior parte das crianças seguidas são funcionalmente independentes. A abordagem multidisciplinar contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida destas crianças.

CO-30. O doente Neurocirúrgico na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Raquel Maia, Marta Oliveira, Gabriela Pereira, João Estrada, Amets Sagarrabay Irañeta, Mário Matos
H.Dona Estefânia- Centro Hospitalar de Lisboa Central-EPE (CHLC-EPE)

Nos últimos anos a patologia neurocirúrgica tem tido uma importância crescente na Unidade de Cuidados Intensivos (UCIP) do Hospital Dona Estefânia (HDE). No sentido de a avaliar, foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes internados na UCIP com este tipo de patologia, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2005 e 31 de Dezembro de 2010 (6 anos), tendo-se analisado mais pormenorizadamente, os seguintes grupos nosológicos: tumores e craniossinostoses. Neste período registaram-se 1904 internamentos na Unidade, 10% (191) dos quais neurocirúrgicos. Verificou-se uma duplicação da percentagem de internamentos nos últimos 2 anos (14%) comparativamente aos primeiros 2 (7%). Na maioria dos casos (92,1%) o internamento ocorreu no pós-operatório. Nestes 6 anos foram realizadas 474 intervenções neurocirúrgicas no HDE, 40% das quais necessitaram de cuidados intensivos na UCIP. Os grupos nosológicos das craniossinostoses e da patologia tumoral foram os

que justificaram com maior frequência o internamento na UCIP. Os internamentos tiveram uma duração média de 3 dias. Em 33 dos casos (17,3%) houve necessidade de ventilação mecânica (moda = 2 dias nos pós-operatórios). Relativamente aos índices de gravidade verificou-se um PRISM mediano de 4 e um TISS mediano de 20. Em 14,7% dos internamentos verificaram-se complicações que incluíram: hipertensão intra-craniana e aparecimento de sinais focais de novo; diabetes insípida e infecção. Em 14,7% dos casos houve falência de pelo menos um órgão ou sistema. Ocorreram 4 óbitos. A patologia neurocirúrgica tem vindo a ter um impacto significativo e crescente na UCIP. Pela sua prevalência e particularidades, condicionou uma modificação no padrão da actividade assistencial da Unidade. A existência de uma equipa de neurocirurgia dedicada à pediatria e a experiência adquirida pela equipa da UCIP, têm permitido uma optimização da assistência a estas crianças no CHLC.

CO-31. Hidrocefalia obstrutiva: análise de 132 ventriculocisternostomias endoscópicas

Joana Oliveira, Patricia Polonia, Josué Pereira, Rui Vaz
Serviço Neurocirurgia – Hospital de São João

Introdução: A ventriculocisternostomia endoscópica do terceiro ventrículo tornou-se num procedimento de eleição no tratamento da hidrocefalia em pacientes seleccionados.

Material e Métodos: Os autores fazem uma revisão (análise retrospectiva) da sua série de ventriculocisternostomias endoscópicas do terceiro ventrículo realizadas no período de Dezembro de 1998 até Dezembro de 2010. Nesse período foram realizadas 132 procedimentos em 130 doentes (77 sexo masculino). Analisa-se a taxa de sucesso global e de acordo com a etiologia e a idade dos doentes (≤ 1 ano e > 1 ano).

Resultados: Ventriculostomia funcionante em 103 doentes (taxa global de sucesso de 78%). Procedeu-se a análise da taxa de sucesso de acordo com a etiologia: Malformações congénitas 46/65 (70,8%), Infeccioso 4/9 (44,4%), Hemorrágica 6/9 (66,7%), Tumoral 35/36 (97,2%), Quistos 12/13 (92,3%). Da

subanálise das Malformações Congénitas obtiveram-se as seguintes taxas de sucesso: Estenose do Aqueduto 29/36 (80,6%), Chiari 8/19 (42,1%) e Outras 9/10 (90,0%) [P=0.011]. Nas classes de idade a taxa no grupo menor ou igual a um ano foi de 24/45 (53,3%) comparando com 79/87 (90,8%) no subgrupo com mais de um ano.

Conclusões: A elevada eficácia do procedimento endoscópico na hidrocefalia obstrutiva associada a baixa morbilidade e ausência de mortalidade. A menor eficácia nas malformações associadas a mielomeningiocelo (Chiari) está de acordo com o descrito na literatura o que decorre da maior complexidade etiopatogénica. O elevado número de crianças com idade inferior a um ano com uma taxa de sucesso considerável coloca a ventriculocisternostomia como um procedimento a ter em conta nesta idade pelo benefício a longo prazo.

CO-32. Neuroendoscopia – experiência do Centro Hospitalar de Coimbra

Ricardo Velasco, Bruno Costa, José Luis Alves, Nubélio Duarte, José Gustavo Bento Soares
Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

A disseminação da neuroendoscopia deveu-se, em grande parte, a uma elevada eficácia no tratamento da hidrocefalia obstrutiva. No entanto, a sua área de intervenção já ultrapassou as fronteiras deste campo, sendo corrente a sua utilização no tratamento de tumores intraventriculares, da base do crânio, craniossinostoses, patologia degenerativa raquidiana, quistos intracranianos e subtipos raros de hidrocefalia.

Neste trabalho são revistos 35 procedimentos endoscópicos cranianos efectuados no período compreendido entre 2003 e 2010, no Serviço de Neurocirurgia do CHC. Realizaram-se 17

biópsias de lesões tumorais, 4 fenestrações de quistos, 6 terceiroventriculocisternostomias, 1 septostomia, 6 exéreses de quisto e 1 plastia dos foramina de Monro. São apresentados os resultados obtidos e analisadas as complicações observadas.

O neuroendoscópio constitui um recurso cada vez mais disponível no armamentário terapêutico neurocirúrgico e tem-se revelado um método seguro, eficaz e conducente a uma menor morbilidade pós-cirúrgica quando comparado com técnicas cirúrgicas convencionais.

CO-33. ODONTOIDECTOMIA – experiência com abordagem endoscópica endonasal

C. Marques, A. Lourenço, G. Almeida, S. Figueiredo, J. Cabral
Serviço de Neurocirurgia – CHLO-HEM

Introdução: A odontoidectomia está indicada em algumas situações de invaginação ou impressão basilar com compressão bulbo-medular e/ou instabilidade crânio-vertebral.

A via trans-oro-faríngea classicamente utilizada cursa com considerável morbidade transitória e/ou permanente.

A via endoscópica endonasal como extensão inferior da cirurgia da base do crânio, com preservação das estruturas da oro-farínge e maxilo-buicais, constitui alternativa viável.

Materiais e Métodos: Descreve-se a experiência dos autores

na remoção endoscópica do dente do eixo seguindo-se no mesmo tempo operatório, artrodese crânio-cervical por via posterior, e faz-se análise comparativa com a via trans-oro-faríngea, evidenciando a preparação pré-operatória, as dificuldades e limitações técnicas e a evolução no pós-operatório.

Conclusões: A via endoscópica endonasal e/ou oral demonstra ser alternativa à via oral clássica com a vantagem de facultar melhor visualização, menor morbidade e mais rápida recuperação.

CO-34. Novel trial design and analysis in deep brain stimulation for tremor.

Erlick AC Pereira¹, Jonathan A Hyam¹, Shazia Javed², Puneet Plaha², Stephen S Gill², Alexander L Green¹, Tipu Z Aziz¹
1-University of Oxford, 2-University of Bristol

Introduction: Deep brain stimulation (DBS) for intractable essential tremor (ET) has yet to be evaluated by a randomised placebo-controlled trial. We applied three statistical methods to evaluate DBS efficacy in ET: 1) traditional randomised prospective cohort analysis; 2) N-of-1 single patient randomised control trials; and 3) Signal-to-noise (S2N) analysis.¹

Methods: ET patients receiving thalamic or zona incerta stimulation were studied. Stimulation was switched-off and maximal tremor severity² reached. Stimulation was randomly programmed to On unilaterally or placebo (Off). Patient and tremor evaluator were blinded to stimulation status. When tremor severity had declined at least 80%, the timed trial was stopped. Patients were asked whether they perceived the stimulation to be On or not. This was repeated to give 6 pairs of trials.

Results: 21 patients were studied, mean age 67.6 years, mean tremor duration 382.7 months and time since surgery 1186 days.

1) Mean time until tremor attenuation was 25.3 seconds

(SD+71.9) On versus 126.3 seconds (SD+75.6) Off, $z=-3.808$, $p<0.0005$). Mean end-of-trial tremor severity was 0.84 (SD+0.75) On and 6.62 (SD+1.87) Off, $t=-13.218$, $p<0.0005$.

2) N-of-1: Mean number of correct perceptions was 11.2/12, a probability of $p<0.030$. 60% of patients had 12 correct perceptions ($p=0.001$), 20% had 11 correct perceptions ($p=0.013$). Within each patient, tremor severity was better On versus Off, significant ($p<0.05$) in 78.9% of patients.

3) S2N: Mean S2N ratio was $\rightarrow 10$ (i.e. significant) in 100% of 19 patients trialled On (mean 356,927,124, SD+289,004,393) versus 11% of patients Off (mean 44,026,220, SD+38,370,349).¹ Average chance of >80% ET improvement without DBS was therefore $<1/350$ million (range 1/ 70 million to 1/1009 million).

Conclusions: This is the first randomised, placebo-controlled trial of DBS for ET and demonstrates a large treatment effect. N-of-1 and S2N are therefore important, valid, cost-effective alternatives to large trials for proving benefit in patients receiving neurosurgery.

CO-35. Estimulação cerebral profunda do globo pálido para o tratamento de distonias: Experiência do Serviço de Neurocirurgia do Hospital de São João.

Clara Chamadoira¹, Maria Jose Rosas², Paulo Linhares¹, Eva Brandão³, Miguel Gago², João Massano², Rui Vaz¹

1-Serviço Neurocirurgia, Hospital de São João, 2-Serviço de Neurologia, Hospital de São João, 3-Serviço de Neurologia, Hospital de São Sebastião

Introdução: A estimulação cerebral profunda (ECP) do globo pálido é uma alternativa internacionalmente estabelecida no tratamento das formas refractárias de distonia. Contudo, continuam por definir factores preditivos do resultado final nas diferentes tipologias de distonia.

Materiais e Métodos: Nos últimos 6 anos, 12 doentes foram submetidos a ECP na Unidade de Doenças do Movimento do Hospital de São João: 4 distonias idiopáticas; 4 distonias secundárias; 1 distonia focal cervical tardia; 2 distonias cervicais focais idiopáticas; e 1 doente com distonia por neurodegenerescência associada à pantotenato cinase (PKAN). O alvo utilizado foi o globo pálido interno sendo a sua determinação efectuada com o software Framelink® (Medtronic, Minneapolis) e a cirurgia efectuada sob anestesia geral. Os doentes foram avaliados clinicamente pelas escalas de Burke Fahn Marsden e Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale antes da cirurgia, aos seis e doze meses.

Resultados: Aos doze meses observou-se uma melhoria clínica objectivada pela escala de Burke Fahn Marsden na pon-

tução motora/ incapacidade de 59%/55% na distonia idiopática e de 32%/20% nos casos de distonia secundária. No seguimento aos 6 meses a distonia tardia teve uma melhoria clínica de 77%/71% e uma melhoria de 55%/58% nos doentes PKAN. Na distonia focal observamos uma melhoria de 67,5%/74% na escala de severidade/ incapacidade da Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale.

Conclusões: Apesar do curto seguimento, observamos uma melhoria progressiva nos casos de distonia idiopática generalizada e secundária, contrastando com a rápida e sustentada melhoria na distonia cervical focal idiopática e focal cervical tardia. Estes resultados reflectem diferentes mecanismos fisiopatológicos subjacentes aos diferentes tipos de distonia, com um possível mecanismo de neuroplasticidade progressiva nos casos de distonia generalizada e uma provável correcção permanente de um circuito alterado nos casos de distonia focal cervical. Nas formas secundárias, com resultados estatisticamente menos significativos, conseguem-se porém melhorias com algum impacto na qualidade de vida destes doentes.

CO-36. Revisão crítica da estimulação subtalâmica na Doença de Parkinson avançada

M^a Begoña Cattoni¹, Herculano Carvalho¹, M. Coelho², M. Miguel Rosa², A. Gonçalves Ferreira¹ e Grupo de Cirurgia Funcional das Doenças do Movimento.

1-Neurocirurgia – HSM, 2-Neurologia – HSM

Objectivos: Verificar os resultados clínicos obtidos pelo Grupo de Cirurgia Funcional das Doenças do Movimento do Hospital de Santa Maria, no programa cirúrgico sobre DBS na Doença de Parkinson avançada, desenvolvido ininterruptamente desde Janeiro de 2006.

Material e Métodos: Descrevemos uma série prospectiva de 100 doentes, recrutados consecutivamente, operados por DBS-STN (procedimento estereotáxico com o complemento da conformação electrofisiológica com microregisto e macroestimulação) entre Janeiro 2006 - Abril 2011. Os doentes foram avaliados pré-operatoriamente (medicação ON e OFF) e pós-operatoriamente a 1 ano e aos 3-4 anos, verificando-se diferentes parâmetros nos 3 referidos grupos.

