

**-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --**

Um paciente idoso e etilista foi levado para atendimento médico com discreto ferimento corto contuso no crânio e confusão mental. De acordo com as informações dos familiares, o evento foi súbito. Durante o exame, o paciente se manteve vígil, porém alheio aos questionamentos feitos pelo médico. Ele apresentava fala desconexa e a orientação não estava normal, mas tinha fluência e expressão da linguagem. Em relação a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 51** O diagnóstico provável é de *delirium* pós traumatismo crânio-encefálico, devendo-se solicitar uma tomografia de crânio sem contraste para confirmação.
- 52** Pode tratar-se de um caso de abstinência alcoólica, dados os sinais da síndrome de Wernicke-Korsakoff apresentados pelo paciente.
- 53** O caso remete ao diagnóstico de afasia de Wernicke ou compreensão com topografia da lesão em região posterior do hemisfério cerebral esquerdo.
- 54** Pode tratar-se de um processo expansivo neoplásico com sangramento e provável crise convulsiva não presenciada.
- 55** O exame inicial mais importante para auxílio no diagnóstico é o líquor (líquido cefalorraqueano).

Uma mulher de 50 anos de idade foi atendida com quadro de cervicobraquialgia com irradiação para o ombro à direita, fraqueza da mão e hipoestesia em quarto e quinto dedos direitos. Os reflexos osteotendíneos estavam normais.

Com relação ao caso clínico descrito e aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguintes.

- 56** Trata-se de um caso clínico de radiculopatia C6.
- 57** A herniação do disco C5-C6 afeta a raiz C5.
- 58** A radiculopatia C5 ou C6 afetam os reflexos bicipital e braquiorradial.
- 59** A radiculopatia C7 pode afetar o reflexo tricipital.
- 60** Não existe vértebra C8.
- 61** C1 tem raízes sensitivas.

Considerando um caso de paciente etilista que apresenta marcha atáxica com base alargada, julgue os próximos itens, relativos a anatomia do sistema nervoso central e periférico e epidemiologia dos tumores.

- 62** Pacientes etilistas podem desenvolver a síndrome do vermis rostral, que afeta o lobo anterior do cerebelo.
- 63** A ataxia de movimentos apendiculares pode caracterizar a síndrome hemisférica cerebelar causada por lesões no lobo floculonodular.
- 64** O lobo anterior do cerebelo origina a maioria dos tratos eferentes que formam os tratos espinocerebelares.
- 65** A síndrome do vermis caudal pode ser causada pelo meduloblastoma.

Uma mulher jovem compareceu ao hospital com cefaleia e vômitos. Ela foi diagnosticada com tumor cerebral e o resultado da tomografia computadorizada indica efeito de massa.

Em relação a esse caso clínico e aspectos a ele relacionados, julgue os itens que se seguem.

- 66** Após um achado de processo expansivo com efeito de massa cerebral deve ser realizada imediatamente uma ressonância magnética.
- 67** Os tumores gliais primários são as neoplasias mais frequentes.
- 68** O primeiro passo após o diagnóstico de um tumor cerebral com efeito de massa é administrar dexametasona.
- 69** Drogas antiepiléticas são recomendadas em neuro-oncologia para a prevenção de crises convulsivas.
- 70** O diagnóstico de adenocarcinoma hipofisário depende de o tumor não apresentar metástases.
- 71** Drogas antiepiléticas indutoras enzimáticas deveriam ser evitadas, porque podem afetar o metabolismo das medicações quimioterápicas e dos esteroides.
- 72** A maioria dos meningiomas tem classificação OMS grau I, mas há outras variantes agressivas que são mais comuns em homens.

