

TIPO

1

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

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 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

Um homem de 22 anos, vítima de agressão física, é levado ao serviço de emergência apresentando hematoma periorbitário à esquerda. Ao exame neurológico, em resposta a estímulos dolorosos, não abre os olhos, apresenta retirada inespecífica dos membros e não emite resposta verbal. As pupilas são anisocóricas, com midríase fixa à esquerda. A pressão arterial é de 100 x 70 mmHg, e a saturação de oxigênio é de 95%.

Na Escala de Coma de Glasgow com avaliação pupilar, a pontuação desse paciente é

- (A) E1 V1 M3 = 5; PRS = 1; GCS-P = 4.
- (B) E1 V1 M4 = 6; PRS = 1; GCS-P = 5.
- (C) E1 V2 M4 = 7; PRS = 1; GCS-P = 6.
- (D) E2 V1 M4 = 7; PRS = 1; GCS-P = 6.
- (E) E1 V1 M5 = 7; PRS = 0; GCS-P = 7.

2

Homem de 60 anos apresenta crises recorrentes de cefaleia retro-orbitária unilateral há cerca de 10 anos, com ocorrência de uma a duas vezes por ano, geralmente à noite. A dor é intensa, acompanhada de lacrimejamento, hiperemia conjuntival e miose ipsilaterais. As crises podem ser desencadeadas pela ingestão de bebidas alcoólicas durante os períodos sintomáticos.

A conduta mais adequada na emergência para o tratamento da crise aguda é

- (A) administração intravenosa de dipirona associada a dexametasona.
- (B) administração intravenosa de morfina em doses tituladas até o controle da dor.
- (C) oxigenoterapia a 100% por máscara sem reinalação (12- 15 L/min), associada a sumatriptanos por via subcutânea.
- (D) amitriptilina por via oral associada a anti-inflamatório não esteroide.
- (E) verapamil por via oral como tratamento inicial da crise.

3

Mulher de 50 anos, previamente hígida, iniciou, há 6 meses, rouquidão. Foi avaliada por otorrinolaringologista, que não identificou alterações estruturais da laringe. Três meses depois, devido a disartria, foi encaminhada ao neurologista. Ao exame, apresentava fasciculações na língua e redução da mobilidade do véu palatino. Meses depois, os familiares passaram a observar episódios frequentes e imotivados de riso e choro, que atribuíram ao nervosismo. Em nova consulta, apresentava hiperreflexia, sinal de Babinski bilateral, reflexo mandibular exaltado e resposta ao reflexo palmo-mentoniano.

As síndromes neurológicas presentes nesse caso são a

- (A) síndrome cerebelar associada à síndrome bulbar.
- (B) síndrome bulbar associada à síndrome pseudobulbar.
- (C) síndrome extrapiramidal associada à síndrome bulbar.
- (D) síndrome medular anterior associada à síndrome bulbar.
- (E) síndrome miastênica associada à síndrome pseudobulbar.

4

Mulher de 70 anos, previamente saudável, é admitida na emergência após início súbito de dificuldade para caminhar. Encontra-se consciente e orientada, informando corretamente seu nome e endereço. Refere intenso desequilíbrio para deambular e dificuldade para abrir os olhos. Ao exame neurológico, apresenta oftalmoplegia do III nervo craniano à esquerda, ptose palpebral bilateral, paralisia bilateral da elevação dos olhos e ataxia cerebelar no hemidomínio direito.

Com base nesses achados clínicos, a síndrome neurológica que melhor explica esse quadro é a

- (A) síndrome de Weber.
- (B) síndrome de Benedikt.
- (C) síndrome de Claude.
- (D) síndrome de Parinaud.
- (E) síndrome de Millard-Gubler.

5

Recém-nascido a termo, por parto vaginal complicado por distocia de ombro, apresenta ptose palpebral direita com miose e mão direita, em posição de garra, com importante redução da motilidade dos dedos.

A seguinte síndrome neurológica explica esse quadro clínico:

- (A) paralisia obstétrica de Erb-Duchenne.
- (B) síndrome de Horner congênita.
- (C) lesão do tronco superior do plexo braquial.
- (D) paralisia isolada do nervo radial.
- (E) lesão do tronco inferior do plexo braquial (Síndrome de Dejerine-Klumpke).

6

Adolescente de 12 anos apresenta discreta escoliose, pés cavos e outros distúrbios congênitos. É levado ao serviço de emergência após sofrer queimadura no membro superior direito ao encostar acidentalmente em um forno aquecido, sem perceber a dor no momento do acidente.

Ao exame neurológico, apresenta sensibilidade tátil preservada em ambos os membros superiores, porém é incapaz de identificar estímulos dolorosos e térmicos. Não apresenta déficit motor. A ressonância magnética da coluna cervical confirmou o diagnóstico.

A síndrome medular que melhor explica esse quadro clínico é a

- (A) síndrome siringomiélica.
- (B) síndrome medular anterior.
- (C) síndrome medular cervical transversa.
- (D) síndrome de Brown-Séquard.
- (E) síndrome posteromedular.

7

Homem de 70 anos, submetido há dois anos à ressecção cirúrgica de adenocarcinoma colorretal, passa a apresentar comportamento estranho. Os familiares observam que ele coloca o relógio no braço direito, faz a barba apenas no lado direito do rosto e frequentemente esquece de calçar a sandália do pé esquerdo.

Ao exame neurológico, encontra-se lúcido, orientado, sem alterações da memória, da linguagem, da força muscular ou da sensibilidade. O teste do desenho do relógio confirma a hipótese diagnóstica sindrômica.

A seguinte síndrome neurológica explica melhor esse quadro clínico:

- (A) síndrome de Gerstmann.
- (B) síndrome de Balint.
- (C) afasia de Wernicke.
- (D) síndrome de negligência espacial unilateral.
- (E) síndrome frontal dorsolateral.

8

Homem de 70 anos apresentou, há um mês, quadro agudo de hemiparesia, hemianestesia e movimentos involuntários no hemicorpo esquerdo. Após melhora parcial do déficit motor, passou a referir dor intensa, contínua e em queimação em todo o hemicorpo esquerdo, desencadeada até mesmo pelo contato da roupa ou dos lençóis com a pele.

A seguinte síndrome neurológica explica melhor esse quadro clínico:

- (A) síndrome de Wallenberg.
- (B) síndrome de Brown-Séquard.
- (C) síndrome de Dejerine-Roussy.
- (D) síndrome de Weber.
- (E) síndrome medular anterior.

9

Uma menina de 5 anos, previamente saudável, é levada ao neurologista por apresentar episódios diários de interrupção súbita das atividades, caracterizados por olhar fixo, perda do contato com o ambiente e automatismos discretos, com duração aproximada de 10 segundos. Após cada episódio, retoma imediatamente suas atividades habituais, sem sonolência ou confusão.

O eletroencefalograma evidencia descargas generalizadas de ponta-onda a 3 Hz, desencadeadas pela hiperventilação.

O tratamento de primeira escolha para essa paciente é

- (A) Carbamazepina.
- (B) Fenitoína.
- (C) Fenobarbital.
- (D) Etossuximida.
- (E) Gabapentina.

10

Mulher de 24 anos, previamente saudável, procura atendimento por apresentar, há seis meses, parestesias progressivas no quarto e no quinto dedos da mão direita, acompanhadas de dificuldade para manipular pequenos objetos.

Ao exame neurológico, há atrofia dos músculos interósseos da mão direita, deformidade em garra do quarto e do quinto dedos, diminuição da força de abdução dos dedos, hipoestesia nesses segmentos e discreto espessamento palpável do nervo na região do cotovelo. Não há lesões cutâneas. O restante do exame neurológico é normal.

O exame complementar mais indicado para confirmar a principal suspeita diagnóstica é a

- (A) ultrassonografia do nervo ulnar associada à biópsia do nervo sural.
- (B) eletroneuromiografia associada à ultrassonografia do nervo ulnar.
- (C) ressonância magnética do plexo braquial associada à biópsia muscular.
- (D) ressonância magnética da coluna cervical associada ao potencial evocado somatossensitivo.
- (E) tomografia computadorizada do cotovelo associada ao exame do líquido cefalorraquidiano.

11

Homem de 22 anos, previamente saudável, é internado por dor abdominal intensa e difusa, sem sinais de irritação peritoneal, acompanhada de náuseas e constipação intestinal há 4 dias. Evoluiu com dor lombar, parestesias distais e fraqueza progressiva dos membros inferiores, que, em 72 horas, evoluiu para tetraparesia flácida. Durante a internação, a equipe de enfermagem observou urina avermelhada.

O exame de urina (EAS) não evidenciou hematúria, leucocitúria ou bacteriúria. Ao exame neurológico, apresentava tetraparesia flácida simétrica, arreflexia generalizada e hipoestesia distal leve.

O diagnóstico mais provável é

- (A) polineuropatia inflamatória aguda idiopática.
- (B) botulismo.
- (C) neuropatia aguda por intoxicação por arsênico.
- (D) porfíria aguda intermitente.
- (E) neuropatia diftérica.

12

Homem de 36 anos apresenta cefaleia progressiva há três semanas, febre baixa, astenia e episódios de vômitos. Nos últimos dias, familiares observaram lentificação do pensamento e sonolência.

Ao exame neurológico, apresenta rigidez de nuca discreta e estrabismo convergente à direita com diplopia. A tomografia computadorizada de crânio não evidencia lesão expansiva nem sangramento. Teste sorológico indica positividade para o HIV. O exame do líquido cefalorraquidiano mostra pressão de abertura de 35 cm de água, 90 células/mm³ com predomínio linfomononuclear, proteínas elevadas e glicose reduzida.

O diagnóstico mais provável é

- (A) meningite bacteriana aguda.
- (B) meningite criptocócica.
- (C) meningite viral aguda.
- (D) neurotoxoplasmose.
- (E) leucoencefalopatia multifocal progressiva.

