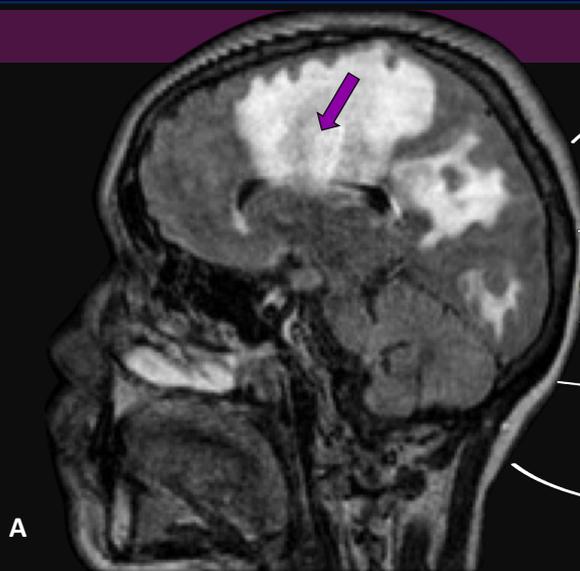


LINFOMA PRIMÁRIO



A



1-5% dos tumores do SNC



Idade média de início: 60 anos em imunocompetentes e 30 anos em imunossuprimidos



Evolução rápida



Quadro clínico: sinais focais, hemorragia intracerebral, convulsões e distúrbios comportamentais



Lesão única (60-70%), com predileção por regiões periventriculares e superficiais

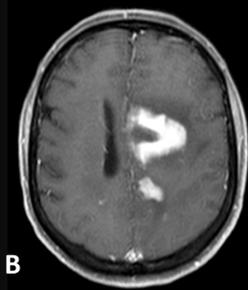
ACHADOS DE IMAGEM

TC:

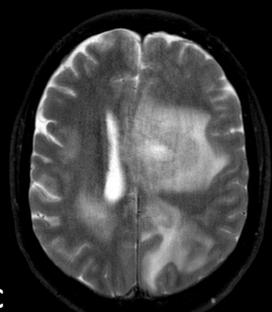
- Hiper/isodenso com realce homogêneo
- Se houver necrose: hipodenso com realce anelar
- Edema perilesional

RM:

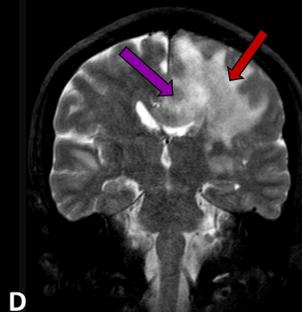
- Lesão com alta celularidade, com baixo sinal em T2, pouca ou nenhuma necrose
- Pode se estender ao hemisfério contralateral através do corpo caloso
- Pós-contraste: Impregnação homogênea ou anelar
- DWI: restrição à difusão e mapa ADC com sinal inferior ao parênquima normal



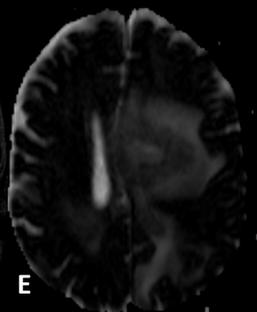
B



C



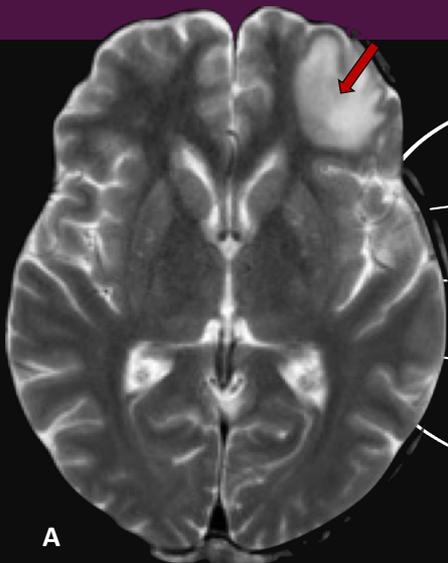
D



E

- Mulher, 55 anos, com disfasia transitória, paralisia do nervo facial e hemiparesia à direita.
- Imagens de RM sagital na sequência FLAIR (A), axial (C) e coronal (D) ponderadas em T2 mostram múltiplas lesões intra-axiais expansivas e infiltrativas hipointensas, distribuídas na substância branca encefálica de forma assimétrica, destacando-se o acometimento da coroa radiada (seta vermelha) e corpo caloso (setas roxas). Imagem axial T1 pós-contraste (B) mostra intensa impregnação homogênea que assume, em algumas lesões, padrão anelar incompleto. Nota-se restrição à livre movimentação às moléculas de água na difusão (E).
- Diagnóstico anatomopatológico: linfoma primário do SNC

