

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

NEURORRADIOLOGIA

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!

Radiologia e Diagnóstico por Imagem

1

Paciente de 45 anos apresenta massa palpável indolor na região cervical lateral direita, de crescimento lento ao longo do último ano. Foi realizada angiotomografia do pescoço, que evidenciou formação expansiva bem delimitada na bifurcação carotídea, com intenso realce após a administração do meio de contraste e rechaçamento das artérias carótidas interna e externa.

A investigação foi complementada com ressonância magnética, que demonstrou hipossinal em T1, hipersinal em T2 e múltiplos focos de ausência de sinal relacionados ao alto fluxo vascular, conferindo à lesão o clássico aspecto de “sal e pimenta”.

O diagnóstico mais provável é

- (A) lipoma cervical.
- (B) Schwannoma vagal.
- (C) paraganglioma vagal.
- (D) paraganglioma do corpo carotídeo.
- (E) schwannoma da cadeia simpática cervical.

2

Mulher de 24 anos apresenta dor em flanco esquerdo há cerca de oito meses. A ultrassonografia de abdome com Doppler evidencia dilatação da veia renal esquerda, com afilamento abrupto na topografia entre a aorta e a artéria mesentérica superior, associado a aumento da velocidade do fluxo nesse segmento e redução do ângulo entre esses vasos.

O diagnóstico mais provável é

- (A) nefropatia por IgA.
- (B) displasia fibromuscular.
- (C) síndrome de congestão pélvica.
- (D) síndrome do quebra-nozes.
- (E) compressão da junção ureteropélvica.

3

Paciente do sexo feminino, 78 anos, apresenta náuseas, vômitos e dor epigástrica há 5 dias. A ultrassonografia de abdome superior demonstra esteatose hepática leve, e a vesícula biliar não é adequadamente avaliada devido à contração. Na tomografia computadorizada, observa-se importante distensão gástrica com colapso das alças delgadas, secundária a cálculo hiperdenso e laminado de 3,5 cm impactado na transição piloroduodenal. Observam-se ainda pneumobilia, aerobilia envolvendo a vesícula biliar e vias biliares e fístula colecistoduodenal, sem evidência de espessamento parietal ou lesão expansiva do estômago, duodeno ou pâncreas.

Diante desse quadro, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) GIST gástrico.
- (B) Colangite aguda.
- (C) Síndrome de Bouveret.
- (D) Estenose péptica pilórica.
- (E) Adenocarcinoma pancreático.

4

Extravasamento de meio de contraste ocorre quando há infiltração do agente para os tecidos adjacentes após uma infusão intravenosa, podendo causar lesão local.

Considerando os fatores de risco para extravasamento de meio de contraste, assinale a afirmativa correta.

- (A) Contrastes de maior viscosidade apresentam menor risco de extravasamento.
- (B) Alterações venosas ou linfáticas do membro não interferem no risco de extravasamento.
- (C) Pacientes jovens apresentam maior risco de extravasamento devido à maior velocidade de infusão.
- (D) O uso de bomba injetora automática pode aumentar o risco de extravasamento, especialmente em acessos venosos inadequados.
- (E) A utilização de acessos venosos calibrosos e proximais aumenta o risco de extravasamento em comparação aos acessos distais.

5

Homem de 49 anos apresenta cefaleia holocraniana de evolução progressiva e redução da acuidade visual. A ressonância magnética evidencia formação expansiva sólida centrada na sela túrcica, associada ao alargamento da cavidade selar e à extensão supraselar. A lesão apresenta constrição ao atravessar o diafragma selar e realce heterogêneo após a administração do meio de contraste.

Assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Macroadenoma hipofisário.
- (B) Aneurisma da artéria comunicante anterior.
- (C) Meningioma.
- (D) Craniofaringioma.
- (E) Cisto da bolsa de Rathke.

6

Homem de 25 anos apresenta tosse seca e mal-estar há cerca de uma semana, com eosinofilia periférica isolada nos exames laboratoriais. A radiografia de tórax mostra opacidades alveolares mal definidas, bilaterais e não segmentares. Foi mantido apenas tratamento sintomático e, diante da persistência das queixas, realizou-se nova radiografia dez dias depois, que revelou resolução das opacidades iniciais e surgimento de novos focos em outros segmentos pulmonares.

