

DOENÇA AMILOIDE CEREBRAL

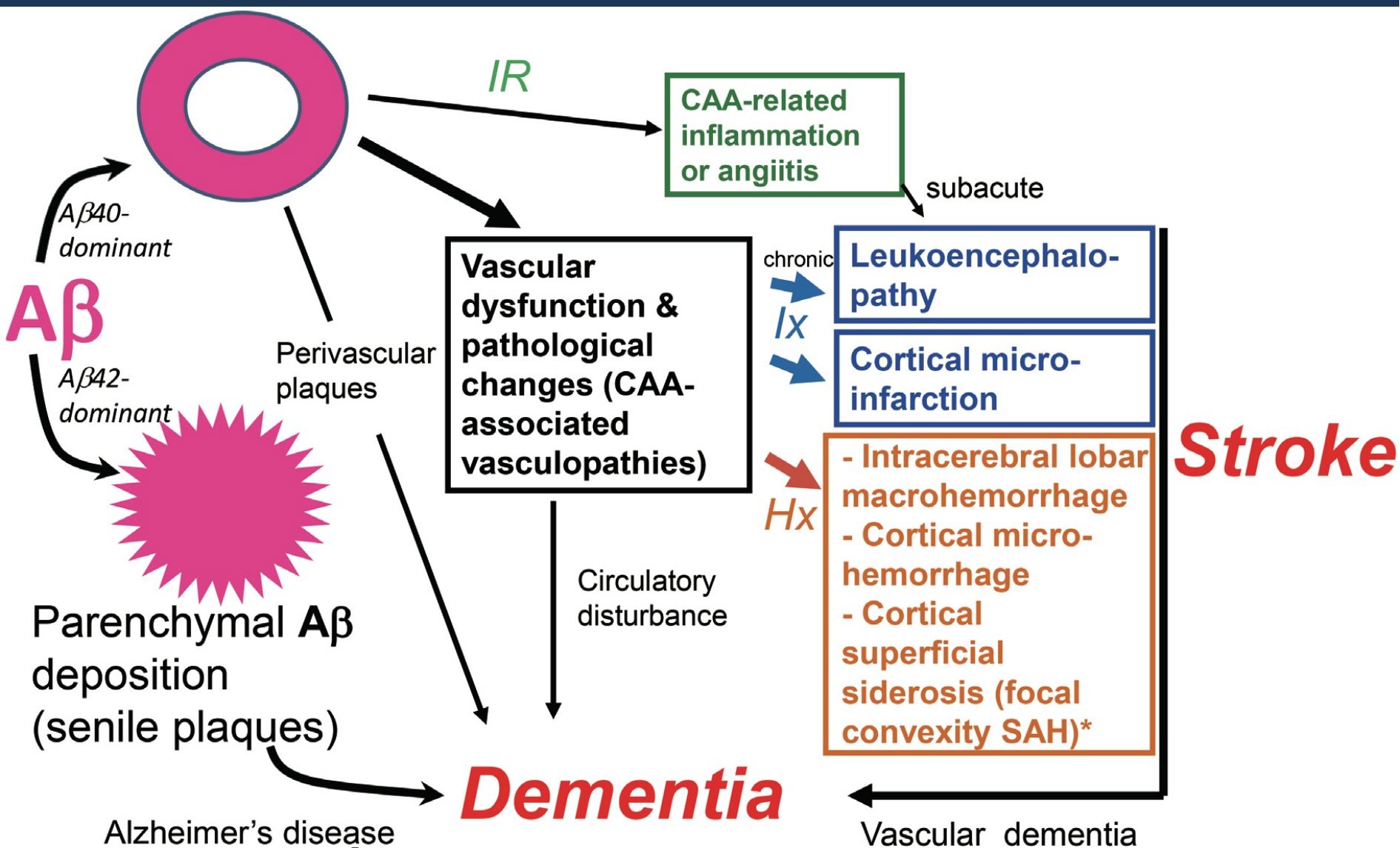
Causa de hemorragia cerebral espontânea em idosos e de demência em pacientes normotensos.

