

**CRANIOTOMIA ACORDADA VERSUS ANESTESIA GERAL NA
NEUROCIRURGIA DE RESSECÇÃO DE GLIOMAS: UMA REVISÃO NARRATIVA
DA LITERATURA**

**KAUER, V. L. F. [1]; PERONI, B. Z. [1]; AREND, R. B. [1]; DALLA MARIA; L. [1];
KIELING, D. M. [1]; GNOATTO, H. P. [1]; ROMAN, A [2]**

Gliomas são neoplasias do sistema nervoso central (SNC) que podem afetar tanto o cérebro quanto a medula espinhal e sua localização varia conforme o subtipo histológico e faixa etária. Representam até 27% de todos os tumores primários do SNC e até 80% das malignidades deste subgrupo. A principal escolha de tratamento é cirúrgica e tem como objetivo obter a maior extensão de ressecção (EDR) com a máxima segurança de ressecção (MSR), de modo a preservar a integridade funcional do paciente. Contudo, torna-se extremamente difícil atingir uma EDR considerável quando o tumor está localizado em uma área eloquente do SNC, devido ao risco elevado de causar algum déficit neurológico permanente. Logo, planejar o procedimento desde o manejo anestésico até a abordagem cirúrgica é essencial para atingir melhores resultados. Nesse sentido, a técnica anestésica pode variar entre manter o paciente acordado - e monitorar ativamente sua resposta e função cerebral - ou sob anestesia geral (AG) e avaliar suas respostas neuronais a partir de monitorizações eletrônicas. Portanto, esse estudo buscou analisar comparativamente os desfechos cirúrgicos das técnicas anestésicas empregadas neste tipo de cirurgia. Para isso, estruturou-se uma estratégia de busca na plataforma PUBMED utilizando combinações das palavras de interesse como “glioma”; “awake”; “general anesthesia”; dentre outras. A busca identificou 191 resultados, sendo 8 metanálises, das quais apenas 5 corresponderam aos critérios de inclusão, totalizando 7.495 pacientes operados. Ao analisar perda de sangue, tempo de procedimento, chance de convulsão intraoperatória e sequelas imediatas, nenhum estudo indicou relevância estatística. No entanto, um estudo compreendendo 3.011 pacientes relacionou a ocorrência de convulsões pós-operatórias com a AG, favorecendo o procedimento acordado ($p = 0.02$). Quanto às chances de náusea/vômito pós-operatório e duração do tempo de estadia hospitalar, outra metanálise com 463 pacientes indicou relevância estatística a favor da craniotomia acordada ($p < 0.001$ e $p = 0.02$ respectivamente). Ao avaliar a EDR, um estudo comparou um subgrupo de 753 pacientes, os quais passaram por testes neuronais com estímulos elétricos em tempo real, e apresentou benefício significativo a favor da não realização da AG ($p = 0.002$). Outra análise específica de 543 pacientes submetidos a ressecção de glioma em hemisfério direito demonstrou menores sequelas a longo prazo no grupo da cirurgia acordada ($p < 0.01$). Apresentaram-se como limitações deste trabalho tanto a heterogeneidade individual dos estudos, quanto a

heterogeneidade quando comparados entre si, haja vista que o glioma pode ser diferenciado histologicamente em diversos subtipos, variando inclusive sua extensão/facilidade de ressecção. Portanto, os resultados descritos nesta revisão devem ser considerados apenas como apontamentos de situações específicas. Embora alguns trabalhos tenham concluído que a abordagem por craniotomia acordada é a melhor opção, outros apontaram ambas as técnicas como viáveis e seguras, sendo o perfil clínico do paciente, localização do tumor e a prática do cirurgião o principal fator de decisão. Nesse sentido, objetivando resultados mais consistentes e advindos de uma única análise, faz-se necessária a realização de maiores estudos de base devidamente padronizados, embora a realização de ensaios clínicos randomizados possa apresentar problemas éticos neste caso.

Palavras-chave: Neuroanestesia; Tumores cerebrais; Astrocitoma; Ependimoma; Oligodendroglioma

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

Origem: Pesquisa.

Instituição Financiadora/Agradecimentos: Não se aplica.

Aspectos Éticos: Não se aplica.

[1] Victor Kauer. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. mdvictorkauer@gmail.com

[1] Bruno Zilli Peroni. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo.
bruno.peroni@hotmail.com

[1] Rudolph Batista Arend. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. rudolpharend77@gmail.com

[1] Lucas Dalla Maria. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. lucasdallamaria@gmail.com

[1] Daniel Marchi Kieling. Acadêmico de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. danielmkieling.dk@gmail.com

[1] Henrique Padilha Gnoatto. Curso de Medicina. Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. gnoattoh1@gmail.com

[2] Alex Roman. Docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. alexroman__@hotmail.com