Considerando os achados clínicos, laboratoriais e radiográficos, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Pneumonia bacteriana.
- (B) Pneumonia em organização.
- (C) Pneumonia eosinofílica aguda.
- (D) Pneumonia eosinofílica crônica.
- (E) Pneumonia eosinofílica simples.

7

Após entorse do joelho, a radiografia demonstra pequeno fragmento ósseo avulsionado da margem anterolateral do platô tibial.

Esse achado constitui sinal indireto de ruptura do

- (A) ligamento colateral fibular.
- (B) ligamento colateral tibial.
- (C) ligamento cruzado anterior.
- (D) ligamento cruzado posterior.
- (E) ligamento patelofemoral medial.

8

Tenista relata dor persistente na face lateral do cotovelo dominante há dois meses. A ultrassonografia do cotovelo demonstra espessamento e hipocogenicidade da origem do tendão extensor comum no epicôndilo lateral, associados à desorganização do padrão fibrilar, sem sinais de rotura completa.

Assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Síndrome do túnel cubital.
- (B) Lesão do ligamento colateral ulnar.
- (C) Entesopatia do tendão distal do bíceps.
- (D) Epicondilite medial.
- (E) Epicondilite lateral.

9

Na radiografia de tórax, a avaliação da área cardíaca, da distribuição vascular pulmonar e das alterações pleuropulmonares pode auxiliar na diferenciação entre o edema pulmonar cardiogênico e o não cardiogênico.

Acerca dos achados radiográficos, assinale a afirmativa correta.

- (A) As linhas B de Kerley favorecem a origem não cardiogênica do edema.
- (B) O derrame pleural bilateral é mais frequente no edema não cardiogênico.
- (C) O padrão alveolar em “asa de morcego”, associado à cardiomegalia, favorece a origem não cardiogênica.
- (D) A associação entre cardiomegalia, cefalização vascular e derrames pleurais favorece a origem cardiogênica do edema.
- (E) Opacidades pulmonares periféricas e heterogêneas, com preservação da área cardíaca, são mais características do edema cardiogênico.

10

Homem de 74 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e tabagista, procura o pronto-socorro por dor torácica súbita e intensa, irradiada para o dorso. O eletrocardiograma não apresenta alterações isquêmicas agudas, e a dosagem inicial de troponina é normal. A angiotomografia da aorta torácica demonstra ateromatose acentuada da aorta descendente e pequena projeção focal preenchida pelo meio de contraste, que se estende da luz para o interior da parede aórtica, em continuidade com uma placa aterosclerótica. Não há *flap* intimal nem formação de dupla luz.

Considerando os achados descritos, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Dissecção aórtica.
- (B) Aneurisma sacular.
- (C) Hematoma intramural.
- (D) Pseudoaneurisma aórtico.
- (E) Úlcera aterosclerótica penetrante.

11

Paciente de 52 anos apresenta infecção odontogênica com origem no segundo molar inferior direito, evolui com febre, odinofagia, disfagia e rápido aumento do volume cervical. Ao exame, observa-se endurecimento bilateral da região submandibular, elevação do assoalho da boca e desconforto respiratório. A tomografia computadorizada do pescoço com contraste demonstra densificação da gordura nos espaços sublinguais e submandibulares, bilateralmente, e no espaço submentoniano, associada a espessamento dos planos fasciais e estreitamento da via aérea orofaríngea, sem coleção organizada.

Assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Abscesso peritonsilar.
- (B) Abscesso retrofaríngeo.
- (C) Sialadenite submandibular.
- (D) Epiglote.
- (E) Angina de Ludwig.

12

A coalizão tarsal é uma malformação congênita caracterizada pela união anormal entre dois ou mais ossos do tarso. O radiologista deve estar capacitado a reconhecê-la devido à sua relevância clínica e à possível limitação da mobilidade das articulações envolvidas.

Sobre essa entidade, assinale a afirmativa correta.

- (A) Pode ser constituída por tecido ósseo, cartilaginoso ou fibroso.
- (B) Quando sintomática, manifesta-se geralmente na quarta década de vida.
- (C) Acomete cerca de 30% da população, sendo frequentemente um achado incidental.
- (D) É bilateral em aproximadamente 5% dos casos, com predomínio no membro não dominante.
- (E) A forma mais comum corresponde à fusão entre o primeiro, o segundo e o terceiro metatarsos.

