

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ANO ADICIONAL

NEUROLOGIA

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



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 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 prova!

Neurologia

1

Homem de 67 anos, previamente hipertenso e tabagista, é levado à emergência por sua esposa após apresentar déficit súbito de força no lado direito do corpo e dificuldade para falar, iniciados há aproximadamente uma hora e quarenta minutos.

No exame, está afásico, com hemiplegia a direita. NIHSS = 16. PA: 190 × 100 mmHg, FC: 78 bpm, glicemia capilar: 112 mg/dL. ECG sem alterações agudas. TC de crânio sem sinais de sangramento, mostrando hipodensidade sutil no território da artéria cerebral média esquerda.

A conduta mais apropriada nesse momento é

- (A) contraindicar trombólise devido à hipodensidade precoce no território isquêmico.
- (B) iniciar trombólise endovenosa com alteplase após controle rigoroso da pressão arterial.
- (C) iniciar antiagregante plaquetário, manter PA limítrofe e repetir imagem em 24 horas.
- (D) encaminhar diretamente para trombectomia mecânica, pelo risco de sangramento (NIHSS elevado).
- (E) solicitar nova TC após uma hora para avaliar evolução da área hipodensa antes de decidir trombólise.

2

Mulher de 74 anos, hipertensa e portadora de fibrilação atrial em uso de varfarina, é trazida ao pronto-socorro após apresentar déficit súbito de força em hemicorpo esquerdo e disartria, com início há duas horas. Ao exame, está consciente, mantendo déficit motor faciobraquicrural a esquerda e NIHSS = 12. Pressão arterial: 156 × 88 mmHg. ECG: fibrilação atrial. TC de crânio normal. INR atual: 2,1.

Diante do quadro apresentado, a conduta mais adequada é

- (A) administrar aspirina e controlar PA, pois não há indicação de tratamento agudo.
- (B) tratamento com heparina de baixo peso molecular pelo mecanismo do AVC.
- (C) iniciar trombólise endovenosa com alteplase, pois está dentro da janela de 4,5 horas.
- (D) encaminhar diretamente para trombectomia mecânica, independente da neuroimagem.
- (E) contraindicar trombólise endovenosa devido ao uso de anticoagulação com INR elevado.

3

Um paciente de 54 anos, vítima de traumatismo cranioencefálico grave, encontra-se em unidade de terapia intensiva, intubado, com Glasgow 3, sem respiração espontânea, e sem reflexos de tronco cerebral. A temperatura corporal está mantida acima de 35 °C e não há uso de sedativos nas últimas 24 horas.

Para a confirmação do diagnóstico de morte encefálica, é necessário

- (A) eletroencefalograma com descargas epileptiformes.
- (B) doppler transcraniano com velocidade aumentada.
- (C) presença de reflexo corneano bilateral preservado.
- (D) confirmação por tomografia de crânio mostrando edema difuso.
- (E) exame clínico repetido por dois médicos com intervalo mínimo, testes de apneia e exames complementares, se necessários.

4

Um homem de 30 anos permanece em coma por três semanas após acidente de trânsito. Atualmente, abre os olhos espontaneamente e apresenta fixação ocular transitória a estímulos visuais, mas não se comunica nem executa comandos motores.

Com base nas definições atuais de transtornos da consciência, o paciente se encontra em

- (A) coma profundo.
- (B) morte encefálica.
- (C) estado vegetativo persistente.
- (D) estado de consciência mínima.
- (E) síndrome de trancamento (*locked-in*).

5

A foice do cérebro é uma estrutura que resulta de pregas da(o)

- (A) pia-máter.
- (B) dura-máter.
- (C) aracnoide.
- (D) lâmina cribiforme.
- (E) lâmina periosteal externa.

6

Paciente masculino, 79 anos, em uso de antiagregante plaquetário sofreu traumatismo craniano encefálico, evoluiu com alteração do nível de consciência. Foi realizado exame de imagem que identificou a presença de hematoma subdural.

Nesse caso, esse hematoma localiza-se entre

- (A) a aracnoide e a pia-máter.
- (B) a dura-máter e a aracnoide.
- (C) a pia-máter e o tecido encefálico.
- (D) a tábua interna do crânio e a dura-máter.
- (E) a lâmina meníngea interna e a periosteal externa da dura-máter.

7

Homem de 76 anos, com histórico de declínio cognitivo progressivo nos últimos dois anos, apresenta episódios recorrentes de confusão mental flutuante, com períodos de atenção normal alternando com desorientação súbita.

Ao exame, apresenta rigidez com roda dentada em membros superiores e leve tremor de repouso na mão direita. Nas últimas semanas, passou a relatar com frequência que “*vê pessoas dentro de casa*”, descrevendo figuras humanas bem definidas, como “*uma mulher de vestido azul sentada no sofá*”. Os familiares relatam que ele, em alguns momentos, reconhece que as visões não são reais.

Diante do quadro clínico apresentado, a conduta inicial mais adequada é

- (A) iniciar quetiapina imediatamente, como primeira linha para alucinações em idosos.
- (B) prescrever clozapina, com controle hematológico semanal, mesmo sendo um caso leve.
- (C) prescrever memantina, por seu efeito modulador sobre alterações comportamentais.
- (D) iniciar haloperidol em baixa dose, por sua eficácia em controlar sintomas psicóticos.
- (E) introduzir inibidor da colinesterase, que pode reduzir os sintomas psicóticos e obter melhora cognitiva.

8

Homem de 76 anos, previamente hígido, é admitido com quadro súbito de afasia e hemiparesia direita há uma hora e quarenta minutos. NIHSS inicial: 11. Após avaliação clínica e exclusão de contraindicações, é iniciada trombólise endovenosa com alteplase. Aproximadamente 40 minutos após o início da infusão, o paciente evolui com rebaixamento do nível de consciência. Uma tomografia de crânio de urgência mostra imagem hiperdensa em região fronto-parietal a esquerda.

Diante desse quadro, a melhor conduta terapêutica imediata é

- (A) suspender a trombólise e administrar crioprecipitado.
- (B) administrar protamina para antagonizar o efeito do alteplase.
- (C) manter a trombólise pois trata-se da evolução do AVC isquêmico.
- (D) iniciar dexametasona em altas doses para reduzir o edema vasogênico.
- (E) iniciar heparina não fracionada para reduzir o risco de novas trombozes cerebrais.

9

Homem de 62 anos, hipertenso e tabagista, é atendido na emergência após episódio súbito de vertigem intensa, náuseas e vômitos, associado a queda ao tentar caminhar. Relata também dormência na face do lado direito e dormência no corpo do lado esquerdo.

Ao exame, apresenta nistagmo horizontal-rotatório, disartria leve, ptose palpebral e miose à direita, além de ataxia em dimídio direito. Os pares cranianos estão preservados, exceto por hipostesia na hemiface direita. Não há déficit motor focal.

Com base nesse quadro clínico, a hipótese mais provável é

- (A) infarto cerebelar a direita, com compressão de estruturas do tronco.
- (B) AVC lacunar de cápsula interna esquerda, com déficit sensitivo puro.
- (C) neurite vestibular associada à neuropatia periférica diabética.
- (D) AVC isquêmico de tronco cerebral, com infarto no bulbo lateral direito.
- (E) tumor de ângulo ponto-cerebelar com compressão progressiva de nervos cranianos.

10

Um paciente com hematoma temporal à esquerda evolui com rebaixamento do nível de consciência, midríase fixa à esquerda e hemiparesia à direita.