LINFOMA SECUNDÁRIO



É mais prevalente que o primário
Geralmente não-Hodgkin



Sexta e sétima década de vida



Maior incidência de
remissão (2-27%)



Quadro clínico: paralisia do nervo craniano,
dor de cabeça, parestesias, fraqueza motora,
confusão e alterações no estado mental



Mimetizador de lesões cerebrais
transcranianas,ependimárias,meníngeas,
hipofisária

A

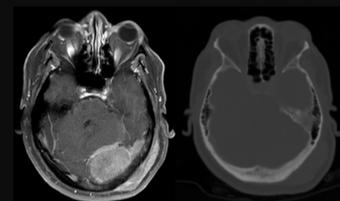
ACHADOS DE IMAGEM

TC:

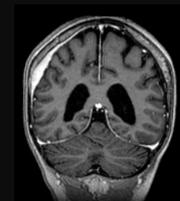
- Atenuação variável, realce da dura-máter, leptomeninges e regiões subependimárias
- Hidrocefalia comunicante

RM:

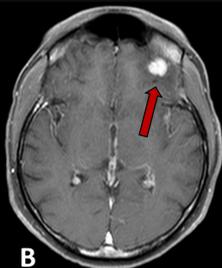
- T1 e T2: iso ou hipointenso
- Pode haver ausência de supressão de líquido no Flair e apresentar restrição



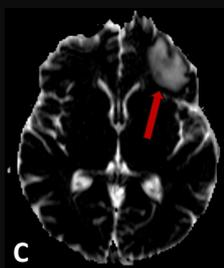
Acometimento ósseo



Acometimento meníngeo

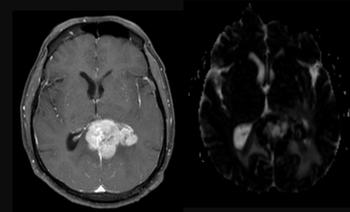


B

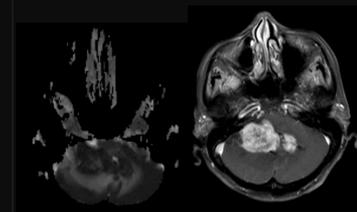


C

- Homem, 26 anos, com episódios de crises convulsivas.
- Imagem de RM axial ponderada em T2 (A) mostra lesão hipointensa, com realce intenso e heterogêneo pelo meio de contraste (B) na base do lobo frontal esquerdo (setas vermelhas). Nota-se restrição à livre movimentação às moléculas de água na difusão (C).
- Diagnóstico anatomopatológico: linfoma de grandes células B.



Acometimento da
glândula pineal

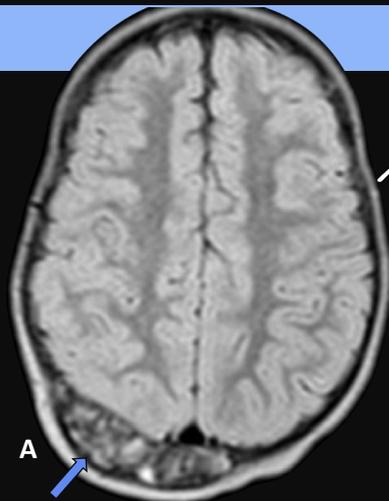


Acometimento cerebelar

TUMORES HISTIOCITÁRIOS

- Se originam da proliferação clonal de células apresentadoras de antígenos (células dendríticas) ou macrófagos do tecido conjuntivo (histiócitos)
- São divididos em dois subtipos: histiocitose de células de Langerhans (HCL) e histiocitose de células não-Langerhans (HCNL), entre eles doença de Erdheim-Chester, doença de Rosai-Dorfman e linfocitose hemofagocítica

HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS



A



SNC envolvido em 16% dos casos



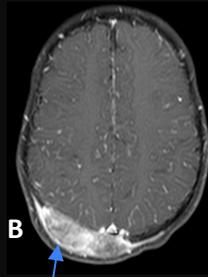
Predomínio em crianças



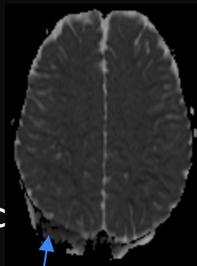
Lesão cutânea, dor óssea, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, febre



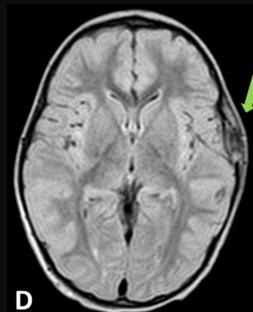
Lesões líticas ósseas com componente de tecidos moles, lesões meníngeas, padrão de leucodistrofia e atrofia cerebral.