13

Criança de 6 anos apresenta distensão abdominal progressiva e hepatoesplenomegalia ao exame físico. Exames laboratoriais evidenciam anemia e trombocitopenia. Durante a investigação, a criança refere dor óssea em membros inferiores, sendo realizadas radiografias dos ossos longos, que demonstram alargamento metafisário com aspecto em “frasco de Erlenmeyer”. A investigação foi complementada com ressonância magnética, que evidencia hipossinal difuso da medula óssea em T1, compatível com infiltração medular, associado a osteonecrose bilateral das cabeças femorais. Não são observadas linfonodomegalias ou massas paraespinais.

Diante dos achados clínicos, laboratoriais e de imagem, o diagnóstico mais provável é

- (A) talassemia major.
- (B) osteopetrose.
- (C) leucemia linfoblástica aguda.
- (D) doença de Gaucher.
- (E) histiocitose de células de Langerhans.

14

Mulher realiza ultrassonografia de mamas e axilas para rastreamento, que evidencia linfonodo de aspecto atípico localizado profundamente ao músculo peitoral menor, entre suas bordas lateral e medial à esquerda.

Considerando a classificação de Berg, a localização desse linfonodo corresponde ao nível

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

15

Homem de 65 anos, diagnosticado com adenocarcinoma de reto, realiza ressonância magnética da pelve para estadiamento. Observa-se lesão infiltrativa no reto médio, com sinal intermediário em T2, infiltrando a parede retal até a muscular própria, cujo contorno hipointenso apresenta ruptura focal, com extensão tumoral extramural espiculada de cerca de 7 mm para a gordura mesorretal adjacente. A fáscia mesorretal permanece livre, sem sinais de invasão da reflexão peritoneal, bexiga, próstata ou demais órgãos adjacentes.

O estadiamento T da classificação TNM é

- (A) T1.
- (B) T2.
- (C) T3.
- (D) T4a.
- (E) T4b.

16

Homem de 22 anos procura atendimento por episódios recorrentes de sangramento retal. A colonoscopia demonstra inúmeros pólipos adenomatosos distribuídos por todo o cólon. Ao exame físico, observam-se nódulos endurecidos no couro cabeludo, levantando a suspeita de lesões ósseas, sendo realizada tomografia computadorizada de crânio, que evidencia múltiplos osteomas na calvária e na mandíbula.

Considerando a associação entre os achados clínicos e de imagem, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Síndrome de Lynch.
- (B) Síndrome de Turcot.
- (C) Síndrome de Gardner.
- (D) Síndrome de Cowden.
- (E) Síndrome de Peutz-Jeghers.

17

Mulher de 35 anos apresenta dismenorreia, dispareunia profunda e dor à evacuação. Exames laboratoriais demonstram discreta elevação do marcador CA-125. A ressonância magnética da pelve evidencia obliteração do fundo de saco posterior, nódulos espiculados de baixo sinal em T2 no septo retovaginal, nos ligamentos uterossacros e na parede anterior do retossigmoide, contendo focos puntiformes de hipersinal em T1.

O diagnóstico mais provável é

- (A) carcinoma urotelial da bexiga.
- (B) endometriose profunda infiltrativa.
- (C) adenocarcinoma do retossigmoide.
- (D) carcinoma epidermoide do colo do útero.
- (E) carcinoma endometrial do tipo endometriode.

18

Mulher de 71 anos realiza ultrassonografia de abdome e pelve, que demonstra ascite volumosa e derrame pleural à direita. A ultrassonografia transvaginal evidencia massa ovariana sólida unilateral, bem delimitada, hipoeoica e com baixa vascularização ao Doppler colorido. Exames laboratoriais mostram elevação do CA-125. Diante da possibilidade de neoplasia ovariana maligna, a paciente é submetida à laparotomia exploradora com ressecção da lesão.

Após o procedimento, ocorre resolução da ascite e do derrame pleural, sem necessidade de tratamento oncológico adicional.