13

Mulher de 26 anos, sem comorbidades, procura atendimento por cefaleia intensa de início agudo, febre e rigidez de nuca. Apresenta bom estado geral e exame neurológico sem déficits focais. A tomografia computadorizada de crânio é normal. Refere ter sido internada um ano antes por cefaleia intensa e febre, mas os exames de tomografia e ressonância não demonstraram a causa, com resolução espontânea e sem sequelas. A investigação laboratorial atual não evidencia alterações sugestivas de doença autoimune ou inflamatória sistêmica. O exame do líquido cefalorraquidiano mostra pressão de abertura discretamente elevada, pleocitose linfomononuclear, proteínas moderadamente aumentadas, glicose normal e bacterioscopia e culturas negativas.

O diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome de Behçet.
- (B) síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada.
- (C) síndrome de Heerfordt.
- (D) meningite de Mollaret.
- (E) síndrome de Susac.

14

Homem de 40 anos, comerciante, apresentou dois episódios de hemiparesia e hemianestesia, com recuperação espontânea, nos últimos dois meses. Nega hipertensão arterial ou diabetes, e recorda-se de crises de enxaqueca.

O exame neurológico é normal; porém, familiares notam problemas de memória e cálculo que vêm comprometendo sua atuação como vendedor. A investigação laboratorial não mostrou alterações, e o exame do líquido cefalorraquidiano foi normal. Na ressonância magnética de neuroeixo, levantou-se a hipótese de arteriopatia cerebral autossômica dominante, com infartos subcorticais e leucoencefalopatia.

Dos padrões de ressonância magnética do neuroeixo apresentados a seguir, assinale o que é mais característico dessa doença.

- (A) Lesões ovoides periventriculares, orientadas perpendicularmente aos ventrículos laterais, associadas a lesões justacorticais e infratentoriais.
- (B) Hiperintensidades da substância branca envolvendo os polos temporais anteriores e as cápsulas externas, associadas a infartos lacunares.
- (C) Lesão longitudinalmente extensa da medula cervical, com predomínio na região central.
- (D) Lesões bilaterais extensas dos nervos ópticos, com comprometimento posterior e extensão até o quiasma óptico.
- (E) Lesões multifocais e assimétricas da substância branca subcortical, com envolvimento em forma de U e ausência de efeito de massa.

15

Paciente de 65 anos, hipertenso e diabético, apresentou subitamente quadro de hemiplegia a direita, desvio da comissura labial para a esquerda, ptose palpebral a esquerda e midríase e paralisia do olhar para cima, para baixo e para dentro em olho esquerdo.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico sindrômico, topográfico e a principal hipótese etiológica.

- (A) Síndrome motora piramidal a direita e oftalmoplegia do III par a esquerda; mesencéfalo a esquerda; acidente vascular lacunar.
- (B) Síndrome motora piramidal a esquerda e oftalmoplegia do III e VI pares a esquerda; ponte a esquerda; trombose de artéria basilar.
- (C) Síndrome motora piramidal a direita e oftalmoplegia do VI par a esquerda; hemisfério cerebral esquerdo; processo expansivo extra-axial a direita.
- (D) Síndrome motora piramidal a direita, paralisia facial periférica a esquerda, oftalmoplegia do III par a esquerda; capsula interna; processo expansivo intracraniano.
- (E) Síndrome motora piramidal a direita, paralisia facial central a esquerda e oftalmoplegia do III, IV e VI a esquerda; seio cavernoso; trombose do seio cavernoso.

16

Paciente de 25 anos procura setor de emergência com quadro de fraqueza muscular há 10 dias, inicialmente afetando os membros inferiores causando dificuldade para deambular e nos últimos 2 dias passou a apresentar fraqueza nos membros superiores e movimentos faciais. Queixa-se de dormência em pés e mãos.

Ao exame, apresenta tetraparesia de predomínio distal, arreflexia global, incapacidade para sorrir e lagofthalmia bilateral. O exame da sensibilidade não apresenta alterações objetivas.

O exame que deve ser solicitado para confirmar a principal hipótese etiológica é

- (A) a tomografia computadorizada de crânio.
- (B) a angiogramia de vasos intracranianos.
- (C) a punção lombar para análise do líquor.
- (D) a ressonância magnética de coluna cervical.
- (E) o exame de sangue com dosagem de CK.

17

Um homem de 23 anos, previamente hígido, é levado ao pronto-socorro após colisão entre motocicleta e automóvel. Segundo testemunhas, houve perda de consciência por aproximadamente 2 minutos, seguida de recuperação completa da consciência. Na chegada da equipe de resgate, cerca de 15 minutos após o acidente, encontrava-se acordado, orientado, queixando-se apenas de cefaleia intensa e náuseas. Cerca de 2 horas após o trauma, tornou-se confuso, apresentando rebaixamento do nível de consciência.

Ao exame neurológico apresentava ECG = 8 (A2V2M4), midríase arreativa em pupila direita, hemiparesia a esquerda com reflexo cutâneo plantar em extensão à esquerda. A tomografia computadorizada de crânio evidenciou coleção extra-axial hiperdensa biconvexa na região temporoparietal direita. Este quadro é compatível com a seguinte complicação do TCE:

- (A) hematoma epidural.
- (B) hematoma subdural.
- (C) hemorragia subaracnoide.
- (D) hemorragia intraventricular.
- (E) hematoma intraparenquimatoso.

18

Paciente vítima de traumatismo cranioencefálico é admitido no Hospital às 22:00h, já intubado e com acesso venoso periférico. É acoplado ao ventilador mecânico e levado à UTI. O exame neurológico inicial evidenciou sinais vitais normais, Escala de Coma de Glasgow de 3, reflexos profundos presentes, pupilas midriáticas sem resposta à luz e ausência de reflexo córneo-palpebral.

Para a abertura do protocolo de morte encefálica, nesse caso, é necessário

- (A) teste da apneia negativo.
- (B) ausência de atividade espinhal.
- (C) observação hospitalar por 6 horas.
- (D) persistência de reatividade supraespinhal.
- (E) presença de edema cerebral na tomografia de crânio.

19

Paciente de 20 anos é internada com cefaleia intensa e febre alta há 24 horas. Ao exame neurológico há dificuldade na mobilização passiva da nuca, sem sinais de localização. Realizada punção lombar para análise do líquor, que mostrou aspecto límpido, pressão inicial de 25 cm água, 500 leucócitos por mm³ com predomínio de linfócitos, glicorraquia de 60 mg (glicemia de 80 mg) e proteína de 65 mg/dL. Culturas negativas.

A hipótese etiológica é

- (A) meningite fúngica.
- (B) encefalite por HSV-1.
- (C) meningite tuberculosa.
- (D) meningite asséptica.
- (E) meningite bacteriana.

20

Paciente feminina, 38 anos, encontra-se em acompanhamento reumatológico pelo diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistêmico. Relata numa consulta de rotina que está apresentando dormência, formigamento e fraqueza nos quatro membros inicialmente nos pés, tendo evoluído para as pernas e mãos nos últimos 2 meses.

Ao exame neurológico, apresenta fraqueza distal nos quatro membros, arreflexia global e hipopalestesia nos membros inferiores.

O diagnóstico síndrome é de

- (A) mielopatia.
- (B) radiculopatia.
- (C) polineuropatia.
- (D) mononeuropatia.
- (E) mononeuropatia múltipla.

21

Paciente feminina de 20 anos, busca atendimento no ambulatório de neurologia por apresentar episódios de cefaleia de forte intensidade desde os 16 anos de idade. A dor tem localização temporoparietal de um dos lados da cabeça, pulsátil, acompanhada de náusea, foto e fonofobia e pode persistir até 3 dias. A frequência das crises é de aproximadamente seis episódios ao mês. A dor piora ao realizar atividade física rotineira com o subir escadas. O exame neurológico é normal. Realizou uma tomografia computadorizada de crânio durante uma crise forte, que foi normal.

A classificação da cefaleia e o esquema terapêutico indicado para o caso são:

- (A) migrânea com aura; tratamento da crise com paracetamol.
- (B) migrânea crônica; tratamento preventivo com indometacina.
- (C) cefaleia tensional episódica frequente; tratamento da crise com anti-inflamatório.
- (D) cefaleia tensional crônica; tratamento preventivo com antidepressivo tricíclico.
- (E) migrânea sem aura; tratamento preventivo com propranolol.

22

Paciente de 16 anos, com alterações menstruais e obesidade, desenvolve quadro de cefaleia holocraniana, persistente e progressiva associada a vômitos. A fundoscopia revela borramento das bordas da papila óptica bilateralmente, sem outras alterações ao exame neurológico.

A conduta a seguir, diante dessa paciente, é

- (A) solicitar exame de imagem do crânio.
- (B) prescrever topiramato para controle da cefaleia.
- (C) solicitar punção lombar com raquimanometria.
- (D) solicitar estudo dos vasos intracranianos.
- (E) encaminhar para acompanhamento com endocrinologista.

23

Num posto de saúde da família dá entrada mulher de 50 anos, após ter apresentado em casa um quadro compatível com uma crise epilética generalizada tônico-clônica, com recuperação da consciência após alguns minutos. O exame neurológico é normal e a paciente fica em observação. Evoluiu no setor de internação com perda súbita de consciência seguindo-se abalos tônico-clônicos nos 4 membros que não cessam espontaneamente. É então administrado Diazepam 10 mg venoso por 2 vezes, sem resposta.

A próxima conduta nesse caso é

- (A) tiopental 3 a 5 mg/kg/h.
- (B) diazepam venoso até 50 mg.
- (C) midazolam 1 mg EV em bolus e após 0,05 a 0,20 mg/kg/hora.
- (D) propofol 1,5 a 3 mg/kg, em bolo e 1 a 5 mg/kg/h, na manutenção.
- (E) fenitoína 20 mg/kg, numa velocidade de infusão máxima de 50 mg/min, diluído em SF0,9%.

