

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

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!

Medicina Física e Reabilitação

1

Um paciente sofreu lesão nervosa há algum tempo. Eletroencefalografia (EMG) realizada hoje apresenta fibrilações de baixa amplitude em um músculo desnervado. Esse resultado sugere

- (A) lesão subaguda, entre 2 e 6 semanas.
- (B) lesão crônica, com mais de 6 meses de evolução.
- (C) lesão aguda, com menos de 2 semanas de evolução.
- (D) doença do neurônio motor, não lesão nervosa periférica.
- (E) lesão recente, com fibrilações de menor amplitude, independentemente da atrofia muscular.

2

Paciente do sexo masculino, 35 anos de idade, foi avaliado pela equipe médica devido a queixa de fraqueza muscular. A equipe considerou a forma clássica (AIDP) da síndrome de Guillain-Barré como principal hipótese diagnóstica.

Em relação ao padrão clássico de instalação da fraqueza nessa afecção, é correto afirmar que

- (A) a fraqueza é de padrão descendente e é acompanhada de febre alta desde o início do quadro clínico.
- (B) o padrão usual é de fraqueza descendente, evoluindo lentamente, com os membros superiores geralmente mais afetados que os inferiores.
- (C) o padrão usual é de fraqueza ascendente, de instalação lenta, é acompanhada de disfunção vesical precoce, associada a nível sensitivo.
- (D) o padrão usual é de fraqueza ascendente, evoluindo em horas a poucos dias, com os membros inferiores geralmente mais afetados que os superiores.
- (E) o padrão usual é de paralisia descendente, progride em direção aos membros inferiores, a fraqueza começa tipicamente nos membros superiores.

3

Em relação aos sinais observados nas sequências de ressonância magnética, assinale a afirmativa correta.

- (A) As imagens em T2W são mais sensíveis para hemorragia subaguda e estruturas contendo gordura.
- (B) As imagens em T1W são mais sensíveis para edema, desmielinização, infarto e hemorragia crônica.
- (C) A sequência SWI é uma sequência de spin-eco muito sensível a alterações no campo magnético local geradas por sangue, cálcio e ar, e é útil na detecção de microhemorragias.
- (D) Na sequência de pulso "Fluid-Attenuated Inversion Recovery" (FLAIR), as imagens são mais sensíveis do que as imagens convencionais de "spin-eco" para a detecção de lesões com conteúdo líquido ou edema.
- (E) O TR (tempo de repetição) controla principalmente o contraste relacionado ao T2 (tempo de relaxamento longitudinal), e TE (tempo de eco) controla principalmente o contraste relacionado ao T1 (tempo de desfasamento/relaxamento transversal).

4

Após um *workshop* internacional realizado em abril de 2006, um grupo de especialistas publicou, em 2007, o relatório final de consenso sobre a definição de paralisia cerebral (PC) e Rosenbaum e colaboradores publicaram um trabalho com a definição e classificação da paralisia cerebral.

Assinale a opção que apresenta um critério obrigatório para o diagnóstico.

- (A) A medula espinhal deve apresentar alterações estruturais compatíveis com a lesão encefálica.
- (B) Na paralisia cerebral, por definição, o diagnóstico só pode ser confirmado se a lesão ocorrer exclusivamente no período perinatal.
- (C) Na paralisia cerebral o comprometimento motor progressivo, deve necessariamente vir acompanhado de deficiência intelectual grave, com distúrbio de sensação, percepção e cognição.
- (D) Na paralisia cerebral a lesão cerebral deve ser progressiva, refletindo um processo neurodegenerativo ativo e são frequentemente acompanhados por distúrbios de sensação, percepção e cognição.
- (E) A paralisia cerebral é o resultado de uma lesão encefálica, a lesão cerebral deve ser fixa e não progressiva e resulta em comprometimento motor, podendo a lesão ocorrer no período pré-natal, perinatal ou durante a infância.

5

Um paciente com lesão medular no nível C4 apresenta força residual apenas na musculatura do ombro (elevação de ombros/trapézio) e está em uso de uma órtese.

O objetivo de utilizar a órtese nesse paciente é

- (A) assessorio, pois a indicação de órtese nesse nível de lesão é controversa, pois a função da mão já deve estar preservada.
- (B) posicionar estaticamente o punho em extensão com um dispositivo articulado tipo catraca.
- (C) potencializar a flexão dos dedos por meio de um efeito de tenodese a partir da extensão do punho.
- (D) utilizar a força residual do ombro por meio de um suporte móvel de braço, para potencializar a função
- (E) prevenir contraturas mantendo punho e dedos em posição funcional com uma órtese de repouso de mão.

6

Paciente em programa de reabilitação cardiovascular é avaliado quanto ao risco de eventos adversos durante o exercício físico, conforme os parâmetros de estratificação de risco preconizados pela *American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation* (AACVPR), cujos princípios gerais também orientam a prática nacional descrita na Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular (SBC).