Considerando os achados apresentados, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Endometrioma.
- (B) Struma ovarii.
- (C) Síndrome de Meigs.
- (D) Tumor de Krukenberg.
- (E) Carcinoma de ovário com carcinomatose peritoneal.

19

Mulher de 28 anos, longilínea, com dor epigástrica crônica pós-prandial, associada à perda ponderal de 6 kg. Refere piora da dor durante a expiração e alívio durante a inspiração. A ultrassonografia Doppler do tronco celíaco demonstra velocidade de pico sistólico de 260 cm/s na expiração, com redução significativa durante a inspiração.

O diagnóstico mais provável é

- (A) pancreatite crônica.
- (B) aneurisma da artéria esplênica.
- (C) síndrome da artéria mesentérica superior.
- (D) isquemia mesentérica crônica aterosclerótica.
- (E) síndrome da compressão do ligamento arqueado mediano.

20

Homem de 62 anos, tabagista, com antecedente de doença arterial coronariana, apresenta tontura e turvação visual desencadeadas pelo uso repetitivo do membro superior esquerdo. Ao exame, observa-se redução do pulso radial esquerdo e sopro supraclavicular ipsilateral. Realizou ultrassonografia Doppler das artérias carótidas e vertebrais, que demonstra fluxo retrógrado completo na artéria vertebral esquerda.

Assinale a opção que descreve corretamente o mecanismo fisiopatológico envolvido.

- (A) Compressão da veia subclávia no desfiladeiro torácico, com redução do retorno venoso e congestão do membro superior.
- (B) Arterite de grandes vasos, com acometimento da aorta e seus principais ramos, levando a estenoses arteriais múltiplas.
- (C) Estenose ou oclusão da artéria subclávia proximal à origem da vertebral, com inversão do fluxo vertebral ipsilateral para suprir o membro superior.
- (D) Estenose da artéria carótida interna extracraniana, com redução da perfusão cerebral hemisférica e sintomas neurológicos focais transitórios.
- (E) Compressão do tronco celíaco pelo ligamento arqueado mediano, com redução do fluxo arterial mesentérico e dor abdominal pós-prandial.

21

Durante uma sequência gradiente-eco em ressonância magnética, são observadas bandas curvas alternadas de hipersinal e hipossinal na periferia da imagem, com aspecto semelhante a um padrão "zebrado". O achado está relacionado à combinação entre inomogeneidade do campo magnético e sobreposição de sinais de diferentes fases.

Assinale o artefato que melhor representa a descrição do caso.

- (A) Zíper.
- (B) Flow void.
- (C) Suscetibilidade.
- (D) Volume parcial.
- (E) Franjas de Moiré.

22

Paciente com suspeita de acidente vascular cerebral isquêmico agudo é submetido à tomografia computadorizada do crânio sem contraste. O exame demonstra sinais precoces de isquemia no território da artéria cerebral média, envolvendo o núcleo caudado, o putâmen, o globo pálido e a cápsula interna, sem alterações na ínsula nem nas regiões corticais M1 a M6.

De acordo com o Alberta Stroke Program Early CT Score (ASPECTS), a pontuação obtida foi

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

23

Mulher de 38 anos procura ortopedista por dor progressiva na face radial do punho direito, sem relato de trauma. A radiografia inicial evidencia discreto aumento da densidade óssea no polo proximal do escafoide, sem linha de fratura ou colapso. Diante da persistência dos sintomas e do achado radiográfico inespecífico, é realizada ressonância magnética, que mostra hipossinal do escafoide nas imagens ponderadas em T1, mais acentuado no polo proximal, associado à redução do realce pós-contraste nessa região.

Diante desses achados, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Doença de Preiser.
- (B) Doença de Panner.
- (C) Doença de Köhler.
- (D) Doença de Freiberg.
- (E) Doença de Kienböck.

24

Lactente de seis semanas apresenta vômitos persistentes, diarreia e importante déficit de ganho ponderal desde o nascimento, associados a hepatoesplenomegalia à palpação. A ultrassonografia de abdome mostra hepatoesplenomegalia e adrenais bilateralmente aumentadas. Devido a persistência clínica e alteração ultrassonográficas, a investigação é complementada com tomografia computadorizada do abdome, que revela adrenais bilateralmente aumentadas, com contorno preservado e calcificações puntiformes difusas, além de hepatomegalia com redução da atenuação hepática e esplenomegalia, sem massa focal ou linfonodomegalias retroperitoneais.

