

NEURORRADIOLOGIA / CABEÇA E PESCOÇO

Código do trabalho: 18

DISSOCIAÇÃO CLÍNICO-IMAGINOLÓGICA NA NEUROFIBROMATOSE TIPO 1.

Edgar Lucas Silva Junior; Guilherme de Almeida Costa; Luíza Ribeiro Pivaro; Marcos Vinicius Retali de Melo Vinha; Renata Calciolari Rossi e Silva; Juliana D'Andrea Molina.

Hospital Regional – Presidente Prudente, SP, Brasil.

A neurofibromatose 1 (NF1) é uma das enfermidades hereditárias mais comuns do ser humano, com incidência de 1 em 3.000 nascidos vivos. Acomete igualmente os sexos e é transmitida de forma autossômica dominante com penetrância completa. A expressão fenotípica é variada, inclusive na mesma família.; Descrevemos um caso de NF1 que apresenta relevante discrepância clínico-imagiológica. Paciente masculino, 27 anos, apresentou-se ao pronto-atendimento queixando-se de tumor, dor e perda de força em membros inferiores. Apresentava bom estado geral, constatando-se presença de mácula hiperpigmentada em nádegas e tronco, além de nódulo subcutâneo palpável em membro inferior direito. Solicitado exame ecográfico de coxa direita e esquerda, que demonstrou, no interior dos músculos de ambas as coxas, múltiplas imagens nodulares hipocogênicas. Realizada ressonância magnética (RM) da coxa direita, que demonstrou múltiplas lesões císticas multisseptadas distribuídas em trajeto vasculonervoso, estendendo-se para a pelve e perna. RM de coluna lombar demonstrou nos forames de conjugação nódulos configurando cachos que seguem as raízes neurais paravertebrais, muito exuberantes na pelve sacral. Realizou-se tomografia computadorizada de crânio, que evidenciou neurofibromas em nervos cranianos. A heterogeneidade genética e a expressividade altamente variável dos sinais clínicos da NF1 têm dificultado seu diagnóstico seguro. A observação das alterações imagiológicas é importante para o reconhecimento da doença, além de oferecer dados para possíveis complicações. As perspectivas de evolução da NF1 são variáveis, existindo relatos de malignização caracterizada por fibrossarcoma. O prognóstico depende da localização e tamanho dos tumores. Muitos acometidos possuem expectativa de vida normal e o tempo de sobrevivência média depende das primeiras manifestações da doença.

Código do trabalho: 20

TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO PERIFÉRICO NA ÓRBITA.

Rafael Henrique Camilo Baeta; Ingrid Ribeiro Macedo Baeta; Pedro Martins Tavares Scianni Moraes; Heraldo Carlos Pereira; Adriano Macedo Oliveira; Laura Macedo Alexandre; Tereza Christina Moterani de Moura Leite; Ricardo Moreira Souza.

Hospital Universitário Alzira Velano – Alfenas, MG, Brasil.

Introdução: O termo tumor neuroectodérmico primitivo (PNET) é utilizado para descrever uma categoria de tumores de pequenas células redondas com alto potencial de malignidade, cuja origem está relacionada às células da crista neural. A maioria dos PNETs ocorre no sistema nervoso central. Os tumores neuroectodérmicos primitivos periféricos (pPNETs) são tumores malignos de partes moles que estão localizados fora do sistema nervoso central e sistema nervoso simpático.

Representam 4% a 17% dos tumores de partes moles na infância e têm sido relatados em diferentes locais, sendo a região orbitária sítio muito incomum para os pPNETs, com poucos casos relatados na literatura. **Descrição:** Paciente leucodermo, do sexo masculino, de 10 anos de idade, natural e residente em Alfenas, MG, nos últimos quatro meses apresentando quadro progressivo de exoftalmia à esquerda e há 20 dias com perda da visão central. Foi realizada tomografia computadorizada de crânio, que evidenciou lesão expansiva e lítica, de densidade de partes moles, com importante realce após a infusão de contraste intravenoso, em região posterossuperior da órbita esquerda, condicionando protrusão anteroinferior do globo ocular ipsilateral. Foi realizada ressecção cirúrgica da lesão. O material cirúrgico foi enviado para estudo imuno-histoquímico, que foi consistente com sarcoma de Ewing/PNET. **Discussão:** O diagnóstico diferencial do pPNET orbitário pelos achados de imagem deve ser feito com outros tumores de pequenas células redondas, incluindo neuroblastoma, rabdomiossarcoma, linfoma, sarcoma osteogênico, condrossarcoma mesenquimal. Assim, os achados do estudo imuno-histoquímico são essenciais para um diagnóstico preciso.

Código do trabalho: 25

OFTALMOPLÉGIA INTERNUCLEAR BILATERAL ISOLADA APÓS TRAUMA CRANIANO LEVE.

Juliana Guidoni¹; Bruno de Vasconcelos Sobreira Guedes¹; Leonardo Luiz Avanza²; Marcelo Adriano Dias Ferreira Furtado¹; Carlos Alberto Magrius Peixoto³; Vera Lucia Ferreira Vieira³.

¹ Multiscan; ² CDI; ³ UFES – Vitória, ES, Brasil.

Introdução: A oftalmoplegia internuclear é causada pelo acometimento específico do fascículo longitudinal medial, que produz quadro clínico característico. Apresenta etiologias variadas, ocorrendo raramente no contexto de trauma craniano. **Descrição:** Paciente masculino, 42 anos, com episódio de trauma craniano leve em região occipital por queda de aproximadamente 3 m de altura, evoluiu com sinais compatíveis com oftalmoplegia internuclear bilateral. Devido à persistência dos sintomas e após tomografia computadorizada (TC), com resultado normal (não mostrada), realizou sete dias mais tarde ressonância magnética (RM), que demonstrou pequena área focal de hipersinal em T2 localizada em região mediana do tegmento pontomesencefálico, com realce pelo gadolínio e sinais de depósito de hemossiderina de permeio na sequência T2* gradiente-eco. Em RM de controle, após sete meses, caracterizou-se pequena cavidade sequelar de encefalomalácia, sem realce pelo gadolínio, com resolução parcial dos sinais e sintomas clínicos. **Discussão:** A oftalmoplegia internuclear é mais comumente observada no contexto de esclerose múltipla ou eventos isquêmicos, sendo complicação rara dos traumatismos cranianos, porém existem relatos na literatura de sua ocorrência, inclusive após trauma leve. Por localizar-se em região periventricular na ponte e mesencéfalo, o fascículo longitudinal medial é mais suscetível às forças de cisalhamento, resultando em estiramento de suas fibras nervosas. Outro mecanismo proposto é a vulnerabilidade do fascículo longitudinal medial quando submetido a forças do espaço supratentorial. Apesar de incomum, a associação entre trauma e oftalmoplegia internuclear deve ser conhecida na medida em que produz clínica característica e suscita

a investigação por RM para a busca de lesões do tronco encefálico, região esta limitada ao estudo por TC.

Código do trabalho: 26

FATORES PREDITORES DE CRESCIMENTO DA HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA ENCEFÁLICA NÃO TRAUMÁTICA NA AVALIAÇÃO POR ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTIDETECTORES.

Marcos Rosa Junior; Antonio José da Rocha; Antonio Carlos Martins Maia Jr.; Douglas Mendes Nunes.

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

Descrição sucinta do propósito do estudo: Identificar achados de angiotomografia computadorizada multidetectores (angio-TCMD) preditores de expansão dos hematomas intraparenquimatosos encefálicos (HIEs) não traumáticos. Estudos recentes indicam a presença de alguns achados na angio-TCMD que são prováveis preditores do crescimento da HIE não traumática, principalmente a presença e as características do extravasamento ativo do contraste no interior da hemorragia (*spot sign*), o volume inicial da hemorragia nas primeiras horas do icto, sua atenuação e forma. Estes achados são muito bem avaliados pela angio-TCMD, de forma rápida, reprodutível e sem acrescentar riscos ou prejuízos aos pacientes, com significativo benefício para a tomada de decisão médica e melhor conduta na emergência. **Material e métodos:** Foram incluídos os indivíduos de todas as idades com HIE não traumática primária ou secundária, cuja medida do maior eixo foi maior que 2,0 cm. Foram excluídos os indivíduos com HIE de causa traumática e aqueles nos quais não foi possível obter acesso venoso, bem como os com condições técnicas inadequadas ou com presença de artefatos que prejudicaram a análise dos exames. Foram incluídos 56 indivíduos no período de 1/8/2011 até 15/4/2012. O estudo foi aprovado pela Comissão Institucional de Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de São Paulo, sendo obtido o termo de consentimento informado de todos os pacientes e/ou de seus responsáveis. **Resultados principais:** Avaliar a sensibilidade dos achados de angio-TCMD preditores de expansão da HIE não traumática, incluindo critérios pomenorizados como volume inicial, atenuação e morfologia, bem como a presença e as características do *spot sign*. Os resultados do estudo permitirão a elaboração de um relatório estruturado que disponibilizará de forma rápida e eficiente as informações mais relevantes para o diagnóstico e a conduta nas HIEs não traumáticas. **Ênfase às conclusões:** A caracterização da atenuação heterogênea da HIE na fase sem contraste da TCMD, bem como a presença de *spot sign* nos estudos de angio-TCMD, configuram fatores preditores de expansão da HIE, além de maior risco de morte hospitalar. A forma irregular da HIE na fase sem contraste da TCMD não configura risco aumentado de expansão, mas se associa a maior risco de desfecho fatal.

Código do trabalho: 37

ASPECTOS DE IMAGENS DE LESÕES EM NERVOS CRANIANOS À RESSONÂNCIA MAGNÉTICA: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Renata Bertanha; Fabiano Reis; Ana Carolina Marcos Vaz; Priscila Pimentel Collier; Carolina Luísa Martins de Jesus; Marcondes Cavalcante França Junior; Alberto Rolim Muro Martinez; Guilherme Henrique Alves Vieira.

FCM-Unicamp – Campinas, SP, Brasil.

Objetivo: Ilustrar os aspectos de imagens de lesões dos nervos cranianos, correlacionando-as com a anatomia normal. **Material e mé-**

todos: Foram analisados, retrospectivamente, exames de ressonância magnética de encéfalo, nos quais foram identificadas lesões em nervos cranianos, no período de janeiro de 1999 a maio de 2012, em aparelhos de 1,5 ou 3 tesla, pelas sequências ponderadas em T1, antes e após a administração intravenosa de gadolínio, T2, FLAIR, DP, difusão, nos planos axial, coronal e sagital, e aquisições *three-dimensional constructive interface* (3D CISS). **Resultados:** A ressonância magnética é uma ótima ferramenta na caracterização nas alterações dos nervos cranianos. A administração de contraste paramagnético intravenoso amplia a sua capacidade para detectar tais anormalidades. Contudo, para utilizar essa ferramenta é necessário conhecer a anatomia dos nervos cranianos, os padrões de realce normal do nervo craniano e suas características imagiológicas, quando alterados. Em alguns casos, o espessamento do nervo craniano na ressonância magnética pode ser a única pista para a doença subjacente. Após breve discussão da fisiopatologia, ilustramos achados de lesões envolvendo nervos cranianos em várias doenças, que vão desde condições neoplásicas (leucemia, linfoma, ganglioglioma, schwannoma) a infecciosas (neurotuberculose, herpes zoster, neurocisticercose, doença de Lyme). **Conclusão:** A ressonância magnética do encéfalo é o método de escolha na avaliação das lesões de nervos cranianos e as sequências 3D CISS são muito adequadas para demonstrar alterações envolvendo nervos cranianos.

Código do trabalho: 40

ENSAIO ICONOGRÁFICO: MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS ENVOLVENDO O CEREBELO.

Alessandra Patricio da Costa Mendes¹; Cecilia Gabriela de Arruda Castelo Branco Brito¹; Galba Leite Oliveira¹; Izabelle Patrício Melo de Pinho²; Maize Cordeiro de Melo²; Nathalia Farias de Brito².

¹ CEDRUL; ² UFPB – João Pessoa, PB, Brasil.

Introdução: As malformações cerebelares podem ocorrer de forma isolada ou estar associadas a outras malformações do neuroeixo. As malformações unilaterais são usualmente ocasionadas por insultos nos períodos pré, peri ou pós-natal. As malformações bilaterais podem comprometer o vérmis (principalmente) e/ou os hemisférios cerebelares. Dentre as malformações que envolvem o cerebelo temos: 1) malformações de Chiari (que comprometem de forma secundária o cerebelo devido à redução das dimensões da fossa posterior, não se tratando, portanto, de malformações intrínsecas do cerebelo); 2) hipoplasias cerebelares focais ou generalizadas, estas últimas podendo estar associadas a alargamento do quarto ventrículo (malformações de Dandy-Walker) ou dimensões normais do mesmo; 3) displasias cerebelares focais (entre elas, síndrome de Joubert, rombencefalossínapse, displasias/heterotopias focais corticais cerebelares, síndrome de Lhermitte-Duclos-Cowden); 4) displasias generalizadas (distrofias musculares congênitas, secundárias a citomegalovírus, lisencefalias, associadas a polimicrogiria cerebral difusa, foliação anormal difusa). **Descrição:** Ilustrar de forma sucinta as principais malformações envolvendo o cerebelo, descrevendo os principais achados de imagem e agrupando-as em categorias correlacionadas.

Código do trabalho: 41

ENCEFALITE EXTRALÍMBICA ASSOCIADA A TIMOMA: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Luciano Nascimento Silva; Andre de Queiroz Pereira da Silva; Janaina Johnson; Luiz Carlos Donoso Scopetta; Bruno Barcelos da Nóbrega. Hospital São Camilo – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: Síndromes neurológicas paraneoplásicas constituem um grupo raro de doenças resultantes de danos ao sistema nervoso, no cenário de uma neoplasia, independente do local do tumor e não relacionadas a metástases, infecções ou distúrbios metabólicos normalmente associados ao câncer. Encefalite autoimune deve ser considerada como diagnóstico diferencial nos pacientes com miastenia gravis ou timoma que desenvolvem novos sintomas cognitivos. **Descrição:** Paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, há três meses apresentando episódios repetitivos de tremores em membro inferior esquerdo de duração de cerca de minutos a horas, com desaparecimento espontâneo, com recorrência semanal. Três dias antes da internação apresentou crise convulsiva tonicoclônica generalizada precedida por tremores em membro inferior esquerdo. Na admissão a paciente encontrava-se alerta e com clonias rítmicas contínuas em membro superior direito. Recebeu o diagnóstico de status epiléptico parcial motor. Os exames de imagem do crânio evidenciaram sinais sugestivos de encefalite extralímbica e a tomografia de tórax demonstrou massa mediastinal que se revelou timoma no estudo anatomopatológico. **Discussão:** Síndromes neurológicas paraneoplásicas frequentemente antecedem o diagnóstico de câncer, oferecendo uma oportunidade para detectar neoplasias em fases precoces e curáveis. Algumas apresentações clínicas e imaginológicas no encéfalo devem sugerir uma síndrome paraneoplásica e levar a uma busca exaustiva para neoplasia oculta.

Código do trabalho: 61

GANGLIOGLIOMAS: ESTUDO RETROSPECTIVO SOBRE ASPECTOS DE IMAGEM À RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Vinícius Trindade Gonçalves; Renata Bertanha; Fabiano Reis; José Guilherme Giocondo; Felipe Damásio de Castro; Ana Carolina Marcos Vaz; Ricardo Schwengel.

FCM-Unicamp – Campinas, SP, Brasil.

Introdução e objetivos: Gangliogliomas são os tumores glioneurais mais comuns do sistema nervoso central. Correspondem a 1% das neoplasias intracranianas, acometem principalmente crianças e adultos jovens e geralmente estão associados a epilepsia crônica refratária a medicação. O presente estudo tem como objetivo analisar as características de imagem à ressonância magnética (RM) de uma série de pacientes com diagnóstico de ganglioglioma. **Casística e métodos:** Foram analisados exames de RM de 17 pacientes com diagnóstico histopatológico de ganglioglioma (como único tipo tumoral ou como tumor misto). As imagens provêm de um aparelho 2 T, com aquisições nos planos axial, sagital e coronal, pesadas em T1 (antes e após contraste), T2 e FLAIR. **Resultados:** A média de idade dos pacientes foi 18,9 anos. A amostra foi constituída por 5 homens e 12 mulheres. Dos 17 casos, 14 apresentaram localização cortical em lobo temporal. Demais localizações corresponderam a região cortical do lobo frontal, lobo parietal e teto do mesencéfalo. Componente cístico esteve presente em 13 casos. Em T1, o componente sólido apresentou-se hipointenso em 9 casos, isointenso em 7 e hiperintenso em 1. Em T2, o componente sólido apresentou-se hiperintenso em 13 casos e isointenso em 4. Impregnação por contraste no componente sólido foi observada em 9 casos. Alteração de sinal perilesional foi observada em apenas um caso. **Conclusões:** O padrão de imagem do ganglioglioma observado neste estudo apresentou localização predominantemente cortical temporal, padrão sólido-cístico, lesão hipo ou isointensa em T1 e hiperintensa em T2, com impregnação variável por contraste no componente sólido.

