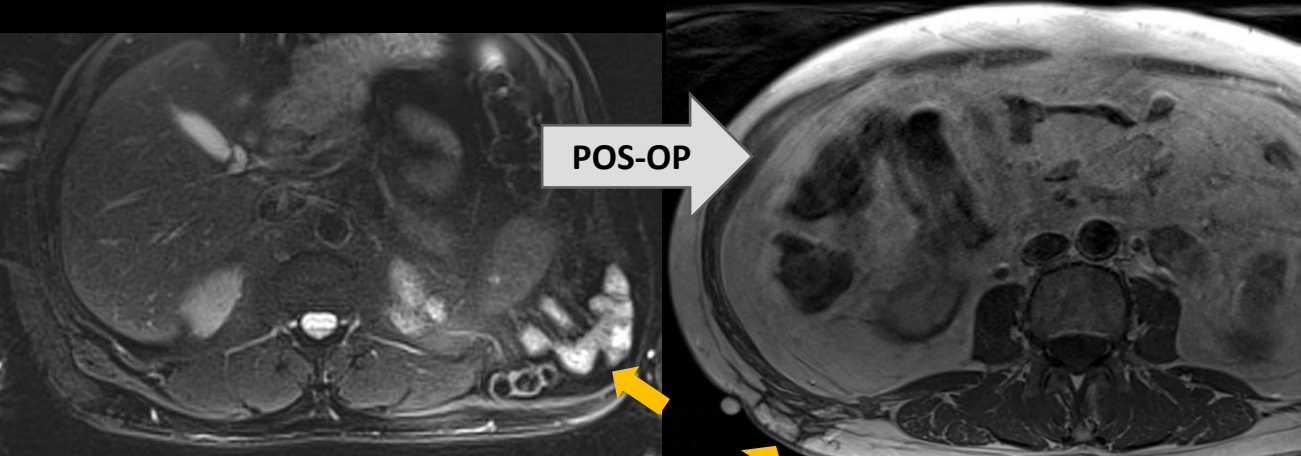


Neurografia por RM de nervos de fino calibre: revisão baseada em casos

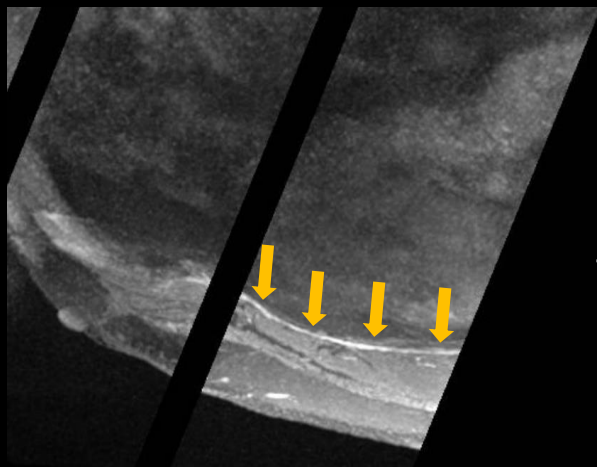
Caso 1

Feminino, 55 anos, pós-operatório tardio (1 ano) de hérnia abdominal (Petit), evoluiu com dor e disfunção da hemiparede abdominal direita → **Lesão do nervo intercostal**



Hérnia lombar inferior por defeito na musculatura lombar ou na fáscia posterior, abaixo da 12ª costela e acima da crista ilíaca.

Alterações pós-cirúrgicas na parede abdominal posterolateral, com tecido fibrocicatricial no subcutâneo, na porção inferior do músculo grande dorsal e no plano da fáscia transversalis