A alteração pupilar descrita decorre da compressão

- (A) do nervo óptico bilateral.
- (B) do nervo abducente ipsilateral.
- (C) da cápsula interna contralateral.
- (D) do nervo oculomotor ipsilateral.
- (E) do núcleo de Edinger-Westphal contralateral.

11

Uma mulher de 45 anos apresenta cefaleia súbita e intensa e é atendido na emergência. A tomografia de crânio revela imagem hiperdensa na cisterna interpeduncular. Angiografia cerebral identifica aneurisma de artéria comunicante posterior.

Entre os achados clínicos esperados nessa localização aneurismática estão

- (A) hemiplegia direita e rigidez de nuca.
- (B) nistagmo horizontal e sinal de Kernig.
- (C) síndrome bulbar com disartria e disfagia.
- (D) hemianopsia bitemporal e sinal de Lasegue.
- (E) oftalmoplegia de III nervo e sinal de Brudzinski.

12

Gestante no terceiro trimestre apresenta cefaleia intensa, náuseas, e convulsão tônico-clônica generalizada. A ressonância magnética com angio-RM revela trombose do seio sagital superior. Não há história anterior de trombofilia.

A conduta inicial mais adequada para essa paciente é

- (A) dexametasona intravenosa e repouso absoluto.
- (B) cesárea de urgência para prevenção de eclâmpsia.
- (C) anticoagulação com heparina de baixo peso molecular.
- (D) coleta de liquor para diagnóstico diferencial com meningite.
- (E) administração de anticonvulsivantes e trombólise com alteplase.

13

Um paciente de 60 anos foi submetido ao exame neurológico. Entre as várias manobras realizadas solicitou-se que ele andasse em tandem.

Para isso, o paciente necessita caminhar

- (A) para trás.
- (B) em zigue-zague.
- (C) normalmente, de olhos fechados.
- (D) normalmente, de olhos abertos.
- (E) em linha reta, colocando um pé imediatamente à frente do outro.

14

Uma paciente feminina, 76 anos, hipertensa, tabagista, sofreu um acidente vascular cerebral encefálico e apresentou como seqüela apenas heminegligência.

Entre os sítios anatômicos listados a seguir, assinale aquele que corresponde à localização mais provável da lesão responsável pelo quadro clínico apresentado pela paciente.

- (A) Lobo occipital não dominante.
- (B) Cápsula interna.
- (C) Núcleo subtalâmico.
- (D) Lobo parietal não dominante.
- (E) Área postrema.

15

Ao examinarmos um paciente masculino, 18 anos, com o diagnóstico de síndrome de Gilles de la Tourette, além dos tiques motores e fônicos, identificamos palilalia, o que significa que ele

- (A) gaguejava.
- (B) repetia, sem sentido, palavras ouvidas.
- (C) falava palavras obscenas com muita frequência.
- (D) repetia a própria fala.
- (E) usava neologismos.

16

Adolescente de 16 anos é levada ao neurologista por apresentar, há cerca de 6 meses, episódios de sacudidas breves e involuntárias nos braços, geralmente pela manhã, logo após acordar. Relata que, por vezes, deixa objetos caírem das mãos nesses momentos.

Há duas semanas, apresentou um episódio de “convulsão” ao acordar, após ter dormido tarde e consumido bebidas energéticas em excesso. Não há antecedentes familiares relevantes. Exame neurológico normal. EEG solicitado mostra padrão de ponta-onda generalizada a 4–6 Hz.

O diagnóstico mais provável para esse caso é

- (A) epilepsia do lobo frontal.
- (B) epilepsia rolândica benigna.
- (C) epilepsia do lobo temporal.
- (D) epilepsia mioclônica juvenil.
- (E) epilepsia mioclônica progressiva.

17

Homem de 24 anos, sem comorbidades, é atendido no ambulatório de neurologia com história de um episódio de perda de consciência seguida de abalos tônico-clônicos generalizados com duração de 1 minuto, seguido de sonolência por cerca de 30 minutos, presenciado pela namorada, ocorrido há 15 dias.

Não há história prévia de episódios semelhantes, uso de drogas, álcool, febre ou trauma. Exame físico e neurológico são normais. Tomografia de crânio e exames laboratoriais realizados na emergência, no dia da crise, foram normais. Um EEG interictal de 30 minutos feito no dia seguinte ao episódio foi normal.

Com base nesses dados, a conduta mais adequada é

- (A) encaminhar para avaliação cirúrgica de possível foco cortical epileptogênico.
- (B) iniciar tratamento preventivo com anticonvulsivante pelo diagnóstico de epilepsia.
- (C) solicitar punção lombar para complementar investigação etiológica da crise epiléptica.
- (D) orientar e acompanhar, sem iniciar medicação, pois não há indicação de tratamento preventivo após uma crise única com neuroimagem e EEG normais.
- (E) solicitar vídeo-EEG pela suspeita de pseudocrise e encaminhar para avaliação psiquiátrica.

18

Homem de 73 anos, hipertenso e diabético, é levado à emergência após apresentar um episódio de abalos musculares em hemiface a esquerda que evoluiu rapidamente para o braço e perna do mesmo lado, seguido de perda de consciência e abalos musculares generalizados e liberação esfinteriana que durou 2 minutos. Encontra-se acordado e orientado na avaliação. Lembra-se do ocorrido até perder a consciência. Nega episódios semelhantes anteriormente. Exame neurológico sem déficits focais. A tomografia computadorizada de crânio evidenciou lesão hipodensa na região córtico-subcortical frontal direita, sem sinais de sangramento ou lesões agudas.

De acordo com o cenário descrito, a classificação e a etiologia da crise epiléptica são

- (A) início focal motora perceptiva com evolução tônico-clônico bilateral e etiologia estrutural.
- (B) início generalizado e etiologia idiopática.
- (C) início focal não motora perceptiva com evolução tônico-clônico bilateral com etiologia vascular.
- (D) início focal motora disperceptiva e etiologia autoimune.
- (E) início focal não motora perceptiva e etiologia metabólica.

19

Mulher de 28 anos, com diagnóstico de epilepsia desde a infância, apresenta crises focais disperceptivas com automatismos oromandibulares, algumas com evolução tônico-clônica bilateral. Usa levetiracetam 1500 mg/dia e carbamazepina 800 mg/dia com boa adesão. Apesar disso, mantém cerca de 3 crises por mês, sempre semelhantes, com início noturno. Exame neurológico normal. EEG interictal mostra descargas epileptiformes no lobo temporal esquerdo. A RM de crânio mostra esclerose hipocampal esquerda.

Diante do quadro clínico apresentado, a conduta mais adequada é

- (A) realizar vídeo-EEG e avaliação para possível cirurgia ressectiva.
- (B) substituir levetiracetam por valproato e reavaliar resposta em 6 meses.
- (C) aumentar a dose de carbamazepina e iniciar lamotrigina em associação.
- (D) indicar estimulação do nervo vago como terapia de primeira linha cirúrgica.
- (E) manter o esquema terapêutico atual considerando o bom controle da epilepsia.

20

Paciente de 52 anos subitamente perde a consciência e é levado a emergência, entubado e colocado em ventilação mecânica. Após uma semana, com tratamento de suporte, respira espontaneamente, abre os olhos, realiza movimentos oculares sob comando e reconhece familiares, porém está tetraplégico e anártrico.