Representa 15-20% das hemorragias primárias em pacientes > 60 anos.

Associação frequente com Doença de Alzheimer.

Três apresentações possíveis:

- angiopatia amiloide cerebral (comum)
- lesão com efeito expansivo (incomum): amiloidoma
- forma inflamatória (rara): angiíte relacionada a beta-amiloide (ABRA) com envolvimento difuso da substância branca



CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS

Critérios de Boston modificados (2010): S 95%, E 81%

➤ AA definitiva

- avaliação post-mortem revela hemorragias (lobar, cortical ou corticossubcortical) e evidência patológica de deposição amiloide e ausência de outro diagnóstico

➤ AA provável com evidência patológica

- dados clínicos e anatomopatológicos (evacuação de hematoma ou biópsia cortical) demonstram hemorragia e deposição amiloide
- não precisa ser post-mortem

➤ AA provável

- não é necessária confirmação patológica
- paciente > 55 anos
- contexto clínico apropriado
- RM demonstra múltiplas hemorragias lobares, corticais ou corticossubcorticais de tamanho / idades variáveis, sem outra causa ou
- uma única hemorragia lobar, cortical ou corticossubcortical e siderose superficial focal (três ou menos sulcos) ou disseminada (> 3 sulcos), sem outra causa

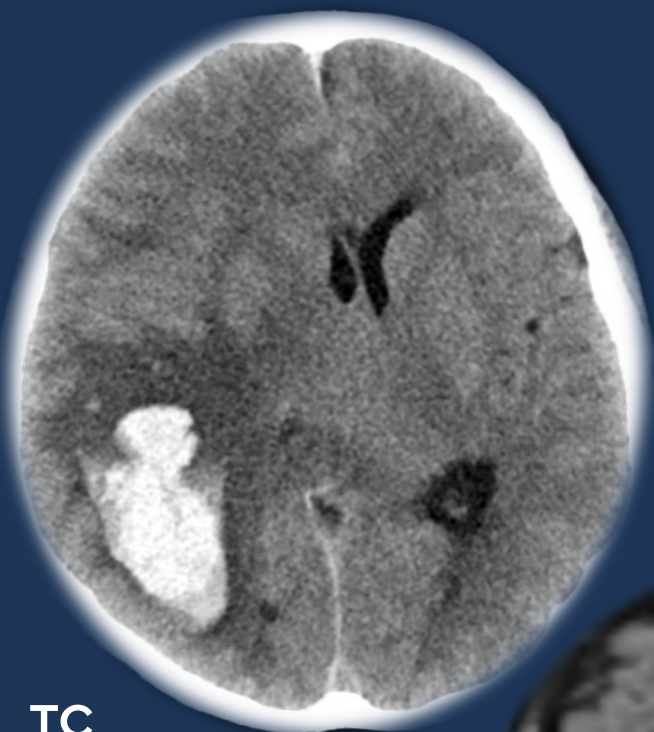
➤ AA possível

- paciente > 55 anos
- contexto clínico apropriado
- RM demonstra hemorragia única (lobar, cortical ou corticossubcortical), sem outra causa ou
- siderose superficial focal ou disseminada, sem outra causa.