Resultados: -Significativa melhoria no outcome motor no estadio "on/off medication" da UPDRS III em doentes operados há 1 ano e 3-4 anos, relativamente ao baseline. A estimulação melhorou, substancialmente, pontos cardinais e actividades da vida diária (redução média da UPDRS III em 60%), prolongando o "on time" com boa mobilidade e sem discinésias, com uma duração média do off de 1.4 horas. -Diminuição relevante na dosa-

gem necessária de L-Dopa diária, cerca de 70%, em média. -A comparação na melhoria induzida pela estimulação, a 1 ano e aos 3-4 anos, mostrou um leve agravamento, no grupo mais antigo, no estadio motor "on medication" da UPDRS III, ADL, marcha, linguagem e estabilidade postural. -Os efeitos adversos pós-operatórios incluem declínio cognitivo, dificuldade na fala, instabilidade, alterações da marcha e depressão, embora nunca tenha sido necessário o abandono da terapêutica com estimulação. -As principais complicações cirúrgicas verificadas foram hemorragia parenquimatosa (1%), morte súbita no pós-operatório imediato (1%), infecção (6%), fractura ou desconexão do sistema (3%) e rejeição do dispositivo de neuroestimulação (2%).

Conclusões: É evidente a forte melhoria após DBS, dos sintomas motores da doença, da qualidade de vida destes doentes e a diminuição das necessidades de medicação antiparkinsoniana. A nossa experiência, mostra que a eficácia a longo prazo (3-4 anos) da estimulação subtalâmica na Doença de Parkinson, continua a exercer um importante benefício terapêutico nestes doentes. Na série apresentada, obtivemos uma significativa baixa taxa de complicações.

CO-37. Estimulação Cerebral Profunda no Síndrome de Gilles de La Tourette – A propósito de um Caso Clínico

Paulo Linhares¹, Maria José Rosas², João Massano², Rui Vaz¹

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João, 2-Serviço de Neurologia – Hospital de São João

Introdução: O síndrome de Gilles de La Tourette é uma alteração neuro-psiquiátrica com início na infância e caracterizada por movimentos estereotipados involuntários (tiques), rápidos e não rítmicos associados a vocalizações. O seu tratamento é fundamentalmente farmacológico e cognitivo-comportamental. Os casos resistentes têm na estimulação cerebral profunda (ECP) uma alternativa terapêutica. Na bibliografia estão apenas descritos 55 casos operados, com distintos alvos escolhidos e distribuídos por 19 diferentes centros. Apesar desta técnica estar descrita apenas para essencialmente após os 20 anos de idade, a gravidade clínica do caso levou à sua utilização num adolescente.

Objectivos: Descrição da ECP num doente de 14 anos de idade e avaliação da sua eficácia.

Material e métodos: Doente de 14 anos de idade, com

Síndrome de La Tourette diagnosticado aos 8 anos de idade. Pela falência da terapêutica farmacológica foi submetido a cirurgia de ECP bilateral do globo pálido interno. Foi avaliado pré-operatoriamente a nível emocional, cognitivo e comportamental. Aos 3 meses foi feita a reavaliação comportamental com a Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) e Children Yale Brown Obsessions and Compulsions Scale (CYBOCS)

Resultados: Aos 3 meses verificou-se uma melhoria na escala de YGTSS (64,5% para 37,1% do total de tiques) e na CYBOCS (grau severo para moderado). Não houve morbilidade operatória.

Conclusão: Neste primeiro caso português, a ECP mostrou-se segura e eficaz no controlo dos tiques no Síndrome de La Tourette. Apesar do benefício da cirurgia, é fundamental após a cirurgia manter a terapia farmacológica e cognitivo-comportamental no controlo da doença.

CO-38. Monitorização EEG invasiva – descrição de um caso clínico

Cláudia Grilo, Elsa Castro Silva, Rui Rangel

Centro Hospitalar do Porto

Introdução: Descrição de um caso de epilepsia refractária submetido a monitorização EEG invasiva. No decorrer da cirurgia de remoção dos eléctrodos procedeu-se também a corticectomia com o doente acordado.

Caso clínico: Doente de 42 anos, com crises parciais complexas desde os 10 anos. Submetido a lobectomia frontal direita em 1991, após a identificação de quisto aracnoideu anterior ao sulco pré-central direito. Manteve as crises apesar de vários esquemas farmacológicos. Em Fevereiro de 2010 realizou vídeo-EEG, localizando-se as crises à região frontal direita, com envolvimento temporal. Internado para monitorização invasiva, com colocação de placa de eléctrodos a 10/01- colocados 64 eléctrodos sobre a área de lobectomia, lobo frontal, parietal e temporal. Permaneceu internado sob vídeo-vigilância e em registo contínuo de EEG durante 1 semana, tendo ocorrido 15 crises semelhantes às habituais. Foi ainda realizada estimulação directa para mapeamento funcional. Realizada cirurgia a 2º tempo a 18/01, acordando-se o doente para iden-

tificação da área motora. Foi removido córtex de aparência anormal situado em sulco no opérculo frontal, até aos limites da área motora da faringe. Realizada corticografia posterior à exérese excluindo actividade eléctrica cortical anormal. Durante o pós-operatório inicial verificou-se estado confusional e síndrome inflamatório sistémico, ocorrendo crises focais e generalizadas. Foi realizada punção lombar e assumida meningite, tratada empiricamente. Após apirexia não voltou a ter crises generalizadas. Teve alta ao 16º dia pós-operatório, sem défices focais e sem crises generalizadas. Mantém-se actualmente sem crises. Conclusão: O recurso a monitorização invasiva possibilitou o esclarecimento da localização do foco, quando tal não tinha sido possível pela realização de EEG convencional. Foi ainda realizado mapeamento funcional, o que facilitou a remoção de córtex de aparência anormal aquando da cirurgia de remoção dos eléctrodos. O facto de esta se ter efectuado com o doente acordado conferiu segurança no que respeita ao eventual surgimento de défices.

CO-39. Ressonância magnética funcional – Papel na Neurocirurgia

César Alejandro Nunes¹, Inês Carreiro², Cristina Moura³, Marcos Barbosa⁴

1-Interno de Neurorradiologia - Serviço de Radiologia dos H.U.C., 2-Especialista de Neurorradiologia - Serviço de Radiologia dos H.U.C., 3-Especialista de Neurorradiologia - Serviço de Radiologia dos H.U.C., 4-Director do Serviço de Neurocirurgia dos H.U.C.

Desde os primórdios da humanidade tem-se olhado para o crânio e os seus conteúdos nobres com curiosidade e reverência, sentimentos que apenas cresceram com o avanço civilizacional. Os conhecimentos adquiridos durante o iluminismo, mais do que respostas trouxeram novas interrogantes, e os avanços médicos mostraram claramente a necessidade de visualizar esses lugares até então escondidos. Desde a invenção do oftalmoscópio (primeira forma de indiretamente visualizar o cérebro) e da roentgenografia, o avanço nas técnicas de visualização do SNC revelou-se vertiginoso, culminando atualmente com métodos que aliam a aquisição de imagens estruturais altamente detalhadas com a obtenção de imagens que revelam a função quase em tempo real. Nesta apresentação temos como intuito mostrar os avanços imagiológicos em termos de ressonância magnética e o seu impacto na prática clínica, nomeadamente na neurocirurgia. Fazemos uma breve

resenha histórica mostrando o percurso da neuroimagem, debruçando-nos a posteriori nas modernas técnicas de ressonância funcional e nas diferentes formas de conseguir o contraste adequado para a visualização da função cerebral da maneira menos invasiva possível. Abordamos o papel dos métodos funcionais na cirurgia de tumores da área central, integrando estas imagens com a tractografia e demonstrando o interesse futuro da fusão de novas sequências de ressonância. Mostramos o interesse da análise funcional para a cirurgia da epilepsia, nomeadamente na epilepsia temporal e nas displasias corticais focais. Finalmente vislumbramos o futuro da ressonância, traduzido não só por campos magnéticos cada vez mais intensos, mas também por sequências inovadoras e a integração da neurofisiologia, neuroimagem e neurocirurgia num único bloco cirúrgico, permitindo o melhor conhecimento do cérebro lesado e os melhores resultados possíveis.

CO-40. Monitorização intraoperatória em schwannomas vestibulares

Joana Maria Silva¹, António Cerejo¹, Filipe Duarte¹, Fernando Silveira², Rui Vaz¹

1-Neurocirurgia – Hospital São João, Porto, 2-Neurofisiologia – Hospital São João, Porto

Introdução: A monitorização neurofisiológica intraoperatória pode melhorar significativamente o resultado funcional na cirurgia de schwannoma vestibular, tendo sido iniciada no Serviço de Neurocirurgia em 2008. Efectuamos monitorização do facial com EMG e potenciais evocados auditivos em todas as cirurgias de schwannoma vestibular.

Objectivos: Avaliar a utilidade da monitorização intraoperatória dos nervos facial e coclear na cirurgia de neurinomas do acústico, quer em termos de resultados funcionais da face e audição, quer no tempo cirúrgico.

Métodos: Comparamos 2 subgrupos, os primeiros 27 doentes operados com monitorização intraoperatória e os últimos 27 doentes operados sem monitorização.

Em cada subgrupo, os doentes foram divididos consoante a dimensão do neurinoma, grau IV ou grau <IV. Em cada subgrupo, são apresentados os resultados obtidos (tempo cirúrgico, escala House-Brackman (HB) para a função facial e classificação de Hannover para a audição)

Resultados: 27 doentes sem monitorização intraoperatória. Tempo cirúrgico médio 240 minutos.

22 neurinomas grau IV, 59% preservação da função facial (HB≤III) e 23% preservação de audição funcional.

5 neurinomas grau <IV, 100% preservação da função facial (HB≤III) e 40% preservação de audição funcional.

27 doentes submetidos a monitorização intraoperatória. Tempo cirúrgico médio de 223 minutos.

17 neurinomas grau IV, 94% preservação da função facial (HB≤III) e 29% preservação de audição funcional.

10 neurinomas grau <IV, 80% preservação da função facial (HB≤III) e 37,5% preservação de audição funcional.

Conclusões:

Nos nossos resultados, a monitorização intraoperatória na cirurgia dos neurinomas do acústico permitiu a diminuição da morbilidade relacionada com o nervo facial em tumores de grandes dimensões. A taxa de preservação de audição não foi significativamente alterada. Verificou-se nos tumores pequenos maior tempo cirúrgico com monitorização.

CO-41. Casuística da Cirurgia de Neurinoma do Acústico por via Translabiríntica do grupo de Oto-Neurocirurgia / Cirurgia da Base do Crânio

Luís Marques¹, João Carvalho Pimentel², Gonçalo Neto d' Almeida¹, Pedro Alberto Escada²

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, 2-Serviço de Otorrinolaringologia – Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

O tratamento cirúrgico dos neurinomas do acústico (shwannomas vestibulares) tem registado grandes avanços nas últimas décadas. A opção cirúrgica tem em conta diversas variáveis como a localização preferencial do tumor, as dimensões, o tipo de audição prévia e as expectativas do doente. Pretende-se abordar a experiência do grupo de Oto-Neurocirurgia do Hospital de Egas Moniz na abordagem deste tipo de tumores por via translabiríntica, apresentando os resultados cirúrgicos. Num período de 18 anos (1993-2011) foram operados 21 doentes em 24 cirurgias. O principal sintoma de apresentação foi hipoacusia

unilateral e acufenos, e mais raramente, alterações do equilíbrio, parestesias / parésia facial. A remoção foi macroscopicamente total em 19 cirurgias (79,2%), que corresponde a 19 doentes (90% do total dos doentes). No pós-operatório 3 doentes (14%) registaram parésia facial grau IV ou superior da escala de House e Brackmann, e 10 doentes (47,6%) com parésia facial grau I ou II (da mesma escala). Registaram-se 3 casos de fístula de líquido, todos com necessidade de tratamento cirúrgico. Num doente ocorreu secção do nervo facial, com anastomose intra-operatória. Não se registou mortalidade.

CO-42. Schwannomas do V par craniano: série cirúrgica de 7 doentes e revisão da literatura

Nuno Simas, João Paulo Farias
Hospital de Santa Maria

Introdução: Os Schwannomas do V par são tumores benignos raros, representando, no entanto, a segunda localização mais frequente dos Schwannomas intracranianos. A remoção destes tumores pode ser efectuada utilizando diferentes abordagens cirúrgicas, dependendo das características do tumor.

Objectivos: Analisar a escolha da abordagem cirúrgica apropriada e a sua importância na extensão da remoção, taxa de recorrência e resultado funcional.

Métodos: Estudo retrospectivo de 7 doentes (6 mulheres, 1 homem, idade média 43 anos) operados a Schwannomas do V par no Hospital de Santa Maria entre 2000 e 2010. Revisão da literatura sobre a evidência actual no tratamento cirúrgico destes tumores.