Código do trabalho: 63

LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: RELATO DE CASO.

Ana Carolina Marcos Vaz; Fabiano Reis; Renata Bertanha; Ana Beatriz Maito; Diego Lima Ribeiro; Henrique Soares Assis; Felipe Damásio de Castro; Vinícius Trindade Gonçalves.

FCM-Unicamp – Campinas, SP, Brasil.

Introdução: Apresentamos o caso de um paciente com síndrome de Kartagener, que na vigência de episódio hipertensivo agudo manifestou leucoencefalopatia posterior, com subsequente reversão total do quadro. **Descrição sucinta:** Relatamos o caso do paciente B.F.C.L., masculino, internado com insuficiência respiratória crônica agudizada. Durante o tratamento da pneumopatia, em vigência de pico hipertensivo, apresentou quadro de cefaleia e amaurose súbitas, seguido de crise tonicoclônica generalizada e posterior rebaixamento do nível de consciência. A tomografia computadorizada de crânio evidenciou hipodensidades corticocorticais parieto-occipitais. A ressonância magnética do encéfalo identificou áreas de alteração de sinal corticocorticais occipitoparietais bilaterais, sem restrição à difusão (DWI). Após controle pressórico, houve reversão completa dos sintomas neurológicos e o controle com imagem identificou resolução completa das lesões. **Discussão resumida:** A leucoencefalopatia posterior reversível é uma síndrome neurotóxica frequentemente associada a um número considerável de doenças. Apesar do nome, ela nem sempre está presente somente na circulação posterior e nem sempre é completamente reversível. Os sintomas clínicos clássicos são: cefaleia, alterações visuais, náuseas e alteração do estado mental, sendo que há forte associação com picos hipertensivos. Por se tratar de edema vasogênico, as áreas acometidas não apresentam restrição à difusão (DWI) na ressonância magnética. Focos hemorrágicos podem ser vistos em até 15% dos pacientes. Apesar da suspeição diagnóstica ser clínica, o neurorradiologista tem papel importante na elucidação do caso, especialmente quando o quadro clínico típico não estiver presente. A reversão do quadro de imagem em exame de controle, em grande parte dos casos, é o fator que corrobora o diagnóstico.

Código do trabalho: 65

ASPECTOS DE IMAGENS DE LESÕES EXPANSIVAS INTRAVENTRICULARES À RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Felipe Damásio de Castro; Fabiano Reis; José Guilherme Giocondo; Nelson Marcio Gomes Caserta; Renata Bertanha; Ana Carolina Marcos Vaz.

FCM-Unicamp – Campinas, SP, Brasil.

Objetivo: Identificar os aspectos de imagens mais frequentes por meio da ressonância magnética (RM) de lesões expansivas intraventriculares. **Material e métodos:** Foram analisados, retrospectivamente, exames de RM de encéfalo, nos quais foram identificadas lesões expansivas intraventriculares, no período de janeiro de 1999 a maio de 2012, em aparelhos de 2 ou 3 T, pelas sequências ponderadas em T1, antes e após a administração intravenosa de gadolínio, T2, FLAIR, DP, difusão, nos planos axial, coronal e sagital. **Resultados:** Descrevemos os achados mais comuns e características de RM de lesões expansivas intraventriculares, com diagnóstico histopatológico comprovado. Foram observados quatro ependimomas, um neurocitoma central, dois papilomas do plexo coroide, um tumor epidermoide, um cisto colóide, um cavemoma, um cisto gliopendimário, um oligoastrocitoma, um oligodendroglioma, um astrocitoma pilocítico e um ganglioglioma. **Conclusão:** A RM do encéfalo é o método de escolha na avaliação das lesões expansivas intraventriculares, e algumas características

observadas neste método (como restrição à difusão; características do contorno; localização; presença de hemorragias e calcificações; padrão de realce pelo contraste) podem ser úteis para apontar o diagnóstico correto na avaliação pré-operatória.

Código do trabalho: 66

ACHADOS DE IMAGEM DA SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Marcos Gomes da Silva; Jorge Rezende Couto Neto; Larissa Mascarenhas Matos; Aline Lossio Couto; Kleber Ferreira da Silva.

Hospital Estadual da Criança – Feira de Santana, BA, Brasil.

A síndrome da rubéola congênita é uma complicação importante da infecção pelo vírus da rubéola durante a gravidez, notadamente no primeiro trimestre. O vírus da rubéola é um RNA do gênero *Rubivirus* da família *Togaviridae*. A SRC é transmitida pela via transplacentária, após viremia materna. Várias são as manifestações, que podem ser transitórias (púrpura, icterícia, etc.) ou permanentes (surdez, glaucoma, etc.), e no sistema nervoso pode determinar retardo do desenvolvimento neuropsicomotor. Patologicamente, as lesões intracranianas da rubéola congênita caracterizam-se por lesão vascular, mas podem ser demonstrados retardo da mielinização e microcalcificação. À ultrassonografia (US) observam-se focos hiperecogênicos periventriculares que podem representar microcalcificações ou áreas de necrose isquêmica de etiologia vasculopática. À tomografia computadorizada (TC) estes achados apresentam-se como áreas hiperdensas nas regiões descritas. Alguns autores descreveram a presença de cistos subependimais de origem não hemorrágica na síndrome da rubéola congênita e lesões ecogênicas bilaterais nos gânglios basais. Apresentamos o caso de um recém-nascido com suspeita inicial da síndrome TORCH, que após testes sorológicos se confirmou como de rubéola congênita. As manifestações de imagens foram focos hiperecogênicos e hiperdensos bilaterais na região dos tálamos e núcleos basais, respectivamente, à US e TC. Para detecção das alterações da síndrome da rubéola congênita no sistema nervoso central se faz necessária a utilização destes métodos de imagem.

Código do trabalho: 72

FÍSTULAS LIQUÓRICAS NO ESFENOIDE: INVESTIGAÇÃO ATRAVÉS DE CISTERNOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E A IMPORTÂNCIA DAS VARIAÇÕES ANATÔMICAS.

Rainer Guilherme Haetinger; Sílvia Marçal Benício de Mello; Carolina Pereira Abud; Tomás de Andrade Lourenção Freddi; Alexandre Vítor Tapety e Silva do Rego Monteiro.

Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

O seio esfenoidal apresenta características diferentes dos demais seios paranasais no que diz respeito aos riscos de patologias e riscos cirúrgicos em decorrência dos diferentes tipos de pneumatização e íntimo contato com estruturas neurovasculares. Neste trabalho, os autores fazem uma documentação anatômica das variações de pneumatização dos seios esfenoidais e sua relação com fístulas liquóricas espontâneas, traumáticas e de causas cirúrgicas. As variações incluem as expansões do tipo anterior, conchal, pré-selar, selar, basilar, dos processos pterigoides da asa maior do esfenóide e dos processos clinoides anteriores. São demonstradas fístulas liquóricas em locais de afilamento e/ou deiscência óssea da parede do seio esfenoidal relacionadas com o processo clinóide anterior, clívus e fossa média, por meio de exames de cisternotomografia computadorizada (exceto nos casos

traumáticos). O trabalho também inclui uma descrição da técnica de realização da cisternotomografia computadorizada, além de manobras que aumentam a acuidade diagnóstica.

Código do trabalho: 75

HEMATOMA EPIDURAL TEMPORAL ANTERIOR: CARACTERÍSTICAS TOMOGRÁFICAS DE UMA LESÃO BENIGNA.

Ingrid Aguiar Littig; Marcos Rosa Junior; Douglas Mendes Nunes; Antonio Carlos Martins Maia Jr.; Antonio José da Rocha.

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: Hematomas epidurais (HE) arteriais são mais comuns do que os de origem venosa, ocorrendo em cerca de 75% dos casos. Tipicamente ocorrem adjacentes à escama temporal (rotura da artéria meníngea média), levando à urgência cirúrgica pela possibilidade de aumento de volume e compressão encefálica. Espessura maior que 1,5 cm, volume maior que 30 ml, localização lateral da fossa craniana média, desvio das estruturas medianas maior que 5 mm e atenuação heterogênea são preditores de pior prognóstico. Recentemente foi descrito um subtipo de HE no aspecto anterior da fossa média, com curso benigno, provavelmente decorrente de lesão do seio esfenoparietal (HE venoso). **Objetivos:** Determinar a prevalência do HE no aspecto anterior da fossa média detectado por tomografia computadorizada (TC) em vítimas de traumatismo cranioencefálico (TCE) atendidas entre 1/12/2010 e 1/5/2012; correlacionar o volume e as características do HE no exame inicial, nos controles de TC da primeira semana, e com o desfecho clínico. **Materiais e métodos:** São avaliados 4.000 exames de TC de crânio realizados no período estabelecido, sendo selecionados 20 exames de vítimas de TCE com HE no aspecto anterior da fossa média, a partir da análise retrospectiva dos arquivos digitais. São avaliadas as características do HE: mecanismo do TCE, volume (ml) e atenuação, além de achados associados (fratura, desvio das estruturas medianas e outras lesões traumáticas). Os mesmos parâmetros são avaliados nos exames de TC de acompanhamento, além da pesquisa no prontuário para correlação com o desfecho. **Resultados:** Este estudo brasileiro com amostra significativa confirma a evolução benigna do HE localizado no aspecto anterior da fossa média, detalhando as características de TC do mesmo e sua evolução. **Conclusão:** As características de TC confirmam a estabilidade ou redução do volume do HE anterior da fossa média, com desfecho clínico favorável, e sustentam o tratamento conservador diante da evolução benigna deste subtipo específico de HE.

Código do trabalho: 76

ACHADOS TOMOGRÁFICOS DE GLIOMA NASAL: RELATO DE CASO.

Fabiana de Deus Vieira; Ovídio Carlos Carneiro Villela; Mateus Henrique Baylon e Silva; Cristiana Morais Santana; Geraldo Teodoro de Faria Filho; Fernanda Sachetto Pimenta; Rodrigo Batista Ferraz; Nathalia Correa Pedra.

Clínica São Judas Tadeu – Ipatinga, MG, Brasil.

Introdução: Gliomas nasais são tumores congênitos da linha média compostos por tecido neuroglial heterotópico. O diagnóstico geralmente é feito ao nascimento, mas também pode ocorrer em outras faixas etárias. A seguir, relataremos os achados tomográficos de um caso de glioma nasal. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, 9 meses de idade, apresentando tumor arredondado adjacente ao nariz, observado ao nascimento, de aspecto purpúreo, não pulsátil e que não se altera ao choro. Não houve crescimento significativo da

lesão desde o nascimento. A tomografia computadorizada (TC) com contraste evidenciou formação tissular localizada na região nasal, em situação parassagital esquerda, apresentando associação com diástase dos ossos próprios do nariz, a qual se estende para a mucosa nasal, sem captação significativa pelo meio de contraste. **Discussão:** O glioma nasal é considerado uma heterotopia cerebral ou uma ectopia glial, composto por tecido nervoso displásico, formando um tumor que pode ser extranasal (60%), intranasal (30%) e em alguns casos ocupar os dois sítios simultaneamente (10%). Em geral não está associado a outras malformações congênitas e não se estende para o sistema nervoso central. Não apresenta potencial para malignização. Clinicamente manifesta-se como massa bem delimitada, avermelhada ou púrpura, não pulsátil. Obstrução nasal é uma manifestação comum. Os exames de neuroimagem, como a TC, por exemplo, são essenciais para caracterizar essas lesões, determinar a localização exata e principalmente para excluir extensão ou conexão intracraniana. Apesar de os gliomas nasais geralmente se apresentarem sem conexão com o sistema nervoso central, 15% podem ter fibras conectando a lesão ao espaço subaracnoideo. Os diagnósticos diferenciais mais comuns são a encefalocele e o cisto dermoide.

Código do trabalho: 91

SINAL DO “W” COMO PARÂMETRO TOMOGRÁFICO DE HERNIAÇÃO UNCAL: RELATO DE DOIS CASOS.

Igor Moreira Hazboun; Rafael Franco Duarte Brito; Matheus Oliveira da Silva; Sebastião Medeiros Neto; Vital Pedro dos Santos Junior; Welington Nunes da Silva; Bruno Renan Ribeiro Gomes Linard; Ródio Luís Brandão Câmara.

Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN – Natal, RN, Brasil.

Introdução: As imagens axiais da tomografia computadorizada são imprescindíveis na indicação de procedimentos cirúrgicos de urgência, quando o paciente apresenta sinais da síndrome de hipertensão intracraniana, ainda mais se há sinais de herniação encefálica. Normalmente, avalia-se a complacência encefálica vistoriando-se a presença de espaços subaracnoides patentes: sulcos, fissuras e cisternas basais bem delimitados, além de se avaliar existência de desvio da linha média e aspecto ventricular. Quando há apagamento das cisternas basais, normalmente conclui-se que uma herniação encefálica está ocorrendo ou está prestes a ocorrer, demandando medidas clínicas e cirúrgicas imediatas para controlar o quadro. Entretanto, em casos de herniação uncal, pode ser constatado paradoxalmente um alargamento da cisterna ambiens imediatamente posterior e homolateral à região da herniação, devido à distorção da cisterna quadrigeminal. **Objetivo:** Demonstrar o aspecto distorcido da cisterna quadrigeminal nas herniações uncas, que nas imagens axiais da tomografia computadorizada apresenta o aspecto de um “w” assimétrico, justificando o uso da terminologia sinal do “w” como um importante parâmetro para emprego rotineiro nas unidades de emergência que atendem pacientes neurológicos e neurocirúrgicos. **Descrição do material:** As imagens tomográficas foram revisadas a partir do arquivo digital de imagens (PACS). Serão apresentados dois casos de pacientes com lesões expansivas de evolução aguda (hemorragia intraparenquimatosa encefálica espontânea e hematoma extradural agudo) com o sinal do “w”. Foram obtidas as respectivas autorizações para utilização das imagens para relato de caso. **Discussão:** O reconhecimento desse aspecto tomográfico é fundamental no manejo dos casos neurocirúrgicos, devendo ser divulgado amplamente entre os clínicos gerais que muitas vezes prestam o primeiro atendimento aos pacientes, bem como aos neurocirurgiões e neurologistas em formação.

Código do trabalho: 105

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE AS AQUISIÇÕES DOUBLE INVERSION RECOVERY (DIR) 2D VERSUS 3D VISANDO A MELHOR DETECÇÃO DAS ALTERAÇÕES CORTICAIS FOCAIS EM UMA SÉRIE DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO RECENTE DE ESCLEROSE MÚLTIPLA.

Renato Hoffmann Nunes; Bernardo Rodi Carvalho Barros; Antonio José da Rocha; Antonio Carlos Martins Maia Jr.; Charles Peter Tilbery. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: A esclerose múltipla (EM) tem sido classicamente associada ao acometimento multifocal da substância branca. No entanto, técnicas mais modernas de ressonância magnética (RM) têm demonstrado o acometimento cerebral mais difuso, com envolvimento cortical e da substância cinzenta subcortical. Evidências recentes colocam a presença das lesões corticais como um ponto crítico na patogênese da EM, inclusive nas suas fases iniciais. As aquisições *double inversion recovery* (DIR) têm apresentado maior sensibilidade que as convencionais para este propósito. Nosso objetivo é comparar a qualidade das imagens e a sensibilidade das aquisições 3D versus 2D DIR para a caracterização do acometimento cortical cerebral em uma série de pacientes com diagnóstico recente de EM. **Casuística e métodos:** O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição e foi obtido o termo de consentimento dos pacientes. Trata-se de estudo observacional transversal para comparar a qualidade das imagens obtidas e a melhor detecção de lesões corticais nas sequências 3D e 2D DIR em uma série de 20 pacientes com até dois anos de diagnóstico de EM, comparados a um grupo controle pareado por sexo e idade. As imagens foram interpretadas por dois neurorradiologistas treinados e os resultados foram submetidos a análise estatística apropriada. **Resultados:** Devido ao maior tempo de aquisição e a baixa relação sinal-ruído, a sequência 3D DIR demonstrou-se mais suscetível a artefatos quando comparada à aquisição 2D DIR, que também permitiu a detecção mais confiável de pequenas lesões no córtex cerebral. **Conclusão:** A aquisição 2D DIR apresentou qualidade superior, com melhor caracterização de anormalidades corticais focais em indivíduos com diagnóstico recente de EM. Os autores estimulam a obtenção de protocolos apropriados, incluindo imagens 2D DIR, para a obtenção de imagens de mais alta resolução, visando a detecção confiável de lesões corticais.