Esse quadro clínico é característico de

- (A) paralisia pseudobulbar.
- (B) estado vegetativo persistente.
- (C) encefalopatia metabólica grave.
- (D) coma induzido por hiperglicemia.
- (E) síndrome do encarceramento (*locked-in*).

21

Mulher de 60 anos, hipertensa, apresenta perda visual súbita e indolor no olho esquerdo ao despertar. Fundoscopia mostra disco óptico edemaciado com hemorragias a esquerda. RM de encéfalo com focos esparsos de gliose na substância branca cerebral.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e o principal diagnóstico diferencial.

- (A) Neurite óptica inflamatória, diferenciada pela preservação do disco óptico.
- (B) Retinopatia hipertensiva, diferenciada pela presença de edema de mácula.
- (C) Degeneração macular, diferenciada pela presença de escotoma central bilateral.
- (D) Neuropatia óptica traumática, diferenciada pela ausência de alterações pupilares.
- (E) Neurite ótica isquêmica anterior, diferenciada da neurite óptica inflamatória pela dor ocular e idade mais jovem.

22

Jovem de 22 anos chega à emergência com dor abdominal intensa, constipação e fraqueza muscular progressiva. Evolui com tetraparesia flácida, hiporreflexia e insuficiência respiratória. Urina escurece à luz.

Assinale a opção que apresenta a principal hipótese diagnóstica e o exame de confirmação.

- (A) Botulismo – teste terapêutico com antitoxina.
- (B) Miastenia gravis – dosagem de anticorpos anti-achr.
- (C) Polineuropatia alcoólica – biópsia de nervo periférico.
- (D) Porfíria aguda intermitente – dosagem de porfobilinogênio urinário.
- (E) Guillain-Barré – eletroneuromiografia com padrão desmielinizante.

23

Criança de 4 anos apresenta ataxia progressiva, telangiectasias conjuntivais e infecções respiratórias recorrentes. Exames laboratoriais mostram IgA diminuída e aumento de alfafetoproteína.

O diagnóstico é confirmado por

- (A) teste para fibrose cística.
- (B) estudo genético do gene ATM.
- (C) pesquisa de mutação do gene MECP2.
- (D) dosagem de ceruloplasmina e cobre sérico.
- (E) teste de clastogenicidade por radiação ultravioleta.

24

Entre as opções abaixo listadas, assinale a que **não** é utilizada para avaliar comprometimento das habilidades construcionais.

- (A) copiar um cubo.
- (B) teste do desenho do relógio.
- (C) teste de *digit span*.
- (D) cópia da figura de Rey-Osterrieth.
- (E) copiar pentágonos interligados.

25

Dizemos que o sinal do aplauso está presente quando o paciente continua a bater palmas mesmo após orientação para realizar esse gesto apenas três vezes.

Este tipo de alteração está ligado, em geral, à disfunção

- (A) frontal.
- (B) occipital.
- (C) temporal.
- (D) insular.
- (E) parietal.

26

Um paciente de 59 anos, diabético, hipertenso e com dislipidemia, foi encontrado, por sua esposa, caído no chão de sua residência. Foi transportado, imediatamente, para o serviço de emergência de um hospital geral.

Ao exame neurológico, o paciente apresentava-se com nível de consciência preservado, porém com anartria, ausência de movimentos espontâneos ou em resposta a comandos, exceto pela preservação do movimento ocular vertical e do piscar.

Dentre as opções listadas a seguir, o diagnóstico provável para esse paciente é

- (A) síndrome de Brown-Sequard.
- (B) miastenia gravis.
- (C) mielopatia transversa.
- (D) síndrome do encarceramento (*locked-in syndrome*).
- (E) acidente vascular cerebral isquêmico comprometendo a cápsula interna esquerda.

27

Homem de 69 anos é avaliado por quadro de bradicinesia e rigidez axial, com início há cerca de 1 ano. A marcha é amplamente prejudicada, com quedas frequentes desde os primeiros meses, além de olhar fixo com limitação de movimentos oculares verticais, especialmente na direção para baixo. Refere ainda disfagia precoce e fala arrastada. O tremor de repouso está ausente. Exame neurológico mostra instabilidade postural importante e rigidez cervical.

De acordo com os critérios diagnósticos da MDS para doença de Parkinson, esse quadro clínico deve ser interpretado como

- (A) parkinsonismo vascular com componente extrapiramidal axial.
- (B) parkinsonismo atípico sugestivo de degeneração corticobasal.
- (C) diagnóstico provável de doença de Parkinson, aguardando resposta ao teste com levodopa.
- (D) doença de Parkinson idiopática com evolução atípica inicial, devendo seguir em observação clínica.
- (E) caso com critério de exclusão para doença de Parkinson, altamente sugestivo de paralisia supranuclear progressiva.

28

Mulher de 50 anos em acompanhamento com psiquiatra por depressão, ansiedade e insônia resistente a várias medicações. Há 1 ano usa Neuleptil (periciazinha) com melhora parcial do sono. Há 9 meses vem apresentando, de forma progressiva, quadro de lentificação motora progressiva, rigidez e dificuldade para virar na cama e mudanças de decúbito.

Ao exame, apresenta bradicinesia e rigidez nos 4 membros simétrica. O neurologista deseja esclarecer se a paciente apresenta Doença de Parkinson ou parkinsonismo induzido por antipsicóticos.

Nesse contexto, o exame mais apropriado para ajudar no diagnóstico é

- (A) RM funcional com PET-FDG para avaliar metabolismo estriatal.
- (B) SPECT com TRODAT, que estará normal se for parkinsonismo por neurolépticos.
- (C) eletroneuromiografia para diferenciar tremor essencial de tremor parkinsoniano.
- (D) cintilografia cardíaca com MIBG, que estará reduzida se for parkinsonismo por fármaco.
- (E) teste terapêutico com levodopa em dose alta, que melhora parkinsonismo por fármaco.

29

Homem de 65 anos com doença de Parkinson diagnosticada há 8 anos retorna em acompanhamento com queixa de movimentos involuntários anormais, hiperclônidos e distonia, que surgem cerca de 30 minutos após tomar a levodopa e pioram nos períodos de pico do efeito da medicação.

Refere que há períodos em que a medicação “funciona bem” e outros em que “parece não fazer efeito”, com retorno da rigidez e da lentidão que ocorrem antes da próxima dose. Está em uso de levodopa/benserazida 800 mg/dia divididos em 4 tomadas.

Uma complicação motora observada nesse caso é

- (A) a síndrome de disfunção dopaminérgica, relacionada ao abuso da levodopa.
- (B) a discinesia bifásica, presente nos estágios iniciais da doença de Parkinson.
- (C) a discinesia de fim de dose, associada à falência da via dopaminérgica pós-sináptica.
- (D) a flutuação motora do tipo *on-off*, associada à progressão da doença e à farmacocinética irregular.
- (E) pseudodiscinesia induzida por ansiedade nos períodos ON.

30

Homem de 62 anos é avaliado por quadro progressivo de desequilíbrio, fala arrastada e dificuldade de coordenação dos membros, iniciado há cerca de 18 meses. Refere também episódios de queda da pressão ao se levantar, com tontura, e urgência urinária que iniciaram recentemente.

Ao exame físico, apresenta disartria moderada, ataxia apendicular bilateral e marcha com base alargada. Há também hipertonia plástica nos membros superiores e hiperreflexia global. O exame ocular está preservado. Não há história familiar de doenças neurológicas. A RM mostra atrofia ponto-cerebelar.

