

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025

Enare
EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ANO ADICIONAL - NEUROLOGIA (AANEUROLT01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Neurologia

1

Mulher de 24 anos, com 20 semanas de gestação, apresenta ruptura de contato e movimentos tônico-clônicos generalizados. Relata queda com trauma de crânio há 2 semanas.

Das drogas antiepilépticas abaixo, a mais segura na gestação é:

- (A) lamotrigina;
- (B) valproato;
- (C) topiramato;
- (D) fenitoína;
- (E) tiopental.

2

Mulher de 19 anos, sem histórico psiquiátrico prévio, apresenta alterações de comportamento há 15 dias. Família relata pensamentos persecutórios e agressividade. Apresenta insônia e queixa de cefaleia constante. Relato de febre não aferida.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) *delirium*;
- (B) esquizofrenia;
- (C) encefalite;
- (D) epilepsia;
- (E) transtorno bipolar.

3

Mulher de 30 anos de idade, com hipotireoidismo por tireoidite de Hashimoto, há 2 anos apresenta disфония, ptose e paresia em membros superiores. Relata flutuação dos sintomas ao longo do dia principalmente quando é submetida a esforço físico.

NÃO faz parte da investigação diagnóstica:

- (A) pesquisa por anticorpo antirreceptor de acetilcolina;
- (B) teste da bolsa de gelo;
- (C) eletroneuromiografia dos quatro membros com pesquisa por potencial decremental;
- (D) tomografia de crânio;
- (E) tomografia computadorizada do tórax.

4

Homem de 62 anos procura ambulatório de neurologia por estar apresentando há alguns anos tremor nos membros superiores. O tremor vem se agravando, o que interfere nas atividades de vida diária e no convívio social. O tremor surge quando ele leva um copo à boca e se agrava quando está sendo observado. Somente tem certo alívio quando bebe vinho. Observa também que sua cabeça não fica parada. Desconhece doenças de família porque foi adotado. Exceto pelo tremor cinético e postural, não foram encontradas outras alterações ao exame.

A conduta inicial mais adequada nesse primeiro atendimento é realizar teste terapêutico com:

- (A) ácido valproico, 250 mg, duas vezes ao dia;
- (B) primidona, 100 mg, duas vezes ao dia;
- (C) levodopa, 100 mg, três vezes ao dia;
- (D) biperideno, 2mg, uma vez ao dia;
- (E) pramipexol, 0,25, três vezes ao dia.

5

Uma mulher de 42 anos é atendida na emergência com intensa dor na cabeça iniciada três dias antes. Relata ter dor de cabeça há muitos anos, de forma periódica, com períodos de acalmia, diagnosticada como enxaqueca. Sua mãe também sofrera disso até a velhice. Diferentemente das crises anteriores, desta vez a dor não melhorou com analgésicos, é holocraniana e contínua e irradia para a nuca. Além da dor, está vendo os objetos “duplicados” e hoje acordou sem conseguir abrir o olho direito. O exame confirma a queixa e indica midríase paralytica à direita. Diante desse quadro a hipótese etiológica é:

- (A) ruptura de aneurisma de artéria comunicante posterior;
- (B) enxaqueca com aura;
- (C) enxaqueca hemiplégica familiar;
- (D) ruptura de malformação arteriovenosa na ponte;
- (E) síndrome de Tolosa Hunt.

6

Paciente idoso é encontrado na rua e internado no CTI. A equipe discute com os residentes a possibilidade de morte encefálica.

No que se refere ao protocolo do Ministério da Saúde para morte encefálica, é correto afirmar que:

- (A) a ausência de reflexos de tronco cerebral e a negatividade do teste da apneia autorizam a retirada de órgãos;
- (B) o diagnóstico necessita de dois exames clínicos em momentos diferentes realizados pelo mesmo médico;
- (C) o protocolo de morte encefálica só pode ser aberto após a certeza da etiologia e do caráter irreversível da doença;
- (D) a constatação de três pontos na Escala de Glasgow autoriza a abertura do protocolo de morte encefálica;
- (E) a presença de reflexos medulares invalida o diagnóstico de morte encefálica.

7

Mulher de 60 anos procura ambulatório de neurologia por estar sentindo, há mais de 1 mês, dor retro-orbitária constante, “barulho na cabeça” e visão dupla. Vem notando também que o olho direito está ficando saltado para fora e muito avermelhado, sintomas confirmados na ectoscopia. Ao exame: oftalmoplegia completa dos nervos III, IV, VI à direita e sopro audível sobre a carótida e órbita direita.

Após realizar ressonância magnética e angiografia cerebral, chegou-se ao seguinte diagnóstico:

- (A) fístula na artéria oftálmica;
- (B) fístula carotidocavernosa;
- (C) aneurisma de artéria cerebral média;
- (D) aneurisma de topo de basilar;
- (E) fístula na artéria comunicante posterior.

8

Menino de 11 meses é internado na emergência hemiplégico. Segundo a avó, a criança, iniciou há 3 semanas febre diária somente a noite, com tosse e expectoração abundante. Há 3 dias não movimentava o braço e a perna esquerda. Nos antecedentes, parto e desenvolvimento psicomotor normais; vacinações em dia. Pai e tio, que moram com a criança, têm “fraqueza no pulmão”. Ao exame estava febril, sonolento, irritado, chorando ao ser manuseado; papila óptica de bordas imprecisas bilateralmente e rigidez de nuca.

Foi iniciado tratamento com rifampicina + etambutol + isoniazida após o seguinte resultado preliminar do exame do liquor:

- (A) aspecto claro, 105 leucócitos/mm³ (> linfócitos), proteína 64 mg/%, glicose 18 mg/%, bacterioscopia direta negativa;
- (B) aspecto purulento, 1050 leucócitos/mm³ (> polimorfos), proteína 84 mg/%, glicose 15 mg/%, Gram positivo para diplococcus;
- (C) aspecto límpido, 500 leucócitos/mm³ (> linfócitos), proteína 50 mg %, glicose 40 mg/%, bacterioscopia direta negativa;
- (D) aspecto turvo, 300 leucócitos/mm³ (> linfócitos), proteína 120 mg %, glicose 20 mg/%, cultura positiva no meio de Sabouraud;
- (E) aspecto xantocrômico, 300 hemácias/mm³, proteína 40 mg/%, glicose 50 mg/%, bacterioscopia direta negativa.

9

Pais e professores de um colégio público receberam a notícia de que um dos alunos havia sido internado no dia anterior com meningite meningocócica.

Diante desse quadro, os alunos da sala e os professores foram corretamente orientados a:

- (A) tomar rifampicina oral na dose de 100 mg/kg/dose, de 12/12 horas, por sete dias;
- (B) tomar ciprofloxacina oral na dose 500 mg, de 12/12 horas, por sete dias;
- (C) tomar sulfadiazina oral na dose de 150mg/kg/dose de 6/6 horas, por cinco dias;
- (D) injetar benzetacil (IM) em dose única de 1.200.000 unidades;
- (E) tomar rifampicina oral na dose de 10 mg/kg/dose, de 12/12 horas, por dois dias.

10

Homem de 34 anos procura neurologista por estar apresentando, há 3 meses, dor na cabeça, que a cada dia se agrava. Nos últimos dias não pôde trabalhar por vômitos pela manhã, mal-estar e tonteira. Nega diabetes, hipertensão e trauma craniano. Recordase de parotidite há 6 meses. O exame neurológico é normal exceto pela perda de contorno papilar com áreas de hemorragia retiniana bilateralmente e paresia bilateral da abdução do globo ocular.

A tomografia de crânio excluiu processos expansivos e indicou a causa, sendo o paciente encaminhado para neurocirurgia com o seguinte diagnóstico:

- (A) síndrome de hipertensão intracraniana, paralisia bilateral do IV nervo craniano por estenose do aqueduto de Sylvius;
- (B) síndrome de Hakim Adams, paralisia bilateral do VI nervo craniano por provável hidrocefalia comunicante;
- (C) síndrome de hipertensão intracraniana benigna, e oftalmoplegia inter nuclear por edema cerebral;
- (D) síndrome de hipertensão intracraniana por estenose do aqueduto de Sylvius e paralisia bilateral do VI nervo craniano;
- (E) síndrome de hipertensão intracraniana por estenose do aqueduto de Sylvius e oftalmoplegia supra nuclear bilateral.

11

Homem de 50 anos é atendido no ambulatório de neurologia com a hipótese de esclerose lateral amiotrófica de acordo com laudo da Medicina de Família.