Diante desse quadro, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Doença de Wolman.
- (B) Neuroblastoma adrenal bilateral.
- (C) Doença de Niemann-Pick tipo A.
- (D) Hemorragia adrenal neonatal bilateral.
- (E) Infecção congênita por citomegalovírus.

25

Adolescente de 17 anos é encaminhado ao ortopedista por dor lombar crônica, sem história de trauma. As radiografias da coluna mostram aumento difuso e simétrico da densidade óssea, com bandas escleróticas paralelas às placas terminais dos corpos vertebrais. Na radiografia da pelve, observam-se imagens concêntricas de osso dentro do osso nos ilíacos.

Com base nesses achados, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Osteopetrose.
- (B) Osteopoiquiose.
- (C) Doença de Paget.
- (D) Fluorose esquelética.
- (E) Displasia diafisária progressiva.

26

A ultrassonografia com Doppler é um método de imagem valioso na avaliação da tireoide, capaz de identificar nódulos e auxiliar na diferenciação das causas de tireotoxicose, sendo particularmente útil quando a captação de iodo radioativo apresenta interpretação limitada.

Sobre os achados ultrassonográficos e Doppler da tireoide, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na doença de Graves, o Doppler costuma demonstrar redução difusa da vascularização intraparenquimatosa.
- (B) Na tireotoxicose induzida por amiodarona tipo II, a tireoide geralmente não apresenta doença estrutural preexistente.
- (C) Somente a velocidade sistólica de pico da artéria tireoidiana superior permite diferenciar as causas de tireotoxicose.
- (D) No bócio multinodular tóxico, o padrão de vascularização ao Doppler é tipicamente difuso e uniforme, semelhante ao observado na doença de Graves.
- (E) Na fase aguda da tireoidite de De Quervain, as áreas hipoeoicas geográficas e mal definidas apresentam aumento acentuado da vascularização ao Doppler.

27

Homem de 76 anos, submetido a tratamento endovascular de aneurisma de aorta abdominal infrarrenal há um ano, apresenta avaliação limitada do saco aneurismático pelo ultrassom Doppler de controle. É realizada angiotomografia de aorta abdominal, que demonstra persistência de opacificação do saco aneurismático na fase arterial, associada à descontinuidade entre componentes da endoprótese.

O achado corresponde ao *endoleak* tipo:

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

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 esteroide.
- (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 angiotomografia 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.

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 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.

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 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.

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 síndrômico 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, 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.

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 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%.

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.

Neurorradiologia

55

Menino de 8 anos apresenta cefaleia matinal, vômitos em jato, ataxia da marcha, dismetria e nistagmo. A ressonância magnética do crânio com contraste evidencia lesão sólida intra-axial na fossa posterior, centrada no vermis cerebelar e com extensão ao quarto ventrículo, hipossinal em T1, sinal intermediário em T2/FLAIR, franca restrição à difusão e realce heterogêneo. Observa-se também compressão do quarto ventrículo com hidrocefalia triventricular, transudação líquórica transependimária e apagamento das cisternas da fossa posterior. De acordo com o quadro clínico e os achados de imagem, o diagnóstico mais provável é de

- (A) ependimoma.
- (B) glioblastoma.
- (C) meduloblastoma.
- (D) tumor rabdoide atípico.
- (E) papiloma de plexo coroide.

56

Menino de 14 anos apresenta múltiplas manchas café-com-leite distribuídas pelo tronco e membros, além de numerosos neurofibromas cutâneos. Ressonância magnética do encéfalo, das órbitas e da face demonstra espessamento fusiforme e hipersinal em T2 do nervo óptico esquerdo, estendendo-se até o quiasma óptico, com características compatíveis com glioma da via óptica. Evidencia-se formação expansiva infiltrativa, hiperintensa em T2, distribuída ao longo de múltiplos ramos nervosos da região cervicofacial, de aspecto plexiforme.