Código do trabalho: 106

NEUROCISTICERCOSE RACEMOSA COM SINTOMAS PSÍQUICOS.

Ana Beatriz Maito; Fabiano Reis; Renata Bertanha; Ana Carolina Marcos Vaz; Clarissa de Rosalmeida Dantas; Guilherme Lopes Pinheiro Martins; Thiago Ferreira de Souza.

FCM-Unicamp – Campinas, SP, Brasil.

Introdução: Neurocisticercose é a doença parasitária mais frequente do sistema nervoso central e um desafio para a saúde pública, visto que é a causa mais comum de epilepsia adquirida em adultos no Brasil. O diagnóstico é realizado por meio de biópsia tecidual, testes imunológicos no soro e liquor ou exames de imagem, como tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM). O objetivo é ilustrar a presença de sintomas psiquiátricos e realizar breve discussão sobre os achados de neuroimagem nesta doença. **Descrição:** Homem, 39 anos, previamente sadio, procurou o pronto-atendimento com quadro confusional caracterizado por discurso incoerente, dificuldade de organização do pensamento e fuga de ideias, além de queixas de perda de consciência, sem liberação esfinteriana, desequilíbrio

brio com queda ao solo, cefaleia e tontura, há dois meses, além de turvação visual, há duas semanas. Realizadas TC e RM, que mostraram múltiplos cistos localizados nos espaços subaracnóides, cisternas da base e sistema ventricular, associados a hidrocefalia e transudação líquórica. Tais achados de imagem são compatíveis com neurocisticercose na forma racemosa. O paciente foi submetido a derivação ventriculoperitoneal de urgência e tratado com albendazol por 28 dias. Uma nova TC, 23 dias após a primeira, demonstrou resolução completa das lesões. **Discussão:** A neurocisticercose é transmitida pela ingestão de água e alimentos contaminados pela larva da *Taenia sp* ou pela autofestação. A maioria dos pacientes sintomáticos está entre 15 a 40 anos e sem predileção por sexo ou raça. Os achados de imagem e a apresentação clínica dependem do estágio da larva e da localização das lesões. Os sintomas mais comuns são convulsões, sinais neurológicos focais e hidrocefalia; mais raramente, como no presente caso, a neurocisticercose pode ter manifestações psiquiátricas. Os achados de neuroimagem são frequentemente característicos, sendo evidenciadas as imagens císticas com escólex em seu interior.

Código do trabalho: 127

PRINCIPAIS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS VASCULARES EM NEUROLOGIA: ASPECTOS DE IMAGEM.

Fabricius André Lyrio Trappe; Carlos Silvestre; Mateus Alves Benjamin; Eliza Giraldez Barros; Sergio Furlan; Ricardo Pires de Souza; Aldemir Humberto Soares; Eder Prado Gomes.

Hospital Heliópolis – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: Em nossa prática diária nos deparamos a todo momento com situações de urgência e emergência vasculares em neurologia e o seu reconhecimento por parte dos radiologistas deve se dar de forma imediata, tendo este reconhecimento relação direta com o tratamento e o prognóstico do paciente. Dentre as situações mais comuns encontram-se os acidentes vasculares cerebrais isquêmicos, acidentes vasculares hemorrágicos, traumatismos craniano encefálicos (hematoma subdural, hematoma epidural), e outros. A tomografia computadorizada exerce papel preponderante neste contexto, pois geralmente é o primeiro exame a ser solicitado na avaliação destes pacientes, e o papel do radiologista neste momento torna-se fundamental. **Discussão:** Este trabalho tem por objetivo demonstrar as principais afecções vasculares que se caracterizam como urgência e emergência em neurorradiologia na tomografia computadorizada, e para tal fim foram realizadas revisão da literatura e levantamento de casos do arquivo do nosso hospital para ilustração de tais afecções. Tem como principal objetivo revisar estes aspectos de forma simples e objetiva.

Código do trabalho: 147

HEMANGIOTELIOMA DA GLÂNDULA PARÓTIDA: RELATO DE CASO.

Roberta Stopato de Carvalho; Paula Tarsiana Fernandes Dias; Maria Eugenia Durante; Leonardo Guilhermino Gutierrez; Simone Shibao; Luiz Carlos Donoso Scopetta.

Hospital São Camilo Pompeia – São Paulo, SP, Brasil.

O hemangiolioma da glândula parótida é um tumor benigno que ocorre na infância, com idade média de apresentação nas primeiras semanas de vida, com frequência três vezes maior no sexo feminino. Embora pequeno ou não identificado ao nascimento, a história natural é de rápido crescimento glandular (fase proliferativa), podendo tornar-se muito exuberante e envolver o músculo masseter. A confirmação do

diagnóstico clínico com ressonância magnética tem sido recomendada, sendo considerado o exame de primeira escolha no diagnóstico, em virtude da qualidade da imagem, definição dos tecidos moles e falta de exposição à radiação ionizante, permitindo um diagnóstico definitivo, sem que haja necessidade de procedimento invasivo nestes pacientes. O objetivo deste trabalho é um relato de caso de hemangiolioma da glândula parótida, enfatizando a importância do diagnóstico correto desta condição, que cursa com regressão espontânea progressiva, com o intuito de evitar biópsias ou qualquer intervenção desnecessária. A ressecção cirúrgica não é recomendada, pelo risco de lesão do nervo facial e prognóstico favorável com conduta expectante.

Código do trabalho: 151

ENCEFALOPATIA DE WERNICKE NÃO ALCOÓLICA COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL NA AIDS: RELATO DE CASO.

Paula Tarsiana Fernandes Dias; Maria Eugenia Durante; Roberta Stopato de Carvalho; José Luiz Masson de Almeida Prado; Simone Shibao; Luiz Carlos Donoso Scopetta.

Hospital São Camilo Pompeia – São Paulo, SP, Brasil.

Relatamos o caso de um paciente eutrófico (IMC de 24,8), previamente hígido, que procurou atendimento médico por quadro agudo de diplopia e tontura. Reportou perda de peso de 5 kg nas últimas três semanas. Não havia história de alcoolismo. Durante a internação descobriu-se que o paciente era portador do vírus HIV e que sua contagem de linfócitos T-CD4 era de 9 células/mm³. O exame de ressonância magnética do encéfalo demonstrou alteração de sinal simétrica nos núcleos caudados e na substância branca periaquedutal e atrofia dos corpos mamilares. Foi feito o diagnóstico de encefalopatia de Wernicke. Houve pronta resposta clínica à administração de tiamina intravenosa e regressão parcial das lesões após uma semana. Encefalopatia de Wernicke é comumente associada com uso abusivo crônico de álcool, mas também pode ocorrer em outros contextos de deficiência nutricional. As manifestações clínicas clássicas são diplopia, ataxia e confusão mental. No entanto, apenas uma minoria dos pacientes apresenta-se com o quadro completo. O diagnóstico de encefalopatia de Wernicke não alcoólica é usualmente mais difícil. Entre os fatores predisponentes para encefalopatia de Wernicke não alcoólica estão: AIDS, gastrectomia e gastrojejunostomia, nutrição parenteral, anorexia nervosa, infusão intravenosa prolongada de glicose, hemodiálise, quimioterapia, etc. A resposta ao tratamento é variável, sendo melhor com o tratamento precoce. Os pacientes com AIDS que manifestam encefalopatia de Wernicke em geral estão em estágio avançado da doença, muitas vezes com caquexia. Não é o que ocorreu no caso que relatamos. O paciente era eutrófico e a encefalopatia de Wernicke foi a manifestação inicial da doença.

Código do trabalho: 156

O “SINAL DA ARTÉRIA TEMPORAL ANTERIOR” COMO PREDITOR DO PROGNÓSTICO NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÊMICO (AVEI).

Felipe Torres Pacheco; Antonio José da Rocha; Antonio Carlos Martins Maia Jr.

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: Diferentes achados de imagem já foram sugeridos como preditores da evolução para infarto maligno na isquemia da artéria cerebral média (ACM), porém, nenhum deles mostrou-se ainda amplamente aceito. Este estudo tem por objetivo avaliar se a detecção da

artéria temporal anterior (ATA) pela angiotomografia computadorizada multidetectores (angio-TCMD) de entrada dos indivíduos com acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi) recente poderá prever o prognóstico do infarto territorial da ACM (M1). **Material e métodos:** Este estudo foi aprovado pela Comissão Institucional de Ética em Pesquisa e analisou por TCMD 62 indivíduos com AVEi no período de março de 2011 a março de 2012. Critérios de inclusão: suspeita clínica de AVEi, com íctus de até 6 horas, no território da ACM e assinatura do termo de consentimento pelo paciente ou responsável. Critérios de exclusão: identificação de outra etiologia ou extensão da isquemia a outros territórios arteriais, contraindicação ao uso de contraste iodado, recusa em participar do estudo e/ou qualidade inadequada das imagens. **Resultados:** Foram incluídos 21 pacientes, sendo o “sinal da ATA” detectado em 9/21 (42,8%). Neste grupo, todos apresentaram evolução clínica favorável, sem a ocorrência de infarto maligno. Apenas 3/9 pacientes (33,3%) exibiram lesão sequelar temporal no exame controle. Nos demais indivíduos, 12/21 (57,2%), com o “sinal da ATA” ausente, houve pior evolução. Maior isquemia, estendendo-se ao lobo temporal, foi demonstrada em 7/12 indivíduos (58,3%). Além disso, 3/12 pacientes (25%) necessitaram de craniectomia descompressiva (2/12; 16,7%) ou evoluíram para óbito (1/12; 8,3%) em consequência de infarto maligno da ACM. **Conclusão:** O “sinal da ATA” identificado na angio-TCMD de entrada mostrou-se um preditor confiável de melhor prognóstico no AVEi territorial da ACM, com menor extensão do dano e ausência de infarto maligno na evolução. Os autores recomendam a busca deste sinal e o emprego da angio-TCMD nas isquemias da ACM-M1.

Código do trabalho: 159

COMPLICAÇÕES NO CRÂNIO PÓS-OPERATÓRIAS: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Maria Eugenia Durante; Roberta Stopato de Carvalho; Paula Tarsiana Fernandes Dias; Leonardo Guilhermino Gutierrez; Simone Shibao; Luiz Carlos Donoso Scopetta.

Hospital São Camilo Pompeia – São Paulo, SP, Brasil.

Uma grande variedade de técnicas neurocirúrgicas tem sido desenvolvida para tratar pacientes com distúrbios neurológicos, tais como hemorragia intracraniana, infecção e tumor. Os exames de imagem desempenham um papel essencial na avaliação dos pacientes após intervenções cirúrgicas cranianas. É importante estar familiarizado com a anatomia normal do crânio, a aparência normal no pós-operatório, assim como suas complicações, que muitas vezes se manifestam com sintomas relativamente não específicos. A infecção e hemorragia pós-operatórias são complicações comuns a todos os procedimentos neurocirúrgicos. Reconhecer algumas complicações fatais, como pneumoencefalo hipertensivo e herniação paradoxal, é muito importante, pois requerem uma intervenção urgente para um melhor resultado clínico. A tomografia computadorizada é o exame de primeira linha, considerada rápida, eficaz e de fácil acesso. A ressonância magnética tem maior sensibilidade para a detecção de infecção pós-operatória. Portanto, o presente trabalho, por meio de um ensaio iconográfico, demonstra algumas das complicações pós-operatórias neurológicas, tais como infecção, abscesso, herniação paradoxal, entre outras.

Código do trabalho: 163

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NA CEFALIA: HIPERTENSÃO INTRACRANIANA IDIOPÁTICA.

Bernardo Franco Amaral; Tiago Paes Gomide; André Fabiano Souza de Carvalho; Caroline Lopes Albuquerque; Juliana da Costa Almeida; Pa-

tricia Delage Gomes; Claudia Sousa Freitas Faleiro; Leandro Liberino da Silva.

Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Relato de caso de paciente de 26 anos, mulher, com quadro de cefaleia, que durante o exame físico foi evidenciado papiledema bilateral. É importante lembrar desse importante diagnóstico diferencial, pois os achados de imagem permitem um diagnóstico confiável juntamente com os dados clínicos, além de poderem excluir as causas secundárias. Pseudotumor cerebral é definida por sintomas clínicos típicos que ocorrem no contexto de elevada pressão de abertura do liquor maior do que 25 cmH₂O, na punção lombar. Os sintomas clássicos incluem dores de cabeça difusas recalcitrantes, alterações da visão (incluindo perda de visão) e alterações auditivas, como zumbido. Papiledema é comumente encontrado no exame físico, mas a perda visual e paralisia do sexto nervo também são vistas. Essa doença acomete normalmente mulheres obesas na faixa etária dos 20–50 anos de idade. Tomografia computadorizada e ressonância magnética são tipicamente normais, no entanto, os seguintes achados sugestivos não patognômicos são: estenose do seio venoso cerebral, achatamento da esclera posterior bilateral, sela parcialmente ou totalmente vazia; alargamento do recesso quiasmático do terceiro ventrículo; distensão do espaço subaracnoide do nervo óptico; protrusão intraocular da cabeça do nervo óptico e tortuosidade do nervo óptico orbitário são os principais achados de imagem. O tratamento para pseudotumor cerebral geralmente inclui tratamento médico com acetazolamida e controle da dor para dores de cabeça. Furosemida e corticosteroides têm sido utilizados. Intervenções cirúrgicas para o tratamento de pseudotumor cerebral incluem derivação lomboperitoneal e derivação ventriculoperitoneal, que muitas vezes produzem resultados imediatos, no entanto, eventual retorno dos sintomas do pseudotumor podem ocorrer em até aproximadamente 50% em três anos.

Código do trabalho: 167

LEUCOENCEFALOPATIA MEGAENCEFÁLICA COM CISTOS SUBCORTICAIS: UM RELATO DE CASO.

Diego Araújo de Medeiros Brito¹; Ana Karina de Ataíde Feitosa Lopes¹; Marcelo Ricardo Canuto Natal¹; Rafael Lemos Nascif²; Fran Rocha Correia¹; Igor Moreira Hazboun².

¹Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, DF; ²Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRRN – Natal, RN, Brasil.

Introdução: As doenças do grupo das leucodistrofias na infância representam um desafio ao diagnóstico por imagem, tanto pelo amplo espectro de doenças como por achados sobrepostos e a baixa prevalência na população. A ressonância magnética (RM) tornou-se a modalidade primária para avaliação dessas enfermidades e consegue direcionar o diagnóstico em casos característicos como o descrito a seguir. **Descrição:** Criança de 1 ano e 9 meses, sexo masculino, gerada de pais consanguíneos (primos), a partir de um ano de idade passou a apresentar aumento do perímetro encefálico, seguido de um episódio de crise tonicoclônica generalizada e leve atraso de desenvolvimento neuropsicomotor. O exame de RM apresentou os seguintes achados: hipersinal difuso em substância branca supratentorial às imagens ponderadas em T2 e FLAIR (hipomielinização), associada a lesões císticas subcorticais simétricas em lobos temporais anteriores e lobos frontais, achados esses característicos da leucoencefalopatia megaencefálica com cistos subcorticais. **Discussão:** Leucoencefalopatia megaencefálica com cistos subcorticais consiste em doença autossômica recessiva, neurodegenerativa, associada a mutações no

gene MLC1 em 80% dos casos, descrita recentemente, caracterizada por macrocefalia geralmente desenvolvida no primeiro ano de vida e sinais neurológicos de ataxia cerebelar, convulsões e alterações do trato piramidal (espasticidade). Radiologicamente tem achados característicos à RM, com hipersinal nas imagens ponderadas em T2 (hipomielinização), localizada na substância branca supratentorial, acompanhada frequentemente de cistos subcorticais nos lobos temporais anteriores e menos frequentemente nos lobos parietais e/ou frontais.