Realizada a avaliação neurológica, o diagnóstico foi confirmado pelos seguintes achados ao exame objetivo:

- (A) paralisia flácida e atrofia em membros superiores associada a anestesia superficial em membros inferiores;
- (B) paralisia, atrofia e arreflexia em membros superiores e hiper-reflexia patelar com sinal de Babinski bilateral;
- (C) amiotrofia e paralisia com arreflexia distal nos quatro membros e disestesias em bota e em luva;
- (D) miofasciculações, câimbras, em membros superiores, e hipoestesia dolorosa em membros inferiores;
- (E) dor irradiada da coluna vertebral até o terceiro quirodáctilo bilateralmente, fraqueza e atrofia distal relacionada ao movimento de pinça (entre o 1º e 3º dedos).

12

Paciente de 50 anos é atingido por projétil de arma de fogo na coluna dorsal, causando lesão medular à esquerda. Na emergência, é operado e fica internado por 90 dias.

No momento da alta, o neurologista identifica as seguintes sequelas;

- (A) paralisia flácida contralateral à lesão, anestesia superficial homolateral e sensibilidade profunda preservada;
- (B) paralisia espástica homolateral à lesão, anestesia superficial contralateral e sensibilidade profunda preservada;
- (C) dissociação siringomiélica da sensibilidade em membros inferiores e paraparesia espástica;
- (D) paralisia flácida e arreflexia homolateral à lesão, anestesia térmica dolorosa e sensibilidade profunda abolida contralateralmente;
- (E) déficit motor piramidal homolateral à lesão, anestesia dolorosa e térmica contralateral e acinestesia do mesmo lado da paralisia.

13

Uma mulher de 70 anos dá entrada na emergência com ptose palpebral bilateral e ataxia à direita. É feita a hipótese de síndrome de Claude por isquemia unilateral do mesencéfalo, confirmada pela ressonância magnética.

As manifestações neurológicas da síndrome de Claude são:

- (A) síndrome cerebelar contralateral à lesão e oftalmoplegia infranuclear do III nervo homolateral à lesão;
- (B) síndrome cerebelar homolateral à lesão e lesão bilateral interfascicular do III nervo;
- (C) síndrome cerebelar homolateral à lesão e oftalmoplegia supranuclear bilateral do III nervo;
- (D) síndrome cerebelar contralateral à lesão e oftalmoplegia nuclear do III nervo homolateral à lesão;
- (E) síndrome cerebelar homolateral à lesão e oftalmoplegia supranuclear do III nervo homolateral à lesão.

14

Uma mulher de 30 anos sofreu parada respiratória durante ato cirúrgico sendo entubada, colocada no respirador e levada para o CTI. Nos dias subsequentes, apesar da recuperação progressiva do nível da consciência, passando a respirar espontaneamente e relacionar-se com o meio ambiente, começou a apresentar movimentos involuntários anormais, súbitos, agravados por estímulos visuais e auditivos.

O neurologista foi chamado para dar parecer e estabeleceu corretamente o diagnóstico de:

- (A) síndrome convulsiva focal motora;
- (B) síndrome de Lance Adams;
- (C) doença de Creutzfeldt Jakob;
- (D) estado de mal convulsivo;
- (E) coreia de Sydenham.

15

Aluna de medicina que constantemente é chamada à atenção pelos professores porque dorme profundamente durante as aulas é encaminhada ao neurologista. Após anamnese e exames, foi estabelecida a hipótese diagnóstica de narcolepsia, com base nos seguintes dados:

- (A) hiperfagia, cataplexia e presença do alelo HLA DQB1*0602;
- (B) perda do tônus de membros inferiores durante o riso, insônia e presença do alelo DQB1*0802;
- (C) alucinações visuais e auditivas persistentes, insônia, presença do alelo HLA DQB1*0802;
- (D) associação com o alelo HLA DQB1 0602*, alucinações hipnagógicas, cataplexia;
- (E) agressividade, cataplexia, presença do alelo HLA DQB1*0602, alucinações auditivas a qualquer hora do dia.

16

Paciente de 40 anos é submetido a investigação de coluna cervical por ressonância magnética por estar apresentando, há alguns meses, alterações sensitivas em membros superiores. Tais alterações foram caracterizadas, ao exame, como anestesia térmico-dolorosa com preservação da sensibilidade tátil e da sensibilidade profunda.

O laudo da RM que confirmaria a síndrome seria:

- (A) extensa lesão medular posterior com hiperintensidade em T2, captação de contraste e aumento do diâmetro medular;
- (B) extensa lesão central entre C2 a C8 com hipointensidade em T1 e hiperintensidade em T2, sem captação de contraste;
- (C) lesão na região anterior da medula entre C7 e C8 com hiperintensidade em T2 captando contraste;
- (D) hérnia de disco lateral bilateralmente comprimindo a raiz C8, sem captação de contraste;
- (E) hérnia de disco mediana em C5 causando lesão medular hiperintensa no nível da compressão.

17

Mulher de 30 anos, com diagnóstico de miastenia gravis e tendo como seqüela ptose palpebral bilateral assimétrica, procura a emergência com dispneia. É feita a hipótese de crise miastênica. Após medicação com anticolinesterásicos, observa-se piora da hipoventilação pulmonar associada a sudorese, bradicardia e hipotensão arterial.

Nesse contexto, para justificar a suspensão da medicação e administração de atropina (2mg EV), é preciso que se encontre(m), no exame da pupila:

- (A) síndrome de Claude Bernard Horner;
- (B) pupilas midriáticas;
- (C) pupilas mióticas;
- (D) pupilas anisocóricas, com miose à esquerda;
- (E) pupila tônica de Adie.

18

Numa emergência, dá entrada um paciente de 70 anos que, hoje, desenvolveu hemiplegia à direita associada a outras manifestações neurológicas, indicando que a topografia da lesão isquêmica se situava na região anterior da ponte.

No exame, foram identificadas as seguintes alterações:

- (A) ptose palpebral e estrabismo divergente à esquerda e desvio da comissura labial para a esquerda;
- (B) lagoftalmia à esquerda, desvio da comissura labial para a direita e estrabismo convergente à esquerda;
- (C) desvio da comissura labial para a esquerda e estrabismo divergente à direita;
- (D) lagoftalmia à direita, desvio da comissura labial para a esquerda e paralisia da abdução do globo ocular esquerdo;
- (E) oftalmoplegia internuclear à direita e síndrome vestibular à direita.

19

Mulher de 25 anos é atendida na oftalmologia com embaçamento visual bilateral moderado instalado há três dias, com dor ocular na movimentação do globo ocular. O exame oftalmológico excluiu causas secundárias de déficit visual. Edema de papila bilateral. RM de crânio normal e RM de órbita com lesão em T2 maior que 50% do nervo óptico bilateralmente com captação de contraste.

O exame laboratorial indicado nesse caso é pesquisa do anticorpo:

- (A) anti-MOG no liquor;
- (B) IgG GM1;
- (C) anti-MOG no sangue pelo método CBA;
- (D) anti-MUSK;
- (E) anti-AQP4 no sangue pelo método CBA.

20

Homem de 78 anos, advogado, procura neurologista em 2024 para esclarecimento diagnóstico. Apresenta paralisia facial periférica bilateral e grave iniciada insidiosamente na década de 90. Nos últimos anos, vem apresentando progressiva redução da visão bilateral, atribuída a glaucoma e doença da córnea. O exame da pele mostra cútis elástica. Não tem déficit motor nos membros e relata ter jogado futebol até os 70 anos. O exame da sensibilidade indicou apalestesia nos 4 membros. Recorda-se de que sua mãe, falecida com 84 anos de idade, apresentava redução nos movimentos da face e glaucoma.

O estudo genético confirmou a hipótese diagnóstica de:

- (A) distrofia muscular fácio-escapulo-umeral;
- (B) distrofia miotônica de Steinert;
- (C) amiloidose familiar relacionada ao gene gelsolin;
- (D) sarcoidose;
- (E) síndrome de Melkersson-Rosenthal.

21

Mulher de 28 anos procura atendimento na neurologia por estar com dor ocular intensa e visão dupla há três dias, que evoluiu para ptose palpebral à direita. O exame demonstra paralisia dos movimentos oculares (medial, superior, inferior) e anisocoria com pupila midriática à direita. Relata crises de enxaqueca desde a adolescência e dois episódios de dor ocular com ptose palpebral nos últimos dois anos. No último episódio, realizou TC de crânio (normal) e angiografia cerebral (normal). O neurologista indicou um determinado medicamento. Uma semana após iniciá-lo, a paciente estava assintomática e seu exame neurológico estava normal.

O medicamento prescrito foi:

- (A) carbamazepina (200 mg três vezes ao dia);
- (B) codeína oral (30 mg duas vezes ao dia);
- (C) prednisona oral (20 mg três vezes ao dia);
- (D) pregabalina (75 mg duas vezes ao dia);
- (E) brometo de piridostigmina (300 mg ao dia em 5 tomadas).

22

Mulher de 40 anos refere “dor de cabeça” desde a infância, com crises agudas de intensa hemicrania pulsátil precedidas de sintomas visuais “em fortificação”.