Considerando o caso clínico e achados de imagem da lesão, assinale o diagnóstico mais provável:

- (A) Esclerose tuberosa.
- (B) Síndrome de Joubert.
- (C) Incontinentia pigmenti.
- (D) Neurofibromatose tipo 1.
- (E) Doença de von Hippel-Lindau.

57

Mulher de 52 anos apresenta perda auditiva neurosensorial progressiva à direita, associada a zumbido ipsilateral e episódios de desequilíbrio. Realizada ressonância magnética do encéfalo que evidenciou lesão extra-axial no ângulo pontocerebelar direito, com extensão para o meato acústico interno, alargamento do canal e remodelamento ósseo. Devido a dúvida diagnóstica, radiologista solicitou administração do meio de contraste, que demonstrou realce intenso da lesão.

Diante desses achados, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Meningioma.
- (B) Tumor epidermoide.
- (C) Schwannoma vestibular.
- (D) Paraganglioma jugulotimpânico.
- (E) Condrossarcoma da base do crânio.

58

Menino de 3 anos, com antecedente de mielomeningocele lombossacra corrigida no período neonatal, apresenta dificuldade para deglutir e episódios de apneia. A ressonância magnética do encéfalo evidencia fossa posterior pequena, com herniação inferior do vermis, hemisférios cerebelares e do tronco encefálico através do forame magno, associada ao alongamento e deslocamento caudal do quarto ventrículo. Observou-se ainda deformidade em “bico” do teto mesencefálico e hidrocefalia supratentorial.

Considerando os achados descritos, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Encefalocele occipital.
- (B) Malformação de Chiari tipo II.
- (C) Malformação de Dandy-Walker.
- (D) Malformação de Joubert.
- (E) Rombencefalossinapse.

59

A síndrome de *Locked-in*, também conhecida como síndrome do encarceramento, é uma condição neurológica na qual o paciente permanece consciente, com compreensão e funções cognitivas preservadas, mas apresenta paralisia quase completa dos músculos voluntários.

Nos casos decorrentes de infarto cerebral, a artéria mais frequentemente ocluída é a artéria

- (A) basilar.
- (B) cerebral anterior.
- (C) cerebral média.
- (D) cerebral posterior.
- (E) cerebelar posteroinferior.

60

Lactente de 4 meses apresenta alongamento anteroposterior do crânio, redução do diâmetro biparietal e proeminência frontal e occipital. A tomografia computadorizada evidencia fusão prematura isolada da sutura sagital, com preservação das demais suturas cranianas.

Essa deformidade craniana é denominada

- (A) turricefalia.
- (B) plagiocefalia.
- (C) braquicefalia.
- (D) escafocefalia.
- (E) trigonocefalia.

61

O polígono de Willis constitui importante via de circulação colateral cerebral, permitindo a redistribuição do fluxo sanguíneo diante de alterações hemodinâmicas decorrentes de estenoses ou oclusões arteriais.

Assinale o componente que não integra a anatomia clássica do polígono de Willis:

- (A) Segmentos proximais das artérias cerebrais anteriores.
- (B) Segmentos proximais das artérias cerebrais médias.
- (C) Segmentos proximais das artérias cerebrais posteriores.
- (D) Artéria comunicante anterior e artérias comunicantes posteriores.
- (E) Segmentos terminais das artérias carótidas internas.

62

Paciente de 28 anos realiza tomografia computadorizada sem contraste do crânio após queda de bicicleta. O exame não demonstra hemorragia aguda ou fraturas, mas identifica estrutura tubular na substância branca. Diante desse achado, o radiologista solicita complementação do estudo com contraste, que evidencia múltiplas pequenas veias dispostas radialmente e convergindo para uma única veia coletora, sem componente arterial ou sinais de alto fluxo associados, configurando o sinal da “cabeça de Medusa”.

O diagnóstico mais provável é de

- (A) telangiectasia capilar.
- (B) malformação cavernosa.
- (C) malformação arteriovenosa.
- (D) fístula arteriovenosa dural.
- (E) anomalia venosa do desenvolvimento.

63

A doença relacionada à imunoglobulina G4 (IgG4) é uma condição fibroinflamatória sistêmica capaz de produzir lesões pseudotumorais em diferentes órgãos.