Pela estratificação de risco proposta pela AACVPR e SBC, um paciente classificado como de alto risco é o que apresenta

- (A) sintomas com nível de exercício < 5,0 METs e LVEF < 40%.
- (B) ausência de arritmias complexas e hemodinâmica normal ao exercício.
- (C) isquemia silenciosa leve/moderada e capacidade funcional de 5 a 7 METs.
- (D) ausência de depressão clínica e resposta hemodinâmica normal à recuperação.
- (E) fração de ejeção do ventrículo esquerdo (LVEF) > 50% e capacidade funcional ≥ 7 METs.

7

Paciente do sexo masculino, 24 anos de idade, ao mergulhar em águas rasas, sofreu trauma raquimedular cervical.

Ao exame físico, apresentava: força motora grau 5 no músculo bíceps braquial bilateralmente, força motora grau 5 no músculo extensor radial do carpo bilateralmente, força motora grau 3 no músculo tríceps braquial bilateralmente, ausência de função motora nos miótomos-chave de C8 a S1 bilateralmente. Sensibilidade tátil e dolorosa preservadas (escala ISNCSCI grau 2) até o dermatomo C7 bilateralmente, e ausentes (grau 0) a partir de C8.

Ao toque retal: ausência de contração voluntária do esfíncter anal, ausência de pressão anal profunda e ausência de sensibilidade tátil e dolorosa em S4-S5.

Considerando os critérios de classificação neurológica da lesão medular (ISNCSCI/ASIA), assinale a afirmativa correta.

- (A) O nível motor da lesão é C6 e é classificada como ASIA C.
- (B) O nível motor da lesão é C6 e a lesão é classificada como ASIA A.
- (C) O nível motor da lesão é C7 e a lesão é classificada como ASIA A.
- (D) Há preservação sensitiva até C7 e a lesão é classificada como ASIA B.
- (E) O nível motor da lesão é C6, pois é o último miótomo com força grau 3.

8

Em relação aos achados de ressonância magnética (RM) na esclerose múltipla (EM), é correto afirmar que

- (A) atrofia encefálica progressiva só se manifesta em fases avançadas e não ocorre nas fases muito iniciais da doença.
- (B) lesões na região anterior do corpo caloso são incomuns na EM, sendo um achado mais característico de doença cerebrovascular.
- (C) as lesões de EM frequentemente se orientam perpendicularmente à superfície ventricular, correspondendo ao padrão de desmielinização perivenosa (dedos de Dawson).
- (D) o realce por gadolínio, uma vez presente, tende a persistir indefinidamente na mesma lesão, refletindo atividade inflamatória contínua da barreira hematoencefálica, sendo indistinguível da lesão residual em T2.
- (E) mais de 90% das lesões visualizadas por RM são sintomáticas, de modo que a maioria dos focos de hipersinal em T2 encontrados no exame se correlaciona diretamente com queixas clínicas relatadas pelo paciente no momento em que a imagem é obtida.

9

Paciente do sexo feminino, 35 anos de idade, iniciou há 24 horas, sintomas compatíveis com a síndrome de Guillain-Barré (SGB). A paciente foi submetida a punção lombar para retirada de líquido cefalorraquidiano para análise.

Na análise do líquido cefalorraquidiano, assinale a afirmativa correta sobre os resultados esperados na SGB.

- (A) A presença da dissociação albumino-citológica é um achado constante desde o início do quadro em todos os pacientes com SGB.
- (B) A elevação da proteína líquórica na SGB acima de 45 mg/dL costuma estar presente já nas primeiras 24-48 horas do início dos sintomas.
- (C) A presença de pleocitose líquórica sustentada é um achado típico e esperado na SGB clássica, não devendo motivar investigação adicional.
- (D) Na SGB, o líquido cefalorraquidiano costuma se apresentar normal nas primeiras 24 a 48 horas de sintomas, podendo a elevação proteica só ocorrer ao final da primeira semana de doença.
- (E) A elevação da proteína líquórica na SGB, quando presente, é acompanhada de aumento proporcional da celularidade no líquido cefalorraquidiano, configurando um padrão inflamatório misto.

10

Em relação à troca de energia durante a marcha, é correto afirmar que

- (A) a transferência de energia é maior em velocidades muito altas (corrida) do que em velocidades intermediárias.
- (B) as energias cinética e potencial variam de forma independente, sem qualquer relação de compensação.
- (C) a energia necessária para caminhar é fornecida ativamente pelos músculos, com 50% do total de energia em cada passo.
- (D) durante a maior parte da fase de apoio, o joelho permanece fletido entre 60° e 90°, o que contribui para reduzir o gasto energético total da marcha.
- (E) a transferência entre energia potencial gravitacional e cinética pode responder por até 70% das mudanças totais de energia por passada, deixando apenas 30% para os músculos.

11

Paciente de 62 anos, do sexo masculino, em tratamento fisioterápico, durante um treinamento funcional com alta resistência, apresentou episódio de dor torácica. Informou que esse foi o primeiro episódio e que o eletrocardiograma (ECG), realizado durante exame de rotina há seis meses, não constatou nenhuma alteração.

