

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 Duarte<sup>1</sup>, José Luís Alves<sup>1</sup>, Marisa Padilha<sup>2</sup>, Carlos Fardilha<sup>2</sup>, Paula Alves<sup>3</sup>, Armando Rocha<sup>4</sup>

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 pesadas 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 tar-

dias. 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 - experiência do Centro GammaKnife de Lisboa

José Manuel Brás<sup>1</sup>, Maria Begona Cattoni<sup>1</sup>, Julieta Silva<sup>2</sup>, S. Ikbal<sup>2</sup>, A. Luís<sup>2</sup>, A. Rato<sup>2</sup>, A. Fernandes<sup>2</sup>, M.J. Rosa<sup>2</sup>

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 universo 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 Pereira<sup>1</sup>, Pedro Santos Silva<sup>1</sup>, Patrícia Polónia<sup>1</sup>, Maria Luísa Ferraz<sup>2</sup>, Marcos Gouveia<sup>2</sup>, Ana Leão<sup>2</sup>, Rui Vaz<sup>1</sup>

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. Praticar-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 major. 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, etCO<sub>2</sub>, sat. O<sub>2</sub> e