Código do trabalho: 171

HEMORRAGIA DA MATRIZ GERMINATIVA: COMO AVALIAR? QUAL MÉTODO DE IMAGEM USAR?

Felipe Areas¹; Maria Eugenia Durante²; Silvio Ures¹.

¹Hospital Stella Maris – Guarulhos, SP; ²Hospital São Camilo Pompeia – São Paulo, SP, Brasil.

Nos tempos de hoje dispomos de novas técnicas diagnósticas em imagem e ao mesmo tempo nos preocupamos com o bem-estar futuro dos pacientes, dando prioridade a métodos sem emissão de radiações ionizantes. A ultrassonografia transfontanelar é uma excelente opção para investigação e acompanhamento de lesões hemorrágicas intracranianas em neonatos em unidades de terapia intensiva e berçários, sobretudo em virtude do seu baixo custo, portabilidade, segurança e não invasividade, além de ter alta sensibilidade e especificidade para hemorragias intracranianas e outras lesões encefálicas. Os recém-nascidos prematuros e de baixo peso são considerados os mais suscetíveis a hemorragia da matriz germinativa. Este trabalho, por meio de um ensaio iconográfico, tem o objetivo de demonstrar como a avaliação e a classificação das hemorragias intracranianas deve ser feita, assim como sua aplicabilidade numa abordagem sistemática, com o intuito da escolha terapêutica mais apropriada e no seguimento desta condição.

Código do trabalho: 175

RELATO DE CASO: METÁSTASES CÍSTICAS PARA O SNC DE NEUROBLASTOMA ADRENAL PEDIÁTRICO.

Bernardo Franco Amaral; Tiago Paes Gomide; André Fabiano Souza de Carvalho; Caroline Lopes Albuquerque; Juliana da Costa Almeida; Patrícia Delage Gomes; Claudia Sousa Freitas Faleiro; Daniel de Paula Garcia.

Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Criança de três anos, sexo masculino, portadora de neuroblastoma adrenal, apresentando febre, sonolência e suspeita clínica de abscessos cerebrais ou acometimento secundário pela neoplasia. Realizou tomografia do crânio, que evidenciou múltiplas lesões císticas, com intenso realce periférico e algumas com áreas hemorrágicas de periferia. Destaca-se o aspecto cístico das lesões, que conforme a literatura recente tem sido progressivamente detectado, em detrimento de lesões secundárias classicamente sólidas, previamente descritas para as neoplasias primárias sólidas mais comuns, dentre elas o neuroblastoma. O aspecto de metástases cerebrais do neuroblastoma é variado: as lesões podem ser leptomeníngeas ou durais; sólidas ou hemorrágicas; apresentar contrastação homogênea ou periférica; e ainda podem ser císticas com ou sem nódulo mural calcificado. A história natural de malignidades pediátricas mudou com o advento da quimioterapia, e a maior sobrevivência também aumentou a detecção de metástases para o sistema nervoso central. Drogas quimioterápicas não ultrapassam a barreira hematoencefálica, explicando o aumento da in-

cidência apesar do tratamento. Apresenta-se caso clínico em que a tomografia detectou as lesões e foi fundamental para a indicação cirúrgica. A realização de estudo anatomopatológico confirmou a natureza secundária das lesões detectadas.

Código do trabalho: 176

SÍNDROME DE PFEIFFER TIPO 1: RELATO DE CASO.

Cicero Aurelio Sinisgalli Junior; Maíra Costa Nunes Andrade Leite; Norma Caroline de Mendonça Furtado Montenegro; Bianca Maragno; Natassia Batista Genova; Rodrigo Queiroz Guimarães; Regina Mitiko Kawano; André Volani Morganti.

Hospital Nossa Senhora de Lourdes – São Paulo, SP, Brasil.

Objetivo: Recordar as características principais da síndrome de Pfeiffer, a fim de realizar diagnóstico precoce e limitar comprometimento neurológico. **Descrição:** Paciente A.C.S.B., feminino, dois anos, em avaliação médica por desvio medial dos háluces e primeiros quirodactilos. Adequado desenvolvimento neuropsicomotor. Mãe negou antecedentes familiares patológicos ou intercorrências de gestação e parto. Ao exame físico observaram-se, também, hipertelorismo, proptose ocular e irregularidades da calota craniana, sendo encaminhada ao aconselhamento genético e diagnosticada síndrome de Pfeiffer tipo 1. Exames de imagem exibiram fusão precoce das suturas sagital e coronal, proeminência óssea na região da fontanela bregmática e sinais de hipertensão intracraniana, sendo submetida a craniectomia para o adequado crescimento encefálico. **Discussão:** A síndrome de Pfeiffer pertence ao grupo das cranioestenoses, anomalia rara de herança autossômica dominante caracterizada por órbitas rasas, sindactilias, primeiros dedos aumentados e desviados e hipodesenvolvimento da porção média da face, sendo subdividida em três tipos. O tipo 1 apresenta malformações leves sem alterações no sistema nervoso central, enquanto os tipos 2 e 3 têm pior prognóstico, com comprometimento severo do sistema nervoso central, resultando em óbito precoce. O atraso no desenvolvimento neuropsicomotor na síndrome de Pfeiffer tipo 1 é decorrente do diagnóstico tardio, na qual a cranioestenose dificulta o desenvolvimento neurológico.

Código do trabalho: 178

AGENESIA COMPLETA DA ORELHA EXTERNA E DA ORELHA MÉDIA.

Klaus Rizk Stuhr Coradazzi; André Fernandes Barbosa; Fernanda Ramos Carneiro; Leticia Araujo Rocha; Tamara Abou Ezzeddine; Lucas Marciel Silva; Vinicius de Barros Fernandes; Jonas Rodrigues Neto.

PUC-Campinas – Campinas, SP, Brasil.

Displasias auriculares congênitas ocorrem em 1:3300 a 1:10000 nascimentos e são resultado de desordens genéticas, infecções intrauterinas e do uso de teratogênicos. O grau de anomalia auricular é altamente correlacionado com displasias da cavidade da orelha média, células da mastoide, martelo e bigorna, devido à origem embriológica comum, a partir do primeiro e segundo arcos branquiais e da primeira bolsa faríngea entre a 4ª e 30ª semanas de vida intrauterina. A tomografia computadorizada é o método de escolha para a avaliação das alterações patológicas associadas à microtia. No presente estudo os autores relatam o caso de uma criança de dois anos de idade, do sexo feminino, com história de ausência completa do pavilhão auricular à direita. Foi realizada tomografia computadorizada, que evidenciou ausência das estruturas da orelha externa, associada a atresia do conduto auditivo externo, agenesia da orelha

média e hipoplasia do côndilo mandibular ipsilateral. Anomalias do desenvolvimento da primeira bolsa faríngea conduzem a distúrbios da tuba auditiva, da pneumatização da cavidade timpânica e da mastoide. Falha de diferenciação do primeiro arco branquial leva a malformações na articulação incudomaleolar, do músculo tensor do tímpano e da mandíbula. E a falha de diferenciação do segundo arco branquial afeta o canal do nervo facial, o músculo estapédio, a parte inferior da cadeia ossicular e o processo estiloide. Distúrbios nestes arcos branquiais também resultam na displasia da cartilagem auricular (levando a microtia na sétima para oitava semanas, ou mais cedo e mais grave, levando a anotia na sétima semana). O conhecimento da formação anatômica desta região é importante para entender anormalidades no desenvolvimento, auxiliando a formulação de diagnósticos precisos. Nesses casos, a avaliação radiográfica é fundamental na determinação da anatomia aberrante, planos cirúrgicos e na identificação de possíveis efeitos de procedimentos no crescimento craniofacial e reconstruções cirúrgicas.

Código do trabalho: 180

ENCEFALITE POR TOXOPLASMA GONDII EM PACIENTES COM AIDS: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Roberto Rômulo de Medeiros Souza¹; Cristiano Martins Quintão²; Rodrigo Siqueira Batista³; Luiz Eduardo de Oliveira Viana³.

¹PUC-Rio/Life Imagem – Rio de Janeiro, RJ; ²Unifeso – Teresópolis, RJ; ³Universidade Federal de Viçosa – Viçosa, MG, Brasil.

Introdução: A toxoplasmose é uma zoonose cosmopolita, causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. O acometimento do sistema nervoso central por este agente é frequente em pacientes imunocomprometidos, podendo estar presentes, nestes casos, lesão cerebral com efeito de massa ou quadros de encefalite toxoplásmica. Com o surgimento da pandemia do vírus da imunodeficiência humana, a encefalite toxoplásmica se tornou a infecção oportunista mais frequente no sistema nervoso central. Provoca quadros de cefaleia, febre, alteração do estado mental, disfunção cognitiva, epilepsia e déficit neurológico focal, sendo a causa mais comum de lesão focal, complicando o curso da síndrome da imunodeficiência adquirida. Os exames de neuroimagem – a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) –, são utilizados para o diagnóstico de lesões cerebrais. O objetivo do presente artigo é apresentar os principais achados radiológicos, frequentemente encontrados em TC e RM, desta forma de apresentação da toxoplasmose, correlacionando-os com os achados clínicos e patológicos. **Descrição:** Análise retrospectiva de nove casos de pacientes infectados pelo HIV, com acometimento do sistema nervoso central por *Toxoplasma gondii*, com seleção de imagens de TC e RM. Apresentação dos principais achados radiológicos, frequentemente encontrados em TC e RM, seguida da discussão desses achados à luz da literatura atual.

Código do trabalho: 182

ASSOCIAÇÃO DA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E RESSONÂNCIA MAGNÉTICA NO DIAGNÓSTICO E ESTADIAMENTO CLÍNICO DO ANGIOFIBROMA JUVENIL.

Luiz Cezar Pontes; Carlo Mognon Mattiello; Dudley Zanella; Leonardo Moura Lock; Inara Von Holleben; Gerson Schulz Maahs.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre, RS, Brasil.

O angiofibroma é uma neoplasia benigna rara que acomete exclusivamente adolescentes masculinos, correspondendo a 0,05% dos

tumores de cabeça e pescoço. É um tumor de comportamento localmente invasivo, de crescimento rápido e com tendência ao sangramento. Relatamos o caso de um paciente masculino de 12 anos, atendido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com queixas de obstrução nasal bilateral, epistaxes recorrentes e diminuição da acuidade visual. No exame físico observaram-se aumento de volume do terço médio da face à direita e desvio do globo ocular. O exame endoscópico nasal evidenciou lesão volumosa de coloração avermelhada, lisa, ocupando totalmente a fossa nasal direita e obstruindo a fossa nasal esquerda. A oroscopia revelou grande abaulamento do palato mole à direita e parede lateral da faringe. Realizou-se tomografia computadorizada (TC) contrastada de seios paranasais, em que se evidenciou lesão altamente vascularizada ocupando a fossa pterigopalatina direita, a fossa nasal direita, destruindo o assoalho da base anterior do crânio, comprometendo a parede medial da órbita e nervo óptico à direita, os seios esfenoidais, a sela turca, os sífoes carotídeos e a região do clívus. A lesão estendia-se para a rinofaringe, fossa infratemporal e orofaringe. Para avaliação do comprometimento neurovascular, foi solicitada ressonância magnética (RM) e angiorressonância. O quadro clínico e exames de imagem foram compatíveis com a hipótese de angiofibroma juvenil, estágio IVa de Fish. O paciente foi tratado cirurgicamente com embolização pré-operatória e acesso cirúrgico do tipo Weber-Ferguson com extensão subciliar assistida por videoendoscopia. O diagnóstico foi confirmado após a cirurgia, no exame anatomopatológico. O presente caso demonstra a relevância da associação da TC e RM para avaliar acuradamente a extensão do tumor, definindo o estadiamento clínico e a escolha do melhor acesso cirúrgico, a fim de diminuir riscos e prevenir complicações trans e pós-operatórias.

Código do trabalho: 198

MIXOMA ODONTOGÊNICO: RELATO DE CASO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Cicero Aurelio Sinisgalli Junior; Norma Caroline de Mendonça Furtado Montenegro; Máira Costa Nunes Andrade Leite; Natassia Batista Genova; Bianca Maragno; Cicera Fabricia Simplicio Gonçalves; André Volani Morganti; Renato Castro Sanchez.

Hospital Nossa Senhora de Lourdes – São Paulo, SP, Brasil.

Objetivo: Relembrar os aspectos clínicos, radiológicos e histopatológicos do mixoma odontogênico, em razão da raridade e diversidade de diagnósticos diferenciais desta lesão. **História clínica:** Paciente G.B.J., 35 anos, sexo masculino, referindo dor na região maxilar esquerda há um mês. Para propedêutica diagnóstica, foi realizada tomografia computadorizada da face, que evidenciou lesão ovalada, de paredes regulares, limites bem definidos, conteúdo hiperatenuante e imagens aéreas de permeio na região alveolar esquerda do platô do osso maxilar, causando abaulamento do assoalho e redução volumétrica do seio maxilar. Os aspectos descritos eram sugestivos de ameloblastoma, lesão de células gigantes central, ceratocisto ou fibroma odontogênico. A lesão foi biopsiada, sendo diagnosticado mixoma odontogênico. **Discussão:** O mixoma odontogênico é uma lesão benigna rara, originada do ectomesênquima maxilar, que acomete geralmente mandíbula e maxila. Clinicamente, apresenta-se com lenta expansão óssea, assintomática, sem metástases, localmente destrutiva, com tendência a recidivas. Quando em grandes dimensões, pode causar dor e deslocamentos dentais. Radiograficamente, o aspecto mais característico é o de favo de mel, bolhas de sabão, ou de raquete de tênis, envolvidas com dentes ou não. O estudo radiológico é essencial no diagnóstico diferencial do mixoma odontogênico, sendo importante

na avaliação da extensão da lesão, determinação do prognóstico e tratamento adequado.

Código do trabalho: 205

PROGRESSÃO FULMINANTE EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO-RADIOLÓGICO DE LEUCOENCEFALOPATIA HEMORRÁGICA AGUDA.

Aila de Menezes Ferreira; Livia Maria Frota Lima; Pablo Picasso de Araujo Coimbra; Cynara Leite de Oliveira; Ana Cecilia Silton Torres; Gerson Bruno Garcia de Souza Lima; Carlos Leite de Macedo Filho; Gislene Nogueira de Moura.

Hospital Geral de Fortaleza – Fortaleza, CE, Brasil.

A leucoencefalite hemorrágica aguda (LHA) é uma doença rara desmielinizante, caracterizada por uma inflamação aguda e rapidamente progressiva da substância branca do sistema nervoso central (SNC). Os pacientes são na maioria das vezes do sexo masculino, crianças ou adultos jovens. Clinicamente, apresenta-se com início abrupto de febre, cefaleia, convulsão e/ou sinais neurológicos focais alguns dias após uma virose, exposição a droga, ou vacinação. O prognóstico é sombrio, com rápida deterioração para estupor ou coma, e morte geralmente dentro de uma semana após o início dos sintomas. O conhecimento dos achados de ressonância magnética da LHA, juntamente com as manifestações clínicas e perfil cefalorraquiano, é útil para o radiologista para o diagnóstico precoce desta entidade. Alguns pacientes sobrevivem com a rápida instituição da terapêutica, baseada numa combinação de corticosteroides, imunoglobulinas, ciclofosfamida e/ou plasmafereze. Relatamos um caso de paciente masculino, 19 anos de idade, previamente hígido, admitido com quadro de febre e cefaleia há dois dias, com deterioração progressiva e óbito na segunda semana, mesmo com o tratamento e diagnóstico clínico-radiológico precoce de LHA. O diagnóstico de LHA é baseado num quadro agudo de distúrbios neurológicos focais, frequentemente associados com alterações mentais após uma doença febril. Exclusão de uma melhor explicação para os sintomas neurológicos é necessária. Na RM observam-se lesões na substância branca com hipersinal em T2 e FLAIR, captação variável ao contraste, e focos de hipossinal em gradiente. As principais condições a serem consideradas no diagnóstico diferencial são: vasculites, doenças isquêmicas e infecciosas, tumores e exposição a agentes tóxicos.

Código do trabalho: 206

MIASE EM COURO CABELUDO: DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO.

Cicero Aurelio Sinigalli Junior; Caroline Fontes Rodrigues; Norma Caroline de Mendonça Furtado Montenegro; Máira Costa Nunes Andrade Leite; Regina Mitiko Kawano; Rodrigo Queiroz Guimarães; Luana Belusso; Carlos Duarte Adriano.