Resultados: A abordagem subtemporal foi utilizada em 4 doentes com tumores tipo C – 2 remoções totais e 2 remoções subtotais (lesão residual no seio cavernoso). A abordagem retro-sigmoideia foi utilizada em 3 doentes com tumores tipo B – 1 remoção total e 2 remoções subtotais. Com um período de follow-up

médio de 67 meses, 2 doentes apresentaram recorrência do tumor, em ambos os casos após remoções subtotais por via retro-sigmoideia. Num destes casos, a recidiva foi removida totalmente utilizando uma abordagem subtemporal. Registaram-se 2 complicações pós-operatórias: atrofia dos músculos temporal e masséter e úlcera da córnea. Nos últimos anos, com o aperfeiçoamento das abordagens cirúrgicas à base do crânio alguns autores alcançaram taxas de remoção total de 90%, com taxas de recorrência inferiores a 13%. Além disso, as técnicas microcirúrgicas, a ressecção epidural/intradural e a monitorização intra-operatória não só reduziram os défices pós-operatórios como permitiram obter melhoria dos défices pré-operatórios. A Radiocirurgia tem sido demonstrada como um tratamento eficaz neste tipo de tumores, constituindo uma opção válida em determinadas circunstâncias.

Conclusão: A selecção apropriada da abordagem cirúrgica e a utilização de técnicas microcirúrgicas são fundamentais para obter uma remoção total, minimizar os défices pós-operatórios e reduzir a taxa de recorrência.

CO-43. Tratamento de gliomas de baixo grau em áreas (mais) eloquentes

Nuno Morais, José António Moreira da Costa
Serviço de Neurocirurgia – Hospital de S. Marcos, Braga

Introdução: Os gliomas de baixo grau (GBG) representam 15% dos tumores cerebrais em adultos. O termo “gliomas de baixo grau” descrevem um grupo heterógeno de tumores de origem astrocítica, oligodendroglial, ependimária ou mista, sendo qualificados de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) como lesões de grau I ou grau II. Apesar da sua natureza inicial indolente, os GBG podem causar considerável morbilidade, especialmente em áreas mais eloquentes, levando inevitavelmente à morte. A literatura sugere que uma abordagem expectante já não é o tratamento de eleição e favorece uma abordagem mais agressiva.

Objectivo: O objectivo deste estudo é avaliar a eficácia, segurança e a qualidade de vida do tratamento cirúrgico dos GBG em áreas eloquentes.

Métodos: 20 doentes consecutivos foram operados a GBG em

áreas eloquentes entre Janeiro de 2005 e Dezembro de 2010 pelo autor sénior.

Resultados: A apresentação clínica mais frequente foi epilepsia (90%) e cefaleias (25%). Os GBG localizaram-se mais frequentemente na ínsula (40%) e na região temporal médio-basal (20%). O Karnofsky médio antes da cirurgia foi de 87%. O tipo histológico mais comum foi oligodendroglioma (60%). A taxa de complicação total foi de 25%, sem défices permanentes, que ocorreu antes de utilizarmos mapeamento funcional e estimulação cortical e subcortical. A escala de Rankin modificada (mRs) e follow up médios foram de 0,4 e 42 meses, respectivamente.

Conclusões: A tecnologia intra-operatória e as técnicas de mapeamento cerebral pré e intra-operatórios podem permitir ressecções em áreas eloquentes, minimizando o risco de défices, preservando a qualidade de vida.

CO-44. Incidência de pseudoprogessão precoce após radioquimioterapia por glioblastoma multiforme

Bruno Carvalho¹, Paulo Linhares², Rita Figueiredo³, Rui Manuel Reis⁴, Rui Vaz⁵

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João, 2-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 3-Serviço de Neurorradiologia – Hospital de São João, 4-Escola de Ciências da Saúde de Braga, Universidade do Minho, 5-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Objectivo: A pseudoprogessão é uma alteração imagiológica subaguda subsequente ao tratamento de radioquimioterapia (RQT) do glioblastoma multiforme (GBM). A sua incidência exacta não é consensual, variando na literatura entre 12 e 64 %. O objectivo deste estudo foi determinar a incidência de pseudoprogessão numa coorte de doentes com GBM após RT/TMZ e o seu efeito no prognóstico.

Material e métodos: Foram estudados retrospectivamente todos os doentes com o diagnóstico de GBM entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2009 submetidos a RQT. Avaliaram-se os factores demográficos, clínicos, imagiológicos, tipo de tratamento e sobrevivência. Utilizaram-se os critérios de resposta de Macdonald na avaliação das ressonâncias magnéticas (RM) pré e pós-RQT. A pseudoprogessão foi definida como um aumento na captação de contraste em RM com subsequente estabilização ou resposta da doença, sem modificação da terapêutica, durante pelo menos 6 meses após o término da RQT. O endpoint secundário foi a sobrevivência global e os métodos

estatísticos utilizados incluíram curvas de Kaplan-Meier e análise de log-rank.

Resultados: Dos 73 doentes avaliados, 49 apresentaram follow-up e estudo imagiológico seriado. A idade média dos doentes foi de 62 anos (42-78). Registou-se evidência de progressão precoce em 29 doentes (59 %) sendo que neste grupo, 7 (24%) apresentaram critérios de pseudoprogessão. A sobrevivência mediana para a coorte global foi de 16 meses [IC 95% (14.5, 17.5)]. A sobrevivência cumulativa do grupo com pseudoprogessão foi significativamente superior quando comparada com o grupo com progressão real precoce e sobreponível com o grupo de doença não-progessiva [24 meses IC 95% (14.7, 33.3)].

Conclusões: Em aproximadamente um quarto dos doentes com GBM submetidos a RQT, com evidência de progressão precoce, esta mostrou tratar-se de pseudoprogessão. O prognóstico favorável associado a este fenómeno suporta a indicação para manutenção dos ciclos de TMZ adjuvante associada a vigilância estreita no período inicial pós-RQT.

CO-45. Abordagem ao Seio cavernoso - Vídeo

José António Moreira da Costa, Nuno Morais
Serviço de Neurocirurgia, Hospital de Braga

Introdução: Apesar de a anatomia do seio cavernoso já ter sido exaustivamente descrita, o seio cavernoso permanece um lugar desafiador e pouco familiar para a maioria dos Neurocirurgiões. Os achados patológicos da região do seio cavernoso são diversos e incluem lesões intrínsecas e extrínsecas. O tratamento apropriado para as lesões do seio cavernoso são ainda controversas.

Objectivos: Com uma apresentação em video pretende-se descrever a anatomia do seio cavernoso e demonstrar a nossa abordagem cirúrgica nesta área complexa. Um caso clínico é utilizado para demonstrar a via de acesso ao seio cavernoso e ao seu conteúdo.

Métodos: Uma jovem de 27 anos de idade que tinha sido submetida a craniotomia por um adenoma secretor de GH apresentou recidiva tumoral com parésia completa do III nervo craniano esquerdo 4 anos após a cirurgia inicial. Na RMN cerebral identificou-se recidiva selar com invasão do seio cavernoso. Realizamos

uma craniotomia pterional com abordagem lateral do seio cavernoso, descompressão do III nervo craniano com remoção subtotal da lesão, tendo a doente sido submetida a radioterapia estereotáxica complementar. Uma apresentação em video passo-a-passo demonstra a nossa abordagem ao seio cavernoso.

Resultados: O conhecimento anatómico detalhado do seio cavernoso aliado à experiência do Neurocirurgião pode proporcionar uma cirurgia segura com baixa morbilidade nesta "caixa de jóias anatómicas", como Parkinson a descreveu.

Conclusões: Um conhecimento anatómico preciso do seio cavernoso pode transformar esta região num local cirúrgico acessível, com reduzida morbilidade e mortalidade, alterando a história natural das lesões nesta região. Uma ressecção completa pode ser difícil e, em muitos casos, impossível sem causar morbilidade significativa. Contudo, uma redução cirúrgica pode aumentar as probabilidades de sucesso de tratamentos complementares.

CO-46. Monitorização intra operatória da oxigenação cerebral em cirurgia de aneurismas

Pedro A Silva, A. Cerejo, A. Vilarinho, C. Dias, R. Vaz

Serviço de Neurocirurgia e Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos – Hospital de S. João - Porto, Portugal

Introdução: De acordo com investigação prévia em Neurotrauma, valores de pressão parcial tecidual de oxigénio (PtiO2) abaixo de 5 mmHg são considerados um indicador de alto risco para lesão cerebral isquémica, e morte neuronal pode verificar-se para valores inferiores a 2 mmHg.

Métodos: Monitorização da PtiO2 foi efectuada durante cirurgia de aneurismas de localização anatómica diversa em 37 doentes, 26 diagnosticados após HSA e 9 aneurismas incidentais. Foram estudados os valores basais de PtiO2, o valor mínimo registado durante as clipagens temporárias e a recuperação dos valores de PtiO2 após a clipagem definitiva, bem como a associação com a ocorrência de vasospasmo e de áreas de enfarte cerebral no pós operatório.

Resultados: Na nossa série verificou-se uma forte correlação entre a existência de valores basais baixos de PtiO2 e o desenvolvimento de vasospasmo, nos doentes com HSA

Em 16 casos, valores de PtiO2 abaixo de 2 mmHg foram

registados durante as clipagens temporárias. Em 5 destes 15 casos, verificou-se a ocorrência de enfarte cerebral no território da artéria envolvida e, nestes doentes, este valor muito baixo persistiu durante 2 ou mais minutos. Nos casos estudados, nunca se verificou o aparecimento de lesões isquémicas quando o valor mínimo registado foi superior a 2 mmHg.

Nos doentes em que se objectivaram lesões isquémicas no pós operatório, constatou-se uma ausência de recuperação ou uma diminuição persistente nos valores de PtiO2 após a clipagem definitiva.

Conclusão: A monitorização intra operatória da oxigenação cerebral pode proporcionar dados importantes acerca do risco de isquemia cerebral em doentes operados a aneurismas cerebrais, particularmente durante as clipagens temporárias ou após a clipagem definitiva. A associação entre valores basais baixos de PtiO2 e o desenvolvimento de vasospasmo no pós operatório é outro aspecto em investigação.

P01. Apresentação atípica de hemorragia subdural espontânea em paciente com cisto aracnóideo e aneurisma sacular – relato de caso

Alan Chester Feitosa de Jesus¹, Larissy Lima Santos², Felipe José Nascimento Barreto³, Luana Karla Braz Fonseca Dantas⁴, Tiago de Jesus Menezes⁵

1-Especialista em Neurologia pela Academia Brasileira de Neurologia, 2-Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Brasil/ Universidade de Coimbra - Portugal, 3-Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Brasil, 4-Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Sergipe - Brasil, 5-Neurocirurgião e Neurorradiologista intervencionista

Local onde o trabalho foi realizado: Serviço de Neurologia da Clínica e Hospital São Lucas – Aracaju/SE

Introdução: Relata-se um caso de paciente portador de cisto aracnóideo e dois aneurismas saculares que evoluiu com hematoma subdural crônico espontâneo.

Relato de Caso: Paciente do sexo masculino, 52 anos, procurou o serviço de Neurologia com queixa de cefaléia progressiva há 25 dias, de caráter pulsátil e constritivo, localização temporoparietal direita com irradiação holocraniana, acompanhada de fonofobia, pouco responsiva a analgésicos e piora com o esforço físico. Antecedente de cefaléia episódica com características distintas da atual. Hipertenso, ex-tabagista, com episódio prévio de infarto agudo do miocárdio e cirurgia para exérese de nódulo pulmonar. Exame neurológico sem alterações. Tomografia Axial Computadorizada Cranioencefálica (TAC-CE) prévia evidenciava

cisto aracnóideo em região frontal direita. TAC-CE da admissão revelou hematoma subdural frontoparietal à direita, medindo 16 mm de espessura na região parietal e 21 mm de espessura na região frontal, além de discreto desvio de linha média para a esquerda. A angiografia de vasos cerebrais indicou dois aneurismas saculares, um no segmento comunicante da artéria carótida interna direita e outro na artéria comunicante anterior. O paciente foi submetido à drenagem do hematoma subdural e clipagem dos dois aneurismas, não sendo evidenciado sítio ativo de sangramento. A evolução no pós-operatório ocorreu sem complicações.

Discussão: Como não foram identificados o sítio de sangramento, nem sinais radiológicos, clínicos ou intraoperatórios de vasoespasmos, subentende-se que o hematoma subdural tenha se originado de ruptura de vasos intracísticos, com escape para o espaço subdural.

P02. Indução de paragem cardíaca transitória em cirurgia de aneurismas cerebrais

Sergio Figueiredo¹, Sofia Gaspar², Cristina Ferreira³

1-S. Neurocirurgia – Hospital de Egas Moniz, 2-S. Anestesiologia – Hospital de Egas Moniz, 3-S. Anestesiologia – Hospital Central do Funchal

A remodelação e clipagem de aneurismas não embolizáveis, ou o controle de rotura aneurismática intra operatória, podem ser extremamente dificultados por fluxo sanguíneo persistente, mesmo com clipagem parcial de artérias aferentes. A paragem cardíaca induzida pela adenosina permite 10 a 30 segundos de

interrupção dos batimentos cardíacos, tempo suficiente para controle sequencial de hemorragia catastrófica ou para remodelação de aneurismas volumosos, em sucessivas paragens cardíacas induzidas. Apresenta-se o caso de aneurisma supra e infra clinóideu, tratado eficazmente com auxílio desta técnica.