Foi realizado eletrocardiograma (ECG), que apresentou infradesnívelamento do segmento ST nas derivações precordiais anteriores associado a supradesnívelamento em aVR.

O mecanismo eletrofisiológico que explica esse padrão no ECG é

- (A) o bloqueio de ramo esquerdo associado, que, por si só, explica as alterações de ST independentemente de isquemia.
- (B) a isquemia transmural, cujo vetor de ST se desloca em direção às camadas epicárdicas, gerando supradesnívelamento nas derivações que 'olham' a região isquêmica.
- (C) a isquemia confinada, predominantemente, ao subendocárdio, cujo vetor de ST se desloca em direção ao subendocárdio e à cavidade ventricular, produzindo infradesnívelamento nas derivações precordiais sobrejacentes e supradesnívelamento em aVR.
- (D) a hipercalemia significativa, que reduz de forma difusa e homogênea o potencial de repouso transmembrana em todo o miocárdio ventricular, encurtando a repolarização de maneira global, produzindo o padrão descrito independentemente de qualquer redução do fluxo coronariano regional.
- (E) a pré-excitação ventricular por via acessória (feixe anômalo), que altera a sequência de ativação ventricular inicial e, por consequência, o vetor de repolarização subsequente; essa alteração da propagação elétrica produz um padrão de ST nas precordiais e em aVR indistinguível daquele gerado pela isquemia subendocárdica, sem que exista redução efetiva da perfusão miocárdica.

12

Paciente em tratamento com uma corrente de baixa frequência, por meio de um aparelho que utiliza o modo pulso-disparo (*burst mode*), no qual o número de pulsos por disparo e a frequência de repetição de pulso (FRP) permanecem fixos.

O parâmetro que permanece ajustável nesse tratamento é

- (A) o tipo de gel condutor.
- (B) a largura (duração) do pulso.
- (C) a polaridade do eletrodo ativo.
- (D) a frequência portadora de 4000 Hz.
- (E) o número total de eletrodos utilizados.

13

Paciente de 45 anos de idade, sexo masculino, sofreu amputação bilateral transradial e necessita utilizar próteses simétricas.

Segundo a fórmula de Carlyle, o cálculo correto para determinar o comprimento do segmento protético do antebraço é a altura corporal

- (A) dividida por 0,21.
- (B) dividida por 0,19.
- (C) multiplicada por 0,19.
- (D) multiplicada por 0,21.
- (E) multiplicada por 0,50.

14

Em relação ao plexo lombosacral, a raiz que contribui simultaneamente para o plexo lombar e para o plexo sacral é a

- (A) L3.
- (B) L4.
- (C) L5.
- (D) S1.
- (E) S3.

15

Considerando os fatores prognósticos e a escala EDSS (Expanded Disability Status Scale), na esclerose múltipla, é correto afirmar que

- (A) um escore EDSS de 10,0 indica que o paciente está em estado muito grave, restrito ao leito.
- (B) sinais motores no primeiro ano da doença estão associados a melhor prognóstico a longo prazo.
- (C) a idade mais jovem no início dos sintomas é fator preditivo de curso agressivo precoce, segundo o documento.
- (D) um escore EDSS de 4,5 indica paciente autossuficiente, capaz de deambular sem auxílio por cerca de 300 metros, com algumas limitações.
- (E) a forma benigna de EM, definida por ausência de incapacidade significativa após 15 anos, ocorre em mais de 50% dos pacientes.

16

Paciente do sexo masculino, com 63 anos de idade, necessita de assistência para reabilitação pulmonar.

A prescrição recomendada de frequência e volume para o componente de força e resistência muscular nesse contexto é

- (A) diariamente, até a exaustão total em cada sessão.
- (B) 4 a 6 dias por semana, realizando apenas exercícios de flexibilidade estática.
- (C) 2 a 3 dias por semana, realizando apenas exercícios de flexibilidade estática.
- (D) 5 a 7 dias por semana, uma série de 5 repetições em 4 a 5 exercícios cobrindo os principais grupos musculares.
- (E) 2 a 3 dias por semana, uma série de 3 a 20 repetições em 8 a 10 exercícios cobrindo os principais grupos musculares.

17

Em relação à síndrome complexa de dor regional tipo I, de acordo com a literatura mundial, o exame de imagem que apresenta alta sensibilidade e alto valor preditivo negativo é a

- (A) radiografia simples isolada.
- (B) cintilografia óssea trifásica.
- (C) ultrassonografia Doppler, exclusivamente.
- (D) tomografia computadorizada convencional.
- (E) ressonância magnética como exame isolado e definitivo.

18

Paciente do sexo masculino, 15 anos de idade, portador de paralisia cerebral, é capaz de caminhar utilizando um dispositivo manual, consegue subir escada segurando no corrimão, mas com supervisão. Na escola utiliza meios de mobilidade motorizados, e ao ar livre ou na comunidade utiliza cadeira de rodas ou meios de mobilidade motorizados.