DOENÇA AMILOIDE CEREBRAL

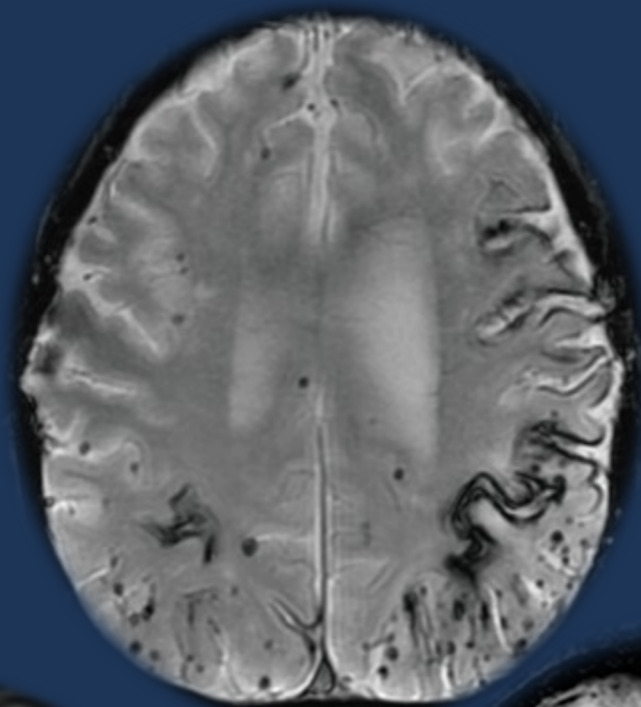
ANGIOPATIA AMILOIDE CEREBRAL

- Hemorragias lobares de idades diferentes
- Micro-hemorragias corticossubcorticais
- HSA / siderose superficial
- Microinfartos