P03. Hematoma extrapulmonar e intracanal ar dorsal após lobectomia pulmonar parcial por neoplasia pulmonar

Cícero Jean Carlos daSilveira¹, Vitor Lemos², Vitor Dâmaso Oliveira³, Manuel Luís Dominguez⁴, José Antônio Sena Lino⁵
1-Interno complementar ano VI - Neurocirurgia, 2-Assistente Graduado de Neurocirurgia do H Egas Moniz, 3-Assistente Graduado de Neurocirurgia do H Egas Moniz, 4-Director do Serviço de Neurocirurgia do H Egas Moniz, 5-Director do Serviço de Cirurgia Córdio-Torácica do H Egas Moniz

Os autores apresentam caso de hematoma epidural dorsal numa doente de 35anos, internada em Medicina Interna por pneumonia comunitária. Por persistência dos sintomas respiratórios, realizou TCtórax que descreve imagem sugestiva de neoplasia nodular pulmonar. Internada por Cirurgia Córdio-torácica, é submetida a toracotomia lateral com lobectomia parcial com remoção de lesão (histopatologicamente tumor carcinóide brônquico). 48h pós-operatório instalou-se paraplegia com nível sensitivo em D8. Realizou RMN dorsal que confirmou hematoma com extensão da fascia endotorácica e extrapulmonar, com invasão vertebral antero-esquerda D6, com compressão medular epidural. Intervencionada com <8h de paraplegia - Neurocirurgia e Cirurgia Córdio-torácica

-, com reabertura de toracotomia anterior e abordagem antero-lateral esq D6, com drenagem de hematoma. Força muscular grau 5 no pós-operatório imediato, discreta ataxia sensitiva dos membros inferiores. Ao 7ºdia pós-operatório, inicia dispneia, cefaleias intensas, tonturas e náuseas e desequilíbrio da marcha. Murmúrio vesicular diminuído a esq. Nova RMN dorsal e TC cerebral realizados confirmam volumosa fístula de LCR para o espaço pleural, a ocupar o hemitorax esquerdo, com ventrículos cerebrais "em fenda". Reintervencionada com identificação e reparação de fístula de LCR. Novo pós-operatório sem intercorrências, com resolução de fístula e com exame neurológico normal na alta hospitalar que se deu ao 20ºdia de internamento.

P04. By-pass M1-M2 com enxerto de artéria temporal superficial no tratamento de aneurisma recidivante da bifurcação da ACM esquerda.

Carla Reizinho, Miguel Casimiro, Luís Marques, Manuel Dominguez
Serviço de Neurocirurgia - Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar

A recorrência de aneurisma após clipagem eficaz angiograficamente comprovada é de aproximadamente 0,02% com um tempo médio de 13,3 anos, sendo uma das causas de re-hemorragia. As etiologias subjacentes podem ser o deslizamento tardio do clipe ou alterações estruturais da parede arterial, que sujeitas ao stress hemodinâmico conduzem e uma recorrência aneurismática na mesma área previamente tratada. Trata-se muitas vezes de aneurismas complexos com emergência de ramos arteriais do seu fundo e que podem exigir uma abordagem multidisciplinar com utilização de técnicas endovasculares, microcirúrgicas de clipagem ou de reconstrução vascular. Apresenta-se o caso de uma doente de 24 anos de idade, dextra, com recorrência angiográfica de aneurisma gigante da bifurcação de M1 esquerda, com envolvimento da emergência das duas M2 do seu fundo. Tratava-se de um aneurisma previamente operado em 2008 e 2009 na sequência de hemorragias subaracnoideias espontâneas, cujas clipagens se comprovaram angiograficamente serem completas. Dada a evolução

agressiva deste aneurisma numa doente jovem e a sua apresentação complexa e fusiforme foi proposta a remoção segmentar da bifurcação de M1, com interposição de enxerto de artéria temporal superficial entre M1 e M2. A patência do enxerto e exclusão aneurismática foram comprovadas intraoperatoriamente por videoangiografia fluoresceínica e no pós-operatório por angiografia digital. No pós-operatório imediato não se verificou agravamento neurológico ou outras complicações assistindo-se a melhoria progressiva de disfasia e hemiparésia prévias. Consideramos que em casos de aneurismas recorrentes a curto prazo após tratamento cirúrgico eficaz, está provavelmente subjacente uma doença difusa da parede arterial sendo que o recurso a nova clipagem ou técnicas de tratamento endovascular é muitas vezes impossível e não previne a progressão da doença, com eventual re-hemorragia. A ressecção do segmento envolvido e a reconstrução vascular por by-pass parece-nos a única alternativa terapêutica capaz de alterar a história natural da doença.

P05. Angiopatia cerebral proliferativa – a propósito de um caso clínico

Nubélio Duarte, José Luís Alves, Ricardo Velasco, Bruno Costa, Armando Lopes
Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Resumo: A angiopatia cerebral proliferativa é um subtipo raro de malformação arteriovenosa (MAV), caracterizada por apresentar características distintas das MAVs clássicas. Esta patologia ocorre predominantemente em doentes jovens do sexo feminino e manifesta-se principalmente através de crises convulsivas, cefaleias ou défices neurológicos focais (secundários a hemorragia ou isquemia/enfarte). O diagnóstico é realizado com base em estudos angiográficos e as opções de tratamento e prognóstico diferem das MAVs clássicas.

Caso clínico: Doente do sexo feminino com 28 anos de idade de raça negra com antecedentes patológicos de cefaleias crónicas e diminuição inespecífica da acuidade visual do olho esquerdo desde a infância. Recorreu ao serviço de urgência com queixas de náuseas, cefaleias e agravamento da visão do

olho esquerdo. Do exame físico realizado salienta-se uma pupila de Marcus-Gunn esquerda e um discreto défice motor do membro superior direito. Realizou um estudo imagiológico inicial com TC-CE e posteriormente com RM-CE com contraste, que evidenciou uma lesão hemorrágica tálamo-capsular posterior esquerda e extensa malformação arterio-venosa fronto-operculo-insular na dependência da ACM esquerda. A angiografia cerebral mostrou uma lesão altamente sugestiva de angiopatia cerebral proliferativa. Durante o período de internamento constatou-se uma reversão do défice motor supracitado e uma discreta melhoria da acuidade visual do olho esquerdo, tendo-se optado por uma atitude expectante, mantendo vigilância em consulta.

P06. Valor prognóstico do Hunt-Hess de alto grau após colocação de uma drenagem ventricular externa na ruptura de aneurismas tratados cirurgicamente

Edson Oliveira, José Pedro Lavrador, Alexandre Rainha Campos, João Paulo Farias, Domingos Coiteiro
Serviço de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

Objectivo: Os autores analisam o valor prognóstico do alto grau (IV/V) de Hunt-Hess (H-H) na admissão e após colocação de uma drenagem ventricular externa (DVE), em doentes com ruptura de aneurismas.

Material e Métodos: Entre 1998 e 2009, foram tratados cirurgicamente 356 aneurismas. Foi utilizada neste estudo a Glasgow Outcome Scale (GOS). Tendo em conta o H-H na admissão formaram-se dois grupos de doentes (Baixo Grau – I a III; Alto Grau – IV e V). Retrospectivamente, foi estudada a influência do H-H no momento da admissão, no GOS no momento da alta hospitalar. Foi também estudado, no grupo de Alto Grau, o efeito da colocação de uma DVE no H-H e no GOS.

Resultados: Dos 301 doentes estudados (foram excluídos 55 doentes devido a dados incompletos), 251 foram classificados

como Baixo Grau e 50 como Alto Grau. No grupo de Baixo Grau a mortalidade (GOS 1) foi de 4% enquanto 79% atingiram bons resultados (GOS 4/5). No grupo de Alto Grau a mortalidade foi de 14% e 28% atingiram bons resultados (GOS 4/5). Neste grupo foi colocada uma DVE em 26 doentes (52%) tendo ocorrido uma melhoria do H-H, mas que não se reflectiu no outcome no momento da alta hospitalar.

Conclusão: Doentes com H-H elevado apresentaram piores resultados que os de baixo grau, como seria expectável. A colocação de uma DVE, apesar de mostrar uma melhoria no H-H, não teve influência no outcome clínico no momento da alta hospitalar. Portanto, o Hunt-Hess tem bom valor prognóstico se for considerado no momento da admissão hospitalar, independentemente da colocação de uma DVE.

P07. Síndrome de Terson associada a Hemorragia Subaracnoideia por rotura de Aneurismas Intracranianos

B Lourenço Costa, R Velasco, J Nubélio Duarte, J L Alves, J Lozano Lopes, A Lopes
Centro de Neurocirurgia de Coimbra, Centro Hospitalar de Coimbra EPE

Introdução: A rotura de aneurismas intracranianos está associada a hemorragias intraoculares, incluindo hemorragias da retina e do humor vítreo (Síndrome de Terson). Estas são, maioritariamente, bilaterais e sem repercussão significativa sobre a visão.

Material e Métodos: Os autores descrevem três casos clínicos de doentes com hemorragia subaracnoideia (HSA) por rotura de aneurismas da circulação anterior com alterações visuais por hemorragia do humor vítreo. Os autores comple-

mentam a descrição com uma revisão da literatura sobre a associação entre hemorragias intracranianas e hemorragias intraoculares.

Conclusões: A perda de visão, por hemorragia da retina ou do humor vítreo, pode constituir a manifestação inicial de uma HSA. A hemorragia do vítreo constitui um factor de mau prognóstico em doentes com HSA. O prognóstico das hemorragias do humor vítreo, em termos de função visual, é globalmente bom, com ou sem vitrectomia.

P08. Quisto ósseo aneurismático gigante secundário a metástase craniana

Lia Pappamikail, Rui Rato, Gonçalo Novais, Ricardo Bernardo, Pedro Castanho, Carlos Vara Luiz
Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar Lisboa Central

Apresenta-se o caso de uma doente de 54 anos, com queixas de cefaleias de longa duração, sensação de “cabeça líquida” (sic) e recentemente sensação de alteração do contorno craniano. Neurologicamente integra. Realizou TAC CE em ambulatório, tendo sido de imediato encaminhada para o Serviço de Urgência. Estudo imagiológico (TAC CE e RM CE) mostraram volumosa lesão quística intradiploica, envolvendo a região frontal, temporal, rochedo, parietal, consistentes com quisto ósseo aneurismático, alimentado pela artéria meníngea média, condicionando marcado efeito de massa sobre o parên-

quima, com herniação subfalcina. Submetido a embolização pré-operatória e craniectomia alargada. Aspectos intra-operatórios de conteúdo diplóico de hematoma crónico, com marcado abaulamento das tábuas interna e externa do crânio e rarefacção óssea (facilmente depressível). Lesão residual na região do rochedo. Cranioplastia com metilmetacrilato no mesmo tempo operatório. Análise histopatológica consistente com tumor de células renais (adicional investigação concluiu diagnóstico de tumor de não pequenas células pulmonar).

P09. Glioblastoma Infratentorial

Lia Pappamikail, Rui Rato, Ricardo Bernardo, Gonçalo Novais, Pedro Castanho, Carlos Vara Luiz
Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar Lisboa Central

Apresenta-se o caso de um doente de 64 anos de idade, com história de parésia facial esquerda de tipo central, hemiparésia esquerda de predomínio crural, afectando a marcha, com circundação do MIE, parestesias extremidades MS, hiperreflexia osteotendinosa homolateral com Babinski, hemihipostesia álgica ligeira à esquerda, com uma semana de evolução motivando episódio de urgência em Dezembro de 2010. Diagnóstico imagiológico (RM-CE) áreas hipersinal T2 transição mesencéfalo-diencefálica direita bem como a substancia branca justa atrial com ligeiro reforço de sinal com gadolínio, sugerindo lesão infiltrativa primária mesencéfalo-diencefálica à direita

versus linfoma. Realizou investigação complementar, com serologias HIV e HVB negativas, pesquisa LCR de HSV, CMV, EBV, BK negativas. Reavaliação imagiológica (TAC e RM CE) 2 meses depois mostrando lesão infiltrativa diencefalo-mesencefálica e parieto-occipital, com componente quístico necrótico e edema vasogénico associado a condicionar desvio contralateral das estruturas da linha média, sugerindo lesão infiltrativa primária. Submetido a biópsia do componente parietal posterior direito, guiada por Neuronavegação, que decorreu sem intercorrências. Diagnóstico histológico de Glioblastoma Multiforme.