São características dessa cefaleia primária:

- (A) alterações típicas no eletroencefalograma e lesões na tomografia computadorizada de crânio;
- (B) predomínio no sexo masculino, sem vinculação genética e com boa resposta terapêutica a carbamazepina nas crises agudas;
- (C) predomínio no sexo feminino, com vinculação genética e boa resposta terapêutica a triptanos na prevenção de crises;
- (D) predomínio no sexo masculino, sem vinculação genética e com boa resposta terapêutica com oxigenioterapia;
- (E) predomínio no sexo feminino, com forte vinculação genética e boa resposta terapêutica a anti-inflamatórios não esteroides nas crises prolongadas.

23

Homem de 20 anos cai da moto perde a consciência por alguns minutos e, em seguida, se recupera. Resolve não procurar o hospital. Vai a uma farmácia para fazer um curativo no couro cabeludo, onde ocorreu uma lesão contusa à direita, e tomar um analgésico para a dor na cabeça. Dois dias depois, é encontrado inconsciente em sua casa e levado ao hospital onde a tomografia indica hematoma extradural à direita.

São características desse hematoma:

- (A) sangramento venoso, TC de crânio com área hipodensa periférica e alta mortalidade no tratamento cirúrgico;
- (B) raio X de crânio sem fratura, TC de crânio com área hipodensa periférica e tratamento clínico com prednisona;
- (C) fratura temporal ao raio X de crânio, TC de crânio com área hiperdensa periférica e boa resposta ao tratamento cirúrgico;
- (D) sangramento da artéria meníngea média, ramo da carótida interna, fratura ao raio X de crânio e boa resposta ao tratamento cirúrgico;
- (E) sangramento da artéria cerebral média, TC de crânio identificando sangue intraventricular e tratamento com derivação ventrículo-peritoneal.

24

Homem de 80 anos, hipertenso, dextro, amanhece sem conseguir se comunicar verbalmente e sem conseguir compreender o que falam para ele; também não consegue ler ou escrever. A RM revela isquemia atingindo os quatro centros corticais da linguagem.

De acordo com a ordem da descrição clínica acima, os centros corticais afetados foram:

- (A) áreas de Brodmann 44, 22 e 39 e centro de Exner no hemisfério cerebral esquerdo;
- (B) as áreas de Brodmann 39, 22 e 44 e centro de Exner no hemisfério cerebral direito;
- (C) as áreas de Brodmann 44, 22 e 39 e o centro de Exner no hemisfério cerebral direito;
- (D) as áreas de Brodmann 24, 4 e 3 e o girus angular no hemisfério cerebral esquerdo;
- (E) as áreas de Brodmann 8, 4 e 44 e o centro de Exner no hemisfério cerebral esquerdo.

25

As vias somestésicas exteroceptivas se iniciam em receptores localizados na pele e se organizam em quatro neurônios.

A alternativa que identifica corretamente a localização desses neurônios é:

- (A) 1º neurônio na ponta posterior do H medular; 2º neurônio no núcleo caudado; 3º neurônio no núcleo rubro e 4º neurônio no giro pré-central contralateral;
- (B) 1º neurônio no córtex pós-central; 2º neurônio no tálamo óptico; 3º neurônio na região posterior do H medular; 4º neurônio no gânglio espinhal contralateral;
- (C) 1º neurônio no gânglio espinhal, 2º neurônio na ponta posterior do H medular; 3º neurônio no tálamo e 4º neurônio no giro pós central contralateral;
- (D) 1º neurônio no gânglio espinhal, 2º neurônio da ponta anterior do H medular, 3º neurônio em núcleos da base e 4º neurônio no giro pós central homolateral;
- (E) 1º neurônio no córtex frontal pré-central; 2º neurônio no tálamo óptico; 3º neurônio na região anterior do H medular; 4º neurônio no gânglio espinhal contralateral.

26

Uma mulher de 25 anos com o diagnóstico de esclerose múltipla apresentou alteração visual que, na campimetria, foi definida como perda visual no campo nasal do olho esquerdo e no campo visual temporal do olho direito.

A lesão desmielinizante captante de contraste na ressonância magnética confirmou o local da lesão no:

- (A) nervo óptico direito;
- (B) nervo óptico esquerdo;
- (C) fita óptica direita;
- (D) fita óptica esquerda;
- (E) quiasma óptico.

27

Uma mulher de 50 anos, moradora na Rocinha, em consequência de tiro no ombro direito durante conflito entre policiais e traficantes, apresenta déficit de força, perda da sensibilidade e atrofia muscular no membro superior direito e região escapular.

O tiro atingiu o(a):

- (A) tronco inferior do plexo braquial à direita;
- (B) plexo braquial à direita;
- (C) medula cervical à direita;
- (D) medula cervical à esquerda;
- (E) tronco superior do plexo braquial à direita.

28

Mulher de 40 anos é internada com cefaleia intensa e rigidez de nuca. A pressão do líquor é de 240 cm de água e o exame do LCR identifica 180 células/mm³ (90% de linfócitos e 10% de monócitos) e 80 mg/dl de proteínas com glicorraquia normal. A família informa que a paciente tem ótima saúde, porém nos últimos 10 anos esta é a quarta internação com sintomas semelhantes. Somente agora o vírus relacionado a essa síndrome meníngea recorrente foi identificado no LCR por PCR, firmando o diagnóstico final de meningite:

- (A) na doença de Behçet;
- (B) de tipo Mollaret, por reativação do herpes vírus tipo 2;
- (C) aguda linfocítica na síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada;
- (D) no lúpus eritematoso sistêmico;
- (E) na neoplasia.

29

Homem de 50 anos é internado com síndrome vertiginosa aguda, disfonia, disfagia, ataxia cerebelar e alteração diminuída da sensibilidade, sendo feita a hipótese de síndrome de Wallenberg. Ao exame é também identificada síndrome de Claude Bernard Horner, que ocorre por lesão localizada:

- (A) no núcleo simpático ocular no nível C8 medular;
- (B) no núcleo hipotalâmico;
- (C) no feixe descendente simpático;
- (D) em fibras pós-ganglionares situadas entre o plexo pericarotídeo e a órbita;
- (E) em fibras pré-ganglionares situadas entre a medula e a cadeia ganglionar cervical.

30

Mulher de 20 anos com diagnóstico de esclerose múltipla (EM) desenvolve, de forma subaguda, disfunção visual unilateral. O neurologista indica medicação a ser usada EV por cinco dias consecutivos.

A medicação padrão-ouro para tratamento de surto na EM é:

- (A) ciclofosfamida (1 g diluída em 200 ml SG, EV, correr em 3 horas);
- (B) metilprednisolona (1 g diluída em 200 ml SG, EV, correr em 3 horas);
- (C) imunoglobulina humana (400 mg por quilo de peso por 2 dias);
- (D) dexametasona (4 mg 1 vez ao dia, EV, por três dias);
- (E) metilprednisolona (100 mg, EV, diariamente por 30 dias).

31

Mulher de 30 anos com diagnóstico de esclerose múltipla é encaminhada pelo SISREG para centro de referência público para receber tratamento preventivo fornecido pelo SUS. O neurologista decide indicar um medicamento oral.

Além do exame de RM de crânio com contraste, esse médico solicita os seguintes exames obrigatórios, de acordo com protocolo:

- (A) RM coluna cervical e torácica, hemograma, hepatograma, sorologias para HIV e sífilis. Vitamina B12;
- (B) exame do líquor, hemograma, hepatograma, sorologias para HIV e sífilis. Vitamina B12;
- (C) TC de coluna vertebral, exame do líquor, hemograma, sorologias para HIV e sífilis. Vitamina B12;
- (D) hemograma, hepatograma, sorologias para HIV e sífilis. Vitamina B12;
- (E) hemograma, lipidograma, sorologias para HIV e sífilis. Vitamina D.

32

Homem de 54 anos, com esclerose múltipla progressiva secundária (EDSS = 8.0), em uso de ocrelizumabe há 1 ano (600 mg/dose, última infusão há 30 dias), é internado na emergência por apresentar, há 48 horas, dor cervical, febre baixa, agravamento da fraqueza muscular e ardência no braço esquerdo. O médico observa lesões cutâneas avermelhadas, em bolhas no 4º e 5º quirodáctilos, região hipotênar e antebraço a esquerda.

A conduta adequada do médico é:

- (A) contactar o neurologista-assistente, porque a alteração cutânea é complicação infusional;
- (B) administrar aciclovir venoso (15 mg, EV, 3 vezes ao dia por no mínimo 7 dias);
- (C) administrar cefalexina oral (250-500 mg, 6/6 horas), porque infecções de pele são comuns em pacientes acamados;
- (D) administrar aciclovir oral (dois comprimidos de 15 mg cinco vezes ao dia, omitindo-se as doses noturnas, por sete dias);
- (E) administrar EV difenidramina (50 mg; duas vezes ao dia) e prednisona oral para evitar a neuralgia pós-infecciosa.

