

-- CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS --

Uma mulher de 65 anos de idade, previamente obesa, hipertensa e diabética, buscou atendimento médico de emergência por ter acordado sentindo perda de força do lado direito do corpo. No seu exame neurológico, observou-se hemiparesia direita proporcionada braquiocrural. A paciente estava com a face simétrica e, ao colocar a língua para fora, apresentava desvio para a esquerda. A sensibilidade superficial e profunda estava preservada. A tomografia de crânio sem contraste realizada no atendimento de emergência não evidenciou alterações.

Com base no caso clínico hipotético precedente, julgue os itens a seguir.

- 51 As alterações neurológicas apresentadas pela paciente sugerem que a lesão está localizada no segmento inferior esquerdo da ponte.
- 52 Caso o exame de ressonância magnética de crânio realizado no serviço de emergência evidencie lesão com difusão e FLAIR positivo, a paciente deverá ser submetida ao tratamento com alteplase intravenoso.
- 53 Considerando-se que se trate de um caso de acidente vascular cerebral isquêmico, a artéria possivelmente ocluída foi a artéria espinal anterior ou sua artéria vertebral de origem.
- 54 A força do lado direito da língua da paciente está preservada.
- 55 A perda da força do lado direito do corpo da paciente decorre de lesão do lemnisco medial contralateral.

Um paciente de 73 anos de idade, sem comorbidades prévias conhecidas, queixava-se de cefaleia com piora progressiva. Após três meses de persistência e progressão da dor, ele evoluiu com paralisia facial. Foi realizado exame de imagem, que evidenciou lesão expansiva com necrose central e realce periférico pelo contraste. A ressecção da lesão e posterior análise patológica levaram ao diagnóstico de glioblastoma.

Considerando esse caso clínico hipotético, julgue os itens subsecutivos.

- 56 O glioblastoma é um tumor com alto potencial de metástase para outros órgãos.
- 57 O glioma de baixo grau pode ser uma lesão precursora de um glioblastoma.
- 58 O glioblastoma apresenta boa resposta ao tratamento cirúrgico associado a radioterapia e quimioterapia, com baixas taxas de recidiva.
- 59 O glioblastoma é o tumor cerebral maligno primário mais comum.

Um paciente de 19 anos de idade apresenta, há três anos, quedas e dificuldade para manipular objetos, sempre no início da manhã. Há uma semana, após privação de sono, apresentou, também pela manhã, episódio súbito descrito pela família como perda da consciência, queda ao solo e movimentação dos quatro membros. Os familiares do paciente relataram, ainda, que ele havia urinado durante esse acontecimento e que havia ficado bastante sonolento depois. A mãe do paciente disse que um episódio semelhante ocorreu há dois meses, após libação alcoólica. O eletroencefalograma realizado evidenciou complexos generalizados e irregulares de polispículas seguidos por onda lenta, com predomínio nas regiões anteriores.

Acerca do caso clínico hipotético anterior, julgue os itens seguintes.

- 60 É correto definir o diagnóstico de epilepsia para esse paciente.
- 61 O achado eletroencefalográfico descrito é comumente encontrado na epilepsia mioclônica juvenil.
- 62 Esse paciente deve ser submetido a exame de neuroimagem, para definição diagnóstica.
- 63 Após dois anos sem crise, a suspensão da terapia antiepiléptica poderá ser realizada com segurança, pois o paciente apresentará baixo risco de recorrência de crises.
- 64 Trata-se de um caso de epilepsia generalizada idiopática.
- 65 Deve ser iniciada terapia antiepiléptica para o paciente em questão, sendo a carbamazepina a droga de escolha para o caso.