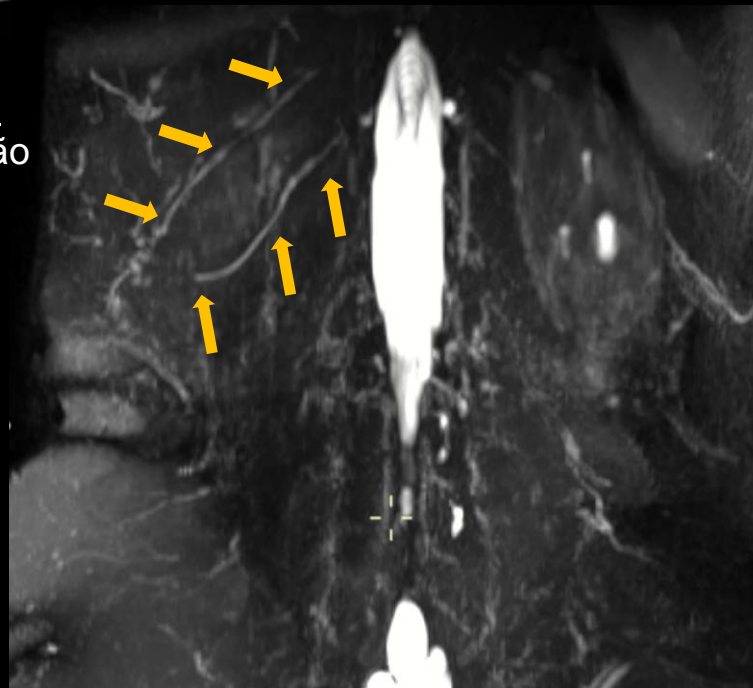
- Reconstrução coronal na sequência DESS mostrando trajeto tortuoso e espessamentos focais no nervo intercostal T11 direito

→ NEUROPATIA INTERCOSTAL

- Subdiagnosticada e subtratada
- Complicação pós-operatória de herniorrafia de parede abdominal
- Na parede anterior, os nervos mais lesados são os ilioinguinal, ilio-hipogástrico e ramo genital do genitofemoral

→ PROTOCOLO

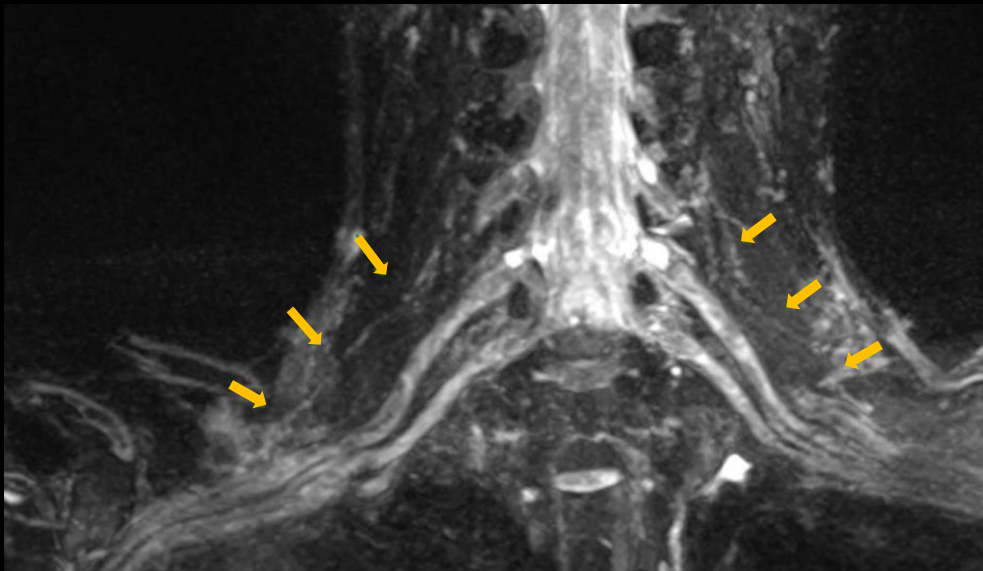
- Protocolo de plexo lombossacro direcionado para avaliação dos nervos intercostais (suspeita clínica), nas sequências axiais volumétrica T1, T2, STIR SPACE pré e pós-contraste, Difusão, DESS
- Preferencialmente 3T