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) ataxia espinocerebelar tipo 3 (SCA-3).
- (B) degeneração cerebelar paraneoplásica.
- (C) ataxia de Friedreich de início muito tardio.
- (D) paralisia supranuclear progressiva variante cerebelar.
- (E) atrofia de múltiplos sistemas tipo cerebelar (AMS-C).

31

Idoso de 75 anos desenvolve nos últimos seis meses progressiva alteração da marcha, incontinência urinária e declínio cognitivo. A tomografia mostra ventrículos cerebrais aumentados com sulcos corticais preservados.

Nesse caso, o diagnóstico e a conduta mais adequados são

- (A) parkinsonismo vascular – iniciar levodopa.
- (B) atrofia cortical difusa – indicar tratamento sintomático.
- (C) demência de Alzheimer – iniciar inibidores de acetilcolinesterase.
- (D) demência frontotemporal – encaminhar para avaliação psiquiátrica.
- (E) hidrocefalia de pressão normal – realizar *tap-test* e considerar derivação ventriculoperitoneal.

32

Paciente de 16 anos relata rigidez muscular nos membros desde criança, especialmente após repouso prolongado, que melhora com o movimento contínuo. O pai apresenta sintomas semelhantes.

Ao exame, observa-se retardo no relaxamento após aperto de mãos. Eletromiografia mostra descargas miotônicas.

O diagnóstico e o tratamento são, respectivamente,

- (A) polimiosite juvenil e azatioprina.
- (B) miotonia de Thomsen e carbamazepina.
- (C) miopatia por depósito de glicogênio e fenitoina.
- (D) miopatia mitocondrial proximal e ácido valproico.
- (E) distrofia miotônica de Steiner (tipo 1) e fenobarbital.

33

Homem de 35 anos procura emergência com queixa de diplopia, instabilidade da marcha e diminuição dos reflexos. Relata infecção respiratória 10 dias antes do início dos sintomas. Exame demonstra ataxia, oftalmoparesia bilateral e arreflexia.

A principal hipótese diagnóstica e o tratamento de escolha são

- (A) miastenia gravis e piridostigmina oral.
- (B) esclerose múltipla e imunossupressores.
- (C) síndrome de Miller Fisher e imunoglobulina intravenosa.
- (D) neurite vestibular e antieméticos e reabilitação vestibular.
- (E) encefalite de tronco encefálico e corticoides em altas doses.

34

Mulher de 42 anos apresenta náuseas incoercíveis, vômitos e soluços persistentes há 7 dias. Ressonância magnética mostra lesão hiperintensa em região bulbar posterior, sem restrição à difusão. Sorologia positiva para anticorpos anti-AQP4.

Esse quadro indica o diagnóstico de

- (A) síndrome clínica isolada de tronco cerebral.
- (B) encefalite límbica com síndrome hipotalâmica.
- (C) doença do espectro da neuromielite óptica (NMOSD).
- (D) encefalomielite aguda disseminada pós-vacinal (ADEM).
- (E) a ausência de neurite óptica exclui NMOSD AQP4-positiva.

35

Paciente feminina, 89 anos, previamente hígida, sofreu queda da própria altura com fratura de colo de fêmur à esquerda. Foi internada e estava aguardando o tratamento cirúrgico quando, contando 48 horas do trauma, entrou em coma. Durante o exame neurológico, testou-se a integridade do tronco cerebral.

Para tal, pesquisaram, entre outros reflexos, o córneo-palpebral que testa a integridade dos nervos cranianos:

- (A) III e VII.
- (B) III e V.
- (C) V e VII.
- (D) II e VII.
- (E) II e III.

36

Um paciente masculino de 39 anos foi diagnosticado com doença de Parkinson e iniciou tratamento com rasagilina, após confirmação por especialista em distúrbios do movimento.

Após três meses, apresentou infecção urinária e foi atendido por seu clínico, que foi alertado pelo paciente sobre a contraindicação do uso de um antibiótico específico, que consta na monografia do produto, devido à interação medicamentosa com a rasagilina.

Esse antibiótico é a

- (A) amoxicilina.
- (B) ciprofloxacina.
- (C) nitrofurantoina.
- (D) cefuroxima.
- (E) sulfametoxazol-trimetoprima.

37

Paciente masculino, 58 anos, iniciou quadro parkinsoniano há aproximadamente três anos. Não teve uma boa resposta terapêutica com o uso de levodopa associada a benserazida. Além disso, chamavam atenção a presença do sinal do aplauso, de *retrocollis*, de paralisia do olhar vertical inferior e de quedas precoces, para trás, associada a bradicinesia. Negava doenças prévias e uso de fármacos que pudessem provocar tais sintomas e/ou trauma cranioencefálico de qualquer espécie.

A hipótese diagnóstica mais provável, dentre as opções listadas a seguir, é

- (A) degeneração estriatonigral.
- (B) doença de Parkinson.
- (C) atrofia de múltiplos sistemas.
- (D) degeneração corticobasal.
- (E) paralisia supranuclear progressiva.

38

Um adulto jovem, internado em um hospital geral, teve o diagnóstico de morte encefálica.

Para esse diagnóstico, com base na Resolução CFM nº 2.173/2017, avalie se são necessários os seguintes fatores:

- I. A presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica.
- II. A ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica.
- III. O tratamento e a observação em hospital pelo período mínimo de seis horas. No entanto, quando a causa primária do quadro for encefalopatia hipóxico-isquêmica, esse período de tratamento e observação deverá ser de, no mínimo, 24 horas.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

39

Paciente feminina, 35 anos, procura a emergência de um hospital geral com queixa de cefaleia hemcraniana direita, pulsátil, intensa, de instalação súbita, precedida por escotomas cintilantes em olho direito após ingesta de vinho tinto. Evoluiu, ainda, com fotofobia, náuseas e vômitos, motivo pelo qual procurou atendimento médico.

Relata episódios anteriores semelhantes, desde a adolescência, especialmente, com a ingesta de vinho tinto ou queijo amarelo. Sua mãe e sua irmã têm episódios semelhantes. Ocasionalmente, esses episódios precedem a menstruação. O exame físico/neurológico não mostrava qualquer alteração.

A hipótese diagnóstica mais provável, entre as opções a seguir, é

- (A) cefaleia tipo tensão.
- (B) cefaleia em salva.
- (C) enxaqueca / migrânea.
- (D) cefaleia numular.
- (E) cefaleia hipóptica.

40

Homem de 42 anos apresenta paralisia facial bilateral de instalação subaguda, com início à direita e progressão para o lado esquerdo em 48 horas. Refere também formigamentos nas mãos e nos pés. Nega febre, alterações visuais ou disartria.

Exame físico revela paralisia facial periférica bilateral, arreflexia patelar e aquileu, e sensibilidade superficial preservada à dor e temperatura. Força está preservada em todos os segmentos. Não há sinais meníngeos. RM de encéfalo é normal.

Diante do quadro, o diagnóstico mais provável é

- (A) esclerose múltipla.
- (B) síndrome de Miller-Fisher.
- (C) síndrome de Hansay-Hunt.
- (D) síndrome de Guillain-Barré.
- (E) paralisia de Bell bilateral idiopática.

41

Homem de 40 anos procura pronto-socorro por fraqueza progressiva em membros inferiores com início há 4 dias, associada a parestesias plantares e dificuldade para deambular. Refere episódio de diarreia autolimitada há 10 dias.