De acordo com o Gross Motor Function Classification System, Expanded and Revised, (GMFCS E & R), esse paciente é classificado como sendo do nível.

- (A) I.
- (B) II.
- (C) III.
- (D) IV.
- (E) V.

19

Paciente, neonato, portador de paralisia cerebral atetoide. Como sabemos, frequentemente essa afecção está associada a outras lesões.

Assinale a opção que indica a estrutura que se encontra lesionada e está frequentemente associada a essa afecção.

- (A) cerebelo, asfixia perinatal.
- (B) córtex motor, prematuridade extrema.
- (C) gânglios da base, kernicterus neonatal.
- (D) medula espinhal, meningite bacteriana.
- (E) tronco encefálico, hidrocefalia congênita.

20

Na eletroneuromiografia, ondas agudas positivas ocorrem na distrofia muscular, assim como descargas repetitivas complexas e potenciais miotônicos ocorrem na distrofia miotônica.

O achado de "silêncio elétrico" é esperado, apesar de contração muscular visível ou contratura dolorosa após exercícios, na

- (A) miopatia mitocondrial com CRD presente.
- (B) contratura muscular da doença de McArdle.
- (C) miopatia inflamatória com potenciais miotônicos.
- (D) distrofia muscular clássica com fibrilações abundantes.
- (E) miopatia congênita com fibrilações e ondas agudas positivas (PSWs).

21

Paciente jovem, hígido, com lesão traumática na coluna cervical, recebeu a indicação de utilizar uma órtese denominada Imobilizador Esterno-Occipito-Mandibular (IEOM).

Em relação à órtese IEOM, é correto afirmar que

- (A) não está indicada para pacientes com fraturas cervicais instáveis e com instabilidade ligamentar.
- (B) tem como desvantagem o fato de não poder ser colocada enquanto o paciente está em decúbito dorsal.
- (C) não permite o controle da flexão cervical nos níveis C1–C3, sendo, portanto, as indicações mais precisas são nas lesões em níveis de C3 a C5.
- (D) não é uma boa escolha para pacientes restritos ao leito, pois possui hastes posteriores que interfiram no conforto do paciente.
- (E) na sua seção anterior, sustenta a mandíbula e apoia-se na borda superior do esterno, com a borda anteroinferior terminando cerca de 2 cm abaixo do processo xifoide.

22

Paciente do sexo masculino, 35 anos de idade, apresenta quadro clínico de dor, parestesia e fraqueza no membro superior e com suspeita de lesão do plexo braquial ou de nervo periférico do membro superior (quadro não radicular).

Ressonância magnética da coluna cervical foi realizada e o resultado mostrou não haver evidências de compressão radicular ou outras alterações que justifiquem o quadro.

A técnica de imagem mais indicada para avaliar essa situação clínica é a

- (A) discografia.
- (B) mielografia convencional.
- (C) angiografia por subtração digital.
- (D) neurografia por ressonância magnética.
- (E) perfusão por tomografia computadorizada.

23

Na avaliação não invasiva da aptidão cardiorrespiratória e da capacidade de exercício, o padrão-ouro é

- (A) a angiografia coronariana.
- (B) o teste de esforço em ECG.
- (C) o ecocardiograma de estresse.
- (D) o teste de caminhada de 6 minutos.
- (E) o teste cardiopulmonar de exercício.

24

Entre as possibilidades de complicações associadas especificamente à realização do bloqueio simpático lombar, encontramos

- (A) convulsões e lesão do nervo laríngeo recorrente.
- (B) a perfuração da aorta, da veia cava inferior ou renal.
- (C) falha de *hardware* e migração de eletrodo de neuroestimulação.
- (D) os distúrbios endócrinos significativos decorrentes do uso prolongado.
- (E) os efeitos adversos gastrointestinais, hepáticos e renais por inibição da ciclo-oxigenase.

25

O TENS é classificado como uma corrente bifásica assimétrica ou simétrica.

Clinicamente, a principal vantagem prática de se utilizar uma forma de onda bifásica simétrica balanceada em comparação com uma corrente monofásica contínua reside no fato de que

- (A) reduz o consumo de energia do aparelho em exatamente 75%.
- (B) impede completamente que ocorra o fenômeno de acomodação do paciente.
- (C) a onda simétrica balanceada dobra a velocidade de condução nervosa das fibras do tipo C.
- (D) na onda simétrica balanceada, a carga elétrica líquida sob os eletrodos é igual a zero, eliminando o risco de queimaduras químicas.
- (E) a onda simétrica balanceada, garante que apenas o eletrodo negativo (catodo) seja capaz de despolarizar o tecido nervoso, aumentando a velocidade.

26

As informações nociceptivas cruzam a linha média e fazem sinapse no tálamo antes de atingir o córtex somatossensorial. O principal sistema de vias pelos quais essas informações ascendem, principalmente, é (são) a(s)

- (A) via nervo vago.
- (B) via colunas dorsais.
- (C) vias ântero-laterais.
- (D) via trato corticoespinhal
- (E) via trato espinocerebelar.