33

Homem de 65 anos, trabalhador rural, cinco anos de escolaridade, é levado ao neurologista por familiares que vêm observando, no último ano, lapsos de memória recente e episódios de confusão mental e de agitação quando conversa com pessoas que afirma estar vendo. Mini mental = 21. Marcha livre com redução dos movimentos associados. Força, sensibilidade, coordenação e nervos cranianos sem alterações e sinal da roda dentada nos membros superiores. Traz ressonância de crânio com escala de Fazecas = 1 e escore de atrofia mesial do hipocampo = 2.

A conduta adequada para esse paciente é ministrar:

- (A) inibidor da colinesterase (1,5 mg, EV, 2 vezes ao dia) para a disfunção cognitiva;
- (B) levodopa (250 mg quatro vezes ao dia) para a hipertonia plástica;
- (C) risperidona (1 mg, 4 vezes ao dia) para os distúrbios psiquiátricos;
- (D) olanzapina (30 mg/dia) para inibir as alucinações;
- (E) prometazina (50 mg/noite) para melhorar a insônia.

34

Homem de 70 anos, hipertenso mal controlado, acorda e nota que não está enxergando do olho direito. Após o oftalmologista excluir glaucoma, catarata e outras causas oculares, o oftalmologista indica prednisona oral (60 mg/dia/5 dias). No encaminhamento para a neurologia, emite o seguinte laudo: "perda visual grave com edema de papila à direita".

Diante desse quadro, a hipótese é

- (A) neurite óptica idiopática;
- (B) neuropatia óptica isquêmica anterior (NOIA);
- (C) neuropatia óptica isquêmica posterior (NOIP);
- (D) neuropatia óptica isquêmica anterior arterítica;
- (E) síndrome de hipertensão intracraniana.

35

Menina de 10 anos é levada ao neurologista porque apresenta dificuldade no relaxamento muscular das mãos, sem dor, ao acordar. Não há atrofia muscular e a percussão da região tenar bilateralmente com martelo demonstra o fenômeno. A eletromiografia confirmou o diagnóstico. A mãe, atualmente com 40 anos, refere que, desde pequena, tem o mesmo problema, que em nada a prejudicou, afinal, trabalha como secretária, se casou, teve dois filhos e tem atividades de vida diária normais. Os sintomas melhoraram com um medicamento oral que usa regularmente.

Esse medicamento é:

- (A) diazepam (1 comprimido de 5 mg a noite);
- (B) carbamazepina (1 comprimido de 200 mg, até 2 vezes ao dia);
- (C) clonazepam (5 gotas três vezes ao dia);
- (D) prometazina (1 comprimido de 50 mg a noite);
- (E) fenobarbital (1 comprimido de 100 mg a noite).

36

Mulher de 30 anos, vegana, procura neurologista porque vem apresentando desequilíbrio progressivo para caminhar. No teste de Romberg, cai; apresenta dismetria nas manobras dedo-nariz e calcanhar-joelho, que se agrava com o fechamento dos olhos, e sinal de Babinski bilateral.

Diante desse quadro clínico, o que se espera encontrar na avaliação da sensibilidade é:

- (A) hipoestesia tátil e dolorosa em membros inferiores;
- (B) apalestesia e acinestesia somente nos membros inferiores;
- (C) apalestesia e acinestesia nos quatro membros;
- (D) astereognosia em membros superiores;
- (E) alodinia nos membros superiores e inferiores.

37

Paciente feminina, 59 anos, com diagnóstico de esclerose múltipla há 10 anos, sem tratamento preventivo, procura neurologista com quadro de episódios recorrentes de dor facial unilateral em região mandibular à esquerda em choque e de forte intensidade há 1 mês. A dor dura segundos. A ressonância magnética de crânio evidenciou lesões hiperintensas em T2/FLAIR em substância branca periventricular e justacortical bilateral, sem captação de contraste.

A opção terapêutica de escolha é:

- (A) baclofeno;
- (B) gabapentina;
- (C) carbamazepina;
- (D) rizotomia por balão;
- (E) descompressão cirúrgica do nervo trigêmeo.

38

Paciente de 65 anos, hipertensa e tabagista, apresenta subitamente hemiplegia braquiocrural à direita, desvio da comissura labial para a esquerda, ptose palpebral à esquerda, midríase parálitica à esquerda e paralisia dos movimentos oculares (medial, superior e inferior) à esquerda.

O diagnóstico topográfico da lesão é:

- (A) fibras transversas da ponte;
- (B) pirâmide bulbar;
- (C) pedúnculo cerebral;
- (D) teto do mesencéfalo;
- (E) assoalho do quarto ventrículo.

39

Lactente de 6 meses é levado a consulta de rotina com o pediatra, e a mãe relata que ele vem apresentando episódios de contrações abruptas dos braços e cabeça para frente há 1 mês. O desenvolvimento está normal até o momento. Um EEG é solicitado, e o resultado indica um padrão de hipsarritmia.

Considerando-se o quadro clínico desse paciente, a conduta inicial mais adequada é iniciar:

- (A) ácido valproico;
- (B) prednisolona;
- (C) levetiracetam;
- (D) canabidiol;
- (E) etossuximida.

40

Paciente masculino de 46 anos, previamente hígido, é levado ao serviço de emergência por familiares com quadro de diplopia há 3 dias. Nas últimas 24 horas, está com dificuldade para deambular. Ao exame clínico apresenta PA = 120 x 80 mmHg, FC = 90 bpm, tórax e abdômen inocentes, sem edema em membros inferiores. Ao exame neurológico está acordado, lúcido e orientado, com discurso fluente e coerente. Abertura ocular preservada, com paralisia dos movimentos oculares extrínsecos. Demais nervos cranianos sem alterações. Força preservada nos 4 membros. Arreflexia profunda e hipotonia nos 4 membros. Dismetria nos 4 membros.

Nesse cenário clínico, o principal diagnóstico etiológico é:

- (A) síndrome de Miller-Fisher;
- (B) encefalite de Bickerstaff;
- (C) síndrome de Weber;
- (D) ataxia por anti-GAD;
- (E) síndrome miastênica.

41

Paciente de 25 anos, sexo feminino, relata que há 6 meses vem apresentando cansaço, queda das pálpebras e diplopia ao final do dia, que melhoram ao descansar e dormir. No exame neurológico, é observada ptose palpebral à direita com queixa de diplopia após manobras de esgotamento, sem outras alterações.

Diante desse cenário clínico, a investigação complementar inicial deve incluir:

- (A) eletroneuromiografia e anticorpo anti-MUSK;
- (B) ressonância magnética de crânio e exame do liquor;
- (C) angioressonância de crânio arterial e venosa;
- (D) eletroneuromiografia de fibras finas e anticorpo anti-LRP4;
- (E) tomografia computadorizada de tórax e anticorpo antirreceptor de acetilcolina.

42

Paciente masculino de 10 anos é levado ao neurologista pelos pais, que relatam que a criança apresenta episódios de agitação poucas horas após adormecer. Eles descrevem que o filho grita, chora, parece estar assustado, mostra-se confuso ao ser questionado sobre o que está sentindo, chega a sentar na cama, fica vermelho e suado, e o coração dispara. Ao se acalmar, volta a dormir e, no dia seguinte, não se lembra do que acontece. Inicialmente achavam que era ansiedade, mas, pela recorrência, estão preocupados e buscam avaliação.

O transtorno do sono apresentado pelo paciente é:

- (A) sonambulismo;
- (B) despertar confusional;
- (C) crise epiléptica;
- (D) terror noturno;
- (E) distúrbio comportamental do sono REM.

43

Paciente de 40 anos procura ambulatório de neurologia com queixa de fraqueza e atrofia nas mãos e pé direito se desenvolvendo há 6 meses. Ao exame neurológico, é constatada paresia para extensão da mão esquerda, abdução dos dedos da mão direita e fraqueza para dorsoflexão do pé direito, atrofia e arreflexia nos segmentos afetados. Exame da sensibilidade mostrou-se normal.

O diagnóstico síndrome é consistente com:

- (A) polineuropatia;
- (B) síndrome da ponta anterior da medula;
- (C) mononeuropatia afetando os nervos mediano esquerdo, ulnar direito e tibial direito;
- (D) multiradiculopatia afetando as raízes C5, C6, C7, L5 e S1;
- (E) mononeuropatia múltipla afetando os nervos radial esquerdo, ulnar direito e fibular direito.

44

Paciente de 25 anos, feminina, branca, acorda pela manhã com fraqueza de membro inferior direito. Após 1 semana, melhora mesmo sem tratamento. No momento do atendimento está assintomática. Ao exame neurológico, é observado reflexo cutâneo-plantar em extensão à direita. Solicitada ressonância magnética de crânio e coluna cervical e torácica. Diante do resultado, a paciente foi diagnosticada com esclerose múltipla e encaminhada para centro de referência.