Ao exame, apresenta força grau 3 nos membros inferiores, reflexos abolidos difusamente e sensibilidade preservada. Sem sinais meníngeos. Foi realizada punção lombar imediatamente com os seguintes resultados: proteína 32 mg/dL, 3 células/mm³, glicose normal.

Com base nesses dados, a conduta mais apropriada é

- (A) considerar síndrome de Guillain-Barré, pois o líquido pode ser normal na primeira semana, e iniciar imunoglobulina intravenosa.
- (B) iniciar pulsoterapia com metilprednisolona para tratamento de mielite transversa aguda.
- (C) descartar síndrome de Guillain-Barré e investigar outras causas de neuropatia aguda.
- (D) solicitar eletroneuromiografia e aguardar o resultado antes de iniciar tratamento específico.
- (E) considerar polirradiculoneuropatia tóxica, pois a presença de sintomas sensitivos descarta síndrome de Guillain-Barré.

42

Mulher de 48 anos, com miastenia gravis generalizada controlada há 2 anos com mestinon 60 mg 6/6h, procura o pronto-socorro por fraqueza muscular progressiva, voz anasalada e dificuldade para engolir, iniciadas nas últimas 24 horas. Relata que está tratando uma infecção urinária com antibiótico iniciado há 3 dias.

Ao exame observa-se fácies miastênica, disartria, tiragem intercostal leve e uso de musculatura acessória. Apresenta fraqueza simétrica nos quatro membros (grau 3), arreflexia e ausência de febre. Saturação: 91% em ar ambiente. Gasometria arterial: pH 7,39; pCO₂ 43 mmHg; pO₂ 79 mmHg.

A conduta mais adequada no momento é

- (A) reintroduzir corticosteroide oral em alta dose e observar por 24 h.
- (B) administrar atropina para diferenciar crise miastênica de crise colinérgica.
- (C) prescrever ventilação não invasiva e aguardar melhora clínica com antibiótico.
- (D) aumentar a dose de piridostigmina e manter em observação clínica na enfermaria.
- (E) iniciar imunoglobulina intravenosa e internar em UTI para monitorização respiratória.

43

Homem de 55 anos, com miastenia gravis generalizada em uso de piridostigmina 60 mg de 4/4h e prednisona 20 mg/dia, apresenta fraqueza progressiva, visão turva, salivação intensa e diarreia aquosa há 2 dias. Evolui com dificuldade respiratória, voz anasalada e queda da saturação para 89% em ar ambiente.

Ao exame, apresenta fasciculações generalizadas, miose bilateral, arreflexia e fraqueza muscular grave (grau 2 em membros). Gasometria: pH 7,37; pCO₂ 47 mmHg; pO₂ 75 mmHg.

Com base no quadro clínico, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial correta são

- (A) crise miastênica e iniciar plasmaférese e dose de ataque de corticosteroide.
- (B) crise miastênica e iniciar imunoglobulina intravenosa e internação em UTI.
- (C) crise colinérgica e suspender anticolinesterásico e considerar ventilação mecânica.
- (D) crise colinérgica; aumentar a dose de piridostigmina e administrar atropina.
- (E) crise colinérgica e administrar naloxona e manter piridostigmina até melhora.

44

Um paciente de 55 anos com diagnóstico de esclerose múltipla apresenta marcha parética e espástica instalada de forma lenta e progressiva nos últimos cinco anos. Ontem observou embaçamento visual em olho direito, e a ressonância magnética evidenciou lesões hiperintensas periventriculares e na medula espinhal torácica e lesão captante de contraste na porção intraorbitária do nervo óptico direito.

Segundo as diretrizes atuais, o tratamento modificador da doença aprovado para essa forma é

- (A) glatirâmer.
- (B) rituximabe.
- (C) fingolimode.
- (D) ocrelizumabe.
- (E) natalizumabe.

45

Mulher de 28 anos, com 1,60 cm de altura e 80 kg, em tratamento de irregularidade menstrual, desenvolve, nos últimos dois meses, cefaleia diária, vômitos e, nas últimas duas semanas, observa turvação visual e diplopia.

Acuidade visual 20/60 em ambos os olhos com correção, fundoscopia com perda do contorno do disco óptico e paresia da abdução do olhar bilateralmente. Tomografia de crânio com contraste sem alterações.

O resultado de exame que confirmaria o diagnóstico seria:

- (A) LCR com pressão de 40 cm H₂O, 300 células/mm³ (neutrófilos), glicose 30 dL, proteína 60 mg.
- (B) LCR com pressão de 50 cm H₂O, 3 células/mm³ (linfócitos), glicose 50 dL, proteína 25 mg.
- (C) cintilografia cerebral com Trodac-Tc-99 indicando disfunção dopaminérgica no cérebro.
- (D) LCR com pressão de 35 cm H₂O, 200 células/mm³ (linfócitos) glicose 50 dL, proteína 50 mg.
- (E) ressonância magnética de fluxo liquorico demonstrando estenose de aqueduto cerebral.

46

Criança de 8 anos apresenta febre, confusão mental, ataxia e perda visual após infecção viral e é internada na emergência. RM de encéfalo mostra lesões grandes, mal delimitadas, em substância branca subcortical e cerebelar. Sorologia mostra anticorpos anti-MOG positivos.

Esse quadro é compatível com

- (A) esclerose múltipla pediátrica.
- (B) neurotoxoplasmose subaguda.
- (C) encefalite viral por herpes simples.
- (D) doença do espectro da neuromielite óptica.
- (E) encefalomielite aguda disseminada pós-viral.

47

Homem de 40 anos, previamente saudável, é atendido na emergência após ter apresentado na rua crise convulsiva generalizada.

Após a recuperação da consciência recorda-se de ter apresentado, no último ano, alguns episódios de crises epiléticas parciais disceptivas. Internado para investigação, a TC de crânio identifica pequena lesão cortical frontal com calcificação e captação heterogênea de contraste. Submetido a biopsia é identificada co-deleção 1p/19q e IDH mutado.

O diagnóstico mais provável é

- (A) meningeoma.
- (B) neurocisticercose.
- (C) glioblastoma multiforme.
- (D) oligodendroglioma grau II/III.
- (E) metástase cerebral de neoplasia pulmonar.

48

Paciente de 64 anos apresenta há um ano, de forma lenta e evolução progressiva disartria, voz anasalada, disfagia para líquidos e leve atrofia de língua com miofasciculações. Reflexos profundos nos quatro membros exaltados e sinal de Babinski bilateral.

Nesse caso, o diagnóstico é

- (A) distrofia miotônica tipo 2.
- (B) atrofia de múltiplos sistemas.
- (C) forma bulbar da miastenia gravis.
- (D) paralisia supranuclear progressiva.
- (E) forma bulbar da esclerose lateral amiotrófica.

49

Em relação às cefaleias, avalie as afirmativas a seguir.

- I. As hemicranias paroxísticas crônicas, normalmente, são reponsivas a indometacina.
- II. a cefaleia em salva predomina nas mulheres.
- III. a administração de oxigênio a 100%, por 10 a 15 minutos no início da crise é, geralmente, eficaz no tratamento da cefaleia em salvas.

Está correto o que se afirma em

- (A) II, apenas.
- (B) I e III, apenas.
- (C) II e III, apenas.
- (D) I e II, apenas.
- (E) I, II e III.

50

Em relação à eletroneuromiografia de fibra única, avalie as afirmativas a seguir.