Uma paciente de 58 anos de idade, previamente hipertensa e diabética, foi admitida inconsciente no serviço de emergência. Familiares relataram que, havia cerca de 20 minutos, ela tinha iniciado, de maneira súbita, quadro de cefaleia de forte intensidade, com vômito, e, então, desmaiara. No exame, ela apresentava-se sonolenta e confusa. A glicemia capilar era de 214 mg/dL e a pressão arterial era de 230 mmHg × 110 mmHg. Foi realizada tomografia de crânio sem contraste, que evidenciou a presença de sangue localizado no espaço subaracnóideo com espessura maior que 1 mm.

Tendo como referência esse caso clínico hipotético, julgue os itens que se seguem.

- 66 Deve ser investigada a presença de aneurisma cerebral, pois essa é a principal causa de sangramento subaracnóideo.
- 67 Isquemia cerebral tardia é a complicação neurológica precoce mais comum esperada, ocorrendo de três a quatorze dias após o sangramento inicial.
- 68 No caso em questão, a perda súbita da consciência foi causada por aumento súbito da pressão intracraniana e consequente isquemia cerebral global transitória.
- 69 Considerando-se as principais escalas clínicas de avaliação, a paciente pode ser classificada como Hunt & Hess 3 e Fisher 2.

Um paciente de 62 anos de idade, obeso e com histórico prévio de diabetes e dislipidemia, compareceu ao serviço de emergência dizendo que apresentava visão dupla, havia um dia, notada pela manhã, ao acordar. No exame, observou-se que o paciente possuía paralisia completa da musculatura ocular extrínseca inervada pelo nervo oculomotor, indolor e com função pupilar intacta.

Com base no caso clínico hipotético apresentado, julgue os itens subsequentes.

- 70** O padrão de comprometimento neurológico descrito sugere lesão isquêmica do cerne do nervo oculomotor.
- 71** Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica é que a paralisia do nervo oculomotor esteja sendo causada por um aneurisma de artéria comunicante posterior.
- 72** As fibras internas do nervo oculomotor são autonômicas e inervam a pupila, ao passo que as fibras externas são somáticas e inervam a musculatura extrínseca ocular.
- 73** Na paralisia completa da musculatura ocular extrínseca inervada pelo nervo oculomotor, estão preservados os movimentos de abdução e inciclotorção ocular.

Com relação aos exames de imagem aplicados nos quadros demenciais e às áreas cerebrais afetadas nesses quadros, julgue os itens seguintes.

- 74** A ressonância de crânio é superior à tomografia de crânio, sendo um bom exame para separar a atrofia em um cérebro idoso normal e em um com doença de Alzheimer em estágio inicial.
- 75** A espectroscopia, com aumento do mio-inositol e diminuição do N-acetilaspártato não é específica para doença de Alzheimer.
- 76** A atrofia do hipocampo é uma característica da doença de Alzheimer, sendo sua presença um sinal inequívoco da presença da doença.
- 77** Recomenda-se solicitar exames de imagem para afastar outras causas de demência que não a doença de Alzheimer.
- 78** A alteração mais típica da doença de Alzheimer ao PET cerebral é a presença de redução do sinal em região temporoparietal esquerda.

A respeito da doença de Parkinson, julgue os itens subsequentes.

- 79** O Atraso no “ON” é um fenômeno secundário à lentificação do esvaziamento gástrico ou da motilidade gastrointestinal.
- 80** Discinesias de pico de dose em pacientes com Parkinson tratados exclusivamente com levodopa podem ser manejadas com redução das doses individuais e aumento na frequência das administrações.
- 81** A levodopa de liberação prolongada pode provocar piora dos sintomas noturnos.
- 82** São tipos de discinesia: bifásica e distônica.
- 83** As complicações motoras podem ser vistas na atrofia de múltiplos sistemas e na paralisia supranuclear progressiva.
- 84** São estratégias iniciais para tratamento da deterioração de final de dose (*wearing off*): adicionar inibidor da COMT e adicionar inibidor da MAO-B.

Em relação ao quadro clínico inicial de mioclonias de ação, apraxia, agrafestesia e rigidez em membro superior direito, com alterações cognitivas frontais, julgue os itens seguintes.