Em relação ao acometimento do sistema nervoso central, especialmente à paquimeningite hipertrófica relacionada à IgG4, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na TC, observa-se tipicamente afilamento dural difuso e simétrico.
- (B) O tratamento de escolha é cirúrgico, e o prognóstico costuma ser reservado.
- (C) A paquimeningite relacionada à IgG4 acomete predominantemente mulheres entre 20 e 30 anos.
- (D) A FDG-PET é pouco útil na pesquisa de acometimento sistêmico e no monitoramento da resposta terapêutica.
- (E) Meningioma em placa faz parte do diagnóstico diferencial por imagem.

64

Mulher de 44 anos apresenta rigidez, bradicinesia, alterações comportamentais e declínio cognitivo progressivos há cerca de dois anos, sem histórico de uso de neurolépticos ou outras substâncias. Relata quadro semelhante na mãe e em uma irmã.

Os exames laboratoriais demonstram níveis séricos de cálcio, fósforo e paratormônio dentro dos valores de referência. A tomografia computadorizada do crânio sem contraste evidencia calcificações grosseiras, simétricas e bilaterais nos globos pálidos, putâmens, núcleos caudados, tálamos e núcleos denteados do cerebelo, com menor acometimento da substância branca subcortical.

O diagnóstico mais consistente com esses achados clínicos e tomográficos é

- (A) calcificação cerebral familiar primária.
- (B) toxoplasmose congênita.
- (C) neurocisticercose calcificada.
- (D) calcificação fisiológica dos núcleos da base relacionada à idade.
- (E) neurodegeneração associada a pantotenato quinase (PKAN/NBIA).

65

No segundo semestre de 2025, o Brasil enfrentou um importante evento de saúde pública relacionado a casos de intoxicação por metanol associados ao consumo de bebidas alcoólicas adulteradas. A situação mobilizou as autoridades sanitárias e gerou preocupação na população devido ao risco de morte e de complicações graves. A toxicidade do metanol decorre principalmente de sua metabolização em formaldeído e ácido fórmico, sendo este último o principal responsável pelas lesões neurológicas e oculares.

Em relação aos achados de neuroimagem associados à intoxicação por metanol, assinale a afirmativa correta.

- (A) Um achado característico é a necrose bilateral e simétrica dos putâmens, por vezes com componente hemorrágico.
- (B) O padrão característico consiste em hipersinal bilateral e simétrico dos globos pálidos nas sequências ponderadas em T1, sem edema ou efeito expansivo.
- (C) As alterações predominam nos corpos mamilares, nos tálamos mediais e na substância cinzenta periaquedutal, podendo apresentar realce após a administração do meio de contraste.
- (D) Observa-se lesão simétrica na região central da ponte, com preservação relativa de sua porção periférica e ausência de acometimento dos núcleos da base.
- (E) Há predomínio de leucoencefalopatia simétrica, com acometimento da substância branca cerebelar e dos braços posteriores das cápsulas internas, com preservação relativa da substância cinzenta profunda.

66

A escala de Scheltens, também denominada MTA (Medial Temporal Atrophy), é uma escala visual semiquantitativa utilizada para graduar a atrofia temporal medial. Considere um laudo de ressonância magnética do encéfalo no qual o neurorradiologista descreve *fissuras coroídeas e cornos temporais com dimensões preservadas, sem redução da altura ou do volume dos hipocampus*.

O grau correspondente na escala MTA é

- (A) 0.
- (B) 1.
- (C) 2.
- (D) 3.
- (E) 4.

67

As áreas de Broca e de Wernicke atuam de forma integrada e são fundamentais para a comunicação. Alterações nessas regiões podem ocasionar diferentes formas de afasia, sendo essencial que o neurorradiologista conheça suas relações anatômicas e funcionais.

Considerando o modelo neuroanatômico clássico da linguagem, assinale a afirmativa correta.

- (A) A *pars triangularis* corresponde a uma região do lobo parietal relacionada à área de Wernicke.
- (B) A área de Wernicke está relacionada à compreensão da linguagem e localiza-se no lobo frontal.
- (C) As áreas de Broca e de Wernicke são irrigadas predominantemente pela artéria cerebral anterior.
- (D) As áreas de Broca e de Wernicke comunicam-se por meio do fascículo arqueado.
- (E) A área de Broca é responsável pela programação motora da fala e está localizada no lobo parietal.