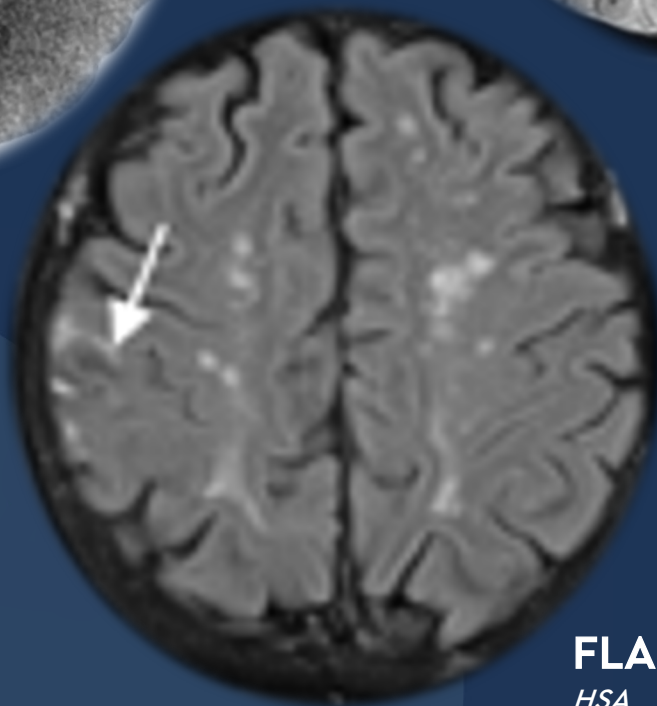
TC

Hematoma lobar



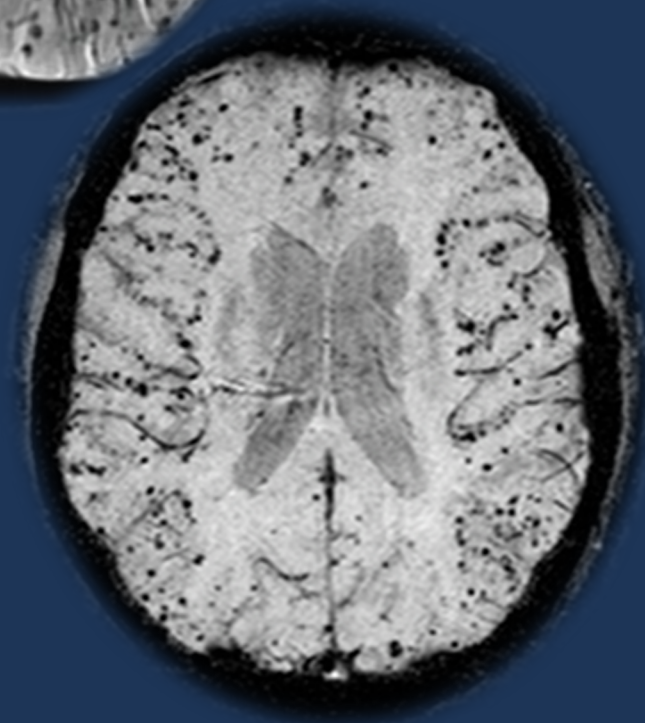
SWI

*Siderose superficial (esq.)
Micro-hemorragias
(abaixo)*



FLAIR

HSA



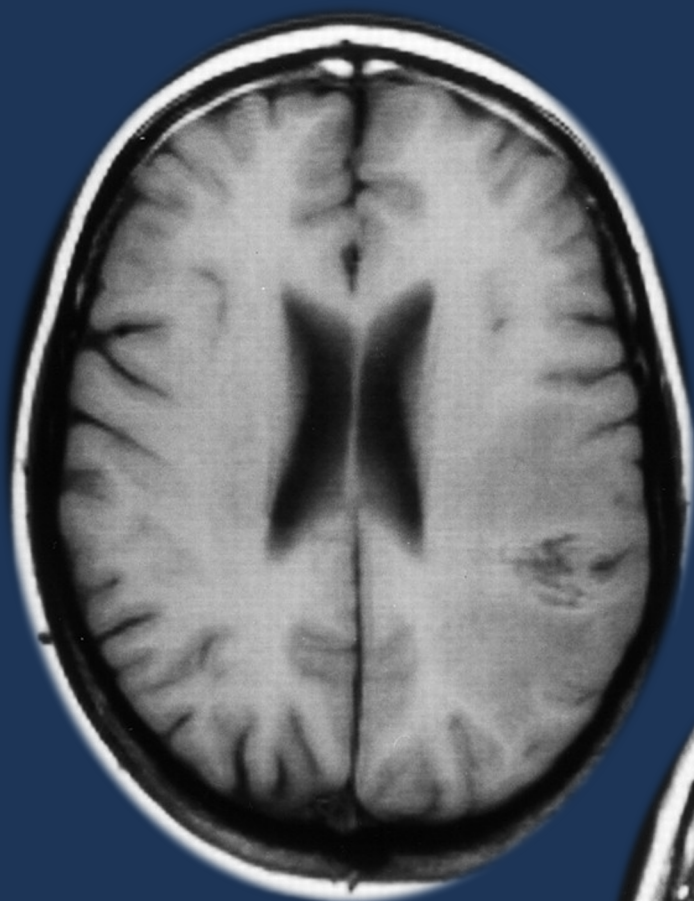