- 85** Este quadro clínico é mais sugestivo de demência de corpos de Lewy.
- 86** Este quadro clínico é mais sugestivo de doença de Wilson.
- 87** Este quadro clínico é mais sugestivo de paralisia supranuclear progressiva.
- 88** Este quadro clínico é mais sugestivo de degeneração córtico-basal.

A denominação distúrbios do movimento engloba um grupo heterogêneo de afecções neurológicas que apresentam em comum um ou mais tipos de movimentos involuntários. Normalmente, são lesões ou disfunções que afetam componentes dos gânglios da base, mas lesões em outros locais do sistema nervoso central ou periférico, e até mesmo doenças sistêmicas, também podem assim manifestar-se. Nas síndromes hipercinéticas, estão presentes tremores, distonia, coreia, atetose, balismo, mioclonias e tiques ou combinações entre eles. A síndrome hipocinética, também conhecida como síndrome parkinsoniana, é outro componente desses distúrbios. O parkinsonismo primário ou idiopático corresponde à própria doença de Parkinson e é responsável por praticamente 80% de todas as síndromes parkinsonianas.

Considerando a temática abordada no texto e os aspectos a ela pertinentes, julgue os itens a seguir.

- 89** Causados por contrações alternadas de grupos musculares e seus antagonistas, os tremores podem apresentar-se presentes em repouso (tremor de repouso ou estático) e aparentes apenas na movimentação (tremor cinético ou de ação) ou em determinada postura (tremor postural).
- 90** Atetose consiste em contrações espontâneas voluntárias e súbitas, breves, com abalos que lembram pequenos solavancos, originados no sistema nervoso periférico e que podem envolver face, tronco ou extremidades.
- 91** Tiques são movimentos estereotipados breves, repetitivos, usualmente rápidos e sem propósito, que envolvem múltiplos grupos musculares. Além disso, eles são suprimíveis, ainda que em parte, pela vontade e precedidos pela urgência premonitória.
- 92** O tremor de repouso, característica da síndrome parkinsoniana, consiste em movimentos de extensão e flexão do índice em contato com o polegar; ele piora com o estresse emocional, melhora com a ação e desaparece com o sono.
- 93** Os correlatos clínicos da acinesia incluem micrografia, hipomímia, festinação, perda dos movimentos automáticos associados na marcha, diminuição do volume da voz e perda de melodia.

Com relação às doenças desmielinizantes, julgue os itens que se seguem.

- 94** Os critérios clínicos para o diagnóstico das doenças desmielinizantes são os de McDonald 2017.
- 95** O anticorpo antiaquaporina 4 e os neurofilamentos são biomarcadores secundários utilizados somente em pesquisa clínica e não para diagnóstico.
- 96** O principal biomarcador para o diagnóstico e acompanhamento das doenças desmielinizantes é a ressonância magnética.

Paciente do sexo masculino, de 56 anos de idade, relata que, há cerca de 2 anos, iniciou tremor assimétrico de repouso, a princípio na mão direita. Segundo sua esposa, ele apresenta dificuldade progressiva para caminhar. O paciente queixa-se de esquecimento e de sono não reparador. Refere sonhos muito vívidos, geralmente de conteúdo desagradável. Sua esposa informa que ele se movimenta muito na cama e já chegou a sofrer uma queda, relacionada a um pesadelo no qual ele fugia de um cachorro que o queria morder. O paciente levanta-se três vezes à noite para urinar e apresenta sensação de urgência urinária, sem escapes.