27

Segundo a teoria da comporta da dor, esfregar a pele ativa mecanorreceptores. Essa ativação gera atividade em determinado tipo de fibra e na organização circuital.

O tipo de fibra e organização circuital que provoca o fechamento da comporta são as fibras

- (A) As fibras β de diâmetro estreito, com circuital puramente extra segmentar
- (B) Fibras C, com circuital puramente extra-segmentar
- (C) Fibras A β de diâmetro largo, com circuital segmentar
- (D) Fibras A δ de pequeno diâmetro, com circuital extra-segmentar
- (E) Fibras A α eferentes motoras, com circuital puramente segmentar.

Neurologia

28

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.

29

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 à 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 esteroideal.
- (E) verapamil por via oral como tratamento inicial da crise.

30

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.

31

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 hemisfério 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.

32

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).

33

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

34

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.

35

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.

36

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.

37

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 interosseos da mão direita, deformidade em garra do quarto e do quinto dedos, diminuição da força de abdução dos dedos, hipostesia 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.

38

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 hematuria, leucocitúria ou bacteriúria. Ao exame neurológico, apresentava tetraparesia flácida simétrica, arreflexia generalizada e hipostesia distal leve.

O diagnóstico mais provável é

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

39

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.

40

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.

41

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.

42

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.

43

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 líquido.
- (D) a ressonância magnética de coluna cervical.
- (E) o exame de sangue com dosagem de CK.

44

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 arregada 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.

45

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 espinal.
- (C) observação hospitalar por 6 horas.
- (D) persistência de reatividade supraespinal.
- (E) presença de edema cerebral na tomografia de crânio.

46

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 líquido, 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.

47

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.

48

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, vômito 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.

49

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.

50

Num posto de saúde da família dá entrada mulher de 50 anos, após ter apresentado em casa um quadro compatível com uma crise epiléptica 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%.

51

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.

52

Paciente masculino, 32 anos, procura ambulatório de neurologia com queixa de cefaleia 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.

53

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.

54

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 liquor revelou: 3 leucócitos/mm³; proteínas: 38 mg/dL; glicose: 67 mg/dL (glicemia: 98 mg/dL); bandas oligoclonais IgG positivas no liquor.

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 liquor define a disseminação no espaço.

Neurocirurgia

55

Um homem de 42 anos apresenta fraqueza progressiva dos membros inferiores e espasticidade há seis meses. A ressonância magnética evidencia um ependimoma intramedular torácico. Durante a ressecção microcirúrgica, ocorre redução de 70% da amplitude dos potenciais evocados somatossensitivos (SSEP), enquanto os MEP permanecem inalterados.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) A alteração sugere comprometimento predominante das colunas dorsais da medula espinal.
- (B) A manutenção dos MEP exclui qualquer lesão medular.
- (C) O padrão é típico de neuropatia periférica aguda.
- (D) A redução isolada dos SSEP não possui importância prognóstica.
- (E) O achado demonstra lesão exclusiva das raízes torácicas.

56

Uma mulher de 34 anos apresenta parestesias nas mãos, diplopia transitória e episódios prévios de neurite óptica. O potencial evocado visual demonstra aumento bilateral da latência da onda P100, com amplitudes preservadas.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O achado sugere comprometimento desmielinizante da via visual.
- (B) O exame demonstra neuropatia do nervo oculomotor.
- (C) O padrão é compatível com miastenia gravis.
- (D) O aumento isolado da latência da P100 indica lesão retiniana.
- (E) O potencial evocado visual é inespecífico e não possui utilidade diagnóstica.

57

Durante uma cirurgia para correção de escoliose idiopática, a monitorização demonstra desaparecimento bilateral dos MEP logo após importante correção da deformidade. Após redução parcial da correção e elevação da pressão arterial média, os MEP retornam progressivamente aos valores basais.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O retorno dos MEP confirma que não houve sofrimento medular.
- (B) A recuperação dos MEP sugere comprometimento funcional reversível da perfusão medular.
- (C) O desaparecimento dos MEP indica obrigatoriamente secção medular.
- (D) O evento ocorreu exclusivamente por efeito anestésico.
- (E) A recuperação dos MEP torna desnecessário o registro do evento no relatório neurofisiológico.

58

Um homem de 63 anos é submetido à ressecção microcirúrgica de um meningioma do forame magno. Durante a monitorização neurofisiológica dos nervos cranianos baixos observa-se redução progressiva da amplitude do potencial muscular composto (CMAP) obtido no músculo genioglosso após intensa tração tumoral.

Nesse caso, é correto afirmar que

- (A) o achado demonstra lesão irreversível do nervo hipoglosso, sendo inútil modificar a técnica cirúrgica.
- (B) o potencial registrado avalia predominantemente a função sensitiva do nervo hipoglosso.
- (C) o padrão observado é característico de interferência elétrica produzida pelo bisturi bipolar.
- (D) a redução progressiva da amplitude sugere sofrimento funcional do nervo hipoglosso, devendo motivar diminuição imediata da manipulação tumoral.
- (E) a monitorização do nervo hipoglosso possui pouca utilidade clínica, pois não prediz déficit pós-operatório.

