

P.4.1 – ESCLEROSE MÚLTIPLA FORMA PSEUDOTUMORAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Medeiros FC, Pereira CA, Souza RB, Oliveira LG, Rodrigues CEV, Christo PP, Neto AP

Santa Casa de Belo Horizonte – Clínica Neurológica e Neurocirúrgica

Introdução: O diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM) apresenta várias dificuldades, em particular quando não há disseminação temporal da doença. Nesse contexto, um desafio diagnóstico é a apresentação pseudotumoral que requer investigação por Ressonância Nuclear Magnética (RNM) e estudo histológico. **Caso clínico:** Paciente, sexo feminino, 55 anos, passado de neoplasia de ovário, relata em fevereiro de 2011, cansaço excessivo, discreta dor retroorbitária bilateral. Após 1 mês evoluiu com baixa acuidade visual à direita (D). Procurou oftalmologista com piora também da visão à esquerda (E). Ao exame, hemianopsia homônima D e perda da acuidade visual bilateral. Solicitada RNM de encéfalo e encaminhada ao neurologista. Ao exame, reflexos osteotendinosos profundos exacerbados, hemianopsia homônima D e baixa acuidade visual bilateral. RNM: lesão parenquimatosa com hipercaptação periférica de contraste e edema vasogênico da substância branca adjacente situada na região têmporo occipital E, com extensão para o esplênio do corpo caloso. Sob a possibilidade de metástase, neoplasia primária ou processo inflamatório/desmielinizante na sua forma pseudotumoral, foi realizada biópsia estereotáxica: doença desmielinizante em atividade. Investigado também fatores inflamatórios e reumatológicos: FAN I: 320. Sem outras alterações Líquor com proteínas de 46, sem bandas oligoclonais. CA 125: normal. Iniciado tratamento: pulsoterapia com metilprednisolona evidenciando melhora da acuidade visual. Em início de julho de 2011, realizada RNM de encéfalo que revela lesão praticamente inalterada. Paciente segue em acompanhamento sem novos déficits neurológicos, com permanência da hemianopsia e hiperreflexia. **Conclusão:** A EM, em sua forma pseudotumoral, apesar de rara, sempre deve ser lembrada entre os diagnósticos diferenciais pelos neurologistas, radiologistas e patologistas. Uma investigação ampla com RNM de encéfalo e biópsia estereotáxica é fundamental para definição diagnóstica e, desta maneira, início de tratamento adequado.

P.4.2 – SÍNDROME DE SUSAC: UM DIAGNÓSTICO POSSÍVEL

Pereira CA, Medeiros FC, Souza RB, Oliveira LG, Rodrigues CEV, Christo PP, Neto APG

Santa Casa de Belo Horizonte – Clínica Neurológica e Neurocirúrgica

Introdução: A síndrome de Susac é caracterizada pela presença de uma tríade, que pode ser completa ou incompleta, composta por encefalopatia, hipoacusia neurossensorial e alterações visuais. A fisiopatologia é controversa, bem como seu tratamento. Apesar de ser uma patologia não tão bem conhecida em nosso meio, pode ser diagnóstico diferencial de outras doenças neurológicas, como esclerose múltipla (EM) e vasculites do sistema nervoso central (SNC). **Caso clínico:** Paciente, sexo feminino, 63 anos, encaminhada ao nosso serviço com suspeita de EM. Há alguns anos apresentava alterações cognitivas e do comportamento, com alucinações visuais. Apresentava também hipoacusia bilateral com alguns episódios de vertigens prévias e alteração visual. Relatava evolução progressiva dos sintomas e queixava-se de episódios de parestesias em mãos. Ao exame neurológico apresentava bradpsiquismo, hipoacusia bilateral, redução da acuidade visual e reflexos osteotendinosos vivos. Ressonância nuclear magnética de encéfalo com hiperintensidade em T2 e FLAIR envolvendo a substância branca. Exame de líquido, provas inflamatórias e reumatológicas foram normais. Angiotomografia de crânio e vasos cervicais sem alterações. Avaliação audiométrica com alterações sugestivas de hipoacusia neurossensorial e avaliação oftalmológica sugerindo comprometimento do nervo óptico bilateral, ainda sem etiologia definida. Não foi realizado, até o momento, angiografia da retina com fluoresceína. Diante da história clínica da paciente e dos exames complementares realizados, acreditamos na possibilidade de se tratar de síndrome de Susac. **Conclusão:** A síndrome de Susac não é suficientemente conhecida em nosso meio. Entretanto, deve-se chamar atenção para o diagnóstico diferencial, que incluiu EM, vasculites e outras doenças vasculares que acometem o SNC. Através deste relato de caso enfatizamos a necessidade de suspeição e investigação diagnóstica para a identificação desta síndrome, que pode estar sendo subdiagnosticada em nosso meio.

P.4.3 – MIELITE TRANSVERSA SECUNDÁRIA A SÍNDROME DE SJÖGREN

Porto BM, Camilo AB, Tollendal AB, Bezerra DR, Cunha PM, Christo PP, Neto AP

Santa Casa de Belo Horizonte - Clínica Neurológica e Neurocirúrgica

Introdução: A Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença sistêmica auto-imune, insidiosa, caracterizada por múltiplas anormalidades, freqüentemente manifesta com xerofthalmia e xerostomia. Possui causa multifatorial, mesclando fatores genéticos e ambientais e prevalência de 3 a 4% na população adulta, notadamente no sexo feminino (9:1). **Caso clínico:** Paciente feminina, 54 anos, apresentando dor no pescoço, paraparesia e parestesias, evoluindo com paraplegia, nível sensitivo em T4, hiperreflexia e alterações da propriocepção em membros inferiores, retenção fecal e urinária, caracterizando quadro de mielite transversa (MT), além de monoparesia em membro superior esquerdo, paralisia facial central esquerda, xerofthalmia e xerostomia. Realizado extensa propedêutica. Ressonância cervico-torácica evidenciou edema da junção bulbo-cervical e hidrossiringomielia. Líquido cefalorraquidiano: hiperproteínoorraquia e hiper celularidade. Anti-RO positivo. Avaliação oftalmológica com *break up time* igual a 3 segundos. Biópsia de glândulas salivares com leve infiltrado inflamatório linfocítico formando acúmulos focais com mais de 50 linfócitos. Tais achados, a partir da exclusão dos demais diagnósticos diferenciais, foram atribuídos a SS. Feito pulsoterapia com Metilprednisolona e Ciclofosfamida. Ao término, mantido Prednisona 60mg/dia. Observado recuperação significativa dos sintomas motores e sensitivos, além da involução da xerofthalmia e xerostomia. **Conclusões:** A SS se apresenta em 25% dos casos com manifestações neurológicas, na maioria dos casos sob a forma de neuropatia periférica, podendo ocorrer também encefalopatia, esclerose múltipla "like", Síndrome de Brown-Sequard, dentre outras. A MT é uma manifestação rara, com freqüência estimada de 1% e patogenia pouco conhecida. Possíveis mecanismos incluem a injúria imunológica dos vasos espinhais ou da medula espinhal por linfócitos T ou anticorpos antineuronais. A resposta ao uso de corticóides em alguns casos sugere que a vasculite pode ser a causa da lesão. Pelo exposto, apesar de rara, destaca-se a importância de se recordar da SS no diagnóstico diferencial das causas de Mielite Transversa.