P10. Recidiva de glioblastoma com transformação carcinomatosa

Ana Matos Machado¹, Mário Gomes¹, Manuel Melo Pires²

1-Serviço Neurocirurgia – Hosp Geral Santo Antonio, CHP, 2-Serviço Anatomia Patológica – Hosp Geral Santo Antonio, CHP

Introdução: A invasão e destruição da base do crânio por gliomas de alto grau é rara (1,2,3,4). Caso clínico: Doente do sexo masculino de 62 anos recorre ao SU por quadro de afasia e alteração da memória. A investigação imagiológica revelou uma lesão intra-axial temporal esquerda com captação heterogeneia de contraste, compatível com glioma de alto grau. O doente é submetido a cirurgia (craniotomia com exérese da lesão), recuperando da afasia. A anatomia patológica confirmou tratar-se de um astrocitoma grau IV. Iniciou então rádio e quimioterapia (temozolamida). 1 ano após esta 2ª cirurgia desenvolveu hipoacusia e paresia facial periférica esquerdas. A investigação imagiológica revelou uma lesão, aparentemente extra-axial, temporal esquerda com invasão e destruição do ouvido médio. O doente é submetido a nova cirurgia (reabertura da

craniotomia prévia e mastoidectomia esquerda). Constata-se intra-operatoriamente uma lesão sem relação ao parênquima cerebral com invasão do ouvido médio e compressão do joelho do facial e nervo grande petroso. A sua exérese foi macroscopicamente total. A histologia revelou tratar-se de um astrocitoma grau IV com áreas de metaplasia epitelial. Após esta última cirurgia há uma deterioração clínica e imagiológica rápidas, vindo o doente a falecer.

Discussão: Kowano et al. (5) propôs 3 vias de disseminação extra-dural de gliomas: pelo espaço peri-vascular; pelos nervos cranianos; por destruição directa. Neste caso a transformação carcinomatosa, que permitiu uma invasão e destruição directa do osso temporal, conferiu ao tumor um carácter muito mais agressivo, com rápida progressão em apenas 2 meses.

P11. Ganglioglioma: um caso de disseminação pela via do LCR

Carla Reizinho, Joaquim Pedro Correia, Manuel Dominguez

Serviço de Neurocirurgia – Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa

Os gangliogliomas são tumores glioneuronais com componente glial neoplásico e elementos displásicos neuronais. Têm um elevado potencial epileptogénico e na sua maioria têm um comportamento benigno. Estão contudo descritos na literatura casos de recorrência tumoral, transformação neoplásica e glioblastoma secundário, sendo que a maior parte destes casos está associada a exérese tumoral incompleta e radioterapia. A disseminação de tumores primários do sistema nervoso central (SNC) está bem documentada em determinados tipos de tumores com maior incidência na idade pediátrica como o meduloblastoma e o ependimoma. Contudo, estão descritos na literatura poucos casos de disseminação pelo LCR em gangliogliomas. Quando esta acontece normalmente está associada a tumores com anaplasia ou a tumores sem anaplasia mas com alterações do cariótipo. Os autores descrevem o caso de uma criança de 6 anos de idade com epilepsia refractária, submetida a exérese de ganglioglioma temporal direito com características anaplásicas,

tendo realizado quimioterapia posteriormente. Obteve-se controlo da epilepsia após cirurgia. Dois anos após a primeira cirurgia constata-se agravamento neurológico com desenvolvimento de paraparésia. Foi então verificada por ressonância magnética a presença de múltiplas lesões intra-axiais nas paredes ventriculares (a maior das quais na parede lateral do III ventrículo) e identificada uma lesão intramedular na região dorsal. Procedeu-se a exérese da lesão medular com recuperação posterior da paraparésia e remoção da lesão da parede lateral do III ventrículo por uma abordagem transcalosa. O exame histopatológico confirmou tratar-se de ganglioglioma com desmoplasia, sem seguros sinais de malignidade. Com este caso os autores pretendem enfatizar a necessidade de monitorização clínica regular de doentes operados a ganglioglioma e estudo imagiológico do neuro-eixo no caso de evidência de agravamento clínico. Salienta-se ainda que um comportamento menos benigno está frequentemente associado a tumores com anaplasia.

P12. Abordagem transorbito-subfrontal no tratamento de meningeomas do rego olfactivo

Carla Reizinho, Miguel Casimiro, Luís Marques, Manuel Dominguez

Serviço de Neurocirurgia – Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Os meningeomas do rego olfactivo constituem cerca de 4-10% do total de meningeomas intracranianos. Estes têm a sua origem na transição da lâmina crivada do etmóide e no planum esfenoidal e podem atingir grandes dimensões. Várias abordagens cirúrgicas têm sido propostas para o tratamento dos meningeomas do rego olfactivo, desde a clássica abordagem bifrontal, à abordagem pterional com extensão subfrontal ou mais recentemente as abordagens endoscópicas endonasais expandidas. O tratamento cirúrgico destes tumores pelas abordagens classicamente utilizadas implica retracção dos lobos frontais, impossibilidade em poupar a função olfactiva e abertura do seio frontal, com todas as implicações inerentes. As abordagens endoscópicas permitem minimizar a manipulação dos lobos frontais, mas à custa de uma destruição da base anterior do crânio, com sacrifício definitivo da função olfactiva e risco

significativo de fístula de LCR. Os autores descrevem dois casos de meningeoma do rego olfactivo, com maior diâmetro aproximado de 3 cm, em que o tratamento cirúrgico foi realizado por abordagem transorbito-subfrontal, por uma incisão supraciliar, descrevendo-se a técnica utilizada. Como complicações possíveis destacam-se a hipostesia da região supraorbitária e a parésia facial por lesão do ramo frontal. Esta abordagem permite minimizar a manipulação dos lobos frontais, evitando a abertura do seio frontal, reduzindo a probabilidade de complicações infecciosas e de fístula de LCR, permitindo ao mesmo tempo uma visualização ampla das estruturas do andar anterior da base do crânio e da região supra e paraselar, a par de um óptimo resultado estético. Por estes motivos esta é a abordagem cirúrgica preferida pelos autores para o tratamento de meningeomas do rego olfactivo.

P13. Avaliação de um primeiro grupo de doentes operados a tumores cerebrais malignos com ácido 5-aminolevulínico num Hospital Central

J. Amaral¹, H. Farinha¹, M. Casimiro², C. Marques²

1-CHLO, Serviços Farmacêuticos – Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal, 2-CHLO, Serviço Neurocirurgia – Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

Introdução: Os gliomas de alto grau têm um mau prognóstico, especialmente em situações recorrentes ou quando a ressecção cirúrgica é limitada. O Ácido 5-aminolevulínico (5-ALA) é indicado para melhorar a visualização intra-operatória destes tecidos malignos, em adultos. A administração oral de 5-ALA algumas horas antes da cirurgia provoca uma acumulação intracelular de porfirinas fluorescentes. A cirurgia guiada por fluorescência facilita a identificação intra-operatória dos tecidos malignos infiltrados permitindo uma remoção mais eficiente do tumor e das suas margens.

Objectivo: Descrição da experiência de utilização do 5-ALA na identificação intra-operatória de tumores malignos e da administração de uma dose constante (1500mg) em doentes com mais de 75kg de peso, bem como o impacto dos custos implicados.

Material e Métodos: Estudo observacional retrospectivo realizado entre Fevereiro de 2010 e Abril de 2011. Os dados foram recolhidos no sistema informático hospitalar. Os doentes até

75kg de peso receberam uma dose de 20mg/kg e acima de 75kg receberam uma dose constante (ampola de 1500mg). No dia da cirurgia foram incluídos num programa de farmacovigilância activa gerido pelo farmacêutico hospitalar.

Resultados: Foram efectuadas 24 cirurgias com 5-ALA em 22 doentes (13 homens e 9 mulheres) com idade média de 53 anos (26-71). O exame histológico revelou: glioblastoma multiforme (75%), oligodendroglioma anaplásico (12,5%) e outros tumores (12,5%). Em 24 cirurgias, 45,8% foram primárias e 54,2% recidivas. Em 21 cirurgias (87,5%) a fluorescência obtida foi adequada. Foram notificadas reacções adversas. A maioria dos doentes teve um período de internamento inferior a 10 dias. A mortalidade foi nula. Utilizou-se a dose constante em 10 cirurgias com uma poupança de 10,380€.

Conclusão: As vantagens do 5-ALA são clinicamente significativas. Os efeitos adversos reportados não são graves. Uma dose de 1500mg é apropriada para doentes acima de 75kg de peso, representando uma poupança de custos considerável.

P14. Metástases cerebrais e Decisão Terapêutica: Estudo retrospectivo baseado na Localização e no Número

José Pedro Lavrador¹, Edson Oliveira¹, Beatriz Nunes², José Miguéns¹

1-Departamento de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, 2-Departamento de Radioterapia – Hospital de Santa Maria, Lisboa

Objectivos: Os autores analisam a influência da localização e número de metástases cerebrais na abordagem terapêutica.

Métodos: De 2005 a 2009, 145 pessoas com doença metastática cerebral foram admitidas. Sete foram excluídos. Foram estudados o número e a localização das lesões. No que respeita à localização, foram criados 3 grupos: Supratentorial (ST), Infratentorial (IT) e Supra/Infratentorial (ST-IT). Relativamente ao número, foram construídos 4 grupos: 1, 2, 3 e múltiplas lesões. A escolha terapêutica em função dessas características foi avaliada.

Resultados: No que respeita à localização, 88 doentes (64%) tiveram metástases ST, 68% tratadas cirurgicamente (92% dos casos - todas as lesões removidas). As metástases IT (23%) foram quase sempre removidas cirurgicamente (97%). No caso das metástases ST-IT (18%), se o doente foi tratado cirurgicamente, a metástase IT foi constantemente removida. Relativamente ao

número, 103 doentes (75%) tiveram metástase única e 79% foram tratados cirurgicamente, enquanto os restantes tiveram múltiplas metástases cerebrais, 66% das quais com tratamento cirúrgico. Deste grupo, 75% foram operados se uma lesão IT estava presente, enquanto na presença de lesões ST apenas, a percentagem de doentes operados foi de 53%.

Conclusões: Considerando a localização e o número, as lesões mais frequentes são as supratentoriais e as lesões únicas. Relativamente à localização, apenas as lesões infratentoriais são quase sempre removidas. As outras opções de tratamento são mais usadas nas lesões supratentoriais. Nas lesões únicas, o tratamento cirúrgico é a opção mais frequente independentemente da localização. Nas lesões múltiplas, a presença de metástases IT é um importante factor favorecendo a abordagem cirúrgica.

P15. Cancro do Pulmão: Prognóstico da Doença Metastática do Sistema Nervoso Central

José Pedro Lavrador¹, Edson Oliveira¹, Beatriz Nunes², José Miguéns¹

1-Departamento de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, 2-Departamento de Radioterapia – Hospital de Santa Maria, Lisboa

Objectivo: Os autores procuram estabelecer uma correlação entre idade, doença sistémica e opções terapêuticas com mortalidade no cancro de mama com metástases do sistema nervoso central (SNC).

Métodos: Entre 2005 e 2009 foram avaliados, 39 doentes com cancro de pulmão e metástases SNC. Foram estudadas 4 variáveis: idade, doença sistémica, opção terapêutica e mortalidade. 9 doentes foram excluídos por informação incompleta.

Resultados: Relativamente à mortalidade, esta cifrou-se em 37% a 1 mês, 57% a 6 meses, 77% a 1 ano, 87% a 18 meses, 90% a 4 anos (2 doentes vivos aos 24 meses de follow-up). Aos 6 meses, a taxa de mortalidade foi 43% abaixo dos 65 anos e 89% acima dos 65 anos. Aos 12 meses, 80% dos doentes com e 83% dos doentes sem doença sistémica metastática fora do

SNC estavam mortos. Aos 6 meses, a mortalidade dos doentes tratados apenas cirurgicamente foi de 65%. Dos que receberam tratamento com radiação, os submetidos a radiocirurgia tiveram uma taxa de mortalidade de 75% (3/4), enquanto os que foram submetidos a radioterapia holocraniana tiveram 0% (0/6) de mortalidade aos 6 meses.

Conclusões: Os autores concluem que a idade parece ser um factor importante para a mortalidade aos 12 meses, sendo significativamente inferior no grupo com menos de 65 anos. A presença de doença fora do SNC não parece ser influência decisiva para a taxa de mortalidade. No que respeita ao tratamento, a estatística parece favorecer abordagens mais extensas (inclusão da radioterapia versus cirurgia ou radiocirurgia apenas.)

P16. Cancro de Mama: Follow-up da doença metastática do Sistema Nervoso Central

José Pedro Lavrador¹, Edson Oliveira¹, Beatriz Nunes², José Miguéns¹

1-Departamento de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, 2-Departamento de Radioterapia – Hospital de Santa Maria, Lisboa

Objectivo: Os autores procuram estabelecer uma correlação entre idade, doença sistémica e opções terapêuticas com mortalidade no cancro de mama com metástases do sistema nervoso central (SNC).

Métodos: Entre 2005 e 2009 foram avaliados 43 doentes com cancro de mama e metástases SNC. Foram estudadas 4 variáveis: idade, doença sistémica, opção terapêutica e mortalidade. 21 doentes foram excluídos por informação incompleta.