24

Paciente de 6 anos é levado ao pronto-atendimento com quadro de febre alta, cefaleia e prostração. Ao examina-lo em decúbito dorsal, observa que os membros inferiores flexionam ao realizar a mobilização passiva da nuca.

O sinal semiótico descrito é o

- (A) sinal de Laségue.
- (B) sinal de Brudzinski
- (C) sinal de Amoss.
- (D) sinal do Solavanco.
- (E) sinal de Flatau.

25

Paciente masculino, 32 anos, procura ambulatório de neurologia com queixa de cefaléia orbital e temporal a direita há 3 semanas. Relata que a dor ocorre 1x ao dia, sempre no mesmo horário por volta das 11 h da manhã, de forte intensidade, dura 60 minutos e não melhora com dipirona ou anti-inflamatórios. Observa entupimento nasal e inquietação no momento da dor. Relata que do mesmo jeito que a dor aparece ela vai embora e não tem sintomas entre as crises. Nega foto e fonofobia. Nega náuseas e vômitos. Relata que há 3 anos apresentou quadro semelhante que durou 30 dias e permaneceu assintomático até o quadro atual. Traz uma tomografia computadorizada de crânio normal. Não tem comorbidades.

Com base no quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) migrânea sem aura.
- (B) cefaleia em salvas.
- (C) hemicrania paroxística.
- (D) neuralgia do trigêmeo.
- (E) cefaleia persistente de início súbito.

26

Paciente feminina de 22 anos apresentou quadro de dormência nos pés que ascendeu para os membros inferiores até a região da cicatriz umbilical em 7 dias e persistiu por 15 dias sem modificação, quando começou a melhorar. No momento da consulta estava assintomática. O exame neurológico evidenciou leve hipoestesia tátil e dolorosa em membros inferiores e abdome inferior até o umbigo, hiperreflexia patelar e reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateralmente.

Considerando o diagnóstico topográfico, o seguinte exame complementar está indicado:

- (A) exame do liquor.
- (B) eletroneuromiografia (ENMG).
- (C) ressonância magnética de crânio.
- (D) ressonância magnética de coluna torácica.
- (E) ressonância magnética de coluna lombossacra.

27

Paciente do sexo feminino, 27 anos, previamente hígida, procurou atendimento neurológico com quadro de dor à movimentação do olho direito, seguida de redução progressiva da acuidade visual no mesmo olho ao longo de quatro dias. O oftalmologista confirmou o déficit visual e identificou papilite ao exame de fundoscopia. A paciente foi internada para investigação e tratamento.

Realizou ressonância magnética de crânio que evidenciou 2 focos ovalados hiperintensos em T2/FLAIR sem realce periventricular. A ressonância magnética da coluna demonstrou lesão hiperintensa em T2/STIR intramedular no cordão lateral esquerdo em C3-C4, sem efeito expansivo ou realce pelo contraste. A análise do líquido revelou: 3 leucócitos/mm³; proteínas: 38 mg/dL; glicose: 67 mg/dL (glicemia: 98 mg/dL); bandas oligoclonais IgG positivas no líquido.

Em relação aos critérios de diagnóstico de esclerose múltipla, é correto afirmar que

- (A) o diagnóstico é de síndrome clínica isolada.
- (B) não preenche critérios para disseminação no espaço ainda.
- (C) preenche critérios para disseminação no tempo e no espaço.
- (D) precisa do biomarcador anti-AQP4 para definir o diagnóstico.
- (E) a presença de bandas oligoclonais no líquido define a disseminação no espaço.

28

Homem de 68 anos, morador de Curitiba, durante uma viagem ao Rio de Janeiro, apresenta perda súbita da consciência, com abalos nos quatro membros, após bater a cabeça no chão. Levado ao serviço de emergência, encontrava-se lúcido e orientado, sem déficits neurológicos focais. A pressão arterial, a frequência e o ritmo cardíacos estavam normais. Foi realizada tomografia computadorizada de crânio, que não evidenciou fratura, e mostrou pequenas calcificações intracranianas, arredondadas e dispersas pelo parênquima cerebral.

Considerando a apresentação clínica e o achado radiológico, o diagnóstico mais provável é de

- (A) neurocisticercose calcificada.
- (B) meningiomas múltiplos calcificados.
- (C) oligodendroglioma calcificado.
- (D) esclerose tuberosa.
- (E) metástases cerebrais calcificadas.

29

Homem de 56 anos procura atendimento ambulatorial por apresentar, há cerca de um ano, dificuldade para caminhar, que vem piorando lentamente, acompanhada de sensação de endurecimento dos membros inferiores. Nega episódios agudos de perda de força ou de alterações visuais.

Ao exame neurológico, apresenta paraparesia espástica, hiperreflexia patelar e aquileus e sinal de Babinski bilateral. A sensibilidade superficial e a profunda estão preservadas.

Considerando as principais causas dessa síndrome, os seguintes exames devem fazer parte da investigação inicial:

- (A) ressonância magnética da coluna vertebral e sorologia para HTLV-1.
- (B) tomografia computadorizada da coluna vertebral e eletroneuromiografia.
- (C) ressonância magnética do encéfalo e dosagem sérica de vitamina B12.
- (D) eletroneuromiografia e pesquisa de bandas oligoclonais no líquido cefalorraquidiano.
- (E) Tomografia computadorizada da coluna lombar e sorologia para HIV.

30

Homem de 62 anos, advogado, procura atendimento por queixa de esquecimento e dificuldade de concentração há cerca de um ano, que vêm interferindo em suas atividades profissionais. O exame neurológico não demonstra déficits motores, sensitivos ou cerebelares. O escore final do Mini-Mental é 21. O paciente não pode realizar ressonância magnética por apresentar um dispositivo metálico incompatível, implantado após cirurgia recente. A tomografia computadorizada de crânio não evidenciou lesões expansivas, hidrocefalia ou alterações estruturais significativas. Para complementar a avaliação, solicitou-se a realização de um biomarcador no líquido cefalorraquidiano (LCR).

A principal alteração bioquímica esperada nesse exame para o diagnóstico de doença de Alzheimer é

- (A) o aumento do peptídeo beta-amiloide e redução da proteína associada aos microtúbulos tau.
- (B) a presença de anticorpos contra o receptor de N-metil-D-aspartato.
- (C) a redução do peptídeo beta-amiloide e aumento da proteína associada aos microtúbulos tau.
- (D) o aumento da proteína de neurofilamento de cadeia leve.
- (E) a redução da proteína ácida glial fibrilar.

31

Mulher de 28 anos procura atendimento na emergência por apresentar, há 24 horas, formigamentos e dormência nos membros inferiores, até a cicatriz umbilical, e dificuldade para urinar. Coloca-se uma sonda vesical de alívio.

Refere boa saúde, mas recorda que, há dois anos, teve episódio de dor ocular no olho esquerdo, com embaçamento visual, que não impedia a leitura. Procurou oftalmologista, que nada encontrou de anormal no exame, e indicou um colírio, com recuperação da visão após aproximadamente um mês.

Durante a investigação, foi realizada tomografia de coerência óptica (OCT) para avaliar possível comprometimento prévio do nervo óptico.

Dos seguintes achados na OCT, assinale o que é compatível com sequela de neurite óptica.

- (A) Espessamento difuso da camada de fibras nervosas da retina e aumento da camada de células ganglionares.
- (B) Afinamento da camada de fibras nervosas da retina e redução da camada de células ganglionares.
- (C) Aumento simétrico da espessura macular, com preservação da camada de células ganglionares.
- (D) Descolamento do epitélio pigmentar da retina associado a edema macular.
- (E) Aumento da escavação do disco óptico com preservação da camada de células ganglionares.

32

Mulher de 88 anos deu entrada numa UPA de cidade do interior às 11 horas. Familiares viram a paciente bem na véspera, às 22 horas, e a encontraram às 8 horas da manhã, na cama, sem conseguir falar nem mover o lado esquerdo do corpo.

Ao exame, Glasgow 12. Histórico de diabetes mellitus e hipertensão arterial. Até então era totalmente independente no autocuidado.

Assinale a afirmativa que justifica o diagnóstico e a conduta inicial desse paciente.

- (A) Presença de sinais neurológicos sugere AVC isquêmico, estando em janela terapêutica para trombólise.
- (B) O Doppler transcraniano pode ser utilizado para identificar sangramentos na fase aguda.
- (C) Paciente com fatores de risco para AVC, sendo indicado, pela idade, o uso de AAS + clopidogrel.
- (D) Paciente com AVC instalado durante o sono não pode entrar no protocolo de trombolítico.
- (E) A alteração do nível da consciência contraindica a possibilidade do tratamento de trombólise

33

Uma mulher acorda e vê sua filha de 21 anos em crise convulsiva. O início não foi presenciado, mas observou-se endurecimento dos quatro membros, seguido de abalos musculares bilaterais. Ao acordar, a filha não se lembra de nada. Dias depois, levada ao neurologista, o exame neurológico foi normal. A mãe nega casos de epilepsia na família. Parto normal, desenvolvimento psicomotor normal, escolaridade adequada. A paciente nega uso de drogas ou medicamentos. O EEG, a TCC e a RM são normais.

De acordo com esses dados, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) crise focal evoluindo para crise tônico-clônica.
- (B) epilepsia generalizada com crise tônico-clônica.
- (C) síndrome epiléptica de etiologia a esclarecer.
- (D) transtorno motor do sono REM.
- (E) crise de início desconhecido tônico-clônica.

34

Paciente de 58 anos, do sexo masculino, dentista, procura consultório de neurologia por apresentar tremor nas mãos que interfere em suas atividades da vida diária e profissional. Notou o início desses sintomas há um ano. Lembra-se de pelo menos três quedas ao chão com vários tipos de lesão óssea.