Hospital Nossa Senhora de Lourdes – São Paulo, SP, Brasil.

Objetivo: Descrever o aspecto ecográfico da dermatobiose, a fim de sugerir-la como diagnóstico diferencial de lesões cutâneas. **História clínica:** Paciente G.C.O., cinco anos, sexo masculino, procurou pronto-socorro por abaulamento no couro cabeludo na região parietal direita há duas semanas. Ao exame físico apresentava pequeno nódulo subcutâneo, sem sinais de flogose ou orifício de drenagem. Realizou ultrassonografia, que evidenciou formação hiperecogênica, fusiforme, com hipocogenicidades laminares transversais, de contornos regulares e limites definidos, de situação subcutânea, medindo 1,3 cm, que não apresentava vascularização ao mapeamento *color* Doppler. **Discussão:** A miase é uma doença parasitária do homem e de outros verte-

brados produzida por larvas de dípteros (moscas) da espécie *Dermatobia hominis*, que se alimentam de tecidos vivos ou mortos. Clinicamente, apresenta-se com prurido, dor e endurecimento local. O diagnóstico ultrassonográfico apresenta alta sensibilidade na visualização do parasita e se mostra importante para a conduta terapêutica, visto que caso o sinal *color* Doppler seja negativo e não se observe movimentação ativa da larva, diagnostica-se a morte desta, sendo necessária ressecção cirúrgica.

Código do trabalho: 207

UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE GLOSSARCOMA: RELATO DE CASO.

Mariana Attie Akl.

HSPE-IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.

Descrição sucinta do propósito do relato: O caso é de uma apresentação atípica de um gliossarcoma em uma paciente do sexo feminino, no início da quarta década de vida, com localização no lobo parietal, com extensão à dura-máter, mas sem envolvimento ósseo. **História clínica:** Mulher de 31 anos, com queixas de cefaleia, hemiparesia à direita e perda de consciência ao dirigir. Realizou exames de imagem, apresentando volumosa massa no lobo parietal esquerdo com focos de necrose e calcificação, sendo submetida a craniotomia com ressecção tumoral. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de um gliossarcoma. **Discussão resumida do caso:** Gliossarcoma é uma variante rara do glioblastoma, com componentes gliais e mesenquimais, com predominância em homens na quinta e sexta décadas de vida, com predileção por lobos temporais e com invasão da dura-máter, podendo ou não envolver a calota. O gliossarcoma é um tumor raro que faz diagnóstico diferencial com glioblastoma multiforme e meningioma, tumores comuns na prática médica diária.

Código do trabalho: 215

ASPECTOS DE IMAGEM DOS ANGIOMAS CAVERNOSOS INTRACRANIANOS: REVISÃO DE LITERATURA COM ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Cynara Leite de Oliveira; Aila de Menezes Ferreira; Pablo Picasso de Araujo Coimbra; Livia Maria Frota Lima; Ana Cecilia Silton Torres; Gislene Nogueira de Moura; Ariana Sorah Serra dos Santos Jacinto; Jonatas Moraes Sisnando.

Hospital Geral de Fortaleza – Fortaleza, CE, Brasil.

Angioma cavernoso (AC) cerebral é uma malformação do desenvolvimento vascular com alto risco de hemorragia que pode simular outras lesões hemorrágicas, tais como tumores malignos primários, tumor metastático ou acidente vascular cerebral hemorrágico. A compreensão de suas características de imagem, especialmente na ressonância magnética (RM), é essencial para estreitar o diagnóstico diferencial e adequado manejo clínico e cirúrgico. A RM é a técnica diagnóstica mais importante para detecção do AC e frequentemente produz imagens altamente características. A demonstração dos aspectos destas lesões por este método é dependente da evidência de repetidas hemorragias e trombozes. Tipicamente, mostram uma área central de intensidade de sinal mista, reticulada, com aspecto “em pipoca” e sinal em T2 *blooming*, com halo hipointenso de hemossiderina circundando a lesão. *Susceptibility-weighted imaging* (SWI) e T2 gradiente-eco são as sequências mais sensíveis na detecção e diagnóstico de cavernoma. Este estudo constitui-se de revisão de literatura sobre os aspectos de imagens dos angiomas cavernosos com ensaio iconográfico. O acesso aos artigos e periódicos foi realizado mediante acesso livre e direto, bem como por meio do por-

tal Capes e de pesquisa eletrônica na base de dados Medline e Bireme. Foram ilustrados casos de angiomas cavernosos intracranianos utilizando-se imagens de RM de pacientes atendidos no centro de imagem do Hospital Geral de Fortaleza durante o período de janeiro de 2008 a outubro de 2010. Encontramos que os angiomas cavernosos consistem, na maioria dos casos, em lesões intraparenquimatosas supratentoriais, menores que 2 cm, sem significativo efeito de massa, podendo apresentar graus variados de realce pós-contraste. Ressaltamos também a forte associação entre a lesão em estudo e a coexistência com anomalia do desenvolvimento venoso, sendo, portanto, fator preditor de cavernoma.

Código do trabalho: 220

APRESENTAÇÃO POR IMAGEM DAS VARIAÇÕES NA PRESSÃO INTRACRANIANA.

Cassio Lemos Jovem¹; Fernanda Valentim de Moraes Silva².

¹ Clínica Villas Boas; ² Hospital Universitário de Brasília – Brasília, DF, Brasil.

Introdução: A pressão intracraniana é motivo de estudo há muitas décadas, e desde 1783 a hipótese de Monro-Kellie estabelece a constância na pressão intracraniana entre o balanço no conteúdo parenquimatoso cerebral, líquórico e entre os vasos sanguíneos. Esta hipótese, válida e aceita até os dias atuais, propõe que em um compartimento craniano intacto e incompressível a pressão intracraniana deve ser mantida constante, apesar das variações entre o seu conteúdo. A autorregulação é sustentada por um determinado período, a partir do qual começam as alterações parenquimatosas e conseqüente repercussões clínico-neurológicas, que se traduzem por imagem sobre as mais diversas apresentações. **Objetivo:** Revisar as teorias a respeito da manutenção constante da pressão intracraniana, seus mecanismos compensatórios, suas variações e repercussões clínico-radiológicas, enfatizando os achados de imagem. **Materiais e métodos:** Estudo pictórico com base em revisão de casos e da literatura sobre as alterações na pressão intracraniana e principais causas. **Conclusão:** A pressão intracraniana é um dos pontos-chaves no manejo de pacientes com quadros neurológicos graves. A variação entre a hipotensão e a hipertensão intracraniana pode ocorrer nas mais diversas situações e suas repercussões podem ser graves ou até mesmo fatais. Faz-se necessário, então, o conhecimento dos aspectos teóricos envolvidos na autorregulação da pressão intracraniana e das suas variações, bem como a apresentação destas por imagem em achados de tomografia computadorizada e ressonância magnética, visando o pronto reconhecimento de sinais que podem alterar o prognóstico e manejo destes pacientes e ajudar no diagnóstico diferencial com outras doenças ou quadros neurológicos.

Código do trabalho: 235

SARCOMA POUCO DIFERENCIADO PRIMÁRIO DE SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Bernardo Corrêa de Almeida Teixeira; Gustavo Gumz Correia; Bruno Marino Schiocchet Monarim; Danilo André Fernandes Alvarez; Arthur Coneliani Gentili; Fabrício Machado Marques; Luiz Fernando Bleggi Torres; Arnolfo de Carvalho Neto.

HC-UFPR – Curitiba, PR, Brasil.

Introdução: Sarcomas do sistema nervoso central (SNC) representam 0,7% dos tumores cerebrais. Originam-se em células pluripotenciais mesenquimais primitivas e o sarcoma indiferenciado é o sub-

tipo mais comum. A etiologia é controversa, mas o tratamento radioterápico prévio é considerado fator etiológico. Apresentam características de imagem inespecíficas e prognóstico sombrio. **Descrição:** Paciente masculino, 29 anos, com antecedentes de tratamento radioterápico para linfoma de Hodgkin há 15 anos. Apresentou primeiro episódio de crise convulsiva generalizada associada a alterações visuais. Tomografia de crânio mostrou hematoma intraparenquimatoso parieto-occipital direito. Angiografia cerebral invasiva sem alterações. A ressonância magnética mostrou pequeno nódulo com base meníngea e realce pelo meio de contraste adjacente ao hematoma visto na tomografia. Durante a investigação apresentou piora das crises convulsivas e sinais de hipertensão intracraniana. Nova tomografia mostrou aumento importante do hematoma, com nova área de sangramento recente. O paciente foi submetido a drenagem cirúrgica e retirada do tumor. Análise anatomopatológica confirmou sarcoma primário de SNC. **Discussão:** Descrevemos os aspectos de imagem e histopatológicos de um caso de sarcoma pouco diferenciado de SNC. O paciente havia sido submetido previamente a radioterapia para tratamento de linfoma de Hodgkin, fator citado na literatura relacionada ao desenvolvimento dessa neoplasia. Devido à pequena casuística na literatura, não existem características de imagem bem definidas. Neste caso, o paciente encontra-se bem e livre da doença após seis meses.

Código do trabalho: 239

METÁSTASE DE RETINOBLASTOMA.

Rodolfo Carvalho Cunha; Ricardo Tavares Daher; Antonio Humberto Mano de Carvalho; Fernanda Naves Fernandes; Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim; Jamile Alves de Souza; Mariana Antunes de Castro; Thais Jungmann Ribeiro; Fernanda Naves Fernandes.

CRER – Goiânia, GO, Brasil.

Introdução: Paciente C.E.L.R., 3 anos e 8 meses, com quadro de leucocoria, estrabismo à direita, vômitos e irritabilidade. Diagnóstico tardio de retinoblastoma, apresentando metástases, caracterizadas à ressonância magnética (RM) por medula dorsal com diâmetro irregular, redução da espessura associada a aumento do sinal em T2, com ligeira dilatação do canal central medular até próximo ao cone, associada a realce difuso e heterogêneo pós-contraste. O paciente foi submetido a enucleação do globo ocular direito e iniciada quimioterapia, falecendo após duas semanas do início do esquema. **Descrição:** O retinoblastoma é o tumor maligno intraocular primário mais comum na infância. Noventa por cento ocorrem em crianças com menos de 5 anos, 10% são de origem familiar, cerca de 25% ou mais são multifocais ou bilaterais. Aproximadamente 1% sofre regressão espontânea. A maioria das crianças com retinoblastoma apresenta leucocoria e estrabismo. Apesar do diagnóstico diferencial na leucocoria ser extenso, a tomografia computadorizada e a RM geralmente são capazes de diferenciá-lo de seus similares benignos. A distinção é crucial, pois a mortalidade se aproxima de 100% se houver disseminação, que se dá por extensão linfática, hematogênica ou ao longo do nervo óptico e do espaço subaracnoide. **Discussão:** Metástases pelo liquor geralmente são múltiplas, com localização frequente nas regiões lombossacra e torácica inferior, devido aos efeitos gravitacionais. As lesões geralmente têm localização intradural e extramedular, sendo detectadas no momento do diagnóstico ou, mais comumente, na recorrência. A RM com contraste é a melhor modalidade para demonstrar a disseminação do tumor pelo liquor, com padrões de disseminação líquórica através de nódulos únicos ou múltiplos, espessamento laminar difuso das raízes nervosas com agrupamento ou amontoados irregulares, placas tumorais e abaulamentos no espaço subaracnoide.

Código do trabalho: 243

SÍNDROME DO AQUEDUTO VESTIBULAR ALARGADO: RELATO DE CASO.

Milton Yochiharu Kakudate; Gustavo Andrade Tedesqui; Antonio Padua Mesquita Maia Filho.

Hospital de Base São José do Rio Preto – São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Introdução: O aqueduto vestibular é um canal no osso temporal que se estende da parede medial do véstíbulo da orelha interna até a superfície posterior da pirâmide petrosa. A síndrome do aqueduto vestibular alargado (SAVA) pode ser caracterizada por um alargamento do aqueduto vestibular associado a uma perda auditiva neurossensorial, congênita ou adquirida, na infância. Os métodos diagnósticos de eleição são a tomografia computadorizada de ossos temporais e a ressonância magnética do conduto auditivo interno. **Descrição:** Paciente do sexo masculino, 9 anos de idade, com história de hipoacusia bilateral progressiva. Procurou otorrinolaringologista, que solicitou audiometria, sendo constatada perda auditiva sem causa definida. Encaminhado ao serviço de imagem para estudo com tomografia computadorizada de ossos temporais, complementado com ressonância magnética. **Discussão:** O alargamento do aqueduto vestibular é a anomalia da orelha interna mais comum, podendo ocorrer como uma anomalia isolada ou em associação com outras malformações de orelha interna. A mais comum é o alargamento do canal semicircular horizontal (60–66%) e as hipoplasias de cóclea (28%). Acidose tubular renal é raramente associada à SAVA. A síndrome é bilateral em 90%, diagnosticada principalmente na faixa pediátrica, com deficiência auditiva neurossensorial progressiva em 46% a 65% dos pacientes. O diagnóstico da SAVA pode ser feito quando o diâmetro transversal é maior ou igual a 1,5 mm. Outros achados tomográficos incluem diâmetro do aqueduto vestibular maior que o diâmetro do canal semicircular posterior e displasia coclear. Na ressonância magnética destaca-se o achado de saco endolinfático alargado na ponderação T2 e de anomalias cocleares associadas. O tratamento da SAVA inclui implante coclear e medicamentoso, obtendo-se bons resultados audiométricos.

Código do trabalho: 252

DEGENERAÇÃO COMBINADA SUBAGUDA DA MEDULA ESPINAL: ALTERAÇÕES RADIOLÓGICAS.

Ricardo Tavares Daher; Stéfano Teixeira Queiroz; Fernanda Naves Fernandes; Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim; Jamile Alves de Souza; Rafaela Henrique de Souza Lima; Antonio Cordeiro da Silva Filho; Thais Jungmann Ribeiro.

CRER – Goiânia, GO, Brasil.

Paciente J.R.S., masculino, 23 anos, com quadro de seis meses de duração, apresentando inicialmente paresia em membros superiores, evoluindo para membros inferiores, incontinência urinária, obstrução intestinal e sinal de Babinski. A eletroencefalografia evidenciou padrão de polineuropatia periférica sensitiva axonal. A imagem de ressonância magnética (RM) ponderada em T2 evidenciou áreas de hipersinal comprometendo extensamente os funículos laterais e posteriores da medula espinal, sem efeito expansivo e de forma simétrica. Estes achados de imagem, embora não específicos, são mais comumente vistos nas condições carenciais de vitamina B12, mais especificamente a degeneração combinada subaguda da medula espinal (DCSME). O padrão de envolvimento descrito no caso é um dos mais típicos da doença, mas após revisão da literatura notamos uma escassez de casos descritos. Daí a importância de descrever o caso. A defi-

ciência de vitamina B12, observada na anemia perniciosa, pode produzir distúrbios neurológicos, psiquiátricos, gastrintestinais e hematológicos. A DCSME é uma das manifestações neurológicas mais frequentes dessa deficiência, sendo marcada por lesões nas colunas posteriores e laterais, que acarretam déficits sensoriais e motores. As manifestações clínicas são decorrentes da desmielinização progressiva, algumas vezes seguida por dano axonal, que se inicia nas colunas posteriores e avança anteriormente envolvendo as colunas laterais. O processo em geral inicia-se na região cervical inferior e torácica alta, progredindo para outros segmentos da medula. Os achados de imagem mais característicos são discreto intumescimento medular com hiposinal em T1 e hipersinal em T2 e discreta impregnação na topografia da coluna posterior, e em alguns casos nas colunas laterais da medula espinal. Nas imagens axiais ponderadas em T2 identifica-se o “sinal do V invertido”, que pode associar-se à impregnação da coluna posterior pelo gadolínio. A RM é o exame de imagem mais acurado para investigação e os achados que levam a essa hipótese são: hiperintensidade em T2 confinada às colunas dorsais e/ou laterais, porção inferior da medula cervical e superior da medula torácica e realce leve da coluna dorsal.

Código do trabalho: 253

DIVERTÍCULO DE ESÔFAGO SIMULANDO NÓDULO TIREOIDIANO.

Fabricius André Lyrio Traple; Jader Cronenberg Oliveira; Breno Gomide; Fumiyo Alice Fujiki; Gladstone Mattar; Alexandre Bialowas; Ricardo Pires de Souza; Aldemir Humberto Soares.