Os achados da ressonância que corroboraram o diagnóstico foram:

- (A) lesões hiperintensas em T2 em região periventricular, justacortical e pedúnculo cerebelar médio, sendo que uma delas apresentava captação de contraste;
- (B) lesões hiperintensas em T2 em região periventricular e coroa radiada, sendo que uma delas apresentava hipossinal em T1;
- (C) lesões hipointensas em T2 em região subcortical, ponte e cerebelo, sendo que duas delas apresentavam captação de contraste;
- (D) lesão hiperintensa em T2 com captação de contraste em medula cervical nível C3-C4;
- (E) lesões hiperintensas em T2 e hipointensas em T1 em região nucleocapsular.

45

Senhor com 62 anos e sem comorbidades vem à consulta acompanhado por sua esposa, que refere notar, há mais de seis meses, que ele está mais parado, andando com dificuldade. Diz que pela manhã ela precisa ajudá-lo a se levantar da cama. Há 3 meses surgiu discreto tremor na mão direita, que ela observa mais quando estão sentados vendo a novela. O neurologista examina o paciente e observa rigidez maior à direita, tremor de repouso intermitente na mão direita e bradicinesia. Prescreve então uma medicação de uso contínuo. O paciente retorna à consulta após 4 meses relatando melhora da mobilidade. Quando questionado sobre atividades que realiza no cotidiano, relata estar apresentando compulsão por jogos, o que não apresentava anteriormente.

A medicação relacionada a esse quadro é:

- (A) levodopa;
- (B) pramipexol;
- (C) mantidam;
- (D) rasagilina;
- (E) biperideno.

46

Mulher de 23 anos apresenta, desde a adolescência, cefaleia hemcraniana de média a forte intensidade, pulsátil, associada a foto e fonofobia, náuseas, que dura em geral de 6 a 8 horas, melhorando após o sono. Em função da frequência das crises de cefaleia, ela vem usando analgésicos comuns 15 dias por mês nos últimos 3 meses. A mãe apresentava, até os 50 anos de idade, quadro semelhante. Os exames laboratoriais e de neuroimagem foram normais.

Diante desse cenário, a conduta inicial é:

- (A) iniciar topiramato frente ao diagnóstico de cefaleia tensional frequente;
- (B) iniciar propranolol frente ao diagnóstico de migrânea episódica;
- (C) iniciar amitriptilina frente ao diagnóstico de cefaleia tensional crônica;
- (D) iniciar antagonista CGRP frente ao diagnóstico de migrânea crônica;
- (E) iniciar ciclobenzaprina e anti-inflamatório frente ao diagnóstico de cefaleia tensional episódica infrequente.

47

Paciente atendida no ambulatório de neurologia aos 23 anos de idade relata que, desde os 13 anos, apresenta crises caracterizadas por automatismos de membros superiores e movimentos mastigatórios, com perda de contato com os familiares. Nessas crises, o quadro rapidamente evolui para perda da consciência e postura tônica simétrica dos 4 membros, seguidas de atividade clônica, liberação esfinteriana, mordedura da língua e confusão mental no período pós-ictal. A frequência das crises é variável, mas elas têm sido mais frequentes nos últimos 2 anos.

Pela classificação da ILAE 2017, é correto classificar as crises epiléticas dessa paciente como:

- (A) início generalizado motor tônico-clônico;
- (B) início generalizado não motor atípica;
- (C) início focal motor disperceptivo com evolução tônico-clônica bilateral;
- (D) início desconhecido não motor com parada comportamental;
- (E) início focal não motor perceptivo com generalização secundária.

48

Criança de 5 anos de idade vem apresentando, na escola, episódios em que não responde quando é chamada, mantendo olhar fixo, com duração de segundos. A professora observa movimentos despropositados nos dedos das mãos e piscamentos. Esses episódios ocorrem 3 ou 4 vezes ao dia. Nascida de parto sem intercorrências, com desenvolvimento psicomotor normal até o momento. O exame neurológico é normal. O EEG mostra paroxismos frequentes de pontas ondas a 3 ciclos por segundo. Iniciou anticonvulsivante (carbamazepina 200 mg/dia) com aumento da frequência das crises.

As crises descritas são sugestivas do seguinte tipo de epilepsia:

- (A) do lobo temporal;
- (B) do lobo frontal;
- (C) generalizada motora atônica;
- (D) generalizada não motora atípica;
- (E) generalizada não motora típica.

49

Mulher de 65 anos, hipertensa, apresentou, subitamente, perda de força em dimídio direito. Levada à emergência após duas horas do início dos sintomas, está acordada, não pronuncia nenhuma palavra e obedece a ordens verbais simples como abrir a boca e fechar os olhos. O médico confirma o déficit motor e observa desvio da comissura labial para a esquerda. PA = 210 x 120, FC = 80 bpm e ritmo cardíaco regular. A TC de crânio, realizada após 1 hora da entrada no hospital, evidenciou hipodensidade em região fronto-parietal esquerda (ASPECT = 9). Iniciada medicação anti-hipertensiva venosa e colhido exame de sangue. Após 1 hora, a PA estava 190 X 105 mmHg. Exames laboratoriais em andamento.

Em relação à conduta terapêutica de fase aguda, é correto afirmar que, neste momento:

- (A) está indicado tratamento com trombolítico alteplase;
- (B) está contraindicado tratamento com trombolítico alteplase, pois a paciente está fora da janela terapêutica;
- (C) está contraindicado tratamento com trombolítico alteplase, devido a hipertensão arterial;
- (D) está contraindicado tratamento com trombolítico alteplase, devido às alterações da tomografia computadorizada;
- (E) está contraindicado tratamento com trombolítico alteplase, pois ainda não há informações sobre o coagulograma.

50

Paciente feminina de 18 anos é levada ao neurologista com quadro de curso progressivo há 2 anos, de desequilíbrio de marcha e incoordenação motora apendicular, dificultando as atividades de vida diária. Ao exame são identificados nistagmo às miradas horizontais, disartria, dismetria nos quatro membros, arreflexia profunda, reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateral e apalestesia distal em membros inferiores. Diagnóstico prévio de escoliose, sem outras comorbidades. Não há história familiar. Os pais são primos.

Uma causa genética foi aventada e confirmada com o seguinte exame:

- (A) expansão GAA no gene FXN localizado no cromossomo 9q13;
- (B) expansão CAG no gene CACNA1A localizado no cromossomo 19q13;
- (C) expansão CAG no gene ATXN3 localizado no cromossomo 14q.32.1;
- (D) atrofia cerebelar na ressonância magnética de crânio;
- (E) hipersinal nas fibras transversas na ponte na ressonância magnética de crânio.

51

Homem, 38 anos, sem comorbidades prévias, procura pronto-socorro com queixa de dormência e formigamento nos pés associados a lombalgia iniciados há 3 dias. Foi avaliado e liberado para casa com analgesia. Uma semana depois, ele retorna com incapacidade para deambular e dormência nas mãos há 24 horas. Ao exame, apresenta paraparesia (MRC=2), reflexos aquileus e patelares abolidos, sinal de Lasegue positivo bilateralmente e exame da sensibilidade normal.

Nesse cenário clínico, a confirmação do diagnóstico depende de:

- (A) exame de ressonância magnética de coluna torácica mostrando lesão medular;
- (B) exame do liquor com aumento de proteínas e celularidade normal;
- (C) exame de ressonância magnética da coluna cervical mostrando mielopatia espondilótica;
- (D) exame do liquor com pleocitose e aumento de proteínas;
- (E) exame de ressonância magnética de coluna lombossacra para identificar hérnia de disco extrusa L5-S1.

52

Homem de 78 anos, em uso de AAS por conta de uma coronariopatia, tropeça na rua, cai e sofre trauma frontoparietal à direita com formação de hematoma subgaleal. Na emergência, faz RX de crânio, que se mostra normal, e é liberado. Após 30 dias, passa a apresentar sonolência e confusão mental, e a andar com dificuldade. É levado ao hospital, sendo identificado no exame neurológico Glasgow 13 (abertura ocular = 4, resposta verbal = 4, resposta motora = 5), além de hemiparesia à esquerda. É submetido a TC de crânio, que confirma o diagnóstico de hematoma subdural crônico.

A imagem tomográfica é descrita como:

- (A) coleção hiperdensa intra-axial frontal à esquerda;
- (B) coleção hipodensa extra-axial em formato côncavo-convexo frontoparietal à direita;
- (C) coleção hiperdensa extra-axial em região frontotemporoparietal à esquerda;
- (D) coleção hipodensa extra-axial em região frontotemporoparietal bilateral;
- (E) coleção hipodensa intra-axial em região frontotemporoooccipitoparietal à esquerda.