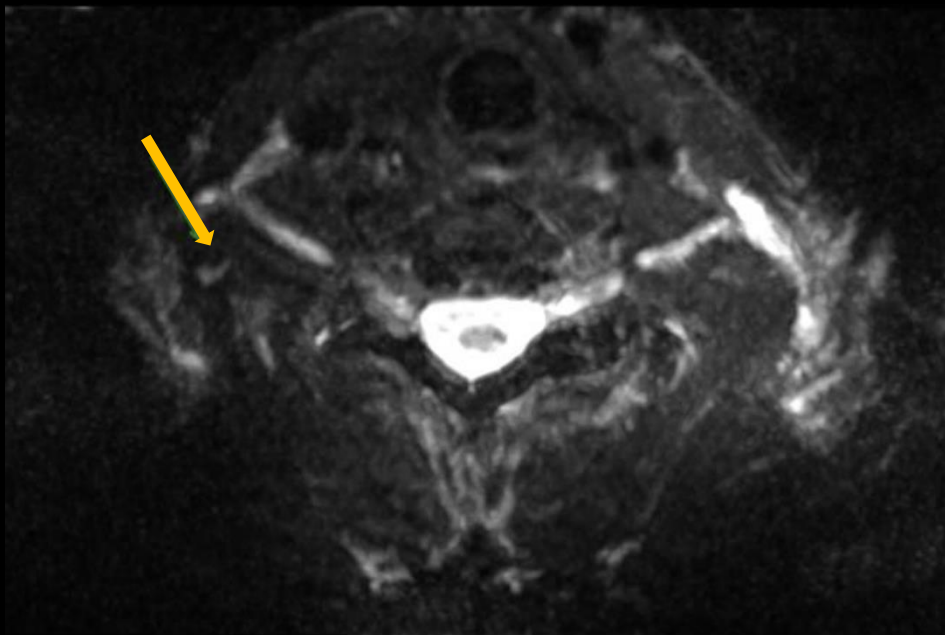
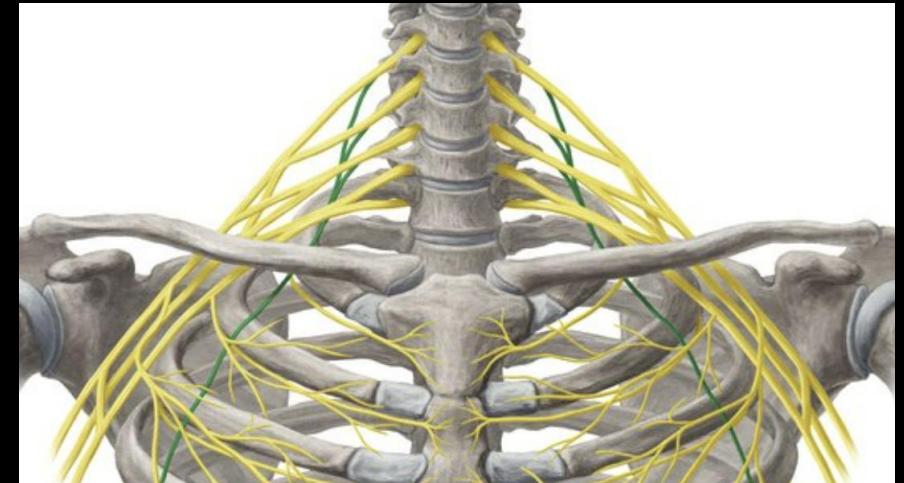
- Reconstrução coronal no MIP na sequência STIR SPACE demonstrando, no plano da manipulação cirúrgica, espessamento difuso e trajeto tortuoso do nervo intercostal T11 direito. Descontinuidade/interrupção do nervo subcostal T12 direito, com espessamento segmentar proximal.

Caso 2

Masculino, 50 anos, neuropraxia do **torácico longo** direito há 9 meses. Escápula alada, com discinesia, sem dor.



Espessamento e alteração de sinal do nervo torácico longo com áreas de constrição desde o seu segmento proximal através do ventre muscular escaleno médio até o plano do espaço costoclavicular, sugestivos de neuropatia.