A respeito do caso clínico apresentado e de assuntos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 97** O tratamento da doença de Parkinson no paciente em tela deve ser iniciado com entacapone, a fim de postergar os efeitos colaterais da levodopa. O agonista dopaminérgico não deve ser usado nesse caso, devido à possibilidade de surgimento do transtorno de controle de impulso (comportamentos compulsivos).
- 98** Constipação, urgência e incontinência urinárias, impotência, hipotensão ortostática fazem parte da disfunção autonômica presente na doença de Parkinson.
- 99** O transtorno comportamental do sono REM pode preceder as alfasinucleinopatias em cerca de uma década (doença de Parkinson, atrofia de múltiplos sistemas e demência por corpos de Lewy), sendo caracterizado por perda da atonia muscular no sono REM, comportamentos complexos durante o sono (agir como no sonho), vocalizações, sonhos vívidos, entre outros.
- 100** A presença de demência, com o declínio das habilidades cognitivas capaz de interferir nas atividades de vida diária, acomete mais de 60% dos pacientes com doença de Parkinson avançada.
- 101** Para o diagnóstico de doença de Parkinson idiopática, devem ser considerados sinais de alerta importantes dentro da evolução: apneia do sono grave, estridor inspiratório, suspiros involuntários, hipotensão ortostática ou incontinência precoces sugerem atrofia de múltiplos sistemas, ao passo que apraxias, membro alienígena e déficit sensitivo cortical sugerem degeneração corticobasal.

Com relação ao acidente vascular encefálico (AVE) e ao ataque isquêmico transitório (AIT), julgue os itens seguintes.

- 102** Em pacientes com AVE, a prevenção secundária é essencial para prevenir recorrência e medidas como controle do diabetes (hemoglobina glicosilada igual ou inferior a 7%), cessar tabagismo, controle pressórico rigoroso, dieta balanceada, exercício físico regular e adesão à terapia medicamentosa supervisionada são mais efetivas se acompanhadas por suporte multidisciplinar e associadas a técnicas comportamentais.
- 103** Em pacientes com AVE não cardioembólico ou AIT, os anticoagulantes orais são preferíveis aos antiagregantes plaquetários para prevenir a recorrência de AVEs isquêmicos e outros eventos cardiovasculares, dado que o benefício supera o risco de sangramento.

104 Em se tratando de paciente com AVE ou AIT que apresente fibrilação atrial não valvular, a anticoagulação oral deve ser realizada, ao passo que, em pacientes com fibrilação atrial valvular (estenose mitral moderada a grave ou válvula mecânica), os novos anticoagulantes orais são preferíveis à varfarina para redução do risco de AVE.

105 Em pacientes com AVE ou AIT e doença aterosclerótica (intracraniana, carotídea, aórtica ou coronariana), recomenda-se tratar a dislipidemia com estatina e(ou) ezetimiba, para se atingir um LDL < 70 mg/dL e, por conseguinte, reduzir o risco de eventos cardiovasculares graves (AVE, infarto do miocárdio, revascularização carotídea e coronária, e morte).

106 Pacientes que tenham tido AIT ou AVC não incapacitante nos últimos seis meses devem ser investigados para estenose carotídea extracraniana, já que esta é uma importante causa tratável.

Com base na classificação das epilepsias e nos conceitos atuais para seu manejo, julgue os itens subsequentes.

107 A epilepsia atualmente pode ser definida por uma das seguintes condições: pelo menos duas crises não provocadas (ou reflexas) que ocorram com mais de 24 horas de intervalo; uma crise não provocada (ou reflexa) e a probabilidade de novas crises semelhante ao risco geral de recorrência (pelo menos 60%) após duas crises espontâneas, nos próximos 10 anos; ou diagnóstico de uma síndrome epilética.

108 O diagnóstico da epilepsia é realizado em três níveis — tipos de crises, tipo de epilepsia (focal, generalizada, focal e generalizada combinados e desconhecido) e síndromes epiléticas — e ela pode ser classificada em mais de uma categoria etiológica — estrutural, genética, infecciosa, metabólica, imune e(ou) desconhecida.

109 O diagnóstico de epilepsia generalizada pode ser feito com base em dados clínicos associados à atividade de complexos de espícula-onda generalizados no eletroencefalograma interictal (EEG). Pode haver crises de ausência, mioclônicas, atônicas, tônicas e tônico-clônicas, mas, se o EEG resultar normal, devem-se pesquisar abalos mioclônicos e a história familiar do paciente.