53

Mulher de 45 anos de idade, afrodescendente, apresenta quadro de perda visual grave em olho esquerdo de instalação subaguda. Procura oftalmologista, que constata grave comprometimento da acuidade visual e edema de papila em olho esquerdo. Solicita exames, que afastam etiologia isquêmica ou infecciosa. A RM de crânio mostrou hipersinal em FLAIR em nervos ópticos com captação de gadolínio em T1, sem alterações no parênquima cerebral. Diante da suspeita de síndrome do espectro da neuromielite óptica, realizou pesquisa do anticorpo antiaquaporina 4, que foi negativa. Após 6 meses evoluiu com quadro de soluços e vômitos intratáveis, apesar do uso de vários medicamentos sintomáticos, chegando a perder peso. Esse quadro durou 1 mês e melhorou espontaneamente. Realizou RM de crânio e levou o exame ao neurologista, sendo diagnosticada com neuromielite óptica.

A lesão encontrada que definiu o diagnóstico estava localizada em:

- (A) teto do mesencéfalo;
- (B) região anterior da ponte;
- (C) região periaquedutal;
- (D) região anterolateral do bulbo;
- (E) extensão caudal do assoalho do 4º ventrículo.

54

Menino de 5 anos, previamente saudável, é trazido de madrugada à emergência pelos pais. Há 24 horas iniciou quadro de inapetência, cefaleia, vômitos e febre. O quadro foi considerado pelo pediatra como virose. No entanto, o paciente apresentou crise convulsiva generalizada há 1 hora e desde então está sonolento, levantando a suspeita de meningite.

Para confirmação desse diagnóstico, as manobras semiológicas a serem realizadas são:

- (A) manobras de Gowers e Brudzinski;
- (B) manobras de Lasègue e Mingazzinni;
- (C) manobras de Barré e Kernig;
- (D) movimentação ativa da nuca e manobra de Lasègue;
- (E) movimentação passiva da nuca e manobra de Kernig.

55

Paciente, 30 anos, sexo feminino, obesa e tabagista, procura avaliação neurológica com queixa de dor em queimação na região palmar da mão direita, que se estende do 1º dedo à metade radial do 4º dedo. A dor é mais intensa à noite. Ao exame, observa-se discreta atrofia da região tenar e incapacidade de realizar a oponência do polegar.

O diagnóstico topográfico é consistente com nervo:

- (A) ulnar;
- (B) mediano;
- (C) radial;
- (D) axilar;
- (E) musculocutâneo.

56

Paciente feminina, 53 anos, vai à consulta médica com quadro de dificuldade de nomear objetos e construir frases há aproximadamente 2 anos. Mais recentemente, tem estado desorganizada, deixa alimentos estragando na geladeira e às vezes não consegue fazer a comida da forma correta. Quando questionados sobre o comportamento, familiares confirmam que está diferente, estando a paciente se insinuando para o vizinho, o que está gerando conflitos com o marido. A avaliação neuropsicológica evidenciou comprometimento de múltiplos domínios cognitivos, com predomínio de linguagem e funções executivas. Foram excluídas causas tratáveis de demência. Considerando dados demográficos e domínios cognitivos afetados, foi feita uma hipótese etiológica.

Sobre essa doença, é correto afirmar que:

- (A) associação com doença do neurônio motor está relacionada a mutação genética no gene C9orf72;
- (B) a ressonância magnética de crânio mostra atrofia de hipocampus e lobos frontais precocemente;
- (C) anticorpos monoclonais, quando iniciados precocemente, produzem retardo da perda cognitiva em 30%;
- (D) biomarcadores são encontrados no sangue e no líquido, e o padrão é redução da proteína Tau e Tau fosforilada;
- (E) o PET-CT com marcador para beta-amiloide é hoje considerado padrão-ouro para o diagnóstico.

57

Paciente de 75 anos tem diagnóstico de doença de Parkinson idiopática há 6 anos. Faz uso de levodopa na dose de 150 mg quatro vezes ao dia com intervalo de 6 horas entre as doses. A latência de efeito é de 30 minutos e a duração do efeito é de 3 horas; assim, cerca de 1 hora e meia antes da dose seguinte, ele evolui com acentuação do tremor e rigidez em membros superiores e dificuldade de marcha.

Diante desse quadro, a conduta terapêutica mais adequada é:

- (A) associar à medicação amantadina 100 mg de 8/8h;
- (B) reduzir a dose total da levodopa;
- (C) associar à medicação biperideno 2 mg de 8/8h;
- (D) reduzir o intervalo entre as doses;
- (E) orientar administração da levodopa com as refeições.

58

Cláudio, 70 anos, advogado, apresenta, nos últimos 12 meses, quadro de esquecimento de fatos recentes. Relata esquecer onde estão objetos de uso corriqueiro como chaves, óculos e celular; esquece, também, compromissos importantes e tem contas acumuladas por falta de pagamento. Realizou RM de crânio, que evidenciou microangiopatia incipiente. Exames laboratoriais, incluindo sorologias, função tireoidiana e vitamina B12, estão dentro dos parâmetros normais.

Diante da suspeita de doença de Alzheimer, foi solicitado um biomarcador, sendo então confirmado esse diagnóstico com a seguinte alteração:

- (A) cintilografia de perfusão cerebral mostrando hipometabolismo em lobos temporais;
- (B) PET-CT com 18F-FDG mostrando hipermetabolismo glicolítico cerebral;
- (C) diminuição de proteína beta-amiloide no exame do líquido;
- (D) índice de probabilidade amiloide 2 (APS2) elevado no líquido;
- (E) aumento de proteína tau e beta-amiloide no exame de sangue.

59

Marcia, 26 anos, comparece ao ambulatório de neurologia relatando que apresentou crise convulsiva tônico-clônica generalizada, tendo sido levada por seu marido ao hospital no dia anterior. Nos dias anteriores à crise, não fez nenhuma atividade diferente do habitual, não tomou qualquer medicação nova e não abusou de álcool. O exame neurológico é normal.

Diante desse cenário, a conduta inicial é:

- (A) prescrever medicação anticonvulsiva, pois se trata de uma epilepsia idiopática;
- (B) solicitar exame de imagem para investigar causa estrutural;
- (C) solicitar vídeo-EEG para confirmar que a paciente teve uma crise epiléptica;
- (D) solicitar exame de líquido para excluir infecções do SNC;
- (E) orientar retorno em caso de nova crise, pois ainda não tem diagnóstico de epilepsia.

60

Paciente de 68 anos, tabagista e hipertenso, é levado por familiares ao serviço de emergência. Informam que ele apresentou quadro de cefaleia e confusão mental súbitos, seguido de perda de consciência. No momento do atendimento, apresentava pressão arterial = 220 x 120 mmHg, abertura ocular e postura em decorticação e emitia sons incompreensíveis ao estímulo doloroso. Apresentava também pupilas anisocóricas e midríase paralítica à direita.

A pontuação da escala de coma de Glasgow do paciente nesse momento é:

- (A) 9;
- (B) 8;
- (C) 7;
- (D) 6;
- (E) 5.

61

Paciente de 25 anos foi diagnosticada com esclerose múltipla remitente-recorrente após apresentar dois surtos, sendo uma neurite óptica e uma síndrome de tronco cerebral, com 6 meses de intervalo entre eles. Houve recuperação completa dos sintomas sem tratamento específico. Ressonância magnética de crânio evidenciou lesões desmielinizantes típicas supra e infratentoriais sem captação de contraste, e, no líquido, foram identificadas bandas oligoclonais. Iniciou tratamento com acetato de glatiramer 40 mg SC, 3 vezes por semana, mas, após 6 meses de uso dessa medicação, apresentou quadro subagudo de dormência e fraqueza no membro superior direito, sendo então prescrita pulsoterapia com metilprednisolona 1.000 mg venoso por 5 dias. Nesse momento, optou-se pela troca do tratamento preventivo para fingolimode 0,5 mg, 1 vez ao dia. Uma contraindicação ao uso do fingolimode é:

- (A) bloqueio átrio-ventricular de segundo grau mobitz tipo II;
- (B) diabetes mellitus sem controle adequado (hemoglobina glicada > 7,0%);
- (C) uso prévio de imunossupressores como azatioprina ou micofenolato de mofetila;
- (D) uso prévio de qualquer anticorpo monoclonal como natalizumabe ou ocrelizumabe;
- (E) diagnóstico de tuberculose latente através do exame de PPD > 5 mm ou IGRA reagente.