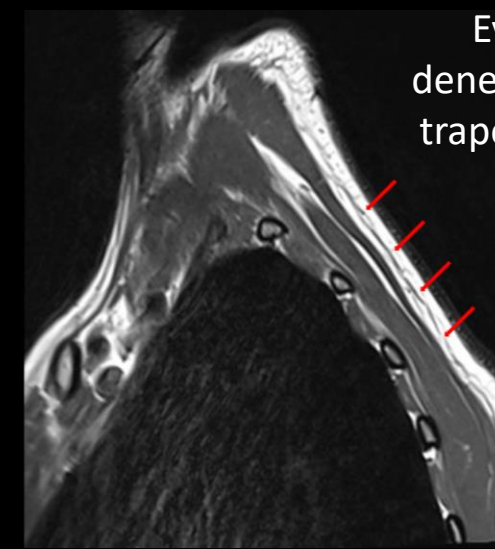
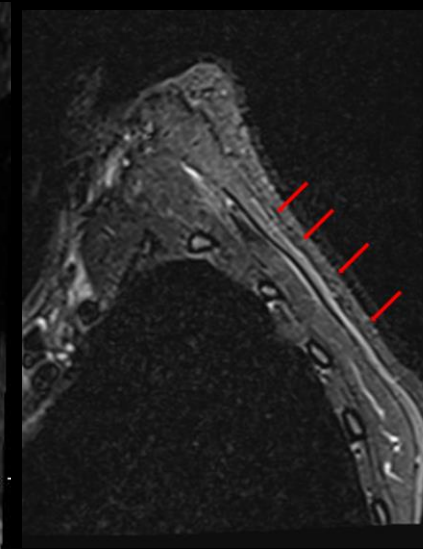
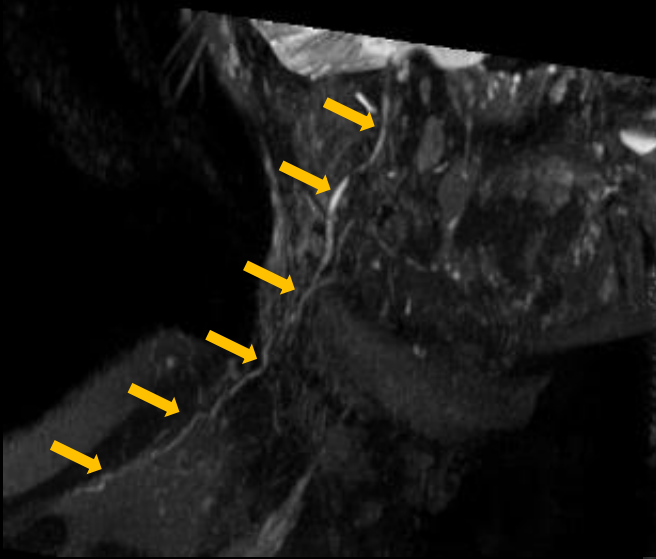


- PROTOCOLO
- Protocolo de plexo braquial direcionado para avaliação da parede torácica para abranger todo o trajeto do nervo, nas sequências axiais volumétrica T1, T2, STIR SPACE pré e pós-contraste, Difusão, DESS

- NERVO TORÁCICO LONGO
 - Se origina da fusão das raízes de C5, C6 e C7
 - Fornece inervação motora para o músculo serrátil anterior
 - Movimento anterolateral, suspensão e rotação da escápula.
- NEUROPATIA
 - Perda funcional do serrátil anterior
 - Cirurgias da axila (esvaziamentos linfonodais), compressão devido à sobrecarga mecânica e trauma
 - Dificuldade para elevação o braço / instabilidade do ombro
 - Deslocamento medial da escápula em forma de asa (escápula alada)

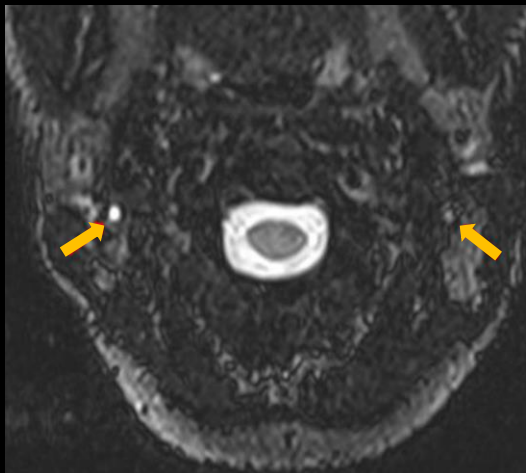
Caso 3

Feminino, 33 anos, queixa de depressão e lateralização da cintura escapular após esvaziamento linfonodal cervical. Lesão do **nervo acessório**.

