**MICROCIRURGIA PARA NEOPLASIA CEREBRAL COM O PACIENTE ACORDADO**

**Gabriel Baram dos Santos¹, Gabriel Santos de Almeida², Gabriela Zimmermann2, Leticia Marieli Schmitz2, Luiza Cardoso de Lima Passoni2, Marcius Benigno Marques dos Santos3**

A microcirurgia para exérese de neoplasia intrínseca cerebral com o paciente em vigília é uma ferramenta que permite, a partir das estimulações elétricas corticais e subcorticais, o mapeamento, em tempo real, sobretudo das áreas envolvidas com a linguagem verbal e não-verbal. Assim, torna-se praticável a remoção máxima ou supramáxima de lesões adjacentes às áreas eloquentes, sem aumentar a morbidade atribuída aos déficits funcionais. Apresentam-se dois casos em que essa técnica foi aplicada. O objetivo desse trabalho foi descrever o emprego da microcirurgia com o paciente acordado em dois casos de neoplasia intracerebral. Caso 1: Homem, 57 anos, com cefaleia, dificuldade para se comunicar e prejuízo da memória há 2 meses. À admissão, estava acordado, com disfasia motora e déficit de memória para fatos recentes. A tomografia computadorizada (TC) de crânio exibiu uma lesão expansiva na região ântero-medial do lobo temporal esquerdo, com realce heterogêneo pelo contraste e edema vasogênico. As imagens por ressonância magnética (RM) confirmaram os achados compatíveis com glioblastoma. O paciente foi submetido à craniotomia e permaneceu acordado apenas durante a etapa microcirúrgica. A neoplasia foi removida radicalmente e não houve novos déficits pós-operatórios. A histopatologia confirmou o glioblastoma. Caso 2: Homem, 31 anos, apresentou crise convulsiva inédita envolvendo o hemicorpo direito, progredindo para crises tônico-clônicas generalizadas e estado de mal convulsivo refratário, necessitando de intubação orotraqueal e sedação contínua. A TC de crânio revelou uma extensa área de hipodensidade frontoparietal esquerda, sugestiva de neoplasia. A RM foi compatível com astrocitoma difuso de baixo grau, envolvendo a área motora suplementar. O paciente foi operado, sendo que a remoção tumoral propriamente dita se deu com ele acordado. Nos primeiros dias pós-operatórios, encontrava-se com disfasia moderada e hemiplegia completa à esquerda, o que se resolveu gradualmente. A histopatologia confirmou o astrocitoma de baixo grau. A RM controle mostrou exérese radical do astrocitoma. Diante dos casos apresentados, haja vista a eloquência das áreas adjacentes, concluiu-se que a máxima remoção tumoral só foi viável pelo mapeamento funcional com os pacientes em vigília.

*Palavras-chaves:* Craniotomia, glioblastoma, glioma difuso de baixo grau, paciente acordado, mapeamento cerebral.