59

Mulher de 55 anos apresenta dor facial intensa e contínua após ressecção de um schwannoma do nervo trigêmeo. Durante a investigação neurofisiológica, realiza-se o reflexo do piscamento (*blink reflex*). Observa-se ausência bilateral da resposta R2 após estimulação do nervo infraorbitário direito, enquanto a resposta R1 encontra-se preservada.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O padrão sugere comprometimento das conexões polissinápticas do tronco encefálico relacionadas ao nervo trigêmeo.
- (B) O exame demonstra lesão isolada do nervo facial esquerdo.
- (C) O reflexo do piscamento avalia exclusivamente a integridade do córtex cerebral.
- (D) A preservação da resposta R1 exclui qualquer lesão trigeminal.
- (E) O exame é típico de miastenia gravis.

60

Durante a ressecção de um glioma localizado próximo ao giro pré-central esquerdo, realiza-se estimulação cortical direta. A estimulação desencadeia contrações repetitivas da mão direita, reproduzíveis em sucessivas aplicações, sem generalização da atividade elétrica cortical.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O achado confirma que a área estimulada corresponde ao foco epileptogênico primário.
- (B) A resposta demonstra estimulação do córtex somatossensitivo primário.
- (C) O fenômeno representa artefato elétrico relacionado ao estimulador cortical.
- (D) A estimulação deve ser imediatamente interrompida por representar crise epilética instalada.
- (E) O achado identifica área motora eloquente correspondente à representação cortical da mão.

61

Homem de 58 anos é submetido à microdissectomia L4-L5 por intensa lombociatalgia devido a hérnia discal extrusa. Durante a retirada do fragmento discal, a eletromiografia livre (*free-run EMG*) registra salvas repetitivas de potenciais neurotônicos nos músculos tibial anterior e extensor longo do hálux direitos. O cirurgião interrompe imediatamente a tração sobre a raiz nervosa, e a atividade desaparece em poucos segundos.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O desaparecimento da atividade neurotônica demonstra falha dos eletrodos de registro.
- (B) A atividade neurotônica representa irritação mecânica transitória da raiz nervosa, sendo um importante sinal de alerta intraoperatório.
- (C) O registro confirma secção parcial da raiz L5.
- (D) A EMG livre é utilizada apenas para monitorização de nervos cranianos.
- (E) A atividade neurotônica indica exclusivamente efeito do bisturi monopolar.

62

Uma mulher de 36 anos refere ptose flutuante, diplopia e fadiga muscular há aproximadamente um ano. A estimulação repetitiva mostrou decremento discreto (8%), considerado limítrofe. Optou-se pela realização da eletromiografia de fibra única (*Single-Fiber EMG*), que evidenciou aumento significativo do *jitter*, sem bloqueio de condução.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O aumento do *jitter* indica comprometimento primário da bainha de mielina.
- (B) O exame demonstra neuropatia axonal difusa.
- (C) O aumento do *jitter* indica instabilidade da transmissão neuromuscular e representa o exame eletrofisiológico mais sensível para miastenia *gravis*.
- (D) O resultado caracteriza doença do neurônio motor.
- (E) O *jitter* aumentado é inespecífico e não possui utilidade clínica.

63

Um homem de 46 anos procura atendimento por fraqueza progressiva do membro superior direito há quatro meses, acompanhada de dor irradiada para o 4º e o 5º dedos.

Ao exame físico, observa-se fraqueza dos músculos interosseos dorsais, abdutor do dedo mínimo, extensor comum dos dedos e flexor profundo dos dedos (4º e 5º dedos). A sensibilidade encontra-se discretamente reduzida na borda ulnar da mão. A ressonância magnética cervical evidencia espondilose discreta, sem compressão radicular significativa.

A eletroneuromiografia demonstra: desnervação ativa nos músculos interosseos dorsais, abdutor do dedo mínimo, extensor comum dos dedos e flexor profundo dos dedos; músculos paraespinais cervicais preservados; redução da amplitude do potencial sensitivo do nervo cutâneo medial do antebraço; condução motora dos nervos mediano e ulnar preservada.

Em relação ao caso, é correto afirmar que

- (A) os achados favorecem lesão do tronco inferior do plexo braquial.
- (B) o quadro é compatível com radiculopatia C8.
- (C) trata-se de neuropatia isolada do nervo ulnar ao cotovelo.
- (D) o exame demonstra neuropatia do nervo radial.
- (E) o padrão é típico de doença do neurônio motor.

64

Um homem de 53 anos apresenta dor lombar irradiada para a face posterior de coxa, perna e borda lateral do pé direitos há seis meses.