Um paciente de 37 anos de idade, sem comorbidades, procurou atendimento ambulatorial por ter apresentado quadro inédito de crise convulsiva, presenciada pelo seu irmão, tendo ocorrido remissão espontânea da crise. O paciente relatou ter sofrido cefaleia e confusão mental imediatamente após o episódio. Quando do atendimento, ele realizou ressonância magnética de crânio com contraste, que revelou os seguintes resultados: presença de lesão expansiva intra-axial córtico-subcortical em giro frontal inferior esquerdo na sua porção triangular, hipointensa em T1, sem realce pelo meio de contraste, espontaneamente hiperintensa em T2, com supressão de sinal em seu interior à sequência T2-FLAIR. Constatou-se efeito de massa local, com discreto halo de edema, com linha média tópica e cisternas da base patentes.

Considerando o caso clínico apresentado e os aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 73** Algumas características de imagem podem prever com alta especificidade o *status* de codeleção 1p/19q em lesões de baixo grau, como a presença de *mismatch* da sequência T2-FLAIR em relação à sequência T2.
- 74** A ressonância magnética funcional (fRM) para detecção de áreas relacionadas à comunicação verbal é essencial para o planejamento cirúrgico do caso clínico em questão; se a fRM não evidenciar correlação entre as áreas da comunicação verbal e a lesão tumoral, será dispensável o uso da técnica de craniotomia e exérese tumoral com o paciente acordado.
- 75** Astrocitomas histologicamente classificados como de baixo grau não apresentam mitose, proliferação vascular ou necrose, mas, nos casos em que essas lesões se apresentam molecularmente classificadas como IDH-*wildtype*, devem ser tratados e acompanhados como gliomas de alto grau.
- 76** A prescrição imediata de dexametasona é imprescindível para o paciente em questão, haja vista presença de edema perilesional, sendo seu uso necessário, pelo menos, até a realização de exame de imagem de controle após 3 meses do pós-operatório.
- 77** Existe correlação entre os pontos craniométricos e os sulcos e giros corticais, sendo a neuronavegação uma ferramenta adicional para o planejamento cirúrgico, que não substitui o conhecimento anatômico do neurocirurgião.

Paciente de 73 anos de idade foi levado ao consultório médico pela filha, que relatou que o pai apresentava déficit de memória, esquecendo-se com frequência de onde guardava objetos, como chaves, carteira e documentos. Por meio da anamnese, observou-se que o paciente se apresentava orientado no tempo e no espaço, relacionando adequadamente pessoas de seu convívio cotidiano e mantendo sua autonomia adequadamente, apesar da dificuldade de mobilidade. O paciente queixou-se de dificuldade lentamente progressiva de manuseio de objetos, relatando que os deixava cair com frequência. Durante o exame físico neurológico, foi percebida instabilidade de marcha, referida pela filha como algo que se iniciara havia alguns anos. Exame de imagem recente de crânio mostrou atrofia cerebral esperada para a idade, com ectasia ventricular proporcional à atrofia, sem outras alterações significativas. Exame de ressonância magnética de coluna cervical trazido pelo paciente e realizado no contexto de cervicálgia revelou alterações degenerativas espondilodiscais, cifotização significativa, estenose raquiana nos níveis C5-C6/C6-C7 e mielopatia associada.

Considerando o caso clínico apresentado e os múltiplos aspectos a ele relacionados, julgue os itens que se seguem.

- 78** Pacientes com essa patologia apresentam classicamente síndrome do neurônio motor inferior nos membros superiores, com paresia/plegia, hipotonia, hiporreflexia e fasciculações, sendo observada síndrome do neurônio motor superior nos membros inferiores, com paresia/plegia, hipertonia e hiperreflexia.
- 79** O tratamento adequado desse paciente, para correção da cifose cervical, é a descompressão medular cervical, utilizando-se a abordagem por via posterior, que permite maior ampliação do canal raquiano.
- 80** Devido às novas técnicas e aos materiais utilizados para artrodese cervical por via anterior, não existe mais relação direta entre o número de níveis abordados por essa via e o desenvolvimento de pseudoartrose; por esse motivo, raramente indica-se abordagem cirúrgica circunferencial atualmente.
- 81** A duração dos sintomas e o estado neurológico funcional pré-operatórios são fatores prognósticos para tratamento cirúrgico em pacientes com espondilose cervical e mielopatia.
- 82** O alinhamento do eixo vertical sagital C2-C7 consiste na distância entre a linha de prumo vertical de C2 e o ponto mais posterior da placa terminal superior de C7; essa relação pode auxiliar no planejamento pré-operatório em pacientes candidatos à abordagem cirúrgica cervical, porém, no pós-operatório, não apresenta associação com melhores resultados clínicos.
- 83** No que diz respeito às complicações pós-operatórias, a abordagem por via posterior está mais relacionada a cervicálgia, ao passo que a via anterior está relacionada a maiores índices de disfagia.