Resultados: Dos 22 doentes considerados (1 homem, idade média 56 anos), 21 tiveram metástases cerebrais e 1 metástase vertebral; 9 tinham concomitantemente doença sistémica fora do SNC; 86% foram tratados cirurgicamente e 24% tiveram tratamento com radiação. No que respeita à mortalidade, esta

cifrou-se nos 14% a 1 mês, 23% a 6 meses, 46% a 1 ano, 55% a 18 meses, 64% a 2 anos, 73% a 3 anos, 82% a 4 anos e 86% a 5 anos (1 doente viva a 36 meses; 2 a 60 meses de follow-up). Aos 12 meses, a mortalidade foi de 47% abaixo dos 65 anos e 40% acima dos 65 anos; 50% dos doentes com doença sistémica fora do SNC e 43% dos sem doença sistémica fora do SNC estavam mortos; dos doentes tratados cirurgicamente a taxa de mortalidade foi 47% e dos que receberam terapia com radiação foi 40%.

Conclusões: A análise da presente série parece indicar não existir influência da idade, doença sistémica e opção terapêutica na taxa de mortalidade dos doentes. No entanto, o número de doentes excluídos da amostra força os autores a serem cautelosos nestas conclusões.

P17. Metástases do Sistema Nervoso Central: Abordagem Epidemiológica

José Pedro Lavrador¹, Edson Oliveira¹, Beatriz Nunes², José Miguéns¹

1-Departamento de Neurocirurgia – Hospital de Santa Maria, Lisboa, 2-Departamento de Radioterapia – Hospital de Santa Maria, Lisboa

Objectivo: Os autores apresentam a casuística de doentes com metástases do Sistema Nervoso Central (SNC) avaliados de 2005 a 2009.

Métodos: Foram avaliados 186 doentes com metástases SNC, cujo tumor primário se encontra fora do SNC. Os processos clínicos foram revistos com o intuito de avaliar as seguintes variáveis: género, idade, localização da metástase, localização do tumor primário e opção terapêutica. Seis doentes foram excluídos por informação incompleta.

Resultados: Foram considerados 180 doentes, 88 homens e 92 mulheres, com idade média de 60 anos (59 mulheres; 61 homens). Relativamente à localização, 142 foram cerebrais (89 supratentoriais, 32 infratentoriais e 21 supratentorial e infratentorial), 35 vertebrais e 3 cerebrais e vertebrais. Relativamente à local-

ização do tumor primário, 23.91% localizaram-se na mama, 20.11% no pulmão, 15.22% sem localização conhecida, 9.78% no cólon, 5.43% no próstata e todas as outras localizações tiveram uma frequência relativa inferior a 5%. No que respeita à decisão terapêutica, 67% foram tratados cirurgicamente, 9% com cirurgia e radioterapia, 8% com radiocirurgia, 7% com tratamento de suporte, 6% com radioterapia, 2% com biópsia e 1% com biópsia e radioterapia.

Conclusões: Os autores concluíram não existirem diferenças significativas entre o género e a idade dos doentes avaliados. A localização cerebral foi maioritária, sendo mama, pulmão e localização desconhecida as localizações primárias mais frequentes. No que respeita à terapêutica, 77% dos doentes foram operados enquanto 24% fizeram tratamento com radiação.

P18. Tumor de Células Gigantes Esfenoidal com Invasão Intradural

A.F. Geraldo¹, N. Simas², N. Amaral³, S. Pina³, J.P.Farias²

1-Serviço de Neuroradiologia – CHLN- HSM, 2-Serviço de Neurocirurgia – CHLN-HSM, 3-Serviço de Oftalmologia, Hospital Fernando da Fonseca

Introdução: Os tumores ósseos de células gigantes ou osteoclastomas são tumores benignos localmente agressivos com origem no tecido conjuntivo da medula. Constituem 5% dos tumores ósseos primários, ocorrendo tipicamente nas epífises dos ossos longos no adulto jovem. O envolvimento craniofacial ocorre em 2% dos casos, preferencialmente no andar médio da base do crânio, na mandíbula e no maxilar. Os autores descrevem um caso infrequente de tumor de células gigantes esfenoidal com comportamento agressivo e invasão atípica intradural.

Resumo: Um paciente do sexo masculino de 59 anos sem antecedentes relevantes recorreu ao serviço de urgência por quadro de exoftalmia esquerda e tumefacção temporal rapidamente progressivas. A avaliação imagiológica por TC e RM revelou lesão lítica centrada à asa do esfenóide esquerda com componente de tecidos moles associado com extensão intra-orbitária, ao espaço dos mastigadores, epidural e intradural na fossa média. O resultado anatomopatológico da biópsia aberta efectua-

da revelou aspectos característicos de tumor de células gigantes. Foi decidido tratamento cirúrgico - craniotomia pterional esquerda com remoção dos componentes orbitário, epidural e intradural (dois tempos cirúrgicos). Entre a primeira TC e o exame realizado um mês depois (prévio à última intervenção), o componente intradural aumentou consideravelmente de dimensões, atestando a sua agressividade.

Discussão/Conclusão: Os TCG apresentam uma taxa de recorrência de 40-60% num período de 3 anos, sendo o principal factor de prognóstico a obtenção de remoção cirúrgica total. Na sua impossibilidade, a realização de radioterapia adjuvante tem um papel controverso pela possibilidade de transformação sarcomatosa pós-RT. Dada a raridade deste tumor na região craniofacial, a não existência de aspectos imagiológicos típicos e o difícil diagnóstico diferencial histológico com outras entidades, nomeadamente os granulomas de células gigantes, uma correcta correlação clínico-imagiológica e anatomopatológica é essencial para a sua abordagem.

P21. Cifoplastia: Dúvidas e questões

Sérgio Figueiredo

S. Neurocirurgia – Hospital de Egas Moniz

A remodelação e clipagem de aneurismas não embolizáveis, ou o controle de rotura aneurismática intra operatória, podem ser extremamente dificultados por fluxo sanguíneo persistente, mesmo com clipagem parcial de artérias aferentes. A paragem cardíaca induzida pela adenosina permite 10 a 30 segundos de

interrupção dos batimentos cardíacos, tempo suficiente para controle sequencial de hemorragia catastrófica ou para remodelação de aneurismas volumosos, em sucessivas paragens cardíacas induzidas. Apresenta-se o caso de aneurisma supra e infra clinoideu, tratado eficazmente com auxílio desta técnica.

P22. Relato de caso clínico - laminoplastia cervical em jovem anã com mielopatia espondilótica cervical

Cícero Jean Carlos daSilveira¹, Júlio Miguel V Casimiro², Vitor Dâmaso Oliveira³, Manuel Luís Dominguez⁴, José Antônio Sena Lino⁵

1-Interno complementar ano VI - Neurocirurgia, 2-Assistente Graduado de Neurocirurgia do H Egas Moniz, 3-Assistente Graduado de Neurocirurgia do H Egas Moniz, 4-Director do Serviço de Neurocirurgia do H Egas Moniz, 5-Director do Serviço de Cirurgia Córdio-Torácica do H Egas Moniz

Os autores relatam o caso clínico de uma jovem de 24 anos com nanismo familiar que se apresenta inicialmente em consulta de Neurocirurgia com cérvico-braquialgia bilateral associado a parestesias dos membros superiores que evolui ao longo de emses com ataxia sensitiva da marcha e diminuição do senso de posição articular dos quatro membros, sem déficits motores. Imagiologicamente, a TC e RMN cervical demonstram osteopenia severa da coluna cervical com retificação da curvatura fisiológica e patologia artrósica multissegmentar cervical a condicionar compressão medular extrínseca sem hipersinal medular e estenose foraminal multissegmentar.

Optou-se pelo tratamento por laminoplastia cervical com colocação de "microplacas em Z" e foraminectomia nos níveis comprometidos clinicamente, aumentando desta forma o calibre do canal central medular. Neurologicamente, tem pós-operatório com ausência de cérvico-braquialgia ou radiculopatia cervical e ainda mantida a ataxia sensitiva na data de alta hospitalar. Ressalta-se o caso clínico por fatores tais como: (1) a interferência do material colocado com os exames de imagem da coluna cervical no futuro e (2) a controvérsia no consenso do tratamento nestes casos: laminoplastia vs laminectomia vs descompressão cervical posterior com instrumentação.

P23. Fixação Lombopélvica nas Fracturas-luxações do Sacro

Tiago Lima¹, Pedro Amaral², Miguel Carvalho¹, Gonçalo Guerreiro¹, Pedro R. Cunha¹, Ricardo Pereira¹

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospitais da Universidade de Coimbra, 2-Serviço de Ortopedia – Hospital de Ponta Delgada

Introdução: As fracturas do sacro são lesões frequentemente não diagnosticadas e consequentemente não tratadas. Isto deve-se ao facto de haver grande dificuldade em obter imagiologia adequada deste segmento e também à natureza e severidade da patologia traumática associadas. As fracturas do sacro são frequentes após quedas de locais elevados (com frequência associadas a tentativas de suicídio) e acidentes de viação. Nas fracturas sagradas em U, os componentes longitudinais desconectam a parte central do sacro das asas / articulações sacro-iliacas, enquanto o componente transversal desconecta a coluna axial dos segmentos sagrados inferiores. Este tipo de fracturas resultam numa dissociação espinho-pélvica, sendo fracturas de elevada instabilidade. Podem causar lesões neurológicas significativas, deformidade progressiva e dor crónica se não tratadas apropriadamente.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino, 16 anos de idade, vítima de acidente de viação, com traumatismo craniano grave

e fractura sagrada em U inicialmente não diagnosticada. Quatro semanas pós trauma, manifestação de disfunção esfíncteriana, hipostesia em sela e dor sacro ilíaca. O estudo complementar por TAC revelou uma fractura em U (Denis tipo2, Roy-Camille Tipo 2) com dissociação espinho-pélvica. Perante o estudo imagiológico e quadro deficitário, foi realizada a fixação lombopélvica e descompressão das raízes sagradas. Foi feita fixação lombosagrada com parafusos transpediculares e fixação com parafusos aos ilíacos (osteosíntese triangular), descompressão posterior do canal do sacro e osteotomias anteriores por via posterolateral. O procedimento cirúrgico permitiu reconstituir a estabilidade sacro-pélvica e descomprimir a cauda equina. Conclusão A fixação lombopélvica é eficaz na restauração da estabilidade sacro-pélvica e permite mobilização imediata no pós-operatório. A recuperação neurológica pode ser esperada na ausência de neuropatia das raízes sagradas.

P24. Síndrome do desfiladeiro torácico por costela cervical: tratamento cirúrgico por uma abordagem intermuscular lateral

Carla Reizinho, Joaquim Pedro Correia, Manuel Dominguez

Serviço de Neurocirurgia – Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

A síndrome do desfiladeiro torácico diz respeito a um conjunto de manifestações clínicas advindas da compressão das estruturas neurovasculares localizadas no espaço compreendido entre a primeira costela e a clavícula. O plexo braquial, veia subclávia e artéria subclávia podem estar envolvidos dando origem às formas neurogénica, venosa e arterial da síndrome. As manifestações neurológicas são as mais comuns e pode frequentemente ser feito o diagnóstico diferencial com patologia da coluna cervical ou compressões de nervos periféricos. Estão descritas variações anatómicas associadas a este síndrome, como por exemplo a presença de costelas cervicais, muitas vezes associadas a bandas fibróticas interescalénicas. A abordagem diagnóstica e terapêutica está longe de ser consensual, carecendo muitas vezes de uma avaliação multidisciplinar. O tratamento cirúrgico está indicado quando o tratamento conservador não é eficaz, estando descritas múltiplas abordagens cirúrgicas (escalenotomia anterior, abordagem trans-axilar,

com ou sem ressecção da primeira costela, por via endoscópica ou aberta). Apresenta-se o caso de uma jovem de 23 anos de idade com queixas neurogénicas e arteriais incapacitantes do membro superior direito, despoletadas pelos testes de provocação, com presença de costelas cervicais bilateralmente. Optou-se por proceder à remoção da costela cervical direita por uma abordagem lateral intermuscular que é descrita e que apresenta como vantagens relativamente às restantes: 1. acessibilidade directa à costela cervical e banda fibrótica interescalénica 2. risco diminuto de lesão do plexo braquial e vasos subclávios (protegidos pela retracção do músculo escaleno médio). Os autores pretendem salientar esta entidade como um diagnóstico diferencial a ter em conta na avaliação de doentes com sintomatologia neurológica do membro superior e a necessidade da adequação da abordagem cirúrgica quando esta está indicada, aos factores anatómicos e funcionais que estão na génese do quadro clínico em cada caso particular.

P26. Co-infecção por MSSA e MRSA 7 anos após instrumentação lombar. Seleção de agentes, opções de tratamento e resultados de antibioticoterapia prolongada

Gorayeb R, Cabral J, Silveira C, Lourenço A, Amaral J, Pacheco T
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – Hospital Egas Moniz

EMJHP10281103, Masculino, 56 anos. TVM em 2001, fractura D12 e lesão medular. Em outro Serviço recebeu instrumentação D10/L3 com boa evolução até 2008, quando manifesta infecção locoregional supurada e sepse. Cultura revela MRSA sensível a vancomicina/oxacilina/bactrim. Recebeu vários tratamentos ABT (ciprofloxacina 15dias, Vancomicina 50dias e Bactrim 18meses) mas manteve fistula intermitente com culturas negativas.