Ao exame neurológico, observa-se diminuição do reflexo aquileu, fraqueza grau IV da flexão plantar e hipoestesia no dermatomo S1. A ressonância magnética evidencia protrusão discal pósterolateral em L5-S1, porém sem compressão radicular inequívoca. A eletroneuromiografia demonstra potenciais de fibrilação e ondas agudas positivas no gastrocnêmio medial e no glúteo máximo direitos, além de redução do recrutamento. Os potenciais sensitivos do nervo sural estão preservados.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os achados são compatíveis com neuropatia do nervo tibial.
- (B) O padrão eletrofisiológico favorece radiculopatia S1 direita.
- (C) A preservação do potencial sensitivo sural exclui comprometimento radicular.
- (D) O acometimento do glúteo máximo sugere plexopatia lombossacra.
- (E) O exame demonstra polineuropatia axonal sensitivo-motora.

65

Homem de 47 anos apresenta hemiespasma facial esquerdo associado a dor retroauricular intermitente.

A ressonância magnética demonstra conflito neurovascular entre a artéria cerebelar anteroinferior (AICA) e a zona de entrada da raiz do nervo facial. Durante a descompressão microvascular, a monitorização neurofisiológica evidencia desaparecimento do LSR (*Lateral Spread Response*) após a interposição do material entre o vaso e o nervo.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O desaparecimento do LSR sugere alívio funcional da compressão do nervo facial e está associado a melhor prognóstico pós-operatório.
- (B) O LSR é um potencial evocado sensitivo utilizado para monitorar as colunas dorsais.
- (C) O desaparecimento do LSR indica lesão iatrogênica completa do nervo facial.
- (D) O LSR avalia exclusivamente a integridade do nervo vestibulococlear.
- (E) O LSR é um reflexo medular utilizado para monitorização de radiculopatias cervicais.

66

Homem de 49 anos foi submetido a duas discectomias lombares em L4-L5 nos últimos quatro anos. Mantém lombociatalgia esquerda crônica, sem piora recente. A ressonância magnética demonstra apenas fibrose epidural, sem evidências de nova compressão radicular. A eletroneuromiografia revela potenciais de unidade motora de alta amplitude, longa duração e polifásicos em músculos dependentes da raiz L5, sem potenciais de fibrilação ou ondas agudas positivas.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O exame demonstra compressão radicular aguda.
- (B) O padrão é compatível com miopatia inflamatória.
- (C) Os achados sugerem radiculopatia crônica estabilizada.
- (D) O exame é compatível com neuropatia desmielinizante.
- (E) A ausência de fibrilações exclui lesão radicular prévia.

67

Paciente de 35 anos sofre queda de motocicleta e evolui com fraqueza para abdução do ombro e flexão do cotovelo à esquerda. A ENMG demonstra desnervação em deltoide, supraespinal, infraespinal e bíceps braquial. Os músculos paraespinais cervicais estão preservados.

O relato sugere

- (A) radiculopatia C5 esquerda.
- (B) neuropatia isolada do nervo axilar.
- (C) lesão do tronco superior do plexo braquial.
- (D) síndrome do túnel do carpo.
- (E) miopatia proximal traumática.

68

Durante ressecção de meningioma torácico posterior, deseja-se monitorar principalmente a integridade das colunas dorsais.

Em relação ao tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) Potenciais evocados motores.
- (B) Reflexo H.
- (C) Potenciais evocados somatossensitivos.
- (D) Onda F.
- (E) EMG livre.

69

Paciente com dor cervical irradiada para o polegar e indicador apresenta fraqueza de bíceps e braquiorradial. A ENMG mostra fibrilações nesses músculos e nos paraespinais cervicais. Potenciais sensitivos medianos estão normais.

O relato sugere

- (A) neuropatia mediana no punho.
- (B) radiculopatia C6.
- (C) plexopatia do tronco inferior.
- (D) neuropatia radial.
- (E) miopatia distal.

70

Paciente com lombociatalgia e suspeita de radiculopatia S1 apresenta reflexo H ausente unilateralmente à direita, com estudo sensitivo sural preservado.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O reflexo H avalia predominantemente o arco reflexo S1.
- (B) O achado confirma neuropatia fibular comum.
- (C) O reflexo H avalia exclusivamente fibras sensitivas corticais.
- (D) A normalidade do sural exclui radiculopatia.
- (E) O achado indica lesão do nervo óptico.

71

Durante cirurgia de schwannoma vestibular, a EMG livre do nervo facial demonstra salvas neurotônicas sustentadas após tração tumoral.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O achado indica secção completa do nervo facial.
- (B) O achado corresponde a irritação mecânica do nervo facial.
- (C) O achado monitora a via coclear.
- (D) O achado confirma lesão do trigêmeo.
- (E) O achado é típico de miopatia facial.

72

Paciente com suspeita de esclerose múltipla apresenta potencial evocado visual com aumento da latência da onda P100, sem grande redução da amplitude.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O achado sugere lesão do nervo facial.
- (B) O achado é típico de neuropatia ulnar.
- (C) O achado sugere desmielinização da via visual.
- (D) O achado confirma miopatia ocular.
- (E) O achado indica radiculopatia cervical.

73

Paciente com ptose flutuante e diplopia apresenta decremento significativo do CMAP na estimulação repetitiva a 3 Hz.