No exame físico, há rigidez plástica nos MMSS, fácies cérea e lentificação dos movimentos sacádicos oculares, e oftalmoplegia do olhar conjugado vertical, para baixo. O paciente é hipertenso há 10 anos e usa dois anti-hipertensivos

Para esse caso clínico, a principal hipótese diagnóstica é

- (A) parkinsonismo atípico, paralisia supranuclear progressiva.
- (B) doença de Parkinson idiopática.
- (C) parkinsonismo secundário a acidente vascular encefálico.
- (D) parkinsonismo atípico, atrofia de múltiplos sistemas.
- (E) síndrome parkinsoniana na doença de Lewy.

35

Paciente 78 anos, sexo masculino, vem ao ambulatório com diagnóstico de doença de Parkinson Idiopático há 4 anos. Está em uso de medicação regular.

Ao exame físico, o paciente apresenta tremor pior à direita em repouso. Tem necessidade de bengala para a marcha. Há rigidez dos membros superiores que interfere na vestimenta; bradicinesia; necessidade de auxílio para se levantar da cadeira; hipomímia facial; queixa de quedas eventuais e de pouca recuperação no teste do “puxão”; dificuldade para manter o sono durante a noite; e engasgos frequentes durante as refeições.

Considerando esses dados clínicos e os instrumentos de avaliação na Doença de Parkinson, é correto afirmar que

- (A) a escala MDS-UPDRS é incapaz de mensurar os distúrbios do sono e os engasgos relatados.
- (B) o paciente apresenta independência funcional completa segundo a Escala de Schwab & England.
- (C) o paciente possui contraindicação absoluta para a realização do Teste de Alcance Funcional.
- (D) o teste de sentar e levantar avalia exclusivamente o tremor de repouso do paciente.
- (E) o paciente enquadra-se no estágio 3 da Escala de Hoehn e Yahr, devido ao déficit de equilíbrio postural.

36

Um homem de 47 anos foi admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) após uma parada cardiorrespiratória prolongada. Decorridas 72 horas de tratamento intensivo, sob estabilidade térmica (36,5°C) e hemodinâmica, e sem efeito de sedativos, o paciente apresenta-se em coma profundo, com ausência total de reflexos de tronco encefálico. A equipe multiprofissional planeja iniciar o protocolo de determinação de morte encefálica.

Conforme a Resolução CFM nº 2.173/2017, para que o protocolo possa ser formalmente aberto, o seguinte procedimento é necessário:

- (A) tomografia de crânio demonstrando edema difuso e lesões no tronco encefálico.
- (B) realização de EEG para demonstrar ausência de atividade elétrica.
- (C) dois exames clínicos completos e teste de apneia realizados por médicos distintos.
- (D) angiografia cerebral demonstrando ausência de fluxo.
- (E) dois exames clínicos completos e teste de apneia realizados por um médico.

37

Paciente de 17 anos, masculino, foi encaminhada ao neurologista após apresentar duas crises convulsivas tônico-clônicas generalizadas nos últimos quatro meses. Ambas ocorreram nas primeiras horas da manhã, poucos minutos após despertar, após noites de sono reduzido devido aos estudos para provas. Durante a anamnese dirigida, relatou que, desde os 15 anos, apresenta episódios frequentes de “trancos” nos membros superiores logo após acordar, especialmente ao segurar objetos como escova de dentes, xícara ou celular, ocasionando quedas desses objetos. Os episódios duram poucos segundos, ocorrem com preservação da consciência e tornam-se mais frequentes após privação de sono ou ingestão de bebidas alcoólicas em festas. Ao exame neurológico, a paciente encontrava-se alerta, orientada, com linguagem, força, sensibilidade, coordenação, marcha e reflexos dentro da normalidade. A ressonância magnética de encéfalo não evidenciou alterações estruturais. O eletroencefalograma demonstrou descargas generalizadas de complexos ponta-onda e poliponta-onda de 4–6 Hz, predominando nas regiões frontocentraais, desencadeadas durante a estimulação luminosa intermitente.

O seguinte medicamento é a primeira escolha para tratamento desse tipo de epilepsia:

- (A) fenitoína.
- (B) topiramato.
- (C) carbamazepina.
- (D) ácido valproico.
- (E) oxycarbazepina.

38

Paciente do sexo masculino, 18 meses de idade, previamente hígido, foi levado ao pronto-socorro após episódio súbito de perda da consciência acompanhada de rigidez seguida de abalos tônico-clônicos generalizados dos quatro membros. A crise teve duração aproximada de dois minutos, cessando espontaneamente, seguida por sonolência por cerca de 20 minutos. Segundo os pais, a criança apresentava febre iniciada há aproximadamente seis horas, com temperatura axilar aferida de 39°C, associada a coriza, congestão nasal e redução do apetite. Negavam episódios prévios de convulsão, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, doenças neurológicas ou uso de medicamentos contínuos. Ao exame físico, encontrava-se acordado, afebril após antitérmico, corado e hidratado. O exame neurológico não evidenciava déficits focais, alterações do tônus, assimetrias motoras ou sinais meníngeos.

A conduta nesse momento é

- (A) solicitar punção lombar para análise do líquido.
- (B) solicitar tomografia computadorizada de crânio.
- (C) prescrever diazepam intrarretal para evitar recorrência da crise.
- (D) encaminhar ao neurologista para iniciar tratamento da epilepsia.
- (E) observação clínica e alta com orientações quanto ao tratamento da febre e sua etiologia.

39

Paciente do sexo masculino, 58 anos, previamente hígido, procurou atendimento neurológico por fraqueza progressiva na mão direita há aproximadamente 14 meses. Inicialmente percebeu dificuldade para abotoar camisas, escrever e manipular pequenos objetos, evoluindo com atrofia da musculatura tenar e interóssea. Após cerca de oito meses, ele passou a apresentar fraqueza também na mão esquerda e dificuldade para elevar o braço direito acima da cabeça. Nos últimos quatro meses, referiu tropeços frequentes, sensação de rigidez nas pernas e dificuldade para subir escadas. Há 1 mês cursando com disfagia para alimentos secos e água e leve disartria. Negava alterações sensitivas, dor radicular, diplopia, ptose, disfagia, alterações esfinterianas ou déficit cognitivo.

Ao exame neurológico, apresentava atrofia da musculatura tenar e dos interósseos da mão direita, miofasciculações em antebraço direito, paresia para extensão dos dedos e abdução dos dedos das mãos, leve hipertonía em membros inferiores, reflexos profundos vivos nos quatro membros, reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateral. Sensibilidade superficial e profunda preservadas. Coordenação e nervos cranianos sem alterações. A eletroneuromiografia demonstrou sinais de desnervação ativa (fibrilações e ondas agudas positivas), fasciculações e reinervação crônica em músculos inervados pelos segmentos cervicais, torácicos e lombossacros, com redução do recrutamento motor. Os estudos de condução motora e sensitiva não mostrou alterações. A ressonância magnética de encéfalo e coluna cervical mostrou-se normal.

Diante desse paciente, a proposta terapêutica específica é

- (A) mestinon 60 mg de 8/8h por VO.
- (B) riluzol 50 mg de 12/12h por VO.
- (C) baclofeno 10 mg de 8/8h por VO.
- (D) metilprednisolona EV 1.000 mg por 5 dias.
- (E) imunoglobulina humana EV 2 g/Kg/dia por 5 dias.

40

Paciente do sexo masculino, 75 anos, hipertenso e diabético, em uso irregular de losartana e metformina, foi levado ao pronto-socorro após início súbito de fraqueza no lado esquerdo do corpo e boca torta para a direita. Segundo a esposa, encontrava-se bem até **1 hora e 30 minutos** antes da admissão, quando, durante o café da manhã, deixou cair a xícara da mão esquerda e apresentou dificuldade para levantar-se da cadeira. Negava cefaleia, perda da consciência, crise convulsiva, alterações visuais ou distúrbios da linguagem. Não fazia uso de anticoagulantes e não possuía história prévia de AVC, cirurgias recentes ou sangramentos. Na admissão apresentava: Pressão arterial: **168 x 96 mmHg**, frequência cardíaca: 82 bpm, saturação de O₂: 97%, glicemia capilar: **124 mg/dL**. Ao exame neurológico encontrava-se alerta e orientado, com linguagem preservada. O exame motor confirmou a queixas e não apresentava outras alterações. **NIHSS = 8**. A tomografia computadorizada de crânio sem contraste, realizada **2 horas** após o início dos sintomas, não evidenciou hemorragia intracraniana com ASPECTS = 10.

A conduta terapêutica é

- (A) trombectomia mecânica.
- (B) dupla antiagregação plaquetária por 30 dias.
- (C) trombólise intravenosa com alteplase 0,9 mg/kg.
- (D) heparina de baixo peso molecular 40 mg SC 1x/dia.
- (E) trombólise intravenosa com tenecteplase 0,9 mg/kg.

41

Paciente do sexo feminino, 56 anos, procurou atendimento neurológico devido a contrações involuntárias no lado esquerdo da face iniciadas há aproximadamente dois anos. Relatava que os episódios começaram com pequenos tremores ao redor do olho esquerdo, inicialmente esporádicos, tornando-se progressivamente mais frequentes. Nos últimos seis meses, as contrações passaram a envolver também a região da bochecha e da comissura labial esquerda, ocorrendo diversas vezes ao dia. Durante a consulta, foram observados episódios de contrações clônicas involuntárias da musculatura orbicular do olho esquerdo, seguidas de contração do músculo zigomático e do platísmo ipsilateral. Durante a contração do orbicular dos olhos e fechamento do olho, parte da musculatura frontal se contrai. Entre os episódios, a força da musculatura facial era normal, sem assimetria em repouso. Os demais nervos cranianos, força muscular, sensibilidade, coordenação, reflexos e marcha eram normais.

O diagnóstico síndrome é de

- (A) epilepsia focal.
- (B) blefaroespasmos.
- (C) distonia segmentar.
- (D) espasmo hemifacial.
- (E) tiques motores complexos.