- I. É utilizada, principalmente, para avaliar a transmissão da função da junção neuromuscular.
- II. Analisa potenciais de ação de fibras musculares individuais, possibilitando a mensuração do parâmetro conhecido como *jitter*.
- III. O *jitter* refere-se à variabilidade do intervalo de tempo entre potenciais de ação de fibras musculares diferentes, mas inervadas pelo mesmo axônio terminal, ou seja, fibras musculares da mesma unidade motora, durante ativações sucessivas dessa unidade motora.

Está correto o que se afirma em

- (A) III, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

51

A paralisia de Todd é um déficit neurológico transitório, caracterizada por fraqueza ou paralisia focal, mais frequentemente hemiparesia ou hemiplegia, relacionada a

- (A) epilepsia.
- (B) enxaqueca.
- (C) cefaleia em salva.
- (D) acidente vascular cerebral hemorrágico.
- (E) transtorno vestibular.

52

Paciente feminina, 36 anos, procurou serviço médico para investigar o aparecimento de movimentos coreicos há, aproximadamente, dois anos. Refere que sua mãe e um irmão mais velho tinham quadro clínico semelhante. Foi levantada a hipótese diagnóstica de doença de Huntington, confirmada por teste genético.

Essa afecção é um distúrbio neurodegenerativo hereditário, de padrão autossômico dominante, causado pela expansão anormal de repetições do trinucleotídeo

- (A) GAA no gene FXN.
- (B) CAG no gene HTT.
- (C) CAG no gene ATN1.
- (D) CAG no gene do receptor de androgênio.
- (E) CGG na região 5' não codificadora do gene FMR1.

53

Um paciente de 65 anos teve diagnóstico de doença de Parkinson há cinco anos. Refere que, precedendo a esse diagnóstico em aproximadamente quatro anos, apresentava sonhos recorrentes, em geral de conteúdo violento, em que chutava seu companheiro de quarto. Em três ocasiões chegou a cair da cama. Procurou, então, especialista em sono que firmou diagnóstico após realizar estudo polissonográfico.

Entre as opções listadas a seguir, o diagnóstico firmado pelo especialista em sono poderia ser

- (A) sonambulismo.
- (B) síndrome das pernas inquietas.
- (C) movimento periódico dos membros durante o sono.
- (D) transtorno comportamental do sono REM (*Rapid Eye Movement*).
- (E) epilepsia noturna.

54

Homem de 50 anos, com miastenia gravis generalizada autoimune (anti-AChR+), apresenta quadro estável com uso de piridostigmina e prednisona 20 mg/dia. Contudo, nas últimas tentativas de redução do corticosteroide, evoluiu com piora progressiva da fraqueza muscular.

Relata ganho de peso, hipertensão arterial e hiperglicemia. Exame físico: força grau 4 em membros superiores e inferiores, com estabilidade clínica fora das crises. A equipe decide iniciar imunossupressor para controle de longo prazo e possível retirada do corticoide.

A opção mais apropriada nesse caso é

- (A) rituximabe, pela alta eficácia no bloqueio de receptores colinérgicos.
- (B) ciclofosfamida endovenosa mensal, como terapia de indução para remissão.
- (C) imunoglobulina mensal como terapia de manutenção imunossupressora.
- (D) metotrexato intramuscular semanal como primeira linha em miastenia autoimune.
- (E) azatioprina, iniciando em dose baixa com ajuste progressivo.

55

Mulher de 38 anos com miastenia gravis autoimune (anti-AChR positiva) apresenta fraqueza generalizada com oscilação ao longo do dia, além de ptose e fadiga muscular aos esforços. Está em uso de piridostigmina 60 mg de 4/4h, com benefício parcial.

Exame neurológico mostra força grau 4 proximal em membros superiores e inferiores, reflexos normais e sem sinais bulbares graves. A equipe opta por introduzir corticoterapia.

Sobre a conduta imunossupressora mais adequada nesse caso, é

- (A) iniciar metilprednisolona pulsoterapia por 3 dias para reduzir rapidamente os sintomas.
- (B) substituir a piridostigmina por corticoide, pois o uso combinado reduz eficácia terapêutica.
- (C) reservar o uso de prednisona apenas para pacientes com miastenia bulbar grave ou crise iminente.
- (D) adicionar prednisona em dose baixa e aumentar progressivamente, devido ao risco de piora inicial.
- (E) iniciar prednisona em dose plena (1 mg/kg/dia) imediatamente, com expectativa de melhora em até 3 dias.

56

Homem de 58 anos apresenta fraqueza progressiva simétrica em membros inferiores e superiores, associada a parestesias e perda de reflexos, com evolução ao longo de 3 meses.

A eletroneuromiografia evidencia polineuropatia sensitivo-motora com sinais de desmielinização difusa. O líquido mostra dissociação albumino-citológica. Ao exame, marcha instável e força grau 3 nos quatro membros. Nega crises agudas ou piora súbita. O diagnóstico de polineuropatia desmielinizante crônica (CIDP) é considerado.

A conduta terapêutica inicial mais apropriada nesse caso é

- (A) optar por piridostigmina e fisioterapia, com reavaliação em 3 meses.
- (B) iniciar imunoglobulina intravenosa ou corticosteroide oral, ambos eficazes na CIDP.
- (C) reservar plasmaférese apenas para casos refratários à azatioprina e metotrexato.
- (D) internar em UTI e iniciar pulsoterapia com metilprednisolona por risco de crise iminente.
- (E) iniciar rituximabe como primeira linha em neuropatia autoimune crônica com fraqueza.

57

Paciente de 42 anos apresenta fraqueza progressiva com predomínio em membros inferiores, com perda de reflexos, disestesia distal e instabilidade de marcha, com evolução de 3 meses.

A eletroneuromiografia mostra polineuropatia desmielinizante com baixa dispersão temporal. O líquido revela proteinorraquia discretamente aumentada (60 mg/dL), com poucas células. Sorologia revela autoanticorpos contra neurofascina-155 (NF155). Após ciclo de imunoglobulina intravenosa (IGIV), o paciente mantém piora progressiva. A equipe discute mudança terapêutica.

Das condutas abaixo, a mais apropriada nesse cenário é

- (A) manter tratamento conservador, pois anticorpos anti-NF155 têm curso autolimitado.
- (B) introduzir corticoide em alta dose, pois é a base do tratamento das nodopatias.
- (C) repetir imunoglobulina intravenosa e iniciar piridostigmina como tratamento de suporte.
- (D) iniciar rituximabe, devido à má resposta à IGIV e presença de anticorpos IgG4 contra nodos.
- (E) iniciar plasmaférese, pois a presença de autoanticorpos responde melhor a depuração plasmática.

58

Homem de 58 anos apresenta, há 8 meses, fraqueza progressiva em membro superior direito, seguida de atrofia muscular, fasciculações e hiperreflexia ipsilateral, além de hiperreflexia e espasticidade leve em membros inferiores.

O exame neurológico confirma comprometimento motor puro, sem alterações sensitivas ou cognitivas. A eletroneuromiografia revela neuropatia motora nas regiões bulbar, cervical e lombossacral. Foram excluídas causas alternativas por exames laboratoriais e de imagem.

De acordo com os critérios diagnósticos de Awaji, esse caso preenche os critérios para

- (A) ELA clinicamente definida, pois há evidência de acometimento de neurônio motor superior e inferior em três regiões.
- (B) ELA suspeita, pois a eletroneuromiografia não é obrigatória para confirmação.
- (C) ELA provável, pois há envolvimento de dois segmentos neurais e progressão clínica.
- (D) neuropatia motora multifocal, pois o predomínio inicial unilateral afasta o diagnóstico de ELA.
- (E) ELA possível, pois há sinais clínicos e eletrofisiológicos, mas sem comprovação clínica de acometimento bulbar.