Nesse caso, é correto afirmar que o padrão

- (A) sugere neuropatia axonal.
- (B) sugere distúrbio da junção neuromuscular, como miastenia gravis.
- (C) confirma radiculopatia cervical.
- (D) é típico de miopatia inflamatória.
- (E) indica lesão do trato corticoespinal.

74

Paciente com fraqueza progressiva, fasciculações difusas e ENMG mostrando desnervação ativa e crônica em múltiplos segmentos, com estudos sensitivos normais e sem bloqueio de condução.

O caso sugere

- (A) neuropatia ulnar ao cotovelo.
- (B) doença do neurônio motor.
- (C) síndrome do túnel do carpo.
- (D) polineuropatia desmielinizante adquirida.
- (E) miopatia metabólica.

75

Durante ressecção de tumor intramedular cervical, há queda importante dos MEP e redução da D-wave.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O achado sugere sofrimento do trato corticoespinal.
- (B) O achado indica lesão isolada das colunas dorsais.
- (C) O achado confirma neuropatia periférica.
- (D) A D-wave avalia apenas fibras sensitivas.
- (E) A alteração não tem valor prognóstico.

76

Paciente com fraqueza proximal, CPK elevada e ENMG com PUMs de curta duração, baixa amplitude e recrutamento precoce.

O caso sugere

- (A) radiculopatia crônica.
- (B) polineuropatia axonal.
- (C) miopatia.
- (D) doença do neurônio motor.
- (E) plexopatia braquial.

77

Um homem de 57 anos apresenta dor irradiada para o membro inferior esquerdo há oito meses, associada à diminuição do reflexo aquileo. A ressonância magnética evidencia estenose foraminal em L5-S1. A eletroneuromiografia demonstra potenciais de fibrilação no gastrocnêmio medial e no sóleo esquerdos. O reflexo H encontra-se ausente à esquerda e normal à direita. Os potenciais sensitivos do nervo sural são simétricos e normais.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) A ausência unilateral do reflexo H demonstra, obrigatoriamente, neuropatia do nervo tibial.
- (B) O reflexo H alterado, isoladamente, localiza a lesão na medula espinal.
- (C) A preservação dos potenciais sensitivos do nervo sural praticamente exclui radiculopatia S1.
- (D) A associação entre ausência unilateral do reflexo H, desnervação em músculos S1 e potenciais sensitivos preservados favorece fortemente o diagnóstico de radiculopatia S1 esquerda.
- (E) O reflexo H avalia preferencialmente a integridade funcional das raízes L2-L4.

78

Uma mulher de 49 anos é submetida à ressecção de um astrocitoma intramedular cervical. Durante a monitorização neurofisiológica, observa-se desaparecimento bilateral dos potenciais evocados motores (MEP), enquanto a D-wave permanece preservada. Os potenciais evocados somatossensitivos (SSEP) mantêm-se inalterados e não houve alterações significativas da anestesia ou da pressão arterial.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) A preservação da D-wave indica que o desaparecimento dos MEP foi causado exclusivamente pela anestesia.
- (B) A manutenção dos SSEP exclui a possibilidade de déficit motor pós-operatório.
- (C) O desaparecimento dos MEP confirma secção completa do trato corticoespinal.
- (D) A D-wave e os MEP avaliam predominantemente as colunas dorsais da medula espinal.
- (E) A preservação da D-wave sugere que a integridade estrutural do trato corticoespinal foi mantida, estando associada a melhor prognóstico funcional.

79

Um homem de 56 anos apresenta dor irradiada para o quinto dedo da mão direita, fraqueza dos músculos interósseos e discreta perda da extensão dos dedos. A eletroneuromiografia demonstra desnervação no primeiro interósseo dorsal, abdutor do dedo mínimo, extensor comum dos dedos e músculos paraespinais cervicais inferiores. Os potenciais sensitivos do nervo ulnar são normais.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O quadro é compatível com neuropatia do nervo ulnar ao cotovelo.
- (B) O padrão favorece radiculopatia C8.
- (C) Os achados sugerem síndrome do desfiladeiro torácico neurogênico.
- (D) Trata-se de neuropatia do nervo radial.
- (E) A normalidade dos potenciais sensitivos afasta comprometimento radicular.

80

Durante a ressecção de um schwannoma vestibular, a monitorização dos potenciais evocados auditivos de tronco encefálico (BAEP) demonstra aumento progressivo da latência da onda V, seguido por redução de sua amplitude. As ondas I e II permanecem preservadas.

Em relação ao caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) O padrão sugere lesão exclusiva do nervo facial.
- (B) O achado indica apenas interferência anestésica.
- (C) A preservação das ondas I e II exclui comprometimento da via auditiva.
- (D) O padrão sugere comprometimento da condução na porção proximal do nervo coclear ou no tronco encefálico, devendo motivar modificação imediata da estratégia cirúrgica.
- (E) Os BAEP monitoram predominantemente a função vestibular.

Realização