110 A farmacoresistência, na epilepsia, é definida como a não resposta medicamentosa ao uso de, no mínimo, quatro regimes terapêuticos apropriados (monoterapia ou combinação).

111 Epilepsias focais incluem distúrbios unifocais e multifocais, bem como crises envolvendo ambos os hemisférios, e seu diagnóstico é feito com base no histórico associados a achados eletroencefalográficos, podendo estar presentes crises focais perceptivas, crises focais disperceptivas ou com comprometimento da percepção, crises focais motoras e não motoras e crises focais evoluindo para crises tônico-clônicas bilaterais.

Paciente do sexo feminino, de 53 anos de idade, apresenta crises de cefaleia desde a terceira década de vida. A dor é pulsátil, hemicraniana, às vezes acompanhada de náuseas. Nas crises, a paciente apresenta fotofobia e fonofobia e piora aos esforços. As crises são infrequentes (uma crise a cada bimestre, com duração de 1 a 2 dias). No entanto, há 10 dias, ela apresentou dor que muito rapidamente atingiu um pico — segundo ela, a pior dor de sua vida —, pulsátil, com fonofobia e sem fotofobia, com piora aos esforços. Como não apresentou melhora com uso de analgésico comum, ela procurou a emergência médica.

Com relação ao caso clínico apresentado e às cefaleias, julgue os itens seguintes.

- 112** Cefaleia súbita em pacientes maiores de 50 anos, considerada o pior episódio da vida, e mudança do padrão da dor em relação a cefaleia anterior são sinais de alerta para a hipótese diagnóstica de cefaleia secundária.
- 113** No caso em tela, uma das hipóteses diagnósticas prováveis é de cefaleia aguda atribuída à hemorragia subaracnóidea (HSA) não traumática, devendo ser realizada tomografia computadorizada não contrastada, mas, se esse exame não for conclusivo, deve ser realizada punção lombar (eventual presença de xantocromia confirmará o diagnóstico).
- 114** A cefaleia dessa paciente não foi causada por trombose venosa cerebral, pois, nessa patologia, a cefaleia geralmente é difusa, progressiva, intensa e associada a outros sinais de hipertensão intracraniana, o que descarta essa hipótese como diagnóstico diferencial.
- 115** Haja vista a cefaleia atual da paciente ter sido pulsátil, intensa e com piora aos esforços, a exacerbação da migrânea prévia é a principal hipótese, sendo desnecessários exames de imagem nesse caso, bastando apenas analgesia e observação.
- 116** A síndrome da vasoconstrição cerebral reversível é um dos diagnósticos a ser considerado, pois até 75% dos pacientes com tal síndrome apresentam cefaleia como sintoma único, que pode preceder um acidente vascular cerebral hemorrágico ou isquêmico.

Tendo em vista o envelhecimento da população mundial, a Organização Mundial de Saúde lançou, em 2017, um observatório global das demências. A respeito das demências, julgue os itens a seguir.

- 117** Demência é um conjunto de sinais e sintomas relacionados à deterioração progressiva de apenas um domínio cognitivo (memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, aprendizado, linguagem ou julgamento).
- 118** Estudos funcionais como a tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) e o FDG-PET *scan* são fundamentais para o diagnóstico da demência de Alzheimer pré-clínica em estágios muito iniciais.
- 119** A diferenciação de comprometimento cognitivo leve entre amnésico e não amnésico não tem valor preditivo, dado que já foi demonstrado que alguns pacientes que apresentam comprometimento cognitivo leve amnésico não evoluem para demência de Alzheimer.
- 120** A demência mais prevalente é a demência vascular, em que há declínio cognitivo em dois ou mais domínios de modo suficiente para afetar o funcionamento prévio da vida diária.

Espaço livre