59

Homem de 38 anos é avaliado por quadro progressivo de fraqueza assimétrica em membros superiores, miofasciculações e disartria há 8 meses. Seu pai faleceu com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica aos 52 anos.

A eletroneuromiografia evidencia desnervação ativa e crônica em segmentos bulbar, cervical e lombossacro. A suspeita de ELA familiar é levantada.

A alteração genética que representa a causa mais comum de esclerose lateral amiotrófica familiar e que também pode estar presente em casos esporádicos é

- (A) mutação no gene SOD1, associada a comprometimento bulbar precoce.
- (B) deleção no gene ALS2, típica de ELA de início tardio com evolução lenta.
- (C) mutação no gene TARDBP, relacionada exclusivamente a formas esporádicas.
- (D) mutação no gene FUS, associada a ELA familiar com preservação cognitiva e curso benigno.
- (E) repetição anormal no gene C9orf72, frequentemente associada a demência frontotemporal.

60

Homem de 45 anos apresenta fraqueza proximal simétrica de membros com progressão lenta nos últimos anos, associada a fasciculações periorais, disfagia leve, ginecomastia e disfunção erétil. A eletroneuromiografia evidencia desnervação crônica bulboespinhal. Há história familiar de sintomas semelhantes em parentes do sexo masculino, por parte materna.

O diagnóstico mais provável nesse caso é

- (A) neuropatia motora multifocal com disfunção autonômica associada.
- (B) miopatia endócrina com padrão pseudoneurogênico na eletroneuromiografia.
- (C) esclerose lateral amiotrófica de início bulbar com manifestações endócrinas associadas.
- (D) doença de Kennedy, relacionada à expansão do gene do receptor de androgênio no cromossomo X.
- (E) atrofia muscular espinhal tipo 3 (Doença de Kugelberg-Welander), com herança autossômica recessiva.

61

Mulher de 29 anos apresenta episódio de neurite óptica retrobulbar a direita com dor à movimentação ocular e perda visual subaguda, que melhorou após realizar pulsoterapia com corticoide endovenoso. Não há história prévia de outros episódios neurológicos. Ao exame: reflexo pupilar aferente relativo à direita, sem outras alterações neurológicas.

A ressonância magnética de crânio mostra duas lesões hiperintensas em T2/FLAIR periventriculares, uma justacortical em lobo frontal esquerdo e uma no pedúnculo cerebelar médio esquerdo, sem realce pelo contraste. O líquido evidencia bandas oligoclonais restritas ao LCR.

A definição diagnóstica mais compatível pelos critérios de McDonald (2017) é

- (A) esclerose múltipla provável, exigindo novo evento clínico para confirmação diagnóstica.
- (B) síndrome desmielinizante aguda monofásica, com indicação de imunossupressão definitiva.
- (C) evento clínico isolado sugestivo de esclerose múltipla, sem critérios para diagnóstico definitivo.
- (D) neuromielite óptica, devido ao predomínio visual e ausência de lesões que captam de contraste.
- (E) esclerose múltipla definida por disseminação no espaço e no tempo, sem necessidade de novo surto.

62

Mulher de 33 anos, com esclerose múltipla remitente-recorrente altamente ativa, vem em seguimento há 2 anos em uso de natalizumabe, com excelente resposta clínica e radiológica. Atualmente, está assintomática, sem surtos ou novas lesões na RM. O exame de sangue recente revelou sorologia positiva para anticorpos anti-vírus JC com índice de 2,1.

A conduta mais adequada frente ao risco de complicação neurológica grave associada ao natalizumabe é

- (A) reduzir o intervalo de aplicação do natalizumabe para reduzir o risco de infecção pelo vírus JC.
- (B) manter o natalizumabe, pelo bom controle da doença e baixo risco de infecção oportunista.
- (C) associar aciclovir ao natalizumabe para prevenção de reativação viral relacionada ao vírus JC.
- (D) realizar RM cerebral de vigilância e considerar troca para outro imunobiológico, como ocrelizumabe.
- (E) suspender o natalizumabe imediatamente e iniciar Glatiramer como substituto de alta eficácia.

63

Mulher de 50 anos apresenta queda de pálpebra bilateral, disartria e fraqueza cervical flutuante. O teste para anti-AChR é negativo, mas o anti-MuSK é positivo.

Esse subtipo de miastenia gravis é frequentemente caracterizado por

- (A) predomínio ocular isolado.
- (B) curso benigno e auto limitado.
- (C) resposta excelente à timectomia.
- (D) fenômeno miastênico em extremidades distais.
- (E) fraqueza predominante axial e resistência à piridostigmina.

64

Homem de 58 anos, refere lenta e progressiva incoordenação durante a marcha evoluindo há alguns anos; o exame neurológico identifica oftalmoparesia, nistagmo, disartria e espasticidade. Recorda-se que o pai, português, também apresentava desequilíbrio durante a marcha no final da vida, sem diagnóstico.

O diagnóstico e a confirmação laboratorial são feitos por

- (A) estudo do exoma com painel para ataxias hereditárias.
- (B) expansão do trinucleotídeo CAG no gene ATXN3.
- (C) biopsia de músculo com acúmulo de mitocôndrias.
- (D) estudo de anticorpos antineuronais e biópsia de pele.
- (E) RM funcional e dosagem de dopamina.

65

Homem de 45 anos, previamente saudável, observa, pela manhã, ao espelho, desvio da rima labial para a direita. Nega outras queixas neurológicas. Exame neurológico confirma a queixa e não indica outros sinais de envolvimento de nervos cranianos nem sinais de envolvimento motor em membros.

A conduta mais apropriada nas primeiras 72 horas é

- (A) aciclovir e corticosteroides associados.
- (B) antibiótico de amplo espectro e vigilância hospitalar.
- (C) apenas medidas de suporte e exame de neuroimagem.
- (D) terapia anticoagulante para prevenir progressão vascular.
- (E) prednisona oral em dose anti-inflamatória por 5 dias.

66

Mulher de 38 anos com diagnóstico de esclerose múltipla apresenta visão dupla. No exame da motilidade ocular observa-se na pesquisa do olhar conjugado para a direita incapacidade de adução do olho esquerdo e nistagmo no olho direito; na pesquisa do olhar conjugado horizontal para a esquerda, há incapacidade de adução do olho direito e nistagmo no olho esquerdo.

Esse padrão caracteriza

- (A) síndrome um e meio.
- (B) síndrome de Parinaud.
- (C) oftalmoplegia internuclear bilateral.
- (D) paralisia supranuclear do olhar conjugado vertical.
- (E) paralisia supranuclear do olhar conjugado horizontal.

67

Paciente de 68 anos com antecedente de carcinoma de nasofaringe em tratamento radioterápico evolui com paralisia progressiva de múltiplos pares cranianos do mesmo lado da face, sem déficit motor ou sensitivo em membros.

Esse quadro clínico é sugestivo de

- (A) síndrome de Tolosa-Hunt.
- (B) meningite tuberculose crônica.
- (C) neuropatia diabética craniana múltipla.
- (D) esclerose lateral amiotrófica com padrão assimétrico.
- (E) síndrome de Garcin – lesão unilateral da base do crânio.