Hospital Heliópolis – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: Os autores apresentam um caso de divertículo de esôfago que foi diagnosticado por ultrassonografia, quando a paciente iria ser submetida à realização de punção aspirativa por agulha fina (PAAF) de um suposto nódulo tireoidiano. O estudo demonstra as características de divertículos esofágicos à ultrassonografia, alertando radiologistas sobre possíveis erros diagnósticos. **Descrição sucinta:** Paciente feminina, 40 anos, sem queixas. Chegou no Hospital Heliópolis com a solicitação de realização de PAAF guiada por ultrassonografia de um suposto nódulo tireoidiano no lobo esquerdo, detectado por exames anteriores trazidos pela paciente. Durante a realização do procedimento foi observado que o suposto nódulo apresentava características incomuns, levantando-se a suspeita de divertículo esofágico próximo à tireoide. Foi sugerida a realização de esofagograma com bário oral, sendo confirmada a hipótese de divertículo esofágico. **Discussão resumida:** Nódulos tireoidianos são comuns na prática radiológica. Devemos estar atentos para apresentações incomuns e aventar a possibilidade de diagnósticos diferenciais nesses casos, possibilitando um diagnóstico preciso ao paciente e impedindo possíveis iatrogenias. No presente caso, tratava-se de divertículo esofágico.

Código do trabalho: 260

CARCINOMA ADENOIDE CÍSTICO DA PARÓTIDA COM DISSEMINAÇÃO PERINEURAL.

Lucypaula Andrade Pinheiro; Deborah Monteiro Soares; André Pereira Azevedo; Gustavo Bittencourt Camilo; Ursula David Alves; Rafael Barcelos Capone; Domenico Capone; José Fernando Cardona Zanier.

UERJ – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Introdução: As neoplasias das glândulas salivares são raras, representam 0,3% de todas as malignidades e menos de 3% de todas as neoplasias de cabeça e pescoço. A maioria é assintomática. Os

quatro principais tumores malignos das glândulas salivares são carcinoma de células escamosas, carcinomas mucoepidermóides, adenocarcinomas e carcinoma adenoide cístico. O carcinoma adenoide cístico representa cerca de 12% de todas as neoplasias malignas da glândula salivar. São incomuns na glândula parótida, porém é a neoplasia maligna mais comum das glândulas salivares menores e sublinguais. Este tumor também pode ser chamado de cilindroma, carcinoma de células basais pseudoadenomatoso ou adenocarcinoma. Pode se apresentar com calcificações irregulares e às vezes pode simular sarcoma osteogênico. **Descrição:** Foi acompanhado um caso num hospital escola no Rio de Janeiro de um paciente de 70 anos, sexo feminino, que apresentava paralisia facial periférica e tumoração na face à direita, cuja tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) revelaram tratar-se de formação expansiva na parótida direita, estendendo-se ao espaço mastigatório ipsilateral, para fossa craniana temporal através do forame oval e canal do facial. A paciente foi submetida a biópsia, que revelou tratar-se de um carcinoma adenoide cístico. **Discussão:** Uma característica importante do carcinoma adenoide cístico é o fato de invadir estruturas linfáticas perineurais e do espaço perivascular. Essas lesões frequentemente têm aspecto infiltrativo e podem demonstrar mínimo realce ao meio de contraste na TC e na RM. O presente estudo mostra o valor da TC e da RM na caracterização de lesões tumorais de cabeça e pescoço.

Código do trabalho: 295

SÍNDROME DE JOUBERT: QUANDO SUSPEITAR, PRINCIPAIS ACHADOS RADIOLÓGICOS E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Leonardo Furtado Freitas; Carlos Felipe do Rego Barros Milito; Samuel Brighten Bergamaschi; Mariana Attie Akl; Bruno Henrique Magalhães Pizoletto; Rodolfo Heitor Gomes Fernandes da Silva; Renato Sartori de Carvalho; Carolina Sasaki Vergílio.

HSPE-IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: Retardo mental, distúrbios de movimento e alterações faciais não são achados incomuns na prática clínica. Inúmeras síndromes podem gerar tais malformações, e dentre elas, a síndrome de Joubert se destaca. O conhecimento da associação dos achados clínicos e radiológicos torna-se fundamental ao radiologista para diferenciá-la das demais alterações que podem cursar com o aspecto da “malformação do dente molar” nos achados de imagem. **Descrição do material:** Paciente masculino, com 1 ano e 4 meses de vida, nascido a termo, de parto cesáreo e Apgar 5/7 (por ausência de tônus e respiração inadequada). Apresentou depressão perinatal moderada, desconforto respiratório precoce, hipotonia e cianose central. Apresentava polidactilia de membros superiores e inferiores, fácies sindrômica, fronte alargada e microftalmia, com dificuldade de sucção desde o nascimento. A radiografia de mãos e pés confirmou a presença de polidactilia bilateral de membros superiores e inferiores. A ressonância magnética (RM) de crânio evidenciou hipertrofia bilateral e simétrica dos pedúnculos cerebelares superiores, conferindo um aspecto morfológico de “dente molar”, em disposição perpendicular à ponte, e redução das dimensões do mesencéfalo e ponte, com endentação/sulcação anterior estreitando sua junção. Observaram-se também quarto ventrículo de dimensões aumentadas com aspecto em “asa de morcego” e vérmis cerebelar hipoplásico com fenda mediana. **Discussão:** A síndrome de Joubert é uma doença autossômica recessiva, cuja anormalidade surge devido a uma incapacidade dos tratos das fibras da fossa posterior de cruzar a linha mediana, com ausência da decussação dos axônios do pedúnculo cerebelar superior. Os principais achados clínicos encontrados são hiperpneia episódica, movimen-

tos oculares anormais (nistagmo), hipotonia neonatal, ataxia e retardo mental, além de microcefalia, dismorfismo facial, distrofia retiniana, macroglossia, cardiopatia congênita e polidactilia. O espectro de alterações encontradas nos exames de imagem confere uma morfologia peculiar do tronco cerebral, conhecida como malformação do “dente molar”, encontrada em 85% dos pacientes com a síndrome. Essa analogia se deve ao aspecto observado nos cortes axiais de tomografia computadorizada e RM ao nível do mesencéfalo, que se acha afilado, com pedúnculos cerebrais superiores espessos e perpendiculares à ponte. O vérmis pode ser displásico, pequeno, com fenda na linha mediana. Assim, o reconhecimento dos aspectos clínicos e radiológicos é fundamental para o estabelecimento do diagnóstico correto.

Código do trabalho: 307

SINAL DO ALVO EXCÊNTRICO: ENSAIO ICONOGRÁFICO.

Gislene Nogueira de Moura; Pablo Picasso de Araujo Coimbra; Carlos Leite de Macedo Filho; Ana Cecilia Silton Torres; Livia Maria Frota Lima; Ariana Sorah Serra dos Santos Jacinto; Aila de Menezes Ferreira; Ra-faella de Sousa Cartaxo.

Hospital Geral de Fortaleza – Fortaleza, CE, Brasil.

Introdução: O uso de sinais é bastante comum em radiologia, sendo utilizados para facilitar o aprendizado e a identificação de aspectos de imagem característicos de determinadas doenças. Independentemente do grau de especificidade, sinais auxiliam a prática radiológica. Na neurorradiologia já foram descritos vários sinais, muitos dos quais se utilizam de comparações com o objetivo de facilitar sua memorização, como é o caso do sinal do alvo excêntrico. Também conhecido como sinal do alvo assimétrico, este sinal representa uma imagem com realce anelar que contém em seu interior outra lesão nodular excêntrica com realce. **Descrição:** Selecionamos imagens de ressonância magnética de alguns pacientes com doenças diferentes que apresentam em comum a imagem do sinal do alvo excêntrico. Bastante sugestivo de toxoplasmose do sistema nervoso central, o sinal do alvo excêntrico ainda pode ser visualizado em pacientes com glioblastoma multiforme ou metástases cerebrais, conforme evidenciaremos nos casos selecionados. Este achado de imagem tem alta especificidade, mas baixa sensibilidade, sendo encontrado em aproximadamente 30% dos casos de neurotoxoplasmose.

Código do trabalho: 318

SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSÍVEL: RELATO DE CASO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Aloysio Enck Enck Neto; Linjie Zhang; Marcos Laufer Schmidt.

Universidade Federal do Rio Grande – Rio Grande, RS, Brasil.

Em meados de 1996, de um conjunto de sinais e sintomas clínico-neurorradiológicos surgiu a chamada síndrome da leucoencefalopatia posterior reversível, pioneiramente introduzida por Hinchev e colaboradores. A expressão encefalopatia posterior reversível (PRES) foi proposta por Casey para descrever a síndrome caracterizada por cefaleia, alteração das funções mentais, convulsões e déficit visual associados a achados de imagem que traduzem edema cortical e subcortical de distribuição predominantemente posterior. As causas mais frequentemente associadas com a PRES são: encefalopatia hipertensiva, eclampsia, neurotoxicidade a ciclosporina-A e encefalopatia urêmica. Os sintomas e a alteração no exame de imagem regredem completamente, se corrigidos os mecanismos determinantes em tempo, caso contrário, podem instalar-se danos irreversíveis como a cegueira corti-

cal e morte. Apresentamos um caso de PRES estudado com tomografia computadorizada e ressonância magnética decorrente de encefalopatia hipertensiva, enfatizando a importância do diagnóstico precoce e seus achados de imagem. Metodologicamente revisaram-se 44 artigos de relatos de caso provenientes das maiores bibliotecas virtuais em saúde nacional e mundial. Concluiu-se que os sinais e os sintomas clínicos são consistentes com a PRES, mas o diagnóstico clínico não é considerado inicialmente (em especial quando são envolvidos fatores de risco mais obscuros). Principalmente porque a PRES pode ser suspeitada com base na história clínica e no exame de imagem, mas os sinais e os sintomas clínicos são inespecíficos. A ressonância magnética evidenciou-se o exame de imagem essencial no diagnóstico da PRES quando os fatores de risco clínico não estão presentes ou quando a pressão arterial não está muito elevada. E principalmente a melhoria dos achados de ressonância magnética em exames subsequentes pode também ser uma chave no diagnóstico.

Código do trabalho: 326

ABCESSO RETROFARÍNGEO: UM RELATO DE CASO.

Clariana Mattos Lima; Bruno Nocrato Loiola; Eduardo José de Oliveira Almeida; Paulo Martins Silva Junior; Gabriel Nassif Martins; Vivian Pecly de Garcia Coutinho; Thaiana Carrera Guarconi Venturini; Angelica A. Heymann.

Hospital São José do Avai – Itaperuna, RJ, Brasil.

O espaço retrofaríngeo é um espaço virtual que une a base do crânio ao mediastino e é limitado pelas camadas média e profunda da fáscia cervical profunda. Contém gordura e linfonodos na sua região supra-hioídea e apenas gordura na porção infra-hioídea. Infecção cervical profunda e a subsequente formação de abscessos são incomuns em tal espaço, mas assumem grande importância devido à proximidade deste com as vias aéreas e o mediastino, podendo ocasionar sérias complicações, como mediastinite e empiema. O abscesso retrofaríngeo ocorre geralmente devido à propagação de uma infecção orofaríngea por disseminação através de linfonodos ou contiguidade direta. Outra causa menos frequente é a inoculação direta por um trauma penetrante. Possuem maior frequência na faixa etária pediátrica, devido a maior incidência de infecções de vias aéreas superiores nesta população e por existir atrofia progressiva dos linfonodos retrofaríngeos com o avançar da idade. A apresentação clínica é variável, dependendo da extensão do abscesso, mas pode haver dor no pescoço, febre baixa, disfagia ou odinofagia. No caso relatado, a paciente teve o diagnóstico de abscesso retrofaríngeo elucidado por tomografia computadorizada do pescoço. A ressonância magnética também pode ser usada para o diagnóstico desta infecção, orientando o planejamento cirúrgico. O tratamento inclui a antibioticoterapia e a drenagem cirúrgica.

Código do trabalho: 327

ASPECTOS CLÍNICOS E RADIOLÓGICOS DA DOENÇA DA URINA DO XAROPE DE BORDO: RELATO DE CASO.

Antonio Cordeiro da Silva Filho; Antonio Humberto Mano de Carvalho; Ricardo Tavares Daher; Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim; Rodolfo Carvalho Cunha; Stéfano Teixeira Queiroz; Fernanda Naves Fernandes; Jamile Alves de Souza; Rafaela Henrique de Souza Lima.

CRER – Goiânia, GO, Brasil.

Paciente P.H.D.O., masculino, três meses, apresentou no oitavo dia de vida, de forma abrupta, quadro de sucção débil com queda do estado geral, crises de apneia e letargia, alterações do tônus e convulsões

do tipo ausência. Foi internado em UTI, onde apresentou quadro de insuficiência respiratória, episódios de acidose metabólica de repetição e permanência das crises convulsivas. O teste do pezinho ampliado mostrou alterações no metabolismo dos aminoácidos de cadeia ramificada, com possível diagnóstico de leucinose. A ressonância magnética (RM) de crânio mostrou áreas de hipersinal em T2/FLAIR simétricas na substância branca dos hemisférios cerebelares e porção dorsal do tronco cerebral, bem como áreas de restrição à difusão comprometendo a substância branca periventricular, regiões nucleocapsulares e região dorsal do tronco cerebral. Mostrou, ainda, hipomielinização dos compartimentos infratentoriais. A leucinose é doença hereditária, cuja fisiopatologia decorre da deficiência da enzima alfa-cetoacilodessidrogenase, que promove a descarboxilação dos aminoácidos leucina, isoleucina e valina. Tal deficiência acarreta o acúmulo destes aminoácidos no organismo e seu depósito, principalmente no cérebro e tronco cerebral. O diagnóstico é feito com a dosagem dos aminoácidos de cadeia ramificada (AACR) no plasma sanguíneo ou na urina. Os exames de imagem evidenciam lesões na substância branca cerebral, núcleos da base e tronco cerebral. A ultrassonografia transfontanela demonstra aumento da ecogenicidade nessas regiões. A tomografia computadorizada revela hipodensidades simétricas, além de apagamento dos sulcos corticais devido ao edema. A RM mostra hipersinal nas sequências T2 e FLAIR e restrição da difusão das moléculas de água na sequência de difusão na substância branca cerebelar, região dorsal do tronco cerebral, pedúnculos cerebrais, centros semiovais e cápsulas internas.

Código do trabalho: 330

LHERMITTE-DUCLOS (GANGLIOCITOMA CEREBELAR DISPLÁSICO): RELATO DE CASO.

Rogério Batista Araújo Filho¹; Sílvia Pereira Ramos Junior¹; Laura Filgueiras Mourão Ramos²; Natalia Delage Gomes².

¹ *Axial Diamantina – Diamantina, MG;* ² *Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, MG, Brasil.*

Introdução: A doença de Lhermitte-Duclos é uma doença rara, caracterizada por espessamento focal e circunscrito das folhas cerebelares, formando uma massa cortical cerebelar unilateral de crescimento lento, associada a hipermielinização da camada molecular e a células neuronais hipertróficas na camada granular do córtex cerebelar. A lesão foi primeiramente descrita por Lhermitte-Duclos em 1920 como uma combinação de malformações congênitas com neoplasia originária de células gliais. Atualmente acredita-se na coexistência da doença de Lhermitte-Duclos e da síndrome de Cowden (síndrome de neoplasia-múltiplos hamartomas), ambos fazendo parte de um mesmo espectro de doenças do tipo facomatose. Os indivíduos acometidos pela síndrome de Cowden apresentam, frequentemente, hamartomas sistêmicos e neoplasias de mama, tireoide, trato genitourinário e endométrio. A doença de Lhermitte-Duclos é detectada em indivíduos na terceira e quarta décadas de vida, podendo ser encontrada desde o nascimento até a sexta década de vida, sem predileção por sexo. Pode haver associação com megalencefalia, siringomielia, anormalidades ósseas como polidactilia, assimetrias da calota craniana, múltiplos hemangiomas e lesões cutâneas. O presente estudo visa relatar um caso de Lhermitte-Duclos (gangliocitoma cerebelar displásico). **Descrição do caso:** Paciente de 49 anos de idade, sexo feminino, iniciou há 10 dias com cefaleia, perda de equilíbrio e soluços. Foi submetida a ressonância magnética (RM), que evidenciou espessamento focal e circunscrito de aspecto estriado das folhas cerebelares em hemisfério direito, caracterizado por hiperintensidade de sinal na ponderação T2

e FLAIR. Houve ainda aumento de sinal na difusão, com isossinal no ADC e discreta impregnação periférica pelo contraste pelas folhas cerebelares acometidas. **Discussão:** Dessa forma, é importante salientar que a RM apresenta papel de destaque nesta avaliação, uma vez que os achados neste método são necessários e suficientes para o diagnóstico de doença de Lhermitte-Duclos. E como se trata de doença rara, é importante que o radiologista esteja familiarizado com os principais aspectos imagiológicos para levantar essa possibilidade diagnóstica, contribuindo diretamente para a correta avaliação diagnóstica e propedêutica dos pacientes.