42

Paciente do sexo masculino, 74 anos, médico aposentado, foi levado à consulta pela esposa devido a dificuldades cognitivas e de comportamento nos últimos dois anos. Inicialmente, apresentava dificuldade para organizar tarefas habituais, como administrar contas e utilizar aparelhos eletrônicos, além de episódios em que permanecia "desligado", com redução importante da atenção por alguns minutos, retornando espontaneamente ao estado habitual. A esposa relata que, em alguns dias, o paciente conseguia conversar normalmente e realizar atividades domésticas simples, enquanto em outros permanecia confuso durante grande parte do dia. Há aproximadamente um ano, passou a apresentar alucinações visuais bem formadas, referindo a presença de pessoas desconhecidas dentro de casa, descrevendo-as com riqueza de detalhes. Também apresenta episódios frequentes de falar, gritar e realizar movimentos bruscos durante o sono, parecendo lutas e chutes, inclusive já tendo atingido a esposa diversas vezes durante a noite. Concomitante a esse quadro, tem apresentado lentificação dos movimentos e dificuldade para iniciar a marcha, relatando que os pés ficam presos no chão. Ao exame neurológico, encontrava-se alerta, porém com flutuações importantes da atenção durante a consulta.

Mini-Exame do Estado Mental de 23/30. Hipomímia facial, bradicinesia bilateral, rigidez plástica a manobra em espelho em membro superior direito, sem tremor de repouso. A marcha era lenta, com redução bilateral do balanço dos braços e instabilidade postural ao *pull-test*. Sensibilidade, força muscular e reflexos encontravam-se preservados.

A principal hipótese etiológica é de

- (A) demência vascular.
- (B) encefalite autoimune.
- (C) doença de Alzheimer.
- (D) demência por Corpos de Lewy.
- (E) demência na doença de Parkinson.

43

Paciente do sexo masculino, 22 anos, estudante universitário, procurou atendimento neurológico devido à dificuldade progressiva para caminhar desde a adolescência. Relata que, aos 13 anos, passou a tropeçar com frequência durante atividades esportivas e apresentava dificuldade para correr quando comparado aos colegas. Nos anos seguintes, percebeu deformidade progressiva dos pés, necessitando trocar o tipo de calçado devido ao aumento do arco plantar. Refere fraqueza lentamente progressiva nos pés e tornozelos, dificuldade para caminhar sobre os calcanhares e episódios recorrentes de entorses. Há cerca de dois anos, passou a notar dificuldade para manipular objetos pequenos, como abotoar camisas e escrever por períodos prolongados. Informa que seu pai e um tio paterno apresentam "pés muito cavos" e utilizam órteses para caminhar desde a juventude.

Ao exame neurológico, observava-se atrofia distal bilateral das pernas, pés cavos bilaterais, força muscular grau 3/5 na dorsiflexão dos pés, 4/5 na flexão plantar e 4/5 na musculatura intrínseca das mãos. Os reflexos aquileus e patelares estão abolidos bilateralmente, enquanto os reflexos dos membros superiores hipotativos. Apresenta hipoestesia tátil e dolorosa distal nos 4 membros, em padrão "bota e luva", com hipopalestesia distal em membros inferiores. A marcha é escarvante bilateral, sendo incapaz de caminhar sobre os calcanhares. Trouxe uma Eletroneuromiografia que evidenciou polineuropatia sensitivo-motora desmielinizante difusa.

Diante da principal hipótese etiológica, o resultado de exame genético mais frequentemente encontrado é a

- (A) deleção do gene SMN1.
- (B) mutação no gene C9orf72.
- (C) duplicação do gene PMP22.
- (D) expansão CAG no gene ATXN3.
- (E) expansão GAA no gene da FXN.

44

Paciente do sexo masculino, 67 anos, advogado, buscou atendimento neurológico devido a tremor progressivo nas mãos há aproximadamente oito anos. Relata que o tremor era inicialmente discreto, tornando-se gradualmente mais intenso, dificultando atividades como escrever, utilizar talheres e segurar um copo cheio. Relata piora do tremor durante situações de nervosismo e ansiedade e melhora transitória após a ingestão de pequenas quantidades de bebida alcoólica. Negou qualquer outra queixa. Não tem comorbidades ou faz uso de medicações contínuas. Informou que seu pai e uma irmã apresentavam quadro semelhante desde a meia-idade. Ao exame neurológico, apresentou tremor postural e de ação nas mãos, de frequência aproximada de 4–8 Hz, discretamente mais evidente à direita. Observado leve tremor da cabeça em movimento de afirmação. Não apresentava tremor em repouso. A força, tônus, velocidade e amplitude dos movimentos repetitivos e marcha eram normais. Os exames laboratoriais, incluindo hemograma, eletrólitos, função renal, função hepática, vitamina B12 e TSH, não evidenciaram alterações. Diante da principal hipótese diagnóstica, a seguinte medicação está indicada:

- (A) levodopa.
- (B) biperideno.
- (C) propranolol.
- (D) clonazepam.
- (E) toxina botulínica.

45

Um motoqueiro de 22 anos sofre um acidente e é atendido pelo Corpo de Bombeiros. Na avaliação inicial, está sonolento, abre os olhos ao ser chamado, emite frases desconexas e inadequadas e utiliza a mão para tentar retirar o estímulo doloroso. As pupilas estão isocóricas e foto reagentes.

Após a estabilização inicial, a equipe calcula o escore de Glasgow para definir a gravidade do traumatismo crânioencefálico, o que constitui uma etapa fundamental para a conduta, a monitorização e o prognóstico.

O valor correto da Escala de Coma de Glasgow e a respectiva classificação são:

- (A) 11 – TCE moderado.
- (B) 12 – TCE moderado.
- (C) 8 – TCE grave.
- (D) 14 – TCE leve.
- (E) 10 – TCE moderado.

46

Às 11 horas da manhã, o SAMU recebeu uma solicitação para resgatar, em residência, uma mulher de 68 anos, hipertensa e diabética, que desenvolveu subitamente falta de força no braço direito, desvio da boca para a esquerda, e dificuldade para falar. Ao ser levada à emergência, está acordada, consegue caminhar e o exame neurológico confirma as queixas.

Assinale a opção que apresenta o território arterial mais provavelmente acometido.

- (A) Ramos corticais da artéria cerebral média esquerda.
- (B) Artéria lentículo-estriada direita.
- (C) Artéria cerebral anterior direita.
- (D) Artéria lentículo-estriada esquerda.
- (E) Ramos corticais da artéria cerebral média direita.

47

Um homem de 32 anos procura atendimento por apresentar queda de rendimento no trabalho, onde atua como economista. O paciente relata que, há alguns meses, tem notado lentidão, dificuldade de concentração e falhas no desempenho por conta disto. Familiares notam depressão e sonolência diurna excessiva e estão preocupados, pois a avó materna, aos 50 anos, foi diagnosticada com doença de Alzheimer.

Perguntado quanto ao estado geral, relata aumento de peso, pois não tem energia para realizar atividade física, além de não tolerar mais o ambiente da academia, em que o ar-condicionado é muito frio.

Das condições a seguir, assinale a que deve ser investigada como causa potencialmente tratável de demência em um adulto jovem.

- (A) Doença de Alzheimer pré-senil.
- (B) Deficiência de vitamina D.
- (C) Hipotireoidismo.
- (D) Deficiência de vitamina B.
- (E) Hipertireoidismo.

48

Uma estudante universitária de 23 anos relata dor de cabeça frequente, descrita como sensação de pressão ou de aperto no crânio, bilateral, de intensidade leve, pior ao final do dia e associada a períodos de prova. Nega náuseas, vômitos acompanhando a cefaleia e, eventualmente, o barulho alto incomoda. Mesmo durante o período de dor, frequenta aulas na faculdade e mantém seu preparo físico na academia, à qual vai diariamente, embora com desconforto quando a dor se torna moderada.

O diagnóstico mais provável é

- (A) migrânea sem aura.
- (B) cefaleia tensional.
- (C) cefaleia em salvas.
- (D) cefaleia responsiva à indometacina.
- (E) migrânea com aura.

49

Uma mulher de 34 anos, jornalista, durante uma gravação externa para a TV, subitamente parou de falar, ficou com o olhar fixo, não respondeu à ordem de continuar a entrevista, e, após 2 minutos, voltou ao contato com os colegas, ainda meio confusa, sem saber o que havia acontecido.

Familiares foram chamados e referiram que notavam esporadicamente, em casa, que a jornalista ficava por segundos, meio “fora do ar”. Nunca presenciaram crise convulsiva, exceto quando criança, quando tinha febre muito alta.

A ressonância de crânio evidenciou sinais de esclerose mesial do hipocampo.

Entre os seguintes padrões eletroencefalográficos, assinale o achado interictal mais característico esperado para o caso dessa paciente.

- (A) Complexos de ponta de onda lenta generalizados e simétricos, com frequência de 3 Hz.
- (B) Ondas agudas ou espículas localizadas na região temporal anterior ou mediotemporal do hemisfério afetado.
- (C) Ondas delta polimórficas, contínuas, generalizadas, de alta amplitude, bilaterais.
- (D) Complexos ponta-onda lentos e difusos a uma frequência de 1,5 a 2,5 Hz, com lentificação do ritmo de fundo.
- (E) Descargas paroxísticas de pontas focais exclusivas na região occipital bilateral, que desaparecem com a abertura dos olhos.

50

No período do almoço, um adolescente sofre uma queda de bicicleta e bate a cabeça na calçada. Após um breve desmaio, recupera a consciência e conversa normalmente com o guarda que viu a queda. Recusa-se a ir à emergência, apesar de sentir muita dor ao palpar o local do trauma, no lado direito do crânio, porque precisa estudar para uma prova.

À noite, é encontrado, pela mãe, desacordado em sua cama. Levado ao hospital, apresenta anisocoria, pupilas midriáticas à direita e perda de força muscular à esquerda.