Em Janeiro 2010, recorre a nossa consulta externa, com fístula dorsal permeável com secreção esverdeada. Exames clínicos e de imagem confirmam infecção D7/L3.

Mantida a estabilidade vertebral, optamos por abordagem cirúrgica a 5/4/2010, com colheita de secreções e tecidos, limpeza da loca cirúrgica (que estava repleta de pus) e retirada do material de instrumentação. Culturas de pus e biópsia óssea intra-operatória, revelam duas estirpes de Staphylococcus aureus (MRSA e MSSA) com susceptibilidades diferentes aos antimicrobianos, comum apenas ao linesulide.

Iniciou tratamento dirigido com Linesulide, (em regime off-label em Portugal para osteomielite e por períodos superiores a 28 dias), com consentimento informado.

Evoluiu com lenta e gradual melhora dos parâmetros clínicos, laboratoriais e imageológicos. No D72 de ABT, passa ao uso oral da medicação e tem alta hospitalar no D84, com tomas orais e acompanhamento em consulta.

Manteve melhora progressiva dos parâmetros infecciosos e das imagens, mas antes da normalização completa das mesmas, ao 197º dia de tto, iniciou turvamento visual acentuado com compromisso significativo da visão e alterações disestésicas em membros.

Suspende o linesulide, com análises pouco acima do normal. Nos 3 meses seguintes, apresentou moderada recuperação das alterações disestésicas em membros, mas manteve gradual melhora da acuidade visual. Em Março 2011 mostrava normalização dos valores laboratoriais de infecção e RM com resolução.

Merecem consideração adicional o aparecimento tardio da infecção, o uso indiscriminado de antibióticos, a raríssima coabitação por MMRS e MMSA, a duração do tratamento com linesulide, seus efeitos colaterais e a reversão dos mesmos.

P27. Vertebroplastia de C2 por via anterior. A propósito de um caso clínico num doente oncológico

Vítor Moura Gonçalves, Bruno Santiago, Manuel Cunha e Sá
Serviço de Neurocirurgia – Hospital Garcia de Orta

Introdução e Objectivos: A metastização vertebral para o segmento C1-C2 é um fenómeno raro, correspondendo apenas a 0,5% da metastização da coluna vertebral. A vertebroplastia é uma técnica cirúrgica cujas indicações e contra-indicações se encontram bem definidas na literatura científica actual, sendo usada mais frequentemente no tratamento de lesões lombares e dorsais. São escassas as referencias bibliográficas que abordam a técnica cirúrgica da vertebroplastia de C2 através de uma abordagem anterior da coluna vertebral.

Material e Métodos: Apresentamos o caso clínico de um doente de 51 anos com antecedentes pessoais de neoplasia pulmonar e episódio súbito de cervicalgia intensa e incapacitante, refractária às medidas de tratamento médico conservador, sem défice neurológico focal documentado, e com evidência de uma lesão osteolítica de C2 visualizada em tomografia computadorizada e ressonância magnética cervicais. Foi

feita a vertebroplastia do corpo vertebral de C2 através e uma abordagem anterior da coluna cervical guiada por fluoroscopia.

Resultados: No pós-operatório imediato o doente apresentou uma remissão completa das queixas álgidas, sem défice neurológico sensitivo-motor de novo. O controlo radiográfico pós-operatório documentou o correcto posicionamento do metilmetacrilato, sem evidência de escape perivertebral ou intracanal. Não se registaram complicações cirúrgicas.

Discussão e Conclusões: A metastização vertebral de C2 é rara podendo resultar em queixas álgicas significativas e potencial instabilidade. Pela localização da lesão, o seu tratamento é um desafio técnico, considerando-se a vertebroplastia através de uma abordagem anterior da coluna vertebral, um procedimento seguro e eficaz para o tratamento de doentes com metástases osteolíticas de C2, permitindo o alívio da dor e melhoria da estabilidade.

P28. Schwannoma Melanótico Sacral: Caso Clínico

Pedro Alberto Silva¹, Paulo Pereira¹, Lúcia Castro², Rui Vaz¹

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital S. João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2-Serviço de Anatomia Patológica – Hospital S. João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

O schwannoma é um tumor benigno com origem em células de bainhas nervosas. A variante melanótica, bastante mais rara e de comportamento biológico menos previsível, pode surgir em contexto de síndrome familiar na sua variante psamomatosa (complexo de Carney) ou de forma esporádica. A localização mais frequente é raquidiana dorsal, mas estão descritos vários casos de lesões distantes do Sistema Nervoso. Apesar de um crescimento indolente e baixos índices de proliferação, o prognóstico não é homogêneo. O gold standard é a remoção cirúrgica máxima exequível, e o papel da radioterapia não está ainda estabelecido. Doente de 52 anos, do sexo feminino, sem antecedentes médicos relevantes ou medicação habitual. Em contexto de lombossacralgia com irradiação glútea persistente e progressiva hipostesia perineal, anorgasmia e obstipação com evolução de cerca de 4 meses, a paciente foi referenciada a consulta de Neurologia. Ao exame neurológico, sem défices motores de membros inferiores; hipotonia do esfíncter anal;

sem alterações urinárias; anestesia em sela mais alargada à esquerda. No estudo por RMN Lombo-Sacral foi diagnosticada uma volumosa lesão expansiva intrasacral por S2-S3, centrada no canal vertebral mas condicionando extensa moldagem e destruição do corpo do sacro até à sua face pélvica; a lesão apresentava áreas necrótico-quísticas, captação intensa e homogênea de contraste, e foi interpretada como, mais provavelmente, umependimoma. A paciente foi submetida a abordagem cirúrgica sacral posterior mediana e remoção total de lesão neoplásica pigmentada e friável. Além da reversão algica, não houve alteração neurológica. O estudo anátomo-patológico revelou Schwannoma melanótico não psamomatoso (OMS grau I). Atendendo ao nível de remoção e grau histológico, foi decidido não efectuar tratamento complementar por ora. Os autores apresentam um caso clínico relativo a uma neoplasia infrequente na prática neurocirúrgica comum, com implicações do ponto de vista prognóstico e terapêutico.

P29. Pnet Espinal Tardio em Paciente com história de Astrocitoma Cerebeloso: Caso Clínico

Pedro Alberto Silva¹, Paulo Pereira¹, Lúcia Castro², Rui Vaz¹

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital S. João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2-Serviço de Anatomia Patológica – Hospital S. João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

O Tumor Primitivo NeuroEctodérmico (PNET) espinal é um tumor extremamente raro na forma primária, sendo bastante mais frequente na forma metastática de lesão primária intracraniana. Trata-se de uma neoplasia de comportamento particularmente agressivo e refractário às formas de tratamento disponíveis, o que acarreta necessariamente um prognóstico pobre. Paciente de 45 anos de idade, com antecedentes de remoção cirúrgica de astrocitoma cerebeloso 23 anos antes, complicada de meningite bacteriana e hidrocefalia tratada com derivação ventrículo-peritoneal. Não foi submetida a radioterapia ou quimioterapia adjuvantes, e manteve seguimento clínico-imagiológico regular, sem intercorrências. A paciente iniciou quadro de lombalgia e hipostesia plantar esquerda, evoluindo progressivamente, interpretados inicialmente como de etiologia espondilótica. Cerca de 3 meses depois deu entrada no SU do HSJ por cefaleia refractária e vômito recorrente, bem como referência a episódicas alterações do estado de consciência e movimentos de retroversão ocular. Ao exame neurológico, apresentava discurso desorien-

tado e desconexo; quadrantanópsia superior direita, parésia grau 4 na dorsiflexão e flexão plantar do pé esquerdo, com reflexo aquiliano abolido à esquerda e hipostesia no território de S1 ipsilateral. A RMN do Neuroeixo mostrou lesão neoplásica intradural do fundo de saco lombo-sagrado até L4, discretamente hiperintensa em T2 e hipointensa em T1, realçando intensamente após contraste e envolvendo as raízes lombares inferiores e sagradas. Observava-se ainda espessamento de raízes da cauda de cavalo, e áreas arredondadas de reforço após gadolínio dispersas, tipo drop metastasis espinais e leptomeningeas intracranianas. A paciente foi submetida a biópsia da lesão lombar, que intra-operatoriamente não apresentava plano de dissecção com raízes lombosagradas, cujo resultado foi de PNET. Apesar de radioterapia cranioespinal, verificou-se progressão clara da doença, e a paciente veio a falecer cerca de 4 meses após o diagnóstico. Os autores descrevem uma forma de apresentação incomum de uma neoplasia infrequente e de péssimo prognóstico, reforçando o papel do seguimento clínico em pacientes do foro neuro-oncológico.

P30. Mielopatia por Malformação Caverosa Intramedular Cervical - Caso Clínico

B Lourenço Costa, J Nubélio Duarte, J L Alves, R Velasco, A Rocha
Centro de Neurocirurgia de Coimbra – Centro Hospitalar de Coimbra, EPE

Introdução: As malformações cavernosas da medula espinal constituem uma causa rara de mielopatia.

Caso Clínico: Os autores descrevem o caso de um doente de 44 anos, observado por queixas de cervicálgias com 2 dias de evolução, sem história de traumatismo. O exame físico evidenciou uma parésia braquial, hemi-hipostesia proprioceptiva e sinal de Babinsky à direita. A RMN da coluna cervical revelou uma lesão intramedular com localização cervical alta, hipodensa em T1 e heterogénea em T2, com escassa captação de contraste, compatível com malformação cavernosa com hemorra-

gia aguda. Foi realizada uma laminectomia cervical e exérese total da lesão com deterioração neurológica no período pós-operatório. Após 6 meses de seguimento, o doente nega queixas álgicas e apresenta uma discreta parésia braquial e hipostesia proprioceptiva à direita.

Conclusão: A história natural das malformações cavernosas intramedulares não é totalmente conhecida e subsiste controvérsia acerca das opções terapêuticas e seus resultados a longo prazo.

P31. Hematoma subdural crónico calcificado com herniação do uncus

Lia Pappamikail, Rui Rato, Ricardo Bernardo, Gonçalo Novais, Pedro Castanho, Carlos Vara Luiz, Nuno Reis
Centro Hospitalar Lisboa Central - Serviço de Neurocirurgia

Apresenta-se um caso de um doente evacuado do Hospital Agostinho Neto (Cabo Verde), com quadro clínico caracterizado por hemiparésia com 1.5 anos de evolução. À admissão, o doente estaria em score 14 GCS, hemiparésia direita (grau III), caquexia. TAC CE à admissão revelando HSD crónico, com membrana interna calcificada, 5cm de maior diâmetro, com herniação do uncus. Submetido a craniotomia fronto-temporo-parietal com

remoção de HSD. Evolução clínica e imagiológica seriada documentando ausência de expansão encefálica no pós-operatório, sem alteração clínica considerável e considerações decorrentes desse aspecto imagiológico. Avaliação clínica e imagiológica aos 2 meses após a alta, com aumento de peso, parésia grau 4-, possibilitando marcha com apoio. TAC CE a esta data documentando completa expansão do parênquima encefálico.

P32. Quisto endimário intramedular. Relato de caso - Hospital de São João - Porto

Sérgio Salvador¹, Pedro Monteiro¹, Rita Figueiredo², Paulo Pereira¹, Rui Vaz¹

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João - Porto, 2-Serviço de Neurorradiologia – Hospital de São João - Porto

Introdução: Os quistos endimários espinais intramedulares são raros, existindo descritos 23 casos na literatura.

Caso clínico: Descrevemos o caso de uma mulher de 48 anos que se apresentou com cervicálgia e défices neurológicos progressivos do membro superior esquerdo. A RMN mostrou uma lesão quística intramedular cervical. Foi feita a enucleação do quisto e a análise neuropatológica revelou um quisto endimário

espinal intramedular. A paciente recuperou progressivamente dos seus défices neurológicos no pós-operatório. Os quistos endimários espinais intramedulares são lesões raras e benignas e devem ser diferenciadas de outras lesões quísticas neoplásicas.

Conclusão: Com a excisão da lesão quística, é possível a recuperação dos défices neurológicos.

P33. “Gangrena Cerebral” Pós Traumática por Clostridium Perfringens

Tiago Lima, Gonçalo Guerreiro, Miguel Carvalho, Pedro R Cunha, Ricardo Pereira, Jorge Gonçalves
Serviço de Neurocirurgia dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: As infeções por Clostridium perfringens (gangrena gasosa) são das mais mortíferas por gram-positivos que ocorrem em humanos. O Clostridium perfringens é ubíquo na natureza, sendo um bacilo anaeróbio formador de esporos. O prognóstico das infeções sistémicas por C. Perfringens continua sombrio, com taxas de mortalidade variável entre 40 a 100%, mesmo com desbridamento cirúrgico e terapêutica antibiótica com Penicilina em altas doses. Desde 1960 encontram-se 45 casos de abscessos cerebrais descritos na literatura, sendo a mortalidade global de 22,2%. Apesar desta elevada mortalidade houve um bom resultado funcional em 42,2% dos casos após tratamento cirúrgico e atibioticoterapia dirigida. As infeções cerebrais por C. Perfringens, ao contrario das infeções dos restantes tecidos do organismo, têm melhor prognóstico se efectuado desbridamento cirúrgico e cobertura antibiótica adequada precocemente.