DOENÇA AMILOIDE CEREBRAL

AMILOIDOMA

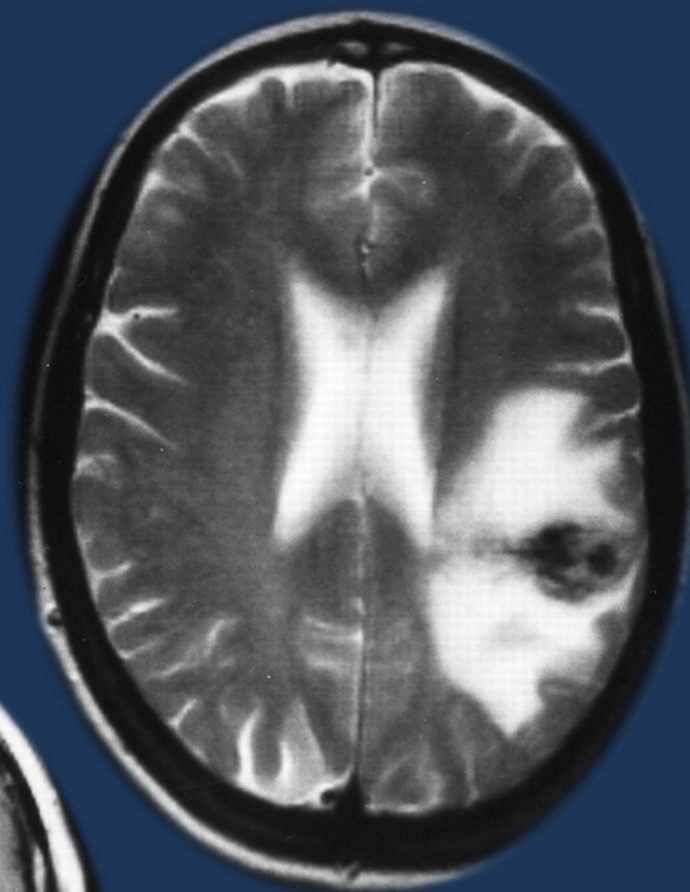
*Pouco efeito
expansivo*

*Pode ter realce
intenso, simulando
neoplasia*

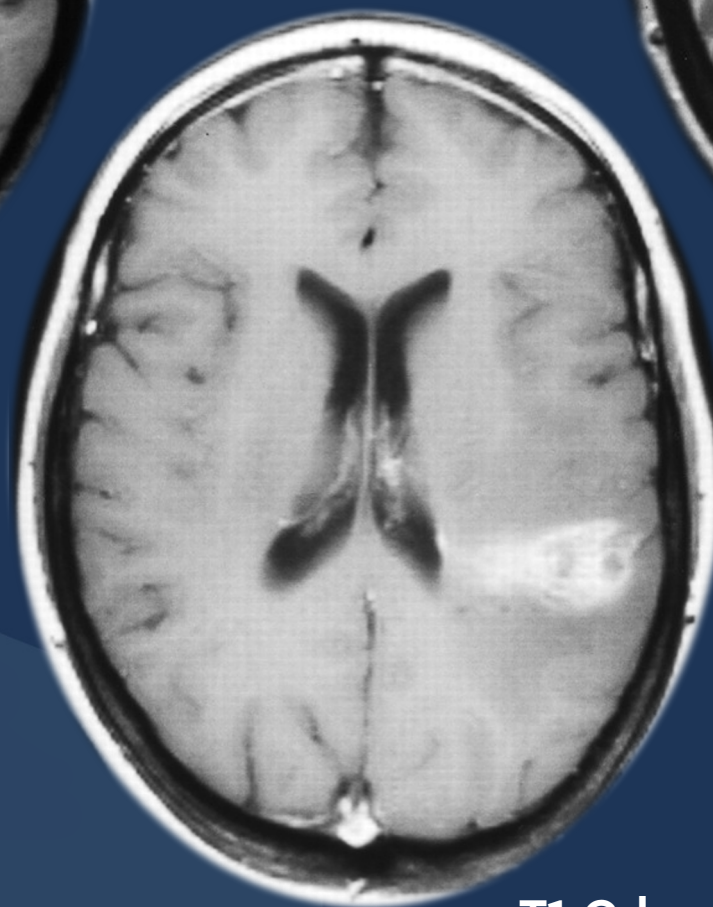
*Raramente:
padrão infiltrativo*



T1



T2

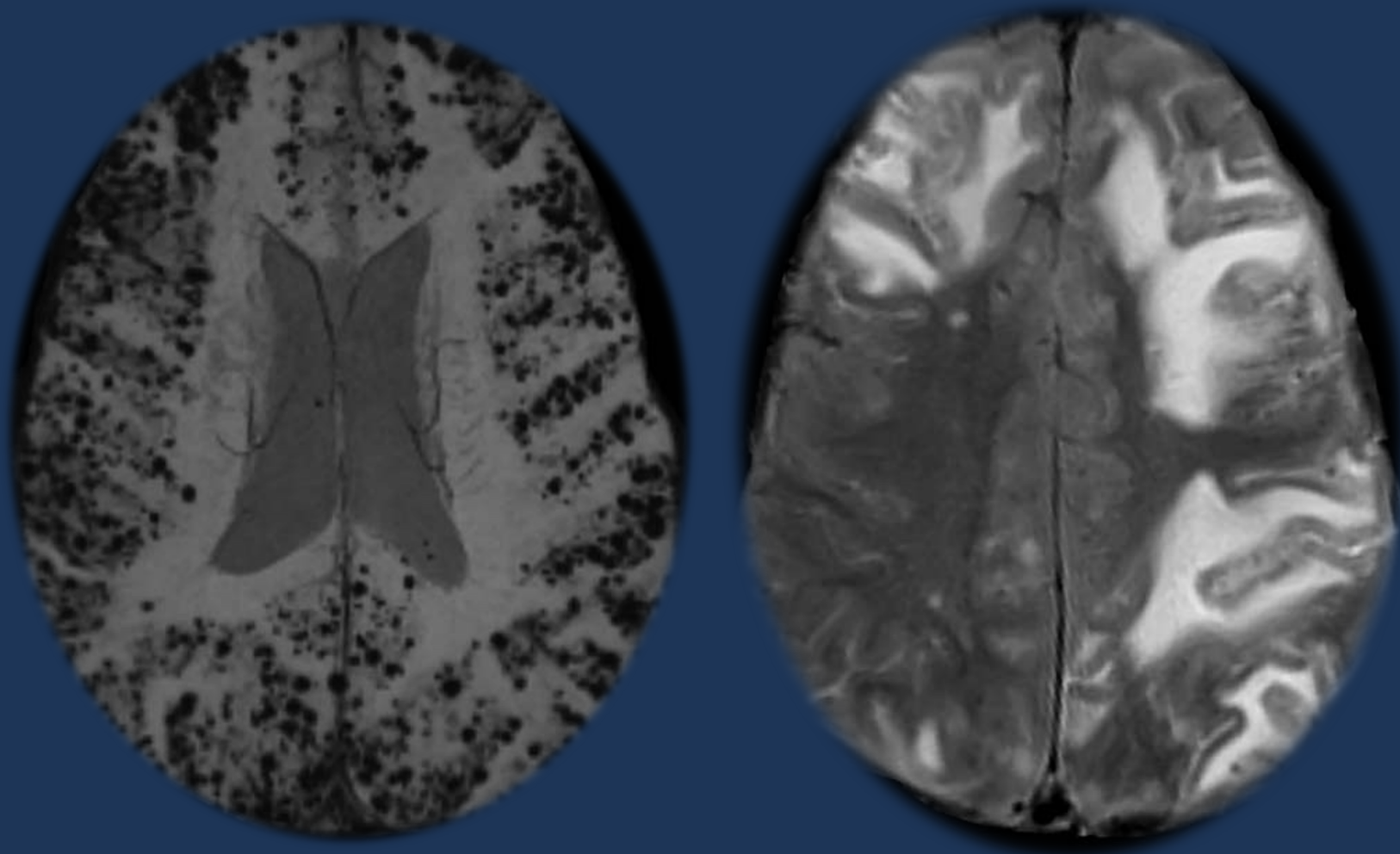


T1-Gd



A lesão apresentava aspecto
hiperdenso na TC sem contraste.

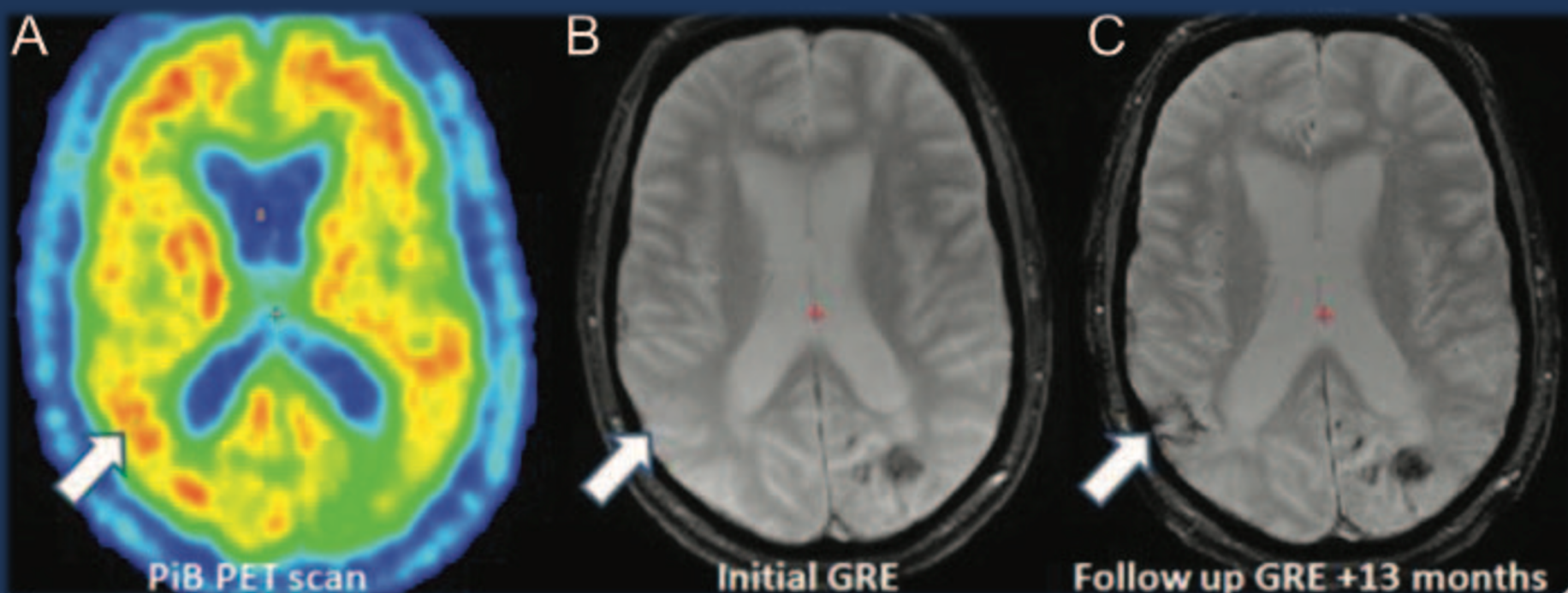
FORMA INFLAMATÓRIA (CAA-ri)



