

e não tratados evoluem com lesões que restringem à difusão das moléculas de água. **Conclusão:** O conhecimento das principais doenças associadas com quadro neurológico agudo e os padrões de imagem fundamentais destas entidades permitem que o radiologista bem informado seja fundamental na investigação diagnóstica destes pacientes.

–270–

**FÍSTULA LIQUÓRICA ESPONTÂNEA ASSOCIADA A HIPOTENSÃO INTRACRANIANA: RELATO DE CASO.**

Camila Juliana de Souza Mendonça Siqueira; Valério A. Ferreira.

*Hospital das Forças Armadas – Brasília, DF, Brasil.*

E-mail: ca.mendonca@yahoo.com.br.

**Introdução:** Síndrome da hipotensão intracraniana (HI) é resultante da baixa pressão hidrostática do líquido cefalorraquidiano (LCR). Dentre as etiologias incluem-se iatrogênicas, traumatismo ou doença sistêmica. O mecanismo mais provável da HI espontânea é a redução da pressão do LCR por fístula oculta. A principal manifestação é a cefaleia ortostática. O diagnóstico é feito através do quadro clínico, medida da pressão do LCR, ressonância magnética (RM) e mielotomografia. O objetivo é apresentar os principais achados de imagem. **Caso clínico:** Paciente de 41 anos referiu torcicolo após flexão e extensão da cabeça que evoluiu para cefaleia intermitente, com melhora ao decúbito e vômitos em jato. Realizou tomografia computadorizada (TC) que evidenciou extensa trombose dos seios sagital superior, reto e transversal e herniação de amígdalas. Iniciou tratamento anticoagulante. A RM evidenciou extensa trombose de seios durais e sinais de hipotensão intracraniana. Em seguida, a mielo-RM identificou fístula liquórica ao nível de C2/C3 à direita. Melhora clínica após um mês de repouso e anticoagulação. **Discussão:** Inicialmente considerada rara, recentemente há evidências que sugerem que a HIE é considerada importante causa de cefaleias diárias persistentes. Sua incidência é de 5 casos em 100.000, a razão mulher:homem de 2:1 e pico de incidência aos 40 anos. Schaltenbrand descreveu três mecanismos: diminuição da produção, aumento da absorção e fístula oculta de LCR, esta a principal causa. O extravasamento do LCR ocorre de modo espontâneo devido ao rompimento de cisto perineural/divertículo aracnoide, mesmo após traumatismo mínimo, principalmente na junção cervicotorácica e coluna torácica, sendo raras na base do crânio. Os achados de RM podem ser compensatórios ou passivos e são reversíveis após a restauração do volume de LCR. Os achados compensatórios resultam da baixa pressão do LCR, que promove dilatação vascular secundária na dura-máter. Incluem ingurgitamento venoso com alargamento dos seios durais, aumento volumétrico da hipófise, espessamento e realce da dura-máter, transudato e hematomas subdurais. Os achados passivos resultam da hipovolemia do LCR, incluem ventrículos laterais achatados, obliteração dos sulcos, diminuição de cisternas, achatamento do quiasma óptico, compressão da fossa posterior e herniação transtentorial. A coleção subdural na coluna é causada pelo extravasamento e acúmulo de LCR. Alguns pesquisadores identificaram bainhas das raízes nervosas dilatadas (cistos de Tarlov) em pacientes com HIE, o que pode predispor a pequenas fissuras durais, a principal hipótese para o nosso caso. A localização direta da fístula pode ser feita por mielo-TC ou cisternografia. Opções de tratamento incluem medidas não invasivas, como repouso no leito, hidratação e corticosteroides. Em caso de insucesso, injeta-se sangue ou solução hipertônica no espaço epidural no local da fístula ou exploração cirúrgica direta com cola de fibrina para bloquear o extravasamento.

–280–

**CORRELAÇÃO ENTRE ACHADOS HISTOLÓGICOS DE ALTERAÇÕES PATOLÓGICAS ELEMENTARES E LESÕES NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CEREBRAL: UM ENSAIO ICONOGRÁFICO.**

Pedro Lombardi Béria; Angela Faistauer; Geraldo Machado Filho; Marcio Aloisio Bezerra Cavalcanti Rockenbach; Maria Gabriela Figueiró Longo; Fabíola Doff Sotta Souza; Francine Hehn; Leonardo Vedolin.

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

E-mail: pedro\_lberia@hotmail.com.

**Introdução:** A correta interpretação dos achados de imagem gerados por alterações patológicas elementares, como edema, calcificação, isquemia, angiogênese, é imprescindível à elaboração de um diagnóstico preciso em exames de ressonância magnética (RM) cerebral. Este estudo tem como propósito ilustrar de forma didática a correspondência dos achados de imagem adquiridos por RM do encéfalo ao determinado diagnóstico histológico. **Descrição do material:** Foi realizada revisão de casos de alterações elementares de imagem na RM para posterior correlação com os respectivos diagnósticos anatomo-patológicos de pacientes admitidos em um hospital universitário do sul do Brasil. Os padrões básicos correlacionados foram: alta celularidade, angiogênese, calcificação, cistos, edema, invasão meníngea, invasão cortical, mitose, resposta glial e isquemia. **Discussão:** A identificação de alterações patológicas básicas é frequente na prática radiológica e o reconhecimento dos seus respectivos padrões de imagem é fundamental para o diagnóstico preciso das doenças. O radiologista deve conhecer estes padrões para fornecer dados relevantes para o diagnóstico, prognóstico e decisão terapêutica.

–284–

**NEUROFIBROMATOSE TIPO 1: “SCALLOPING” VERTEBRAL POSTERIOR.**

Liseane Vieira Lisboa; Joana Eggler Dembogurski; Larissa Martins Schmitz; Rodrigo Bordin Trindade; Luciana Lacerda Burigo Trindade; Lívia Maria M.V. Martins; Mariana de Oliveira Silvestre; Guilherme Noqueira Schincariol Vicente.

*Lamina Medicina Diagnóstica – Florianópolis, SC, Brasil.*

E-mail: liseanelisboa@hotmail.com.

O *scalloping* vertebral posterior é o aumento da concavidade do bordo posterior dos corpos vertebrais visualizado na radiografia da coluna na incidência em perfil. Essa concavidade ocorre devido aumento da pressão no canal medular em um osso preservado ou uma pressão normal em um osso fraco. Entre as causas do *scalloping* vertebral posterior podemos citar as massas em expansão no canal medular, hidrocefalia comunicante, acondroplasia, desordens esqueléticas congênitas, como a síndrome de Morquio ou a síndrome de Hurler, e as causas de ectasia dural, como a síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos, espondilite anquilosante e a neurofibromatose tipo 1. A neurofibromatose tipo 1, também conhecida como doença de von Recklinghausen, é uma facomatose que ocorre devido a um defeito genético no cromossomo 17q11.2. No presente caso a paciente, de 24 anos, foi encaminhada ao setor de radiologia do Hospital de Caridade pelo Posto de Saúde devido a dores na coluna lombar há 2 anos. Realizou radiografia da coluna lombar, que evidenciou aumento da concavidade posterior dos corpos vertebrais de L2 a L4 e alargamento dos forames neurais de L2-L3 e L3-L4. Foi feita complementação com tomografia computadorizada e ressonância magnética da coluna lombar, que evidenciaram a ectasia dural como causa do *scalloping* posterior dos corpos vertebrais e o alargamento dos forames neurais.