Caso Clínico: Homem de 37 anos enviado ao serviço de urgência por traumatismo craniano por agressão com enxada. A entrada Escala de Glasgow 15, sem défices focais, com ferida

da suturada na região temporal direita. TAC-CE revelou pequena fractura afundamento, com esquirolas ósseas intracerebrais, associadas a pequeno foco de contusão hemorrágico e pneumocefalia, sem efeito de massa ou desvios da linha média. Após 24 horas teve agravamento na Escala de Glasgow (5), anisocória com mídriase direita, desvio oculocefálico direito e hemiparésia esquerda. TAC-CE mostrou aumento acentuado da pneumocefalia e do edema perilesional, com desvio da linha média, hérniação subfálica e formação de grande abscesso fronto-parieto-temporal direito. Foi submetido a duas intervenções cirúrgicas, craniectomia descompressiva fronto-parieto-temporal direita, evacuação de pneumocéfalo e de abscesso intracerebral. Recuperou para Escala de Glasgow 15, défice distal braquial esquerdo Grau 4+. Seguimento a 2 anos, com excelente resultado funcional e estético. Conclusão Apesar da infeção severa e dos efeitos do C. Perfringens nos tecidos moles e no cérebro, um desbridamento cirúrgico urgente e cobertura antibiótica têm um excelente resultado na sobrevivência e estado funcional nestes pacientes.

P34. Um Caso de Hipofisite Linfocítica com Apresentação Clínica de Acromegália

Miguel Carvalho, Ana Camelo
Serviço de Neurocirurgia, Hospitais da Universidade de Coimbra

Apresenta-se uma doente de 54 anos com quadro sugestivo de acromegália, cefaleia e alterações visuais, com cerca de 1 ano de evolução. Em Ressonância Magnética (RM) era evidente uma massa selar com captação de contraste muito intensa e homogénia e um espessamento da haste pituitária. Como antecedentes patológicos, a doente tinha diagnóstico recente de diabetes insipidus e tiroidite. A investigação laboratorial revelou níveis elevados de IGF-1 e não frenação dos níveis de GH com a prova de hiperglicémia o que levou a considerar um somatotrofinoma como a hipótese de diagnóstico mais provável. A doente foi submetida a cirurgia por abordagem transesfenoidal e, durante a cirurgia, não se encontraram aspectos típicos de lesão tumoral mas sim aspectos

sugestivos de glândula pituitária alargada pelo que foi realizada biópsia. A histopatologia é compatível com hipofisite linfocítica e a doente melhorou após a cirurgia e corticoterapia. Para o nosso conhecimento, este é o primeiro caso de um paciente com acromegália associado a hipofisite linfocítica. Esta é uma entidade rara e a coexistência de hipofisite e adenoma seria excepcional. Neste caso, a clínica e alterações laboratoriais características da acromegália poderiam ser devidas a um pequeno somatotrofinoma não evidente nas imagens de RM. Se fosse este o caso, a melhoria clínica seria devida à remoção cirúrgica da lesão tumoral e a resposta positiva à corticoterapia teria contribuído para debelar o processo inflamatório da glândula pituitária.

P35. Quisto Ósseo Aneurismático Occipital: A propósito de um Caso Clínico

Pedro Monteiro, Sérgio Salvador, Joana Oliveira, Josué Pereira, Rui Vaz

Serviço de Neurocirurgia – Hospital de São João, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: Os quistos ósseos aneurismáticos (QOA) são lesões ósseas expansivas benignas, não neoplásicas, sem uma explicação etiopatogénica unificadora e consensual. Afectam sobretudo crianças e jovens, com ligeiro predomínio no género feminino; apenas 2 a 6% ocorrem no crânio. O diagnóstico é feito através da imagiologia e confirmado per-operatoriamente e por anatomopatologia. Apenas a exérese cirúrgica total possibilita a cura.

Caso clínico: Criança de 6 anos com tumefacção occipital indolor. Realizou ecografia, TAC-CE, RM-CE, angiografia e TAC-CE 3D. Imagiologicamente apresentava lesão única, osteolítica, que evoluiu em menos de um ano (TAC de 2009 por suspeita de sinusite), com crescimento agudo após TCE (que permitiu a sua identificação), com extensa compressão do hemisfério cerebeloso direito e envolvimento da articulação atlanto-axial e do golfo da jugular. Exame neurológico sem alterações.

Discussão e conclusão: O QOA é uma entidade nosológica controversa do ponto de vista etiopatogénico e fisiopatológico. A forma de apresentação é variável, frequentemente pouco específica, devendo ser considerado no diagnóstico diferencial de tumefacções associadas a trauma local, bem como de lesões radiotransparentes únicas sem margens escleróticas. Os exames de imagem são um óptimo apoio para o diagnóstico, sendo que, neste caso, foram a TAC-CE e TAC-CE 3D que permitiram o diagnóstico e não a RM-CE, considerada o melhor exame de imagem na literatura. A embolização pré-operatória não teve indicação neste caso por ausência de blush, pelo que não foi realizada, o que não comprometeu a remoção cirúrgica total, que foi complementada pelo varrimento da loca cirúrgica com azoto líquido.

P36. Tumores Malignos das Bainhas Nervosas periféricas raquidianas: características, tratamento e follow-up

Luís Augusto¹, Patrícia Polónia², Paulo Pereira², Pedro Silva², Rui Vaz²

1-Serviço de Neurorradiologia – Hospital de S. João, Porto, 2-Serviço de Neurocirurgia – Hospital de S. João, Porto

Os Tumores Malignos das Bainhas Nervosas são uma forma rara de tumores dos nervos periféricos. Podem ter origem noutra tipo de tumores, nomeadamente evoluindo a partir de Schwannomas benignos, ser secundários a Radioterapia ou aparecer isoladamente. Afectam mais frequentemente os grandes troncos nervosos, apresentando os doentes sobrevidas inferiores a 78 meses. Os autores apresentam dois casos deste tipo de tumores, com localização raquidiana. No primeiro caso, que se apresentou por quadro de cialgia em Julho de 2006, o doente foi submetido a cirurgia, com remoção total de lesão ao nível de L3, tendo sido diagnosticado Schwannoma benigno. Recidiva lesional meses mais tarde, com necessidade de nova intervenção, tendo sido obtido o mesmo diagnóstico. Por nova recidiva, meses mais tarde, foi novamente intervencionado, tendo-se verificado a malignização da lesão e foi feito o diagnóstico histológico de Tumor Maligno das Bainhas Nervosas. Após a 3ª cirurgia, foi orientado para tratamento adjuvante, vindo a falecer em Dezembro de 2007. No segundo caso, o doente apre-

sentou quadro de dor lombar irradiada aos membros inferiores, com 6 meses de evolução, associada a défice sensitivo e motor e alterações esfíncterianas. Operado em Novembro de 2010 a lesão ao nível de L4 e L5, com remoção aparentemente total. Estudo anatomo-patológico revelou Tumor Maligno das Bainhas Nervosas. Agravamento do quadro clínico dois meses após cirurgia, com evidência imagiológica de franco crescimento lesional. Re-intervencionado em Janeiro de 2011, com exame histológico sobreponível ao inicial. Foi posteriormente orientado para Radioterapia, apresentando melhoria dos défices e mantendo-se sem evidência imagiológica de progressão lesional. Os casos apresentados evidenciam a variabilidade de apresentações deste tipo de patologia, a possibilidade de evolução a partir de tumores benignos e a elevada taxa de recidiva e disseminação tumoral, tornando-se necessária uma atitude cirúrgica agressiva e terapêutica adjuvante, na tentativa de melhorar o prognóstico desta patologia.

P37. Tratamento Cirúrgico da Paralisia de Bell – a propósito de um caso clínico

Luís Marques¹, João Carvalho Pimentel², Gonçalo Neto d' Almeida¹, Pedro Alberto Escada²

1-Serviço de Neurocirurgia – Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, 2-Serviço de Otorrinolaringologia, Hospital Egas Moniz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

A Paralisia de Bell (Paralisia facial periférica idiopática) ainda se mantém como uma entidade clínica de difícil caracterização e corresponde a mais de 50% da totalidade da paralisias faciais periféricas com incidência estimada em 100 casos por milhão de habitante por ano. Apesar de só raramente ter indicação para tratamento cirúrgico descreve-se o caso raro de uma jovem de 26 anos, submetida a petrosectomia parcial para descompressão da 2ª e 3ª porções do nervo facial após cerca de

6 meses de tratamento médico sem resultados consistentes. Apesar de alguma melhoria, a doente mantinha parésia grau IV na escala de House e Brackmann, pelo que foi considerada a descompressão da 1ª porção do facial através da via da fossa média pelo grupo de Otoneurocirurgia / Cirurgia de Base do Crânio. Verificou-se uma melhoria do défice motor (grau II) no pós-operatório precoce (72h) mesmo após cerca de 1 ano do início do quadro clínico.

P38. Metástase hipofisária – caso clínico

Sérgio Moreira, Isabel Ribeiro, Alfonso Velasco

Serviço de Neurocirurgia – Centro Hospitalar do Porto

A metastização para a hipófise é rara, sendo que os tumores da mama (6-8%) e do pulmão são os que mais frequentemente metastizam para esta glândula. Apenas cerca de 7% destas lesões são sintomáticas, o que pode ajudar a explicar o facto de que somente 1% de de todas as lesões ocupantes de espaço na área selar removidas cirurgicamente sejam metástases. A sobrevida destes doentes é baixa (6-22 meses) e as séries cirúrgicas não mostram aumento com a exérese tumoral; todavia, pode ser conseguida melhoria significativa da qualidade de vida dos doentes com o tratamento cirúrgico. No caso

que apresentamos, a doente, já em tratamento por conhecido carcinoma da mama, desenvolveu quadro de diabetes insípida. No decurso da investigação da mesma foi diagnosticada uma lesão hipofisária (e também pan-hipopituitarismo). O crescimento da lesão motivou proposta de cirurgia. Abordou-se a lesão por via transesfenoidal por endoscopia, tendo sido objectivada lesão com características bem diferentes de macroadenoma; foi efectuada biópsia que veio a revelar metástase de carcinoma da mama. Pela raridade que constitui esta entidade clínica, consideramos importante o relato de casos isolados.

P39. A acuidade da Ressonância Magnética e da biopsia estereotáxica no diagnóstico de lesões cerebrais

Miguel Afonso Filipe¹, Andreia Soares², Carlos Alegria¹

1-Serviço de Neurocirurgia Hospital de Braga, 2-Escola de Ciências da Saúde - Univ do Minho

Introdução/Objectivos: A suspeita clínica e a Ressonância Magnética (RM) precoce permitem diagnosticar atempadamente as lesões cerebrais. Mas, a RM nem sempre aponta para o diagnóstico histológico e grau de malignidade correctos. Novos métodos fisiológicos, como a difusão, perfusão e espectroscopia protónica têm sido associados à RM para aumentar a sua acuidade. A biopsia mantém-se o gold standart de diagnóstico. Assim, o objectivo principal constou na determinação da acuidade da RM, dos novos métodos fisiológicos e da biopsia no diagnóstico de lesões cerebrais. Determinaram-se também factores preditivos de boa acuidade da RM.

Métodos: A acuidade diagnóstica da RM avaliou-se pela concordância com a biopsia estereotáxica, em 141 pacientes. A acuidade da biopsia obteve-se pela concordância com a cirurgia, em 13 pacientes. Determinaram-se a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN), da RM e dos novos métodos fisiológicos, na detecção de tumores de alto grau de malignidade. Utilizou-se a

regressão logística para determinação dos factores preditivos de boa acuidade da RM.

Resultados: As taxas de concordância da RM com a biopsia para o diagnóstico final e classe de diagnóstico foram 29,79% e 34,04%, respectivamente. A biopsia confirmou-se em 11 cirurgias, obtendo-se uma taxa de concordância de 84,60%. A sensibilidade, especificidade, VPP e VPN para detectar alto grau de malignidade pela RM foram 37,8%, 82,4%, 79,1% e 42,9%; pela perfusão 100,0%, 33,3%, 77,8% e 100,0%; pela difusão 71,4%, 33,3%, 50,0% e 55,6%; pela espectroscopia 92,0%, 28,6%, 69,7% e 63,7%. A lateralidade esquerda e a localização lobar e profunda das lesões predizem boa acuidade da RM.

Conclusão: A RM não tem acuidade suficiente para o correcto diagnóstico histológico e grau de malignidade. Os métodos fisiológicos associados aumentam a sensibilidade para detecção de alto grau de malignidade. Mas, são pouco específicos e apresentam limitações. Assim, a biopsia estereotáxica mantém-se como o método de eleição de diagnóstico.