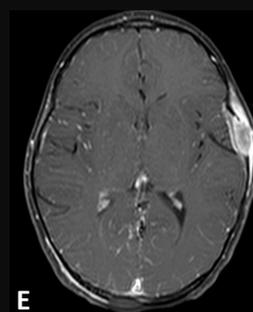
B



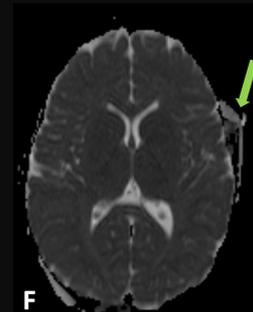
C



D



E



F

ACHADOS DE IMAGEM

RM: iso/hipointensas em T1 e hipointensas em T2, com realce ao contraste

- Sexo masculino, 9 anos, com queixa de abaulamento em região pré-auricular direita.
- Imagem da RM em corte axial FLAIR (A) mostra lesão expansiva sólida com epicentro na díploe do osso parietal à direita (setas azuis), determinando erosão de suas tábuas interna e externa, apresentando componente subgaleal que determina abaulamento local e componente intracraniano extra-axial que comprime discretamente o giro parietal superior direito. Apresenta intensa impregnação heterogênea pelo gadolínio (B) e restrição no mapa ADC (C). Imagens axial FLAIR (D), axial pós contraste (E) e mapa ADC (F) mostram lesão de características semelhantes no osso parietal esquerdo, adjacente à sutura temporoparietal (setas verdes).
- Diagnóstico anatomopatológico: histiocitose de células de Langerhans.

TUMORES HISTIOCITÁRIOS NÃO-LANGERHANS

DOENÇA DE ROSAI-DORFMAN



Envolvimento intracraniano em 40% dos casos



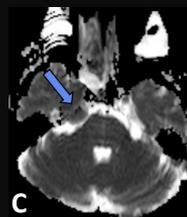
Predomina em homens entre a 2ª e 3ª década de vida



Linfadenomegalia indolor, febre, perda de peso, sudorese noturna



Paquimeningite hipertrófica; massas meníngeas focais; edema circundante



ACHADOS DE IMAGEM

RM:
T1: isointenso
T2: hipointenso
Realce ao contraste

- Homem, 64 anos, com dor de cabeça há 9 meses.
- A imagem axial ponderada em T2 da RM (A) revela uma lesão infiltrante sólida com sinal intermediário, localizada predominantemente na região petroclival direita (**setas azuis**), com realce no corte axial T1 pós contraste (B). Não há restrição à difusão no mapa ADC (C). Há também lesão de características semelhantes na cavidade paranasal (**seta verde**) no T2 (D).
- Diagnóstico anatomopatológico: doença de Rosai-Dorfman.

DOENÇA DE ERDHEIM-CHESTER

SNC envolvido menos de 30% dos casos



Predomina em homens na 6ª década de vida



Dor óssea, fraqueza, diabetes insipidus, envolvimento cardiovascular e pulmonar, e fibrose retroperitoneal



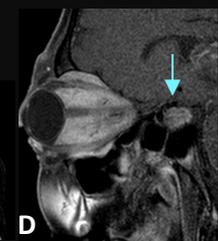
Lesões retro-orbitárias, hipotalâmicas e hipofisárias, edema do nervo óptico, lesões parenquimatosas, hemorragia cerebral.



A

ACHADOS DE IMAGEM

RM:
T2: hipointenso.
Lesões meníngeas com realce intenso



D

- Homem, 68 anos, com proptose bilateral e dor palpebral superior há 2 anos.
- Imagens axial (A) e sagital (D) ponderadas em T1 da RM revelam uma lesão hiperintensa na hipófise (**setas azuis**), e a imagem axial ponderada em T2 (C) exibe uma lesão hipointensa nos nervos ópticos (**setas amarelas**). A imagem coronal ponderada em T1 (B) mostra uma lesão infiltrante hiperintensa comprometendo as conchas nasais média e inferior direitas (**seta verde**).
- Diagnóstico anatomopatológico: doença de Erdheim-Chester.