62

João Alberto, 50 anos, apresenta, desde os 40 anos de idade, quadro de cefaleia recorrente. Essas ocorrem praticamente sempre no mesmo horário, despertando o paciente do sono e deixando-o inquieto. Refere que a dor é excruciante em região orbitofrontal esquerda, dura habitualmente cerca de 45 minutos, e está associada a hiperemia conjuntival, ptose palpebral e rinorreia, ipsilaterais. Ao longo dos anos, teve crises de dor intercaladas por períodos sem dor. No entanto, há 1 ano apresenta dor diariamente tanto à noite quando durante o dia. Diante desse cenário, deve-se orientar:

- (A) o tratamento abortivo com naratriptano e o preventivo com amitriptilina;
- (B) o tratamento abortivo com prednisona e o preventivo com propranolol;
- (C) o tratamento abortivo com sumatriptano subcutâneo e o preventivo com topiramato;
- (D) o tratamento abortivo com AINE e o preventivo com lítio;
- (E) o tratamento abortivo com oxigenioterapia e o preventivo com verapamil.

63

Paciente de 68 anos apresenta quadro agudo de dor no olho direito, acompanhado de ptose e paralisia para adução e movimentos verticais desse olho. Ao exame neurológico, observam-se as alterações citadas, estrabismo divergente do olho direito ao repouso e preservação do reflexo fotomotor direito e consensual. Não há outras alterações neurológicas.

Uma hipótese etiológica para este quadro é:

- (A) hanseníase;
- (B) miastenia grave;
- (C) diabetes mellitus;
- (D) trombose de seio cavernoso;
- (E) ruptura de aneurisma de artéria comunicante posterior.

64

Um paciente de 70 anos dá entrada na emergência após queda da própria altura e trauma em região occipital. Familiares informam ao médico que ele tem apresentado quedas nos últimos 12 meses por desequilíbrio, além de alterações comportamentais como impulsividade e anosognosia. Um neurologista é chamado para avaliar o paciente e constata ao exame neurológico: força preservada nos 4 membros, reflexos vivos globalmente, rigidez plástica e bradicinesia bilateral em membros superiores, simétrica, instabilidade postural ao *pull-test* (paciente cai se não amparado pelo examinador) e restrição do olhar vertical inferior.

Nesse momento, o paciente é encaminhado para acompanhamento ambulatorial com a seguinte hipótese diagnóstica:

- (A) doença de Parkinson;
- (B) atrofia de múltiplos sistemas;
- (C) degeneração corticobasal;
- (D) paralisia supranuclear progressiva;
- (E) demência por corpos de Lewy.

65

Uma paciente de 8 anos é levada pelos pais a consulta com neurologista. Observam que, desde que ela adquiriu marcha, tinha dificuldade principalmente para pular, correr e subir escadas. Relatam que o quadro tem piorado lentamente, e hoje ela tem quedas frequentes e deambula com assistência de terceiros. Negam queixas cognitivas, afirmando que a filha tem bom desempenho escolar. De história familiar, informam que duas tias maternas tiveram pé equino na infância, e uma delas fez alongamento de tendão e tem dificuldade de locomoção. Ao exame neurológico, apresenta pés cavos, tetraparesia de predomínio distal, hipoestesia dolorosa em bota de cano curto, hipopalestesia distal em membros inferiores e marcha escarvante com apoio unilateral. O teste genético detectou duplicação do gene PMP22 no cromossomo 17.

Quanto ao diagnóstico, é correto afirmar que se trata:

- (A) de uma doença autossômica recessiva;
- (B) do tipo mais frequente de polineuropatia hereditária;
- (C) de uma polineuropatia sensitivo-motora axonal;
- (D) de uma doença mitocondrial ligada a mutação do DNA nuclear;
- (E) de uma polineuropatia adquirida já que a mutação encontrada não causa polineuropatia.

66

Um paciente de 60 anos queixa-se de parestesias e dor em pés iniciadas há mais de 3 anos, que vêm se agravando lentamente e afetaram as mãos no último ano. O exame neurológico demonstra leve hipoestesia tátil, térmica e dolorosa distalmente abaixo dos cotovelos e joelhos. Apresenta força grau V nos 4 membros com reflexos preservados bilateralmente e propriocepção preservada. Não há comorbidades conhecidas.

Quanto à investigação desse tipo de neuropatia, é correto afirmar que:

- (A) diabetes e síndrome de Sjogren devem ser pesquisados;
- (B) eletroneuromiografia mostra radiculopatia cervical e lombar;
- (C) exame do liquor demonstra aumento de proteínas com celularidade normal;
- (D) pesquisa de infecções crônicas não faz parte da investigação;
- (E) eletroneuromiografia demonstra comprometimento de fibras grossas mielinizadas.

67

Um paciente de 45 anos, casado, sem comorbidades, procura serviço de reabilitação por estar apresentando desequilíbrio de marcha há 1 ano. Já teve algumas quedas e tem necessitado de assistência da esposa para deambular em ambiente comunitário. Nega dor, dormências ou alteração do controle urinário. Ao exame, é observada marcha típica tabética. A força é grau V nos 4 membros, com arreflexia global. Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa estão preservadas. Apresenta apalestesia distal e erra posição segmentar em membros inferiores. Dismetria calcâneo-jelho bilateral, que se acentua com os olhos fechados. Sinal de Romberg positivo. Em investigação, foi diagnosticado com neuroinfecção após exame do líquor.

O tratamento adequado para o paciente, instituído na ocasião, foi:

- (A) penicilina benzatina IM em dose única;
- (B) anfotericina B IV por 14 dias;
- (C) penicilina G cristalina IV por 14 dias;
- (D) ceftraixona 1g IV por 7 dias;
- (E) penicilina benzatina IM 1x na semana por 3 semanas.

68

Um paciente de 78 anos, engenheiro aposentado, procura neurologista por estar apresentando lapsos de memória há 1 ano e está muito incomodado com isso. Esquece onde coloca objetos, nomes de pessoas, lugares onde comeu, momentos de viagens e itens para comprar no mercado, por exemplo. Mantém sua rotina de trabalho e exercícios, além de ajudar a cuidar dos netos. Nega qualquer prejuízo nessas atividades e continua administrando seu dinheiro. A avaliação cognitiva de triagem, com miniexame do estado mental, foi 29/30. Avaliação neuropsicológica evidenciou eficiência intelectual esperada para a idade e escolaridade.

Diante desse cenário, é correto afirmar que o paciente tem diagnóstico de:

- (A) comprometimento cognitivo subjetivo;
- (B) demência em fase inicial;
- (C) comprometimento cognitivo leve;
- (D) um distúrbio neurocognitivo maior;
- (E) pseudodemência.

69

Um paciente de 30 anos apresenta, há 6 meses, quadro progressivo de dificuldade para fechar o olho direito e boca entortando para a esquerda. Ao exame neurológico, são identificados lagoftalmia à direita, apagamento do sulco nasolabial à direita e desvio da comissura labial para a esquerda. Não há outras alterações.

O diagnóstico topográfico é lesão:

- (A) em área motora cortical à esquerda por AVC isquêmico carotídeo;
- (B) do nervo facial, à direita, em seu trajeto no canal do facial dentro do rochedo de etiologia idiopática;
- (C) em ponte à esquerda por tumor do ângulo ponto cerebelar;
- (D) do nervo facial, à direita, no seu trajeto após o forâmen estilo mastoideo por tumor de parótida;
- (E) ramuscular no nervo facial esquerdo no andar superior da face por traumatismo prévio.

70

Maria Eduarda, 45 anos, com história prévia de migrânea, apresenta cefaleia de início súbito de forte intensidade com náuseas, vômitos e perda de consciência. Ao exame, está sonolenta e com resistência na movimentação passiva do pescoço. PA = 120 x 80 mmHg, FC = 90 bpm, afebril. A conduta inicial foi solicitar imediatamente uma tomografia de crânio, que se revelou normal.

Frente a esse cenário clínico, a conduta a ser tomada é:

- (A) prescrever analgesia e dar alta para a paciente, pois as causas graves de cefaleia foram excluídas;
- (B) repetir a tomografia de crânio sem contraste após 12 horas para identificar sangramento tardio;
- (C) solicitar uma punção lombar para análise do líquor para avaliar presença de meningite;
- (D) solicitar uma punção lombar para análise do líquor para avaliar presença de sangue;
- (E) solicitar tomografia de crânio com contraste para aumentar a sensibilidade do método à presença de sangue.

71

Um homem de 72 anos procura ambulatório de neurologia encaminhado da Estratégia de Saúde da Família. Segundo familiares, ele já tem diagnóstico estabelecido de doença de Parkinson há 5 anos e tem bom controle dos sintomas motores com levodopa 100 mg de 6/6h, pramipexol 1 mg de 8/8h e biperideno 2 mg de 8/8h. Nos últimos dois meses, no entanto, está apresentando alucinações visuais e delírios de perseguição e traição, além de dificuldade para resolver problemas e administrar suas finanças.