Após sofrer acidente motociclístico, um paciente do sexo masculino, de 26 anos de idade, apresentava o seguinte quadro clínico: emissão de sons incompreensíveis, sem abertura ocular, postura em flexão e adução dos membros superiores, com rotação interna e flexão plantar em membros inferiores. O paciente foi intubado no local do acidente e transportado ao hospital em prancha rígida, com colar cervical. Após estabilização do quadro, o paciente encontrava-se sedado, com pupilas isocóricas e mióticas. Tomografia de crânio evidenciou contusão temporal à esquerda com volume de 21 mL, associada a hematoma subdural agudo ipsilateral medindo 7 mm, conferindo-se efeito de massa resultante e desvio de linha média de 3 mm para a direita. Não se observou tumefação cerebral difusa. Havia, ainda, fratura alinhada temporoparietal à esquerda, com volumoso hematoma subgaleal associado. Não foram observadas fraturas ou luxações ao estudo tomográfico cervical.

Considerando o caso clínico apresentado e os aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 84** Quando da intubação, o paciente apresentava-se na escala de coma de Glasgow de 6, com classificação tomográfica em Marshall II.
- 85** Hematoma subgaleal, fratura craniana e hematoma subdural agudo são exemplos de lesões por trauma direto, ao passo que contusão temporal e hematoma extradural são, com frequência, associados a lesão por contragolpe.
- 86** Nesse caso, está indicada a inserção de cateter para monitorização da pressão intracraniana (PIC) e cuidados neurointensivos; a realização de tomografia de crânio de controle é necessária em até 24 h de admissão, sendo mandatório exame imediato em caso de aumento da pressão intracraniana ou aparecimento de sinais neurológicos, como anisocoria.
- 87** Trauma raquimedular em pacientes com trauma cranioencefálico grave ocorre quase exclusivamente na região cervical; portanto, não é necessário realizar estudo tomográfico da coluna torácica e lombar nesses pacientes, sendo esses exames reservados para outro momento.

Uma criança foi encaminhada para o consultório de neurocirurgia, devido à presença de deformidade craniana.

Acerca desse assunto, julgue os itens seguintes.

- 88** Quando existe fechamento precoce de uma ou mais suturas cranianas, o crescimento encefálico ocorre perpendicularmente às suturas patentes, sendo a tomografia de crânio com reconstrução em 3D o melhor exame de imagem para avaliação e sendo a escafocefalia a apresentação mais comum.
- 89** A braquicefalia é a apresentação mais comum de craniossinostose na síndrome de Crouzon; pacientes com essa síndrome apresentam, com frequência, sindactilia associada.
- 90** A faixa etária mais adequada para abordagem cirúrgica em crianças com craniossinostose é entre 12 e 18 meses.
- 91** O tratamento de craniossinostose por via endoscópica tem como vantagens menor tempo cirúrgico, recuperação pós-operatória mais rápida e menor perda sanguínea; porém, frequentemente, ele deve ser associado ao uso de capacete remodelador pós-operatório.
- 92** Mutações nos genes FGFR2 e FGFR3 são frequentemente encontradas nas craniossinostoses sindrômicas.
- 93** Por apresentar aparência trapezoidal, a plagiocéfalia posicional difere clinicamente da plagiocéfalia posterior, que apresenta forma de paralelogramo.

Quanto às malformações craniocervicais, julgue os itens a seguir.