A TCC confirma a existência de uma complicação do TCE e há indicação de cirurgia imediata

Esse quadro clínico sugere a seguinte complicação do TCE:

- (A) hematoma subdural agudo.
- (B) concussão cerebral.
- (C) hematoma extradural.
- (D) contusão frontal hemorrágica.
- (E) edema cerebral.

51

A autopercepção de queixas cognitivas pode fazer parte do envelhecimento normal ou da fase inicial do envelhecimento patológico. O comprometimento cognitivo leve (CCL) é uma condição intermediária entre o envelhecimento normal e a demência.

Assinale a afirmativa correta a respeito de um tipo de comprometimento cognitivo leve (CCL).

- (A) A classificação de CCL baseia-se em queixas de lapsos de memória que interferem na realização das atividades de vida diária, com testagem neuropsicológica normal.
- (B) A classificação de CCL envolvendo o domínio de atenção baseia-se em testagem neuropsicológica, e na interferência na realização das atividades de vida diária.
- (C) A classificação de CCL envolvendo o domínio da linguagem baseia-se em queixas do paciente sem necessidade de testagem neuropsicológica, desde que não esteja interferindo na vida profissional e social.
- (D) A classificação de CCL envolvendo funções executivas baseia-se em queixas do paciente, testagem neuropsicológica, e exame de ressonância magnética para excluir atrofia de lobo frontal.
- (E) A classificação de CCL amnésico exige comprovação por testagem neuropsicológica de distúrbio de memória, sem interferência na realização das atividades de vida diária.

52

Paciente de 73 anos apresenta quadro progressivo de desequilíbrio de marcha há 2 anos. Neste período passou a necessitar de auxílio-locomomoção com bengala e no momento usa um andador mesmo em ambiente domiciliar. Mais recentemente relata estar apresentando urgência urinária com episódios de incontinência. Nega queixas cognitivas, mas esposa relata que ele está apresentando quadro depressivo por estar mais apático com embotamento no pensamento e nas ações. O exame neurológico evidencia marcha lentificada com aumento da base e passos curtos com necessidade de apoio bilateral. Não há alteração objetiva no exame dos nervos cranianos, força, reflexos, tônus, sensibilidade ou coordenação.

O seguinte resultado de neuroimagem define o diagnóstico etiológico:

- (A) neuroimagem pode ser normal.
- (B) perda do sinal da cauda da andorinha.
- (C) coleção extra-axial hipodensa fronto-temporo-occipital a direita.
- (D) atrofia mesencéfalo com índice de parkinsonismo alto.
- (E) ventrículos aumentados de forma desproporcional a atrofia cortical.

53

Paciente de 58 anos é levada à Emergência por apresentar quadro súbito de perda de força em membro inferior esquerdo. Nega HAS. Tem dislipidemia e intolerância oral a glicose e hipotireoidismo. Realizou tomografia computadorizada de crânio que evidenciou pequeno hematoma intraparenquimatoso.

A seguinte topografia da lesão melhor justifica o quadro clínico:

- (A) lobo parietal direito.
- (B) lóbulo paracentral direito.
- (C) cápsula interna a esquerda.
- (D) face anterior da ponte a direita.
- (E) face lateral do lobo frontal direito.

54

Paciente de 25 anos foi diagnosticado com esclerose múltipla remittente-recorrente altamente ativa. Foi indicado tratamento preventivo com Natalizumabe, um anticorpo monoclonal endovenoso.

A principal e mais temida complicação relacionada a esse tratamento é a

- (A) linfopenia.
- (B) neutropenia febril.
- (C) tireoidite auto-imune.
- (D) hipogamaglobulinemia.
- (E) leucoencefalopatia multifocal progressiva.

55

Paciente de 15 anos é levado para avaliação neurológica com quadro progressivo há 1 ano de tremor postural em membros superiores, lentidão nas atividades de vida diária, disartria, disfagia e rouquidão. Ao exame neurológico foi identificado rigidez plástica nos membros superiores, tremor em “bater de asas”, bradicinesia nos movimentos das mãos e postura distônica no pé esquerdo. A ressonância magnética de crânio evidencia hipersinal em T2 em núcleos da base. Informam que o irmão mais novo de 8 anos está investigando problemas no fígado.

Os seguintes exames devem ser solicitados para confirmar a principal hipótese etiológica:

- (A) anti-NMDA no líquido.
- (B) teste molecular para mutação PANK2.
- (C) teste molecular para Doença de Huntington.
- (D) ceruloplasmina, cobre sérico e cobre urinário.
- (E) cinética do ferro e eletroforese de hemoglobina.

56

Paciente de 35 anos está em acompanhamento neurológico desde os 20 anos. Sua doença teve início na juventude quando percebeu que não conseguia assoviar por incapacidade de oclusão dos lábios, evoluiu ao longo dos anos com fraqueza proximal dos membros superiores, incapacidade de elevar os braços acima da cabeça e atrofia da musculatura dos braços. Ao exame neurológico atual apresenta diparesia facial, fraqueza proximal dos membros superiores e distal dos membros inferiores com marcha escarvante. Observa-se atrofia de bíceps e tríceps. Ao solicitar que o paciente eleve os braços, observa-se ascensão das escapulas com rotação medial. O seu pai tem quadro semelhante.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) distrofia de Becker.
- (B) distrofia de cinturas.
- (C) distrofia facioescapuloumeral.
- (D) distrofia miotônica de Steinert.
- (E) distrofia muscular de Emery-Dreifuss.

57

Uma mulher de 20 anos procura oftalmologista por estar apresentando diplopia há algumas semanas, que inicialmente piorava ao longo do dia e pela manhã desaparecia. Atualmente a queixa é persistente e observa queda parcial da pálpebra direita.

O exame neurológico indica redução da fenda palpebral a direita e paresia dos movimentos oculares superior e inferior no olho direito. Este quadro piora quando a paciente pisca com força repetidamente ou quando permanece olhando para cima por alguns segundos e melhorou temporariamente com o teste do gelo. As pupilas são isocóricas e fotorreagentes. O restante do exame neurológico é normal. Após confirmar a principal hipótese etiológica, o seguinte exame deve ser solicitado rotineiramente para investigar uma condição frequentemente associada a essa doença:

- (A) dosagem sérica de CPK.
- (B) anticorpo anti-aquaporina 4.
- (C) eletroneuromiografia de fibra única.
- (D) tomografia computadorizada de tórax.
- (E) ressonância magnética de crânio e órbitas.

58

Um homem de 68 anos, professor aposentado, procura atendimento neurológico devido à dificuldade progressiva para caminhar há aproximadamente 3 anos. Refere que inicialmente passou a andar mais lentamente e posteriormente a reduzir o balanço do braço direito durante a marcha. A esposa relata que há cerca de 2 anos vem observando que ele apresenta diminuição da expressão facial, a voz está mais baixa e há dificuldade para realizar tarefas manuais, como abotoar a camisa e escrever. Negam ocorrência de tremor. Quando questionado, confirma ter constipação intestinal e anosmia há vários anos. Está em tratamento de depressão e ansiedade há 1 ano.

Ao exame neurológico, observa-se hipomímia facial e hipofonia. Bradicinesia é identificada predominante à direita evidenciada por redução da amplitude e velocidade dos movimentos repetitivos dos dedos e das mãos. Há rigidez plástica em roda dentada no membro superior direito. Não apresenta tremor de repouso, postural ou cinético. A marcha é lentificada, base estreita, encurta os passos à direita, com balanço reduzido do membro superior direito e leve dificuldade nas mudanças de direção. O teste de retropulsão é normal. Não há sinais piramidais, cerebelares ou alterações da motricidade ocular. A ressonância magnética de crânio mostra focos hiperintensos em T2/FLAIR esparsos na substância branca supratentorial compatível com gliose microangiopática (FAZEKAS=1). A cintilografia cerebral com TRODAT mostrou hipocaptação do radiofármaco nos núcleos da base, mais acentuada a esquerda, compatível com degeneração nigroestriatal pré-sináptica.

Com base no quadro clínico e no resultado dos exames complementares, o diagnóstico mais provável é de

- (A) doença de Parkinson.
- (B) parkinsonismo vascular.
- (C) degeneração córticobasal.
- (D) atrofia de múltiplos sistemas.
- (E) paralisia supranuclear progressiva.

59

Uma mulher de 50 anos, com crises de migrânea com aura visual desde a adolescência, relata início súbito de dor de cabeça que considerou “a pior da vida”, seguida de vômitos e perda de consciência, o que motivou a internação.

No exame, já está acordada e refere cefaleia intensa. O médico encontra dificuldade na mobilização passiva da nuca e observa ptose palpebral à direita, anisocoria com midríase à direita e estrabismo divergente à direita.

O diagnóstico mais provável é

- (A) neuralgia occipital.
- (B) hemorragia subaracnoide por aneurisma de artéria comunicante posterior.
- (C) migrânea com aura complicada.
- (D) ruptura de aneurisma intracavernoso.
- (E) hemorragia subaracnoide por aneurisma de artéria cerebral média.

60

A doença de Alzheimer é a causa mais frequente de demência no idoso; apresenta pico de incidência após os 75 anos, evolui lentamente e progressivamente e tem curso inexoravelmente fatal em torno de 15 anos.

Assinale a opção que descreve uma característica dos primeiros anos de doença.

- (A) Exame neurológico normal, exceto o comprometimento cognitivo.
- (B) Identificação de reflexos primitivos como sucção e preensão.
- (C) Alteração do tônus, da postura e da marcha.
- (D) Restrição ao leito com dependência de terceiros.
- (E) Incontinência urinária e fecal.

61

Um homem de 30 anos é admitido na UTI após sofrer um TCE. Mesmo com estimulação dolorosa, ele permanece de olhos fechados, sem emitir sons nem apresentar movimentos. É entubado e colocado em respirador, mantendo-se a estabilidade hemodinâmica.