68

Um paciente com AVC extenso na artéria cerebral média direita apresenta descuido ao se barbear do lado esquerdo da face, ignora estímulos visuais do hemicampo visual esquerdo e não reconhece como seus os membros do lado esquerdo do corpo.

Esse quadro neuropsicológico é denominado

- (A) agnosia visual associativa.
- (B) apraxia ideomotora hemisférica.
- (C) hemianopsia homônima esquerda.
- (D) prosopagnosia com inatensão visual.
- (E) heminegligência contralateral ao hemisfério lesado.

69

O controle pupilar é exercido pelos dois componentes do sistema nervoso autônomo, simpático e parassimpático.

A síndrome de Claude Bernard Horner ocorre quando a ação de um desses componentes é interrompida.

Assinale a opção que apresenta o componente do sistema nervoso autônomo afetado e que descreve a síndrome numa lesão unilateral.

- (A) simpático; miose, enoftalmia e redução da rima palpebral ipsilateral a lesão.
- (B) simpático; anisocoria com midríase ipsilateral a lesão, enoftalmia e ptose contralateral.
- (C) simpático; anisocoria com pupila maior ipsilateral a lesão, exoftalmia e lagofmia contralateral a lesão.
- (D) parassimpático; anisocoria com miose, enoftalmia e redução da rima palpebral ipsilateral a lesão.
- (E) parassimpático; midríase e abolição do reflexo foto motor direto ipsilateral a lesão com preservação do consensual.

70

Criança de 2 anos apresenta primeiro episódio de convulsão tônico-clônica generalizada com duração de 3 minutos durante febre de 38,9 °C. Recupera-se rapidamente após o episódio e encontra-se em bom estado geral, sem sinais meníngeos.

A conduta adequada nesse caso é

- (A) manejo clínico para controle da febre.
- (B) punção lombar imediata para afastar meningite bacteriana.
- (C) tomografia de crânio para descartar tumor febril-induzido.
- (D) internação hospitalar com eletroencefalograma de urgência.
- (E) Controle da febre e droga antiepiléptica por dois anos.

71

Lactente de 5 meses apresenta fechamento precoce da sutura com alongamento anteroposterior do crânio (escafocefalia). Desenvolvimento psicomotor normal. Exame neurológico normal.

O diagnóstico e conduta mais apropriados são, respectivamente,

- (A) microcefalia verdadeira e apenas vigilância.
- (B) hidrocefalia e punção liquórica terapêutica.
- (C) disostose craniofacial e tratamento com antibiótico e órtese.
- (D) cranioestenose sagital e encaminhamento para avaliação neurocirúrgica.
- (E) cranioestenose coronal e encaminhamento para avaliação neurocirúrgica.

72

Sobre as neoplasias que comprometem o sistema nervoso central, avalie as afirmativas a seguir.

- I. O adenocarcinoma de mama pode cursar com carcinomatose meníngea.
- II. A incidência de meduloblastomas é maior em adultos.
- III. a maioria dos casos de acromegalia é causada por adenomas da hipófise.

Está correto o que se afirma em

- (A) III, apenas.
- (B) I, apenas.
- (C) II, apenas.
- (D) II e III.
- (E) I e III.

73

Paciente, 77 anos, hipertenso e diabético sofreu acidente vascular cerebral lacunar durante suas férias. Evoluiu de forma satisfatória sem sequelas incapacitantes.

Em geral, os infartos lacunares decorrem da oclusão de

- (A) pequenas artérias penetrantes do encéfalo.
- (B) tronco vasculares arteriais.
- (C) seio venoso sagital.
- (D) Seio venoso transverso.
- (E) ramos calibrosos da artéria vertebral.

74

Uma paciente tabagista, hipertensa, usuária de drogas ilícitas, teve o diagnóstico de síndrome de Wallenberg.

Considerando as opções a seguir, concluímos que ela sofreu um acidente vascular cerebral

- (A) isquêmico da ponte.
- (B) hemorrágico da cápsula interna.
- (C) isquêmico da cápsula interna.
- (D) isquêmico da parede lateral do bulbo.
- (E) hemorrágico do tálamo.

75

Uma paciente de 30 anos apresentou quadro clínico que motivou seu médico a solicitar a pesquisa de anticorpos anti-receptores de acetilcolina. Como esses anticorpos não foram detectados, prosseguiu a investigação solicitando anticorpos contra a quinase muscular específica (MuSK) e, posteriormente, anticorpos contra a proteína relacionada ao receptor de lipoproteína 4 (LRP4).

Dentre as opções a seguir, a hipótese diagnóstica que justifica solicitar tais exames é

- (A) síndrome de Guillain-Barré.
- (B) neuropatia axonal motora sensitiva aguda.
- (C) miastenia gravis.
- (D) polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica.
- (E) polineuropatia sensitiva crônica idiopática.

76

Sobre a doença associada aos anticorpos contra a glicoproteína oligodendrocitária da mielina (MOG), avalie as afirmativas a seguir.

- I. Caracteriza-se pela presença de autoanticorpos contra a MOG, proteína localizada na superfície externa da bainha de mielina dos oligodendrócitos.
- II. A resposta aos corticosteroides em altas doses é geralmente favorável, e a plasmaférese pode ser considerada em casos refratários.
- III. Imunossupressores como azatioprina, micofenolato mofetil e rituximabe podem ser utilizados para a prevenção de novos surtos.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

77

Um paciente de 58 anos apresentou perda ponderal, febre, anemia, esteatorreia com dor abdominal, além de artralgia. Observava-se, também, ataxia com paralisia do olhar vertical. Foi levantada a hipótese diagnóstica de doença de Wipple.

Essa afecção decorre de infecção por

- (A) vírus sincicial.
- (B) bactéria do gênero *Tropheryma*.
- (C) bactéria do gênero *Actinomyces*.
- (D) *Klebsiella sp.*
- (E) *Streptococcus aureus*.

78

Paciente de 57 anos apresentava dores intensas, tipo choque, em membros inferiores associada a distúrbio de marcha que se acentuava ao anoitecer. Ao exame neurológico, observou-se arreflexia nos membros inferiores e pupilas mióticas que não reagem à luz mas sim à acomodação.

Teve o diagnóstico de *tabes dorsalis*, que é uma manifestação clínica de(a)

- (A) neurosífilis.
- (B) tuberculose.
- (C) síndrome da artéria espinhal anterior.
- (D) deficiência de vitamina E.
- (E) oclusão da artéria de Adamkiewicz.

79

Paciente feminina, 60 anos, apresenta comprometimento da linguagem, sem perda significativa da memória recente há, aproximadamente, dois anos. No exame neurológico, observam-se anomia e déficits de repetição, com preservação da fluência gramatical e da articulação.

Vários médicos levantaram a hipótese diagnóstica de afasia progressiva primária, uma variante da

- (A) demência vascular.
- (B) doença de Parkinson.
- (C) demência frontotemporal.
- (D) demência com corpos de Lewy.
- (E) doença de Huntington.

80

Um paciente de 70 anos apresentou há, aproximadamente, sete anos déficit mnemônico que evoluiu, posteriormente, com disfunção executiva e acalculia. Notou-se, também, certo grau de apraxia. Após extensa investigação o paciente teve o diagnóstico de doença de Alzheimer. Iniciou-se tratamento sintomático com um anticolinesterásico.

Assinale, entre as opções listadas, o fármaco que pertence a essa classe farmacológica.

- (A) Donepezila.
- (B) Memantina.
- (C) Amantadina.
- (D) Biperideno.
- (E) Trihexifenidil.

Realização