Código do trabalho: 337

NEURITE DO ABDUCENTE ESQUERDO EM PACIENTE DIABÉTICA.

Tami Mori Vieira; Tainah Mori Caetano; Leonardo Vandesteen Pereira; Bruna Emmanuelle Linhares Fonseca; Livia Guidoni; Gabriel Tonani Bolis. *Centro de Diagnóstico por Imagem – Vitória, ES, Brasil.*

Introdução: Alterações neuro-oftalmológicas na diabetes são caracterizadas pela presença de neuropatia óptica isquêmica anterior, papiledema e neuropatia do terceiro, quarto e sexto pares cranianos por desmielinização localizada relacionada a isquemia focal. Neuropatia focal e multifocal incluem envolvimento de nervos cranianos, tronco e membros inferiores. Paresia do nervo oculomotor é a mais comum, sendo rara a neuropatia do abducente, por isso a importância de relatar este caso. **Descrição:** Paciente do sexo feminino, 64 anos de idade, diabética sem uso de metformina, com quadro clínico de vertigem, estrabismo do olho esquerdo e diplopia há sete dias. Foi submetida tomografia computadorizada de crânio sem contraste, que não evidenciou alterações significativas. Foi realizada ressonância magnética do crânio, que demonstrou realce pós-contraste da porção cisternal do nervo abducente esquerdo, observando-se também discreto afilamento do músculo reto lateral ipsilateral comparativamente ao lado contralateral. O nervo abducente direito não apresentou anormalidades. Após controle glicêmico e da pressão arterial, a paciente evoluiu com melhora clínica significativa. **Discussão:** Diabetes mellitus é uma causa rara, mas benigna de neuropatia craniana. Mais de 80% dos pacientes com neuropatia diabética apresentam manifestação sensorial e autonômica predominantes. Alguns diagnósticos diferenciais para a paralisia do sexto nervo unilateral incluem trauma, neuropatia diabética, infecções, neoplasias, esclerose múltipla e aneurismas. O maior impacto na prevenção da neuropatia diabética é o controle glicêmico, seguido da pressão arterial sistêmica.

Código do trabalho: 343

COMPLEXO DE DANDY-WALKER: COMO IDENTIFICAR E QUAL O MÉTODO DE ESCOLHA.

Marcio Luis Duarte; Fernando Lucchesi Oliveira; Elcio Roberto Duarte. *Santa Casa da Misericórdia de Santos – Santos, SP, Brasil.*

O complexo de Dandy-Walker (CDW) foi descrito pela primeira vez em 1887 por Sutton, em 1914 Blackfan e Walker descreveram a patologia da atresia dos forames de Lushka e Magendie, sendo concluída por Targgett e Walker ao atribuir o CDW como uma doença congênita com alteração no período de formação embriológica. O CDW constitui um espectro de anormalidades da fossa posterior, caracterizada por dilatação cística do quarto ventrículo e comunicação com a cisterna magna. Cisto retrocerebelar ocupando a fossa posterior através da agenesia ou do verme do cerebelo. Geralmente apresenta atresia dos forames de Lushka e Magendie. Em três quartos dos casos ocorrem

outras malformações cerebrais, como agenesia do corpo caloso, lisencefalia, estenose do aqueduto de Sylvius. A etiologia mais comum é exposição pré-natal a rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, dieta com deficiência de riboflavina, álcool e Warfarin. Os principais diagnósticos diferenciais são megacisterna magna e cistos aracnoides de fossa posterior. Sua incidência é de um a cada 30.000 nascimentos e responsáveis por 13% das hidrocefalias. Sua taxa de mortalidade atinge a taxa de aproximadamente 66% e quando associados a prematuridade, pequeno para idade gestacional ou outras malformações, este risco aumenta. O relato de caso se trata de um paciente com dois anos de idade, sexo masculino, sem antecedentes familiares ou obstétricos identificados, cariótipo negativo para trissomias, e que desde o nascimento foram observados dificuldade de sucção durante o aleitamento, aumento dos movimentos respiratórios, irritabilidade. Realizados exames de imagem, os quais identificaram alterações clássicas do CDW. Os últimos estudos estão concluindo que a ultrassonografia tridimensional (US-3D) está apresentando reprodutibilidade compatível com a ressonância magnética quando são usados os critérios do estudo de Paladini et al. A US-3D mostra-se um método promissor na avaliação de estruturas do sistema nervoso central fetal.

Código do trabalho: 345

PARAGANGLIOMA JUGULOTIMPÂNICO COM INFILTRAÇÃO DO NERVO HIPOGLOSSO E HIPOTROFIA DA HEMILÍNGUA.

Tami Mori Vieira; Tainah Mori Caetano; Leonardo Vandesteen Pereira; Bruna Emmanuelle Linhares Fonseca; Dimitri Mori Vieira; Gabriel Tonani Bolis.

Centro de Diagnóstico por Imagem – Vitória, ES, Brasil.

Introdução: A origem dos paragangliomas deve-se ao crescimento dos paragânglios formados por células não cromafins que pertencem ao sistema neuroendócrino extra-adrenal. As localizações mais comuns dos paragangliomas de cabeça e pescoço incluem carótida, bulbo jugular, tímpano e nervo vago. As queixas predominantes são zumbido pulsátil e hipoacusia. O presente caso ilustra uma apresentação atípica do paraganglioma jugulotimpânico com infiltração do nervo hipoglossos, resultando em hipotrofia e denervação da hemilíngua, havendo poucos casos descritos na literatura. **Descrição:** Paciente feminino, 36 anos, com quadro clínico de tumor submandibular, zumbido pulsátil e hipoacusia à esquerda. Realizou ultrassonografia de partes moles, que evidenciou imagens sugestivas de linfonodos enfiados. Prosseguiu-se com histopatológico e imuno-histoquímica, compatíveis com paraganglioma. A paciente foi submetida à ressecção tumoral, com posterior recidiva. Evoluiu com disfonia e permanece em tratamento conservador. Ressonância magnética da fossa posterior pós-cirúrgica evidenciou lesão expansiva de aspecto infiltrativo localizada na base do crânio à esquerda, com epicentro na fossa jugular, componente no interior da orelha média em topografia do hipotímpano e ampla destruição óssea regional. Sinais de infiltração do 9º ao 11º e principalmente do 12º nervo craniano, com denervação, hipotrofia da musculatura da hemilíngua ipsilateral, obstrução do seio sigmoide e do golfo jugular. **Discussão:** Paragangliomas são tumores raros, vasculares, de crescimento lento, sendo a maioria benignos. O jugulotimpânico com acometimento do nervo hipoglossos apresenta, além da incidência reduzida, difícil tratamento cirúrgico. Os déficits de nervos cranianos devem-se às limitações anatômicas do forame jugular, levando à compressão local e disfunção subsequente. A presença de síndrome do forame jugular é altamente sugestiva deste tumor. Menos comumente, os paragangliomas produzem paralisia do nervo facial, hipoglossos ou síndrome de Horner.

Código do trabalho: 347

MENINGIOMA DA BAINHA DURAL DO NERVO ÓPTICO COM ESTUDO PERFUSIONAL ATRAVÉS DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.

Tami Mori Vieira; Tainah Mori Caetano; Leonardo Vandesteen Pereira; Bruna Emmanuelle Linhares Fonseca; Livia Guidoni; Dimitri Mori Vieira; Gabriel Tonani Bolis.

Centro de Diagnóstico por Imagem – Vitória, ES, Brasil.

Introdução: Meningiomas da bainha dural do nervo óptico surgem de células meningoteliais das vilosidades aracnoides ao redor da porção intraorbitária ou na porção intracanalicular do nervo óptico. A tríade clássica é a perda visual, atrofia óptica e *shunt* dos vasos opticociliares. Meningiomas primários da bainha dural do nervo óptico são raros e no presente relato de caso é demonstrada a importância do aspecto morfológico e funcional por meio de estudo perfusional para o seu diagnóstico. **Descrição:** Paciente feminina, 46 anos, com quadro clínico inicial de dor e edema periorbitário à esquerda. Realizada ressonância magnética (RM) das órbitas, que evidenciou lesão expansiva sólida com intenso realce pelo contraste intravenoso, localizada no ápice orbitário esquerdo, com infiltração edematosa da gordura intraconal ipsilateral, sugerindo lesão de natureza inflamatória. Envolvimento circunferencial do nervo óptico esquerdo na sua porção intraorbitária posterior. Evoluiu com perda visual gradual à esquerda. Prosseguiu-se com nova RM, com estudo perfusional demonstrando que a referida lesão apresentava acentuada hiperperusão com volume sanguíneo cerebral relativo (VScR) igual a 10, sugerindo meningioma, uma vez que as lesões inflamatórias e infecciosas não apresentam hiperperusão. **Discussão:** A RM com estudo perfusional é importante no diagnóstico diferencial dos processos expansivos, principalmente no que diz respeito às lesões neoplásicas, inflamatórias ou infecciosas. A perfusão pode ser fundamental na diferenciação das lesões na região orbitária, já que o VScR habitualmente não se encontra elevado nas lesões inflamatórias, infecciosas e linfoproliferativas. Entretanto, no meningioma, assim como nos tumores metastáticos, o VScR encontra-se elevado. A diferenciação dessas duas lesões é possível pelo aspecto morfológico clássico do meningioma, que costuma envolver o nervo óptico, sem compressão ou deslocamento significativo do mesmo.

Código do trabalho: 388

RADIOIODOTERAPIA ABLATIVA COM I-131 NO CÂNCER BEM DIFERENCIADO DE TIREOIDE: PERFIL DOS PACIENTES EM BRASÍLIA NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2012.

Renato Ramos Barra; Bruna Larissa Navarrete; Luciano Carvalho Agrizzi; Karina Mosci; Luciano Monteiro Prado.

IMEB - Imagens Médicas de Brasília – Brasília, DF, Brasil.

Introdução: A terapia com radioiodo tem sido utilizada com sucesso por mais de 50 anos no tratamento do carcinoma diferenciado da tireoide (CDT). O tratamento ideal de pacientes de alto risco com CDT consiste de tireoidectomia total seguida pela radioiodoterapia (RI) com iodo-131. A RI também é usualmente utilizada para tratar metástases do CDT. A atividade prescrita de I-131 pode ser determinada utilizando duas abordagens: a) empírica; b) dosimetria baseada na captação do I-131 e na quantidade do tecido remanescente. **Método:** Foi realizado estudo retrospectivo, transversal, sendo analisado um grupo de 58 pacientes que foram submetidos a ablação tireoidiana/terapia com I-131, após tireoidectomia total devido a CDT, no primeiro trimestre de 2012 em Brasília, DF. **Resultados:** Observou-se que 72,41% dos pacientes eram do gênero feminino. A média de idade foi

44,78 anos (variação entre 24 e 77 anos). As doses utilizadas para a ablação, padronizadas e baseadas no consenso brasileiro: 100 mCi (36,20%); 120 mCi (1,72%); 150 mCi (56,89%); 200 mCi (5,17%). Dos tipos histológicos prevalentes na população em questão: papilar padrão usual (37,93%); papilar variante folicular (24,14%); papilar com invasão capsular (1,72%); papilar com linfonodos comprometidos (1,72%); papilar com invasão capsular e linfática (5,17%); papilar variante folicular e linfonodos comprometidos (3,44%); papilar variante folicular com invasão capsular (3,44%); papilar com extensão extratireoidiana (1,72%); pacientes que necessitaram de novo tratamento (3,44%). **Conclusão:** Os conhecimentos detalhados sobre o perfil dos pacientes com CDT e dos diferentes tipos histológicos são de fundamental importância para que novos estudos sejam embasados e direcionados na análise da dose/resposta que cause menor efeito adverso ao paciente e aos indivíduos diretamente expostos, procurando de modo mais resolutivo a melhor conduta.

Código do trabalho: 401

DOENÇA DE LESCH-NYHAN.

Claudio Campi de Castro; Zelia Maria de Sousa Campos; Renato Davino Chiovatto; Sérgio Henrique Florido de Souza; Pedro Rodrigues Busse; Erich Frank Vater Santos; Dunya Mounir Imad; Sandro Mandauloufas.

Faculdade de Medicina do ABC - Hospital Estadual Mario Covas – Santo André, SP, Brasil.

Introdução: A doença de Lesch-Nyhan é um raro distúrbio genético, ocorrendo em cerca de 1:380.000 nascimentos e que consiste em três aspectos clínicos principais: hiperprodução de ácido úrico, distúrbios neurológicos e desordens comportamentais. A hiperprodução de ácido úrico leva a hiperuricemia, e se não tratada, pode acarretar nefrolitase e insuficiência renal subsequente, artrite gotosa e tofos. Os distúrbios neurológicos consistem basicamente em distonias, mas podem ocorrer balismos e sinais piramidais. As desordens comportamentais incluem alterações cognitivas e automutilação. **Descrição:** Paciente masculino, oito anos, com quadros de pioartrite de repetição no joelho esquerdo, associados a osteomielite, documentados em radiografia de joelho apresentando imagem de calcificação periarticular, síndrome hipoestensiva, desvio comportamental, automutilação, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e alterações em face evidenciadas em ressonância magnética (RM). **Discussão:** A doença de Lesch-Nyhan é uma alteração genética rara ligada ao X, sendo encontrada quase que exclusivamente em indivíduos do sexo masculino (existem apenas dois casos documentados em indivíduos do sexo feminino). Não há consenso se existem alterações anatômicas encefálicas em exames de imagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética), contudo, estudos recentes apontam alterações inespecíficas, como atrofia cortical moderada e diminuição do núcleo caudado e do encéfalo como um todo.

Código do trabalho: 416

ENSAIO ICONOGRÁFICO: ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA NÃO NEONATAL.

Hebert Ferro Monteiro; Pedro Paulo Teixeira e Silva Torres; Kim Ir Sen Santos Teixeira.

HC/UFMG – Goiânia, GO, Brasil.

Introdução: A encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) é uma condição clínica dramática que geralmente resulta em morte e/ou danos neurológicos irreversíveis. Ocorre devido à redução do fluxo cerebral

(isquemia) ou da oxigenação sanguínea (hipoxemia). Nos adultos, geralmente está relacionada com parada cardiorrespiratória, hipertensão ou hipotensão grave e trauma. Os exames de imagem são importantes tanto no diagnóstico e tratamento quanto na avaliação prognóstica dos pacientes. **Descrição:** Foram selecionadas imagens de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM) de pacientes adultos com EHI do arquivo de um hospital universitário de referência e arquivo pessoal dos autores. As lesões encefálicas na EHI tendem a ser bilaterais e simétricas, envolvendo predominantemente a substância cinzenta cortical e profunda, acometendo mais gravemente o córtex occipitoparietal e o núcleo caudado e putâmen. Nas fases aguda e subaguda, a TC pode ser normal ou apresentar alterações sutis. Os principais achados de TC na fase aguda são: 1) edema encefálico difuso com apagamento dos espaços liquorícos; 2) perda da diferenciação substância branca-substância cinzenta; 3) redução da densidade dos gânglios da base e da substância cinzenta simétrica e bilateralmente. Na fase subaguda, podem ser observados hipodensidade da substância branca e realce pelo meio de contraste do córtex e gânglios da base, devido à quebra da barreira hematoencefálica. Há três sinais tomográficos de prognóstico ruim que sugerem danos neurológicos graves e/ou irreversíveis: 1) sinal reverso; 2) sinal do cerebelo branco; 3) sinal da pseudo-hemorragia subaracnoide. A RM é mais sensível que a TC na avaliação dos danos cerebrais. Na fase aguda há hipersinal do córtex e dos gânglios da base, devido ao edema citotóxico nas imagens ponderadas em difusão. Na fase subaguda, ocorre hipersinal dessas estruturas nas imagens ponderadas em T2, realce pelo meio de contraste, necrose cortical laminar e leucoencefalopatia pós-anóxica. Na fase crônica, predominam as alterações atróficas.