Após cinco dias, decide-se avaliar a possibilidade de morte encefálica.

Os seguintes parâmetros indicam a confirmação desse diagnóstico:

- (A) manutenção dos reflexos fotomotor e córneo-palpebral, associada à ausência de drive respiratório no teste de apneia.
- (B) ausência dos reflexos oculocefálicos e vestibulo-oculares e teste de apneia positivo, com valor final de PaCO_2 de 45 mmHg.
- (C) ausência dos reflexos fotomotor, corneopalpebral, oculocefálico, vestibulo-ocular e de tosse associada a teste de apneia positivo.
- (D) reflexos oculocefálico e de tosse preservados, associados a um traçado de eletroencefalograma isoeletrico.
- (E) ausência dos reflexos de tronco encefálico e teste de apneia negativo em paciente com temperatura corporal estável em 30°C .

62

Um homem de 35 anos busca atendimento neurológico devido ao surgimento progressivo de movimentos involuntários e desordenados nos membros e na face há dois anos. Nos últimos meses, a família notou episódios frequentes de automutilação (mordeduras na língua e nos lábios), além de declínio cognitivo e mudanças de personalidade. O paciente foi adotado na infância e não possui informações sobre seus parentes biológicos. Durante a investigação, o hemograma revelou uma alteração morfológica específica nas hemácias, caracterizada por projeções espiculadas na membrana celular.

Diante do quadro clínico e do achado laboratorial, o diagnóstico provável e o respectivo achado que confirma a suspeita são:

- (A) doença de Huntington e pesquisa de expansão de tripletos CAG.
- (B) neuroacantocitose e presença de acantócitos no esfregaço de sangue periférico.
- (C) doença de Wilson e redução dos níveis séricos de ceruloplasmina.
- (D) coreia hiperglicêmica não cetótica e hiperintensidade em T1 nos gânglios da base.
- (E) coreia de Sydenham e elevação dos títulos de antiestreptolisina O (ASLO).

63

Homem de 72 anos é admitido no ambulatório de neurologia com queixa de ptose palpebral bilateral e visão dupla (diplopia) há 4 meses. Relata que os sintomas costumam ser leves ou ausentes ao acordar, mas pioram significativamente ao longo do dia ou após leitura prolongada. Passou a notar fadiga na musculatura mastigatória durante as refeições e dificuldade para pentear o cabelo.

A tomografia computadorizada de tórax de alta resolução demonstrou substituição adiposa fisiológica do mediastino anterior. A pesquisa de anticorpos antirreceptores de acetilcolina foi positiva, com títulos elevados.

Considerando o diagnóstico, a faixa etária da paciente e a conduta terapêutica inicial e de manutenção mais adequada para o manejo clínico desse quadro é

- (A) timectomia cirúrgica imediata por esternotomia mediana.
- (B) inibidor da acetilcolinesterase (piridostigmina) isolado ou associado à corticoterapia em baixas doses.
- (C) plasmáfereze de urgência associada a ciclofosfamida intravenosa contínua.
- (D) anticoagulação plena com varfarina, com reavaliação em 30 dias.
- (E) injeção local de toxina botulínica nos músculos orbiculares dos olhos.

64

Uma paciente de 62 anos busca atendimento médico com quadro de desequilíbrio na marcha, de instalação há três semanas, associado a disfagia e disartria progressivas. A ressonância magnética de crânio não evidencia alterações estruturais significativas. A investigação laboratorial revela sorologia positiva para o anticorpo anti-Yo (anti-PCA-1). Diante desse achado, solicitou-se uma tomografia computadorizada, que identificou um nódulo mamário altamente suspeito de malignidade.

Com base no quadro clínico e nos exames complementares, o diagnóstico mais provável para as manifestações neurológicas dessa paciente

- (A) Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).
- (B) Atrofia de Múltiplos Sistemas do tipo cerebelar (AMS-C).
- (C) Distrofia Muscular de Cinturas.
- (D) Neurosífilis com acometimento de tronco encefálico.
- (E) Degeneração cerebelar paraneoplásica associada ao câncer de mama.

65

Um homem de 59 anos, residente em área rural do estado da Bahia com histórico frequente de banho de rio, procura o pronto-atendimento com queixa de fraqueza flácida em membros inferiores de instalação aguda (há 24 horas), associada a retenção urinária e anestesia em sela. O exame físico revela reflexo aquileu abolido bilateralmente.

Considerando o quadro clínico e os antecedentes do paciente, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial correta são

- (A) infarto medular e anticoagulação imediata.
- (B) mielorradiculopatia esquistossomótica o tratamento imediato com praziquantel e corticoide.
- (C) esclerose múltipla e pulsoterapia com metilprednisolona em altas doses.
- (D) neuropatia diabética grave e controle glicêmico intensivo e reabilitação.
- (E) síndrome da cauda equina e ressonância magnética urgente e descompressão cirúrgica de emergência.

66

Paciente de 70 anos, procura o clínico geral queixando-se de sensação de queimação nas pernas há 1 ano que inicialmente acometia a sola dos pés, mas nos últimos meses passou também a sentir nas pernas até a altura dos joelhos. Tem sentindo também uma instabilidade de marcha como se estivesse desequilibrado. O exame neurológico evidencia hipoestesia tátil e dolorosa distalmente em membros inferiores em padrão bota de cano alto, apalestesia distal nos 4 membros e arreflexia global. A força está preservada. Marcha com leve aumento da base.

O seguinte exame deve ser solicitado para investigar a principal etiologia associada a esse quadro clínico:

- (A) eletroneuromiografia.
- (B) glicemia e hemoglobina glicada.
- (C) sorologias para HIV e hepatite B e VDRL.
- (D) tomografia computadorizada de crânio.
- (E) ressonância magnética de coluna lombossacra.

67

Durante aula de ginástica, aluna de 47 anos apresentou cefaleia holocraniana súbita e de forte intensidade. Levada ao serviço de emergência, estava hipertensa (170x100 mmHg) e apresentava ao exame neurológico sonolência, rigidez a mobilização passiva da nuca, ptose palpebral a direita com paralisia dos movimentos oculares para cima, para baixo e medial em olho direito e pupila direita midriática sem resposta ao reflexo fotomotor direto. Realizou neuroimagem sendo identificado hemorragia subaracnóidea. A ruptura de aneurisma da seguinte artéria melhor explica o quadro clínico apresentado:

- (A) artéria comunicante anterior.
- (B) artéria cerebral média direita.
- (C) artéria cerebral anterior esquerda.
- (D) artéria cerebral posterior esquerda.
- (E) artéria comunicante posterior direita.

68

Paciente de 40 anos procura neurologista para avaliação de quadro de desequilíbrio de marcha e incoordenação motora nas mãos, evoluindo com piora progressiva há 1 ano. Informa que seu avô paterno, duas tias paternas e seu pai já falecidos tiveram sintomas semelhantes inclusive cuidou de seu pai que ficou muito dependente no final da vida. Seu avô e suas tias eram portugueses. Sua irmã de 35 anos tem apresentado os mesmos sintomas. Ao exame é identificado uma síndrome cerebelar com marcha ebriosa, dismetria e nistagmo. Diante dos dados clínicos e epidemiológicos, a principal hipótese etiológica é

- (A) ataxia de Friedreich.
- (B) ataxia com apraxia ocular.
- (C) ataxia espinocerebelar tipo 3.
- (D) atrofia de múltiplos sistemas tipo C
- (E) síndrome tremor/ataxia associada ao X frágil.

69

Paciente de 82 anos, juiz de direito aposentado, procura atendimento neurológico com quadro de esquecimentos de fatos recentes há 2 anos. Relata que perde objetos com frequência pois não sabe onde os colocou, como chaves e celular. Já encontrou a chave dentro do sapato e a carteira é esquecida com frequência no carro. Esposa relata que ele se tornou repetitivo, fazendo a mesma pergunta várias vezes. Continua administrando suas finanças e pagando as contas sem dificuldades. Nega episódios de desorientação espacial. A avaliação neuropsicológica que mostrou preservação do funcionamento cognitivo global e independência para as atividades de vida diária, além de queixa subjetiva de dificuldade de memória com evolução nos 2 anos. Objetivamente evidenciou comprometimento acentuado da memória episódica e da memória anterógrada. A ressonância magnética de crânio mostrou microangiopatia leve (FAZEKAS = 1) e atrofia hipocampal (MTA = 2). PET-CT com marcador beta-amilóide demonstrou acúmulo moderado de beta-amilóide cerebral.

O diagnóstico síndrômico e etiológico nesse momento é

- (A) demência vascular.
- (B) demência por corpos de Lewy.
- (C) demência na Doença de Alzheimer.
- (D) comprometimento cognitivo subjetivo do envelhecimento.
- (E) comprometimento cognitivo leve devido a Doença de Alzheimer.

70

Paciente de 67 anos, com diagnóstico de Doença de Parkinson recente, informa, pela primeira vez, que apresenta, de vez em quando, noites agitadas, nas quais grita e faz movimentos bruscos incluindo chutes e socos contra sua esposa. Esse quadro passou a acontecer anos antes de os sintomas do Parkinson aparecerem, mas está mais frequente atualmente, tanto que sua esposa passou a dormir em quarto separado há 3 meses. Quando questionado, se lembra apenas de sonhos vívidos no geral de pesadelos onde está sendo atacado e revidar ou estar fugindo de alguém, associados a este quadro. O transtorno do sono apresentado pelo paciente é denominado

- (A) sonambulismo.
- (B) terror noturno.
- (C) paralisia do sono.
- (D) transtorno comportamental do sono REM.
- (E) movimentos periódicos das pernas durante o sono.