Masculino, 59 anos, preso por perturbar a ordem pública. Em seguida, encontrado irresponsivo e com postura anômala dos MMSS e MMII. Após 1 semana sob tratamento com corticoides, apresentou significativa melhora.

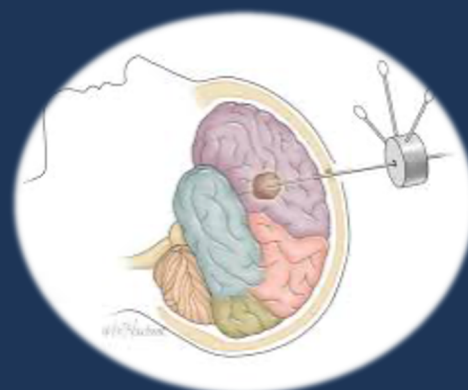
SWI (à esq.) revela inúmeras micro-hemorragias e T2 (à dir.) revela áreas subcorticais assimétricas de hipersinal, com efeito tumefativo, achados compatíveis com CAA-ri.

- **^{99m}Tc -ECD SPECT: perfusão cerebral reduzida**
- **PET amiloide (ex: ^{11}C -PiB):**
 - Demonstra acúmulo de proteína beta-amiloide
 - Pode não distinguir entre formas parenquimatosas e vasculares



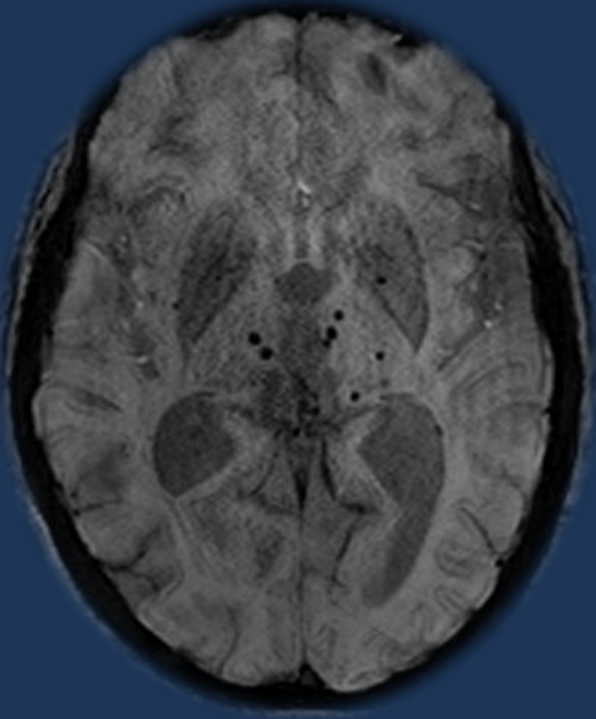
Área com alta retenção de ^{11}C -PiB prediz aparição de hemorragia 13 meses depois.