- 94** A invaginação basilar caracteriza-se pela projeção do processo odontoide acima da linha de McRae.
- 95** Pacientes com invaginação basilar que apresentem o processo odontoide abaixo da linha de Wackenheim são candidatos a descompressão da fossa posterior e fixação occipitocervical, sem necessidade de odontectomia.
- 96** Pacientes com malformação de Chiari I sintomática que apresentem hidrocefalia progressiva devem ser inicialmente submetidos a derivação ventrículo-peritoneal.
- 97** A ultrassonografia intraoperatória em pacientes com malformação de Chiari I pode auxiliar na decisão de duroplastia ou simples craniectomia.
- 98** O acompanhamento por ressonância magnética pós-operatória de siringomielia em pacientes com malformação de Chiari I submetidos a descompressão da fossa posterior auxilia na decisão de reabordagem cirúrgica.

Os oligodendrogliomas e astrocitomas grau III podem ter seu prognóstico estabelecido com achados de estudos genéticos, assim como os neurofibromas, schwannomas e meningiomas também podem estar associados a mutações genéticas. Considerando essa temática, julgue os itens que se seguem.

- 99** Mutações na isocitrato desidrogenase 1 (IDH1) e na IDH2 predizem um melhor prognóstico em oligodendrogliomas e astrocitomas grau III.
- 100** Complexo de esclerose tuberosa é associado com schwannomas de pequenas células subependimárias.
- 101** O subtipo mesenquimal do glioblastoma multiforme com mutações no gene NF1 tem o melhor prognóstico.
- 102** Em meningiomas, deleções no cromossomo 22 são comuns e mutações no gene NF2 são frequentes.
- 103** Mutações no cromossomo 22 são encontradas emependimomas, neurofibromas e schwannomas.

No que diz respeito a aspectos da propedêutica neurológica, julgue os itens a seguir.

- 104** O sinal de Myerson consiste no piscar de olhos em resposta a um beliscão na nuca.
- 105** O sinal de Abadie é a presença de dor à compressão do tendão de Aquiles.
- 106** O sinal de Pitres refere-se à diminuição da dor em resposta a pressão dos testículos.
- 107** O sinal de von Graefe consiste no retardo palpebral no olhar para cima.
- 108** O sinal de Gerhardt apresenta-se na ausência de movimentos laríngeos devido a paralisia bilateral dos recorrentes.
- 109** O sinal de Rosenbach é o tremor fino das pálpebras.

Quanto à síndrome de Horner, julgue os itens subsequentes.

- 110** Interrupção das vias simpáticas entre o hipotálamo e a medula causa a síndrome de Horner de primeira ordem.
- 111** Envolvimento das fibras pré-ganglionares causa a síndrome de Horner de quarta ordem.
- 112** Uma lesão por siringomielia envolvendo o centro cilioespinal em C8-T12 causa a síndrome de Horner de segunda ordem.
- 113** Lesões do gânglio simpático inferior causam a síndrome de Horner de terceira ordem.

No que se refere à realização de exame em paciente com rebaixamento do nível de consciência, julgue os itens seguintes.

- 114** Movimentos conjugados verticais dos olhos no paciente em coma, de forma rápida, para baixo, com retorno lento à posição de repouso, localizam a disfunção no nível do tálamo.
- 115** A contração pupilar — miose — com resposta normal à luz pode ser observada nos casos de lesões do tegmento da ponte e de lesões diencefálicas.
- 116** As disfunções difusas, como as metabólicas, não costumam alterar o padrão respiratório; por essa razão, esse padrão não serve como indicador da localização anatômica de uma doença.
- 117** As reações desse paciente devem ser classificadas empregando-se termos clássicos e precisos, como letargia e torpor.
- 118** A presença de hemiparesia à direita localiza com segurança a lesão cerebral no lado esquerdo, mesmo que outras informações, como o padrão sensitivo e pupilar, não confirmem essa impressão.
- 119** A tríade de Cushing (hipertensão arterial, bradicardia e respiração irregular) é um sinal tardio de hipertensão intracraniana.
- 120** Perda da consciência é critério para diagnóstico de concussão.

**Espaço livre**