71

Idoso tem queda da própria altura e bate a cabeça no chão. Mantém-se acordado e não apresenta sintomas imediatamente após o trauma, por isso não busca avaliação médica. Após 1 mês acorda confuso e nos dias subsequentes fica sonolento e com e dificuldade motora em dimídio esquerdo. Procura então o serviço de emergência. O médico de plantão confirma as queixas e solicita tomografia computadorizada de crânio que evidencia coleção extra-axial fronto-temporo-occipital com forma em crescente hipodensa a direita.

O diagnóstico é

- (A) contusão cerebral.
- (B) hematoma subdural crônico.
- (C) hematoma extra-dural agudo.
- (D) acidente vascular encefálico isquêmico.
- (E) acidente vascular encefálico hemorrágico.

72

Uma paciente de 54 anos, arquiteta, é trazida ao consultório por familiares devido a mudanças progressivas no comportamento no último ano, com apatia crescente, abandono de seus projetos e indiferença emocional diante de problemas familiares graves. Desenvolveu perda do filtro social, fazendo comentários inadequados em público e passando a comer doces compulsivamente. No exame do estado mental em consultório, está orientada no tempo e no espaço e preserva a memória de fatos recentes. Mini mental = 30.

Considerando que o quadro clínico é altamente sugestivo de uma demência neurodegenerativa pré-senil, assinale a opção que indica corretamente as três variantes clínicas que compõem o espectro clínico dessa doença.

- (A) Variante apráxica posterior, síndrome de Hakim-Adams e degeneração corticobasal.
- (B) Variante amnésica límbica, coreia progressiva e paralisia geral progressiva.
- (C) Variante com corpos de Lewy, afasia progressiva fluente e apraxia de marcha.
- (D) Variante vascular subcortical, insônia familiar fatal e agnosia digital isolada.
- (E) Variante comportamental, afasia progressiva não fluente e demência semântica.

73

Uma mulher de 35 anos, grávida de 20 semanas, é levada ao setor médico da empresa por um colega de trabalho, que acabou de presenciar, mais uma vez, um episódio de início agudo e duração de 2 minutos, em que a paciente ficou parada, com movimentos faciais semelhantes à mastigação e durante esse período. Após o episódio, ela não se recordava do que estavam falando, porém afirmou que, nos últimos meses, de vez em quando notava que, ao chegar ao trabalho, parecia não reconhecer o ambiente. Procurou um clínico que sugeriu que era nervoso, pois estava se separando do marido.

A melhor conduta a ser adotada para o tratamento dessa paciente é

- (A) iniciar ácido valproico, orientando controle pelo nível sérico rigoroso até o final da gestação.
- (B) iniciar lamotrigina, associar ácido fólico e programar monitorização dos níveis séricos da medicação.
- (C) prescrever carbamazepina, suspendendo suplementação de vitaminas para evitar sobrecarga hepática fetal.
- (D) orientar que nenhuma medicação seja iniciada durante a gestação, e recomendar a associação de ácido fólico.
- (E) iniciar fenitoína e indicar cesariana eletiva agendada para a 37ª semana de gestação, a fim de evitar o estresse do trabalho de parto.

74

Paciente de 67 anos apresenta hemiplegia súbita e afasia iniciada há 1 hora e 20 minutos. A tomografia de crânio não evidencia hemorragia nem sinais de isquemia precoce.

Segundo os critérios atuais, essa paciente

- (A) é candidata imediata à trombólise intravenosa com alteplase, a menos que apresente histórico de neoplasia do trato gastrointestinal ou tenha apresentado sangramento gastrointestinal ativo nos últimos 21 dias.
- (B) não deve receber a terapia trombolítica caso a pressão arterial inicial na admissão seja de 190/115 mmHg, mesmo que haja resposta rápida aos anti-hipertensivos endovenosos.
- (C) está elegível para o procedimento se estiver em uso regular de rivaroxabana, com a última dose tomada há 12 horas, independentemente dos resultados de testes de coagulação específicos.
- (D) deixará de ser elegível para a trombólise se for constatado que ela apresentou um quadro de crise convulsiva exatamente no início dos sintomas neurológicos.
- (E) terá o tratamento contraindicado caso tenha histórico de cirurgia ortopédica de grande porte realizada há menos de 10 dias.

75

Mulher de 57 anos pergunta ao marido, durante o café da manhã, se ele está sentindo cheiro de queimado, e ele nega. Dias depois, o quadro se repete e passa a acontecer em outros lugares como no trabalho, dentro do carro e mesmo tomando banho. O cheiro surgia de repente e desaparecia em menos de um minuto. Ninguém além dela sentia. Numa noite, o cheiro voltou,, e logo após ela sentiu um aperto no estômago subindo até o peito, e lembra-se de um medo intenso sem saber explicar por quê. O marido a chamou, e ela ficou olhando fixamente por alguns segundos. Ela mexia a boca como se estivesse mastigando, mas não respondia. Após alguns segundos, ela perde a consciência, cai ao chão e tem abalos tônico-clônicos nos 4 membros, incontinência urinária e mordedura de língua. O marido apenas a protege. Quando os movimentos cessam, ela dorme profundamente por alguns minutos e acorda um pouco confusa, queixando de cefaleia e pergunta o que aconteceu. É, então, levada ao hospital, onde é avaliada, não sendo detectadas alterações ao exame clínico e neurológico.

A localização mais provável do foco epileptogênico responsável por esse quadro clínico é

- (A) o lobo frontal.
- (B) o lobo parietal.
- (C) o lobo occipital.
- (D) o lobo temporal.
- (E) em ambos os hemisférios cerebrais.

76

Paciente apresenta quadro súbito de diplopia binocular. Devido a persistência do quadro por mais de 5 dias, procura avaliação com neurologista.

Ao exame da motilidade ocular extrínseca, foi dado o diagnóstico síndrome de oftalmoplegia internuclear bilateral.

As alterações encontradas no exame do movimento ocular são:

- (A) ptose palpebral bilateral e paralisia dos retos superior, inferior e medial bilateral.
- (B) ao movimento conjugado vertical apresenta restrição do olhar para baixo bilateralmente.
- (C) globos oculares desviados para o mesmo lado ao repouso e incapacidade de olhar para o lado contralateral.
- (D) ao movimento conjugado horizontal apresenta paralisia da adução e nistagmo do olho em abdução bilateralmente.
- (E) estrabismo convergente bilateral e ao movimento conjugado horizontal apresenta paralisia da abdução bilateralmente.

77

Paciente vítima de traumatismo cranioencefálico por acidente de moto é levado ao hospital de Emergência pelo SAMU desacordado. Ao exame apresenta abertura ocular somente ao estímulo álgico, mas rapidamente fecha os olhos sem nenhuma resposta verbal e é observado flexão anormal dos membros superiores neste momento. As pupilas estão isocóricas e fotorreagentes.

De acordo com esses dados, a pontuação na escala de coma de Glasgow é

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

78

Uma paciente de 89 anos é levada ao ambulatório por esquecimentos e perguntas repetitivas sobre fatos recentes. Caminha bem e faz tarefas domésticas há cerca de dois anos. O médico solicita exame de neuroimagem, porém, um mês após, é informado de que ela foi encontrada morta em residência, por suposta causa cardiovascular, e a família autoriza a realização de autópsia. Infarto coronariano é confirmado. O exame neuropatológico do cérebro revela intensa esclerose hipocampal e inclusões de uma proteína específica restrita ao sistema límbico, com ausência ou quantidade insignificante de placas amiloides e emaranhados neurofibrilares de Tau.

Considerando os achados clínicos e de necropsia, assinale a alternativa que indica corretamente a proteína acumulada, a população epidemiológica típica e o padrão de acometimento cerebral dessa entidade nosológica.

- (A) Proteína TDP-43, idosos muito longevos (acima de 80 anos) e alterações patológicas predominantes no sistema límbico.
- (B) Proteína alfa-sinucleína: idosos ou adultos; acometimento predominante nos lobos occipitais bilaterais.
- (C) Proteína Tau em 4 repetições, idosos ou adultos com degeneração focada no cerebelo e no cérebro.
- (D) Proteína priônica patológica, pacientes idosos e padrão de atrofia lobar frontal assimétrica.
- (E) Proteína Beta-Amiloide mutada, idosos acima 60 anos e dano a núcleos da base e tronco.

79

Homem de 45 anos é trazido à emergência por familiares, pois vem apresentando, há 24 horas, alterações do comportamento, confusão mental e desorientação. Mostra-se apático, indiferente ao ambiente e a seu estado de saúde. Está desnutrido, desidratado, com temperatura de 36,5 °C e pressão arterial de 10 por 7 mmHg.

Ao exame neurológico, apresenta aumento de base e dismetria nas provas dedo-nariz e calcanhar-joelho. As pupilas são mióticas e apresentam fraca reação à luz. Nos antecedentes, alcoolismo crônico e hipertensão arterial. A tomografia de crânio é normal.

A conduta imediata mais apropriada é

- (A) punção lombar para análise de líquido.
- (B) reposição eletrolítica e observação clínica.
- (C) início de antibiótico empírico para encefalite.
- (D) administração de tiamina antes da glicose endovenosa.
- (E) administração de glicose endovenosa seguida de tiamina.

80

Paciente de 15 anos relata quadro de desequilíbrio de marcha, incoordenação nos membros e disartria progressivos há 1 ano. História prévia de escoliose em acompanhamento ortopédico. O neurologista confirma uma síndrome atáxica e identifica pés cavos, propriocepção abolida em membros inferiores, arreflexia global e sinal de Babinski bilateral. Nega história familiar, mas os pais são consanguíneos. A principal hipótese é Ataxia de Friedreich. O seguinte resultado de exame complementar é frequentemente encontrado nessa doença:

- (A) exame oftalmológico com retinite pigmentar.
- (B) teste molecular com expansão CAG no gene ATXN3.
- (C) ressonância magnética com marcada atrofia cerebelar.
- (D) ecocardiograma evidenciando cardiomiopatia hipertrófica.
- (E) eletroneuromiografia com polineuropatia sensitivo-motor desmielinizante.

Realização