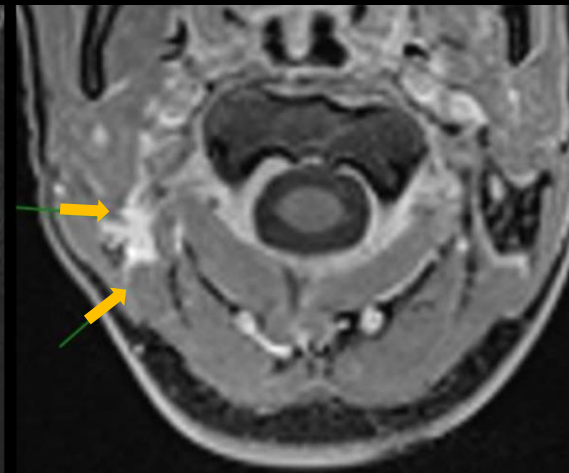


Evidencia sinais de denervação com músculo trapézio hipotrófico com edema à direita

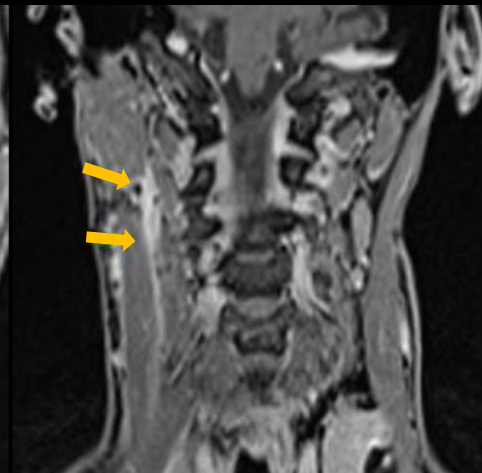
Coronal STIR 3D com reconstruções MIP do nervo acessório