- Formas inflamatórias / ABRA podem ser responsivas a corticoides.
- Biópsias devem incluir leptomeninges e transição corticossubcortical.
- Pacientes com a forma inflamatória / ABRA tendem a ser mais jovens que os com a forma de angiopatia amiloide cerebral.

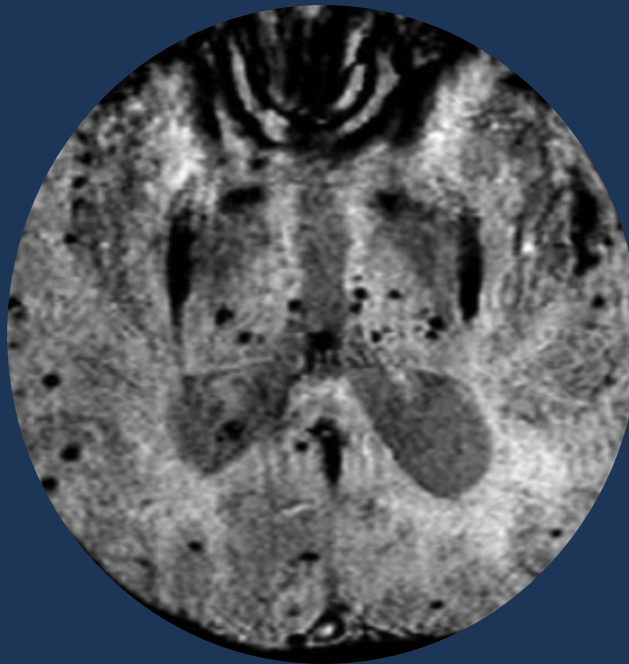


DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

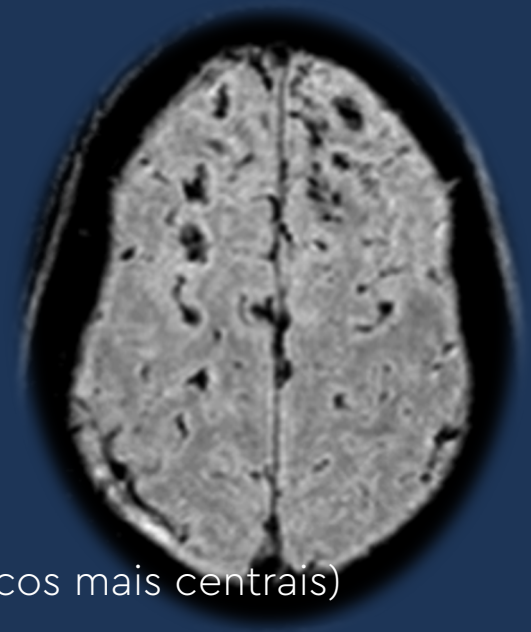
1



2



3



1. **Encefalopatia hipertensiva crônica** (focos mais centrais)
2. **Malformações cavernomatosas** (Zabramski IV)
3. **Lesão axonal difusa**
 - AVCi com transformação hemorrágica
 - Metástases hemorrágicas
 - "PRES" com micro-hemorragias

Skyforce choice

- *Chen SJ et al. Advances in cerebral amyloid angiopathy imaging. Ther Adv Neurol Disord 2019;12: 1-11*
- *Yamada M. Cerebral amyloid angiopathy: emerging concepts. J Stroke 2015;17(1):17-30.*
- *Berkowitz AL et al. Mystery case: Cerebral amyloid angiopathy-related inflammation. Neurology 2014;83:1678-9.*
- *Gurol ME et al. Predicting sites of new hemorrhage with amyloid imaging in cerebral amyloid angiopathy. Neurology 2012;79:320-6.*
- *Gandhi D, Wee R, Goyal M. CT and MRI of intracerebral amyloidoma: case report and review of the literature. AJNR 2003;24:519-22.*