Código do trabalho: 427

ANEURISMA SACULAR CEREBRAL DA ARTÉRIA HIPOGLOSSAL PRIMITIVA PERSISTENTE TRATADO POR VIA ENDOVASCULAR: RELATO DE CASO.

Laecio Leitão Batista; Carlos Albuquerque Maranhão; Walter Von Söhssten; Gregório Guarnieri Panazzolo.

Hospital das Clínicas da UFPE – Recife, PE, Brasil.

Introdução: A persistência de anastomoses arteriais embriológicas carotidobasilares são extremamente raras. A artéria hipoglossal primitiva persistente (AHPP) é a segunda mais comum persistente anastomose carotidobasilar e seu reconhecimento é fundamental, uma vez que, frequentemente, esta é o único aporte sanguíneo para a fossa posterior do encéfalo. **Relato de caso:** Mulher hipertensa, de 42 anos, apresentou hemorragia subaracnoidea devido à presença de aneurisma sacular roto da junção vertebrobasilar, enchendo-se e opacificando-se através de uma anômala artéria hipoglossal primitiva persistente à esquerda. O aneurisma media 5 mm de diâmetro em seu maior eixo e foi embolizado por via femoral, utilizando-se espirais destacáveis de platina. O procedimento transcorreu sem intercorrências. Um controle angiográfico aos três meses confirmou a completa oclusão da lesão. **Discussão:** A persistência da artéria hipoglossal primitiva é rara, com uma frequência de 0,027% a 0,26% de todas as angiografias cerebrais. Segundo Yamamoto et al. (1991), 26% dos casos descritos de AHPP estavam associados a aneurismas saculares. Desses, 26% estavam localizados na própria artéria hipoglossal primitiva, sendo 50% na circulação posterior. Os critérios radiológicos da AHPP são: sua origem na parte cervical da artéria carótida interna, acima do nível de C3; sua penetração na fossa posterior através do canal hipoglossal; opacificação da artéria basilar a partir do ponto no qual a artéria hipoglossal penetra a fossa posterior; e

uma artéria comunicante posterior homolateral, ausente ou hipoplásica. O diagnóstico da AHPP pode ser realizado por angiogramografia, angiressonância ou por angiografia digital com subtração. A angiogramografia tem a capacidade de demonstrar o vaso entrando no canal do hipoglossal, que se encontra alargado. A ressonância magnética tem a capacidade de demonstrar uma artéria hipoglossal primitiva persistente sem fazer uso de contraste venoso.

Código do trabalho: 428

SÍNDROME DE APERT: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA.

Diogo Figueiredo Guedes D'Amorim; Rafaela Henrique de Souza Lima; Jamile Alves de Souza; Thais Jungmann Ribeiro; Ricardo Tavares Daher; Mariana Antunes de Castro; Fernanda Naves Fernandes; Antonio Humberto Mano de Carvalho; Antonio Cordeiro da Silva Filho.

CRER – Goiânia, GO, Brasil.

A síndrome de Apert é uma doença genética de herança autossômica dominante, que tem como principais características: a acrocefalia, devido a sinostose da sutura coronária, e o sindactilismo, que na maioria das vezes é simétrico, envolvendo as quatro extremidades. Nesse trabalho iremos relatar o caso de uma paciente portadora da síndrome e fazer uma revisão da literatura sobre o tema abordando epidemiologia, fisiopatologia, morbidade, aspectos nos exames de imagem e tratamento da doença. Paciente E.A.P., 18 anos, sexo feminino, primeira filha de uma prole de três, sendo os outros dois saudáveis, foi encaminhada à nossa instituição para tratamento de deformidades da face e membros superiores. Ao exame físico foram observadas características de acrocefalossindactilia. Face ligeiramente achatada e assimétrica, hipertelorismo e proptose ocular. Ângulo nasolabial diminuído exibindo ausência de selamento labial e respiração bucal. Observava-se fusão dos dedos das mãos e dos pés. As radiografias mostraram a hipoplasia do terço médio e pseudoprogatismo mandibular, demonstrando a discrepância óssea e aumento do diâmetro longitudinal em relação ao laterolateral. Na radiografia das mãos e pés pôde-se observar a sindactilia, patognomônico da síndrome de Apert. A paciente já se submeteu a 12 cirurgias no crânio, palato e mãos, visando reduzir a pressão intracraniana, melhorar a atividade respiratória e permitir que a mesma pudesse realizar algumas atividades básicas diárias sozinha, como apreensão de objetos e alimentos, bem como sua higiene de uma forma geral. É necessário classificar cada caso em particular, dentro do universo heterogêneo dessas displasias, para que possamos alertar o clínico ou o cirurgião quanto ao prognóstico e as possíveis correções cirúrgicas, inclusive estéticas, visando o esclarecimento e uma melhor aceitação pelo paciente.

Código do trabalho: 429

SÍNDROME DO COTO (STUMP) DA ARTÉRIA VERTEBRAL: RELATO DE CASO.

Laecio Leitão Batista; Carlos Albuquerque Maranhão; Walter Von Söhssten; Gregório Guarnieri Panazzolo.

Hospital das Clínicas da UFPE – Recife, PE, Brasil.

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) é o principal distúrbio neurológico em todo o mundo, sendo a terceira causa de óbitos no mundo. Raramente, o AVC pode potencialmente ocorrer a partir do coto de uma artéria vertebral ocluída, por embolia. **Relato de caso:** Mulher de 42 anos deu entrada hospitalar com isquemia dolorosa do segundo quirodáctilo da mão direita. Queixava-se de um AVC cerebral há uma semana. Estudo angiográfico confirmou oclusão da verte-

bral direita, restando um longo coto desta artéria, além de embolia periférica para o segundo quirodátilo direito. Firmou-se o diagnóstico de SCAV, sendo instituído o tratamento medicamentoso com antiagregação e anticoagulação, seguido da oclusão definitiva do coto da artéria vertebral com espiral destacável tipo Gianturco. Houve melhora clínica e angiográfica da isquemia, sem recorrência. **Discussão:** o AVC isquêmico da circulação posterior é menos frequente que da circulação anterior (1:3). Suas causas mais frequentes são as doenças acometendo a artéria vertebral, como a aterosclerose, a dissecção (espontânea ou traumática) ou a vasculite (Takayasu). Causas cardíacas podem ocorrer (valvulopatias, arritmias, trombo ventricular, persistência de comunicação septal), e muito raramente, sua causa pode ser atribuída à síndrome do coto da vertebral. Nesta síndrome, o coto da artéria vertebral ocluída funciona como fonte de êmbolos para territórios arteriais distais (artérias subclávia, axilar, braquial e seus ramos), inclusive, podendo causar AVCI. Na literatura pesquisada (SciELO, Bireme, PubMed, Embase, etc.) encontramos apenas duas publicações sobre a síndrome do coto da artéria vertebral, ambos se referindo a embolia cerebelar, sem relato de embolia periférica, como em nosso relato. Optamos pelo tratamento endovascular do coto arterial por meio de oclusão espiral, com sucesso.

Código do trabalho: 431

SELA TURCA VAZIA COM DOENÇA DE CUSHING: COMO É POSSÍVEL? RELATO DE CASO.

Hebert Ferro Monteiro; Pedro Paulo Teixeira e Silva Torres; Kim Ir Sen Santos Teixeira.

HC/UFG – Goiânia, GO, Brasil.

Introdução: A sela turca vazia não exclui presença de tumores hipofisários. Torna a localização do foco secretor de ACTH um desafio. Apesar da incidência de aproximadamente 20% na população, sua associação com a doença de Cushing é rara, com menos de 25 casos descritos na literatura. **Descrição:** Paciente de 50 anos de idade, sexo feminino, com ganho ponderal de 50 kg em 10 anos. Apresentava hipertensão, diabetes mellitus, hipotireoidismo e dislipidemia. Os exames clínicos e laboratoriais levaram ao diagnóstico de síndrome de Cushing ACTH-dependente. As tomografias computadorizadas (TC) de tórax e abdome foram normais. A ressonância magnética (RM) da sela turca com contraste mostrou-a totalmente vazia e alargada, com a haste hipofisária centralizada. A cateterização do seio petroso inferior bilateralmente confirmou a hipótese de doença de Cushing. Foi realizada cirurgia transesfenoidal para remoção do tumor. Os exames histopatológico e imuno-histoquímico foram compatíveis com microadenoma hipofisário produtor de ACTH (doença de Cushing). **Discussão:** Sela turca vazia refere-se à aparência alargada da sela turca devido ao seu preenchimento total ou parcial pelo liquor cefalorraquiano, com deslocamento posteroinferior da hipófise. Sua forma primária ocorre devido ao diafragma selar incompleto e deve ser diferenciada de causas secundárias, como por cirurgia, radioterapia e síndrome de Sheehan. Geralmente é um achado incidental na RM ou TC, com o paciente assintomático. A haste hipofisária central praticamente exclui cisto ou tumor intrasselar e confirma sela turca vazia na forma primária. Quando o paciente apresenta a doença de Cushing ACTH-dependente e o tumor hipofisário não é visualizado pela TC ou RM, a cateterização do seio petroso inferior bilateralmente para dosagem de ACTH central é considerado o método mais eficaz para confirmar a doença de Cushing. Trabalhos mostram sensibilidade de 88–100% e especificidade de 67–100%. O tratamento de escolha para doença de Cushing é a remoção cirúrgica do tumor, sendo fundamental sua adequada localização.

Código do trabalho: 433

INFARTO TALÂMICO BILATERAL AGUDO POR OCLUSÃO DA ARTÉRIA DE PERCHERÓN: RELATO DE CASO.

Sergio Elias Nassar De Marchi; Carolina Sasaki Vergílio; Samuel Brighent Bergamaschi; Carlos Felipe do Rego Barros Milito; Tatiane Cantarelli Rodrigues; Bruno Henrique Magalhães Pizolotto; Rodolfo Heitor Gomes Fernandes da Silva.

HSPE-IAMSPE – São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: A artéria de Percherón (AP) é uma variante arterial rara na qual um tronco arterial único dominante, oriundo de um dos segmentos proximais da artéria cerebral posterior, irriga o tálamo paramediano e a região rostral do mesencéfalo bilateralmente. A sua origem, geralmente, localiza-se no segmento P1 da artéria cerebral posterior, próxima ao topo da artéria basilar. O infarto por oclusão da AP apresenta-se como um acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico talâmico inferomedial, bilateral e simétrico, típico. **Descrição sucinta:** O caso relatado é de um paciente masculino, idoso, que foi encontrado pela família inconsciente na garagem de casa. Ao exame físico na admissão apresentava-se com confusão mental, disartria e hemi-hipoestesia profunda à esquerda. As hipóteses diagnósticas iniciais do corpo clínico assistente do pronto-socorro foram AVE e intoxicação por monóxido de carbono. Os achados tomográficos e de ressonância magnética revelaram lesões isquêmicas talâmicas inferomediais bilaterais e simétricas. **Discussão resumida:** Os achados de imagem são típicos de infarto por oclusão da AP, excluindo a possibilidade de intoxicação por monóxido de carbono, visto que não havia acometimento de globo pálido. Os médicos assistentes optaram por solicitar uma angiorressonância venosa para excluir a hipótese de trombose venosa, que por sua vez não apresentou alterações. Posteriormente, foi realizada uma angiorressonância arterial, que não demonstrou demais anormalidades além do redirecionamento de fluxo cerebral (explicado no trabalho), visto que a trombose da AP pode não ser identificada por angiorressonância ou mesmo por angiografia, pois é um pequeno vaso que está preenchido por trombo. O paciente permaneceu sob anticoagulação, cursou com melhora progressiva e recebeu alta após um mês, com melhora no nível de consciência e permanecendo com o restante do exame físico inalterado.

Código do trabalho: 443

HEMANGIOBLASTOMA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESÕES CÍSTICAS EM FOSSA POSTERIOR.

Caroline Lopes Albuquerque; Bernardo Franco Amaral; Tiago Paes Gomide; André Fabiano Souza de Carvalho; Patricia Delage Gomes; Claudia Sousa Freitas Faleiro; Juliana da Costa Almeida.

Santa Casa de Belo Horizonte – Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introdução: Os hemangioblastomas são tumores benignos de histogênese incerta, classificados como grau I pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e correspondem a 1–2% dos tumores intracranianos. Habitualmente ocorrem no cerebelo, em adultos jovens. Em 10% a 40% dos casos acham-se associados à síndrome de von Hippel-Lindau. **Relato do caso:** Paciente do sexo masculino, admitido com queixa de cefaleia intensa. Realizou tomografia computadorizada do crânio, que evidenciou lesão cerebelar cística com componente sólido parietal, apresentando intenso realce após uso intravenoso de contraste iodado. Realizada biópsia, com anatomopatológico sugestivo de hemangioblastoma. **Discussão:** Os hemangioblastomas, também denominados hemangioblastomas capilares, são tumores benignos, classificados como grau I pela OMS, altamente vascularizados e com fre-

quência císticos. Correspondem de 1% a 2% dos tumores primários do sistema nervoso central. São mais comuns em crianças e adultos jovens, com pico de incidência entre 35 e 45 anos. Há predominância de pacientes masculinos, na relação de 2:1. A fossa posterior é a região mais acometida, seguida da medula espinal e ocasionalmente de lesões supratentoriais. Na fossa posterior os tumores localizam-se no verme e hemisférios cerebelares, bem como no quarto ventrículo. Por se apresentarem como massa de crescimento lento na fossa posterior, estes tumores manifestam-se clinicamente pela obstrução do fluxo do líquor e consequente hipertensão intracraniana. Os sinais e sintomas mais frequentes são cefaleia, vômito, tontura, ataxia e distúrbios da marcha. A angiografia, revelando lesão altamente vascularizada em fossa posterior, bem como a ressonância magnética e tomografia axial computadorizada, demonstrando nódulo impregnado por contraste nesta mesma região, são os métodos de neuroimagem de escolha para o diagnóstico de hemangioblastomas. Os hemangioblastomas, apesar de benignos, apresentam taxa de recidiva acima de 25%. Pacientes jovens, com menos de 30 anos no momento do diagnóstico, síndrome de von Hippel-Lindau e tumores multicêntricos associam-se a maiores índices de recidiva.

Código do trabalho: 445

ESTIMATIVA DE EXPOSIÇÕES MÉDICAS EM PROCEDIMENTOS DE NEURORRADIOLOGIA.

Helen Jamil Khoury¹; Neuri Antonio Lunelli¹; Gustavo Vieira Andrade²; José Laércio Silva²; Cari Borrás¹.

¹ UFPE; ² IMIP – Recife, PE, Brasil.

Os procedimentos intervencionistas, que requerem a presença do médico junto ao paciente, podem resultar em altas doses de radiação na equipe médica, e dependendo do tipo e complexidade do procedimento, as doses recebidas podem ultrapassar os limites de doses ocupacionais. O objetivo deste trabalho é avaliar a dose recebida pela equipe médica na região dos olhos, tireoide e extremidades, bem como estimar a dose efetiva decorrente dos procedimentos intervencionistas em neurorradiologia. O trabalho foi realizado em um hospital de grande porte na cidade de Recife, durante 45 angiografias cerebrais (39 adultos e 6 pediátricos) e 26 embolizações cerebrais. Em todos os exames foram avaliadas as doses equivalentes recebidas na região dos olhos, mãos, pés, no tórax, abaixo do avental plumbífero, e na tireoide, sobre o protetor de chumbo. Também foram efetuadas medidas no segundo médico (auxiliar) em 12 procedimentos de embolização. Para a realização destas medidas foram utilizados dosímetros termoluminescentes TLD-100, que foram encapsulados aos pares em envólucro de plástico e colocados em cada ponto do corpo do médico. Os resultados mostraram que nas embolizações os valores máximos de dose equivalente, por procedimento, foram: 458 μ Sv no pé esquerdo, 592 μ Sv na mão esquerda e 340 μ Sv nos olhos. Valores similares foram obtidos com os procedimentos de angiografia. O valor da dose efetiva média por procedimento foi 3,4 μ Sv e 5,0 μ Sv para angiografias e embolizações, respectivamente. As altas doses nos médicos decorrem da ausência de acessórios de proteção no equipamento e do não uso de óculos plumbíferos. Dependendo do número de procedimentos, as doses recebidas pelos médicos podem exceder os limites de dose anual (150 mSv para o cristalino dos olhos e 500 mSv para extremidades) estabelecidos por normas nacionais e internacionais.