Axial STIR



Axial T1 fat pós GD

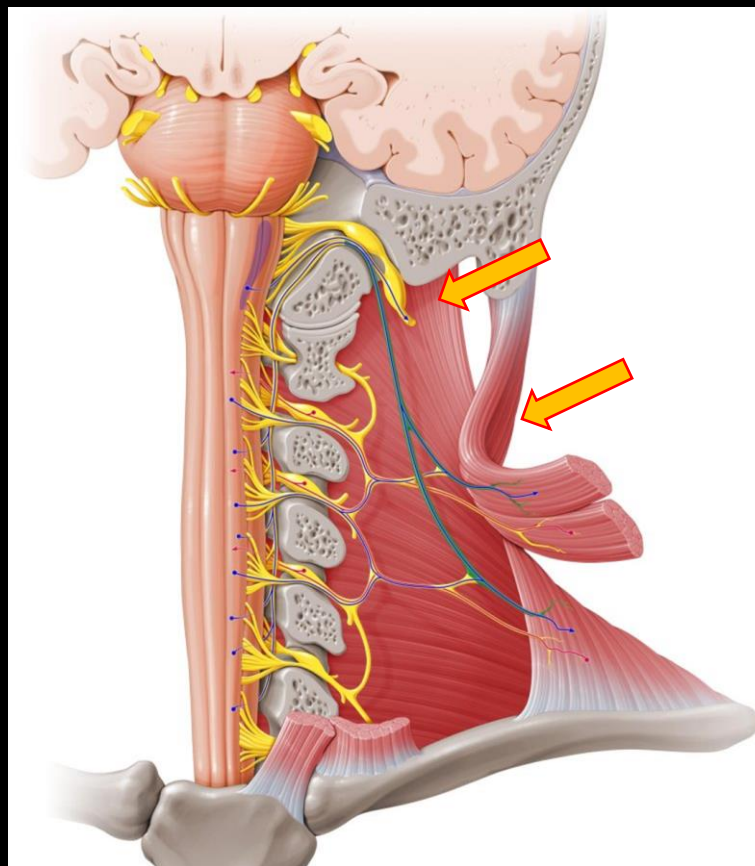
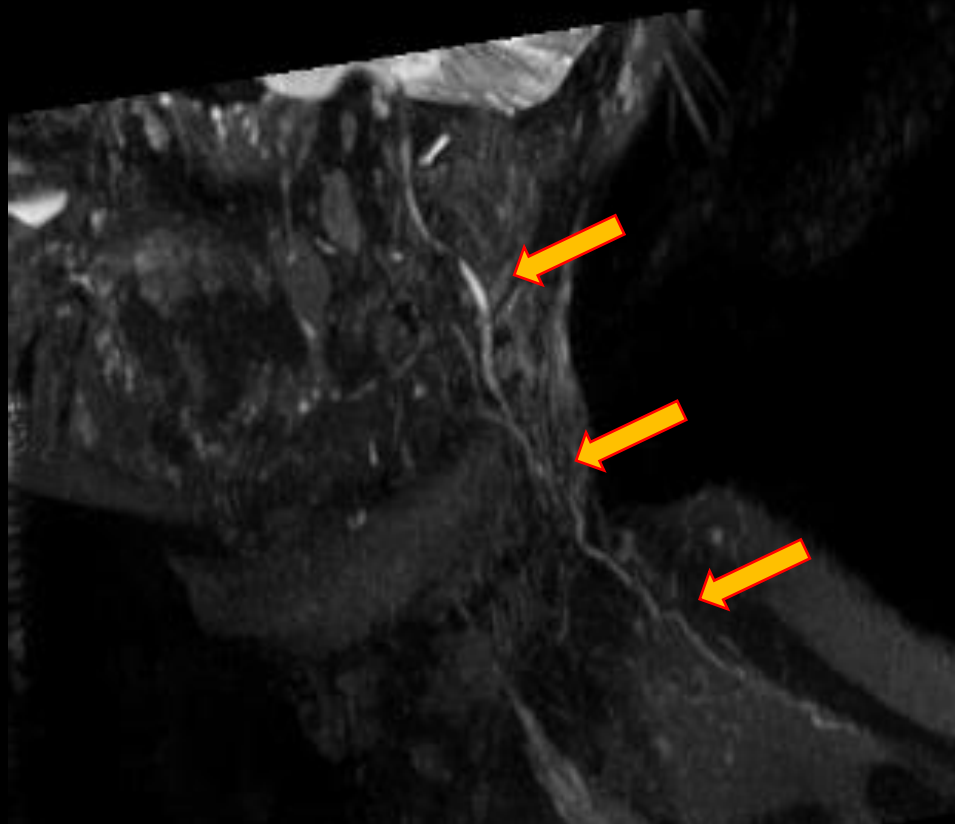


Coronal T1 fat pós GD

- Manipulação cirúrgica com tecido fibrocicatricial com realce pós-contraste nos espaços cervicais à direita, sobretudo nos espaços carotídeo e cervical posterior envolvendo o trajeto do nervo acessório.
- Área de tecido fibrótico com realce na sequência pós-contraste, envolvendo essa área do nervo.

Caso 3

Feminino, 33 anos, queixa de depressão e lateralização da cintura escapular após esvaziamento linfonodal cervical.



- XI par – raiz espinal (único nervo craniano que não tem origem no crânio)
- Origem: radículas ao longo da medula espinal cervical superior (raiz espinal), porção dorsolateral do bulbo (raiz craniana)
- Porção espinal inervação motora o esternocleidomastoideo e o trapézio

- Perda muscular e queda do ombro afetado. Ombro rígido com rotação interna.
- Causas: iatrogênicas, traumáticas e pós-radioterapia.
- Achados de Imagem:
 - Elevação de sinal difusa do nervo
 - Procurar por acometimento focal
 - Denervação do esternocleidomastoideo e trapézio