A ocorrência desses sintomas, nesse paciente, deve ser atribuída inicialmente a:

- (A) polifarmácia, sendo indicada redução gradual de pramipexol e biperideno;
- (B) excesso de levodopa, sendo indicado reduzir a dose dessa medicação;
- (C) demência na doença de Parkinson, sendo indicado início de risperidona;
- (D) hipostimulação dopaminérgica, sendo indicado aumento da levodopa;
- (E) síndrome de disregulação dopaminérgica, sendo indicado suspender o pramipexol.

72

Um paciente, vítima de TCE, é admitido na emergência já intubado pelo socorrista. A avaliação neurológica inicial evidencia escala de coma de Glasgow de 3, ausência dos reflexos de tronco encefálico e reflexos profundos presentes.

Para o diagnóstico de morte encefálica, é correto afirmar que:

- (A) o teste da apneia deve ser negativo;
- (B) um pré-requisito é temperatura superior a 35 °C;
- (C) sedação não interfere no exame clínico;
- (D) são obrigatórios dois exames clínicos feitos por neurologistas, com intervalo de 1 hora;
- (E) a presença de reflexos profundos indica atividade supraespinhal e exclui o diagnóstico de morte encefálica.

73

Um homem de 68 anos, hipertenso, é encontrado em casa inconsciente, respirando espontaneamente com ritmo cardíaco regular. Avaliado pela escala de Glasgow, a pontuação foi: resposta ocular (1), resposta verbal (1) e resposta motora (1). Foi levado para o serviço de emergência, onde foi intubado e acoplado ao ventilador. Aos poucos, foi abrindo os olhos e recuperando a consciência, e pôde também ser extubado. No quarto o neurologista encontrou as seguintes alterações ao exame: tetraplegia espástica; abertura ocular espontânea e, sob comando, movimentação dos olhos em todas as direções com discreta paresia na abdução bilateralmente; pupilas isocóricas e fotorreagentes; paresia facial bilateral; anartria; alimentação por gastrostomia.

A RM de crânio confirmou a lesão isquêmica vascular na seguinte topografia:

- (A) mesencéfalo central, território de artéria de Percheron;
- (B) face anterior do bulbo, território de artéria vertebral dominante;
- (C) lobo occipital bilateral por oclusão do topo da artéria basilar;
- (D) lobo frontal bilateral, território de artéria comunicante anterior;
- (E) face anterior da ponte, território de artéria basilar.

74

Uma mulher de 50 anos procura clínico geral porque vem apresentando dor de cabeça contínua há mais de 1 mês. A dor é holocraniana, de intensidade moderada. Na última semana, apresentou episódios de vômitos e mal-estar. Por mais de uma vez, durante este mês, sentiu por minutos um cheiro desagradável em associação com sensação de "desconhecimento" do ambiente, e hoje, pela manhã, após sentir o cheiro ruim, apresentou, segundo a família, uma convulsão. Na emergência, o exame neurológico era normal, exceto por edema de papila bilateral ao exame do fundo do olho.

A conduta obrigatória neste momento é:

- (A) solicitar angiografia para investigar aneurisma cerebral;
- (B) solicitar TC de crânio para investigar a síndrome de hipertensão intracraniana;
- (C) solicitar exame do líquido para avaliar a pressão intracraniana;
- (D) iniciar amitriptilina para tratamento de enxaqueca com aura;
- (E) iniciar medicação anticonvulsiva para tratamento da epilepsia idiopática.

75

Num posto de saúde, dá entrada uma mulher de 50 anos, após ter tido em casa uma convulsão com recuperação da consciência após alguns minutos. O exame neurológico é normal e a paciente é deixada em observação após realizar exames de sangue e ser colocada em hidratação venosa. Após 1 hora, apresenta uma crise generalizada tônico-clônica que dura 2 minutos, seguida de coma pós-comicial. Abalos tônico-clônicos retornam após alguns minutos e não cessam com administração de diazepam 20 mg IV.

A conduta a seguir é:

- (A) repetir o benzodiazepínico IV após 30 minutos;
- (B) iniciar fenitoína na dose de 15 mg/kg IV, diluída em soro glicosado a 5%, administrada em bolus;
- (C) iniciar fenobarbital 20 mg/kg diluído em soro fisiológico 0,9%, numa velocidade de 100 mg/min;
- (D) iniciar hidantal na dose de 20 mg/kg IV, diluído em soro fisiológico 0,9% e administrado numa velocidade de infusão de 50 mg/min;
- (E) transferir a paciente para hospital com CTI, uma vez que o esquema com drogas antiépiléticas IV é administrado com paciente entubado.

76

Paciente de 55 anos está apresentando fraqueza nas mãos há 1 ano. O quadro iniciou na mão direita e alguns meses depois, passou para a mão esquerda. Ao exame, são observadas paresia de pinça, abdução e flexão dos dedos das mãos mais acentuada à direita. Atrofia de região tenar na mão direita. Reflexos profundos abolidos em membros superiores e vivos em membros inferiores com reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateral. Sem outras alterações. Traz à consulta ressonância magnética de crânio e coluna cervical normais.

O padrão eletroneuromiográfico que confirma a síndrome do segundo neurônio motor é:

- (A) bloqueio de condução motora;
- (B) redução de amplitude do potencial de ação motor;
- (C) ondas agudas positivas no exame de agulha;
- (D) decremento dos potenciais de ação à estimulação repetitiva;
- (E) redução da velocidade de condução do nervo motor.

77

Um paciente de 7 anos apresenta fraqueza muscular progressiva de membros inferiores iniciada aos cinco anos de idade. Atualmente, é incapaz de subir escadas e necessita de apoio para marcha. Ao exame, observa-se tetraparesia e atrofia muscular proximal e hipertrofia de panturrilhas. Nervos cranianos e sensibilidade superficial e profunda sem alterações.

Em relação à principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que:

- (A) o nível sérico de CK é muito elevado;
- (B) a biópsia muscular demonstra ausência de calpaína;
- (C) trata-se de uma doença de herança autossômica dominante;
- (D) a musculatura cardíaca não é afetada nessa doença;
- (E) ausência de deleção do gene DMD exclui o diagnóstico.

78

Uma mulher de 50 anos sofre TCE por bala perdida com fratura de osso frontal e lesão de áreas da face lateral do cérebro, à esquerda. Atendida na emergência, está acordada.

O exame neurológico identifica as seguintes síndromes neurológicas:

- (A) hemiparesia à direita e afasia motora;
- (B) hemianopsia homônima à direita e hemiparesia à direita;
- (C) paralisia facial central à direita, monoparesia do membro superior direito e afasia motora;
- (D) hemianestesia à direita, hemiparesia à direita, agrafia e alexia;
- (E) heminegligência à direita, agnosia de dedos e desorientação direita-esquerda.

79

Paciente de 72 anos procura neurologista para uma segunda opinião quanto a um quadro de desequilíbrio de marcha que vem evoluindo há 2 anos. Relata piora progressiva: inicialmente conseguia deambular sem ajuda, mas depois passou a necessitar de uma bengala e há 6 meses está usando um andador. Nega queixas cognitivas. Quando questionado sobre o controle urinário, informa que está apresentando urgência miccional há 6 meses. Foi diagnosticado inicialmente com doença de Parkinson, mas não teve melhora com as medicações prescritas. O exame neurológico evidencia marcha com base alargada, passos curtos, instabilidade às mudanças de direção e instabilidade postural ao *pull-test*, necessitando ser amparado. Nervos cranianos, força, reflexos, tônus, sensibilidade e coordenação não mostram anormalidades objetivas.

A investigação complementar estabelece o diagnóstico ao identificar, em exame de neuroimagem:

- (A) hematoma subdural bilateral;
- (B) mielopatia espondilótica cervical;
- (C) atrofia ponto-cerebelar e sinal cruciforme na ponte;
- (D) aumento ex-vácuo dos ventrículos laterais;
- (E) dilatação dos ventrículos laterais desproporcional à atrofia cerebral.

80

Uma mulher de 20 anos com crises intermitentes de enxaqueca desde os 12 anos passa, há 2 meses, a apresentar dor de cabeça holocraniana diária. Usa os analgésicos habituais com muita frequência e não melhora. Após 1 mês, começa a apresentar vômitos matinais. Decide procurar oftalmologista, e o exame mostra perda de nitidez dos bordos da papila bilateralmente. A TC de crânio é normal.

Diante desse quadro, a principal hipótese diagnóstica é:

- (A) enxaqueca complicada pelo abuso de analgésico, levando a cefaleia crônica diária;
- (B) síndrome de hipotensão liquórica por fístula dural, sendo indicado blood patch;
- (C) síndrome de pseudotumor cerebral, a ser confirmada por medida da pressão do líquido maior do que 20 cm de água;
- (D) síndrome de irritação meníngea de etiologia a ser confirmada por exame do líquido;
- (E) síndrome de hipertensão intracraniana secundária a dissecação carotídea, sendo indicado doppler de carótidas.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