68

Mulher de 46 anos é encaminhada pelo oftalmologista, que relata queda progressiva da acuidade visual no olho direito ao longo do último ano, de caráter indolor, além de discreta proptose e defeito pupilar aferente relativo à direita. A RM de órbitas com contraste revela espessamento tubular da bainha do nervo óptico direito, com realce circunferencial intenso e relativa preservação do nervo central, que se assemelha a um “trilho de trem” nas sequências axiais. Complementando com TC, observam-se calcificações lineares na bainha e discreta hiperostose do canal óptico ipsilateral.

Assinale o diagnóstico mais provável:

- (A) Glioma do nervo óptico.
- (B) Neurite óptica.
- (C) Linfoma orbitário.
- (D) Doença inflamatória orbitária idiopática.
- (E) Meningioma da bainha do nervo óptico.

69

Mulher de 42 anos procura o pronto-socorro relatando episódios recorrentes de cefaleia súbita e intensa, acompanhados de náuseas, vômitos e turvação visual, com piora à mudança de posição da cabeça. Realizou TC de crânio sem contraste que mostra lesão arredondada, bem delimitada e espontaneamente hiperdensa na porção anterossuperior do terceiro ventrículo, próxima aos forames de Monro, com dilatação simétrica dos ventrículos laterais, sinais de transudação líquórica transependimária e sem dilatação do terceiro e do quarto ventrículos.

Assinale a hipótese diagnóstica mais consistente com o quadro.

- (A) Ependimoma.
- (B) Subependimoma.
- (C) Papiloma do plexo coroide.
- (D) Meningioma intraventricular.
- (E) Cisto coloide do terceiro ventrículo.

70

Homem de 58 anos apresenta, há dois anos, bradicinesia, dificuldade para iniciar a marcha e rigidez muscular. No último ano, evoluiu com ataxia, disartria, episódios de pré-síncope ao se levantar e disfunção urinária, caracterizada por urgência e dificuldade de esvaziamento vesical. A ultrassonografia suprapúbica demonstrou próstata sem aumento significativo e resíduo pós-miccional de 180 mL. A ressonância magnética do encéfalo revelou atrofia da ponte e dos pedúnculos cerebelares médios, associada a hipersinal cruciforme central na ponte nas sequências ponderadas em T2/FLAIR.

Diante do quadro clínico e dos achados por imagem, o diagnóstico mais provável é

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

71

Mulher de 68 anos em investigação por cefaleia, hipoacusia progressiva à esquerda e episódios recorrentes de neuralgia do trigêmeo realiza RM do encéfalo, cujo laudo descreve: “lesão extra-axial lobulada no ângulo pontocerebelar esquerdo, com sinal semelhante ao líquido em T1/T2, mas supressão incompleta no FLAIR, insinuando-se entre nervos cranianos e vasos adjacentes; hipersinal acentuado na difusão, com ADC reduzido em relação ao líquido, sem realce após contraste.”

Assinale o diagnóstico que melhor se aplica aos achados descritos.

- (A) Cisto epidermoide.
- (B) Cisto neurentérico.
- (C) Schwannoma vestibular.
- (D) Cisto dermoide.
- (E) Cisto aracnoide.

72

Homem de 63 anos é levado ao pronto-socorro com cefaleia súbita e intensa, associada a confusão mental e diplopia. Diante da suspeita inicial de evento cerebrovascular, é submetido a tomografia computadorizada do crânio sem contraste, que não evidencia alterações intracranianas agudas. Durante a anamnese, o familiar informa uso regular de anticoagulante. Em razão da persistência dos sintomas, realiza ressonância magnética do encéfalo, que demonstra formação expansiva predominantemente cística, centrada na sela túrcica, com extensão supraselar e septações internas, apresentando hipersinal em T1, sinal heterogêneo em T2 e nível líquido-líquido.

Diante do quadro clínico e dos achados de imagem, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Schwannoma.
- (B) Cisto aracnoide.
- (C) Síndrome de Horner.
- (D) Meningite bacteriana.
- (E) Apoplexia hipofisária.

73

Paciente masculino, 24 anos, é levado ao pronto-socorro cerca de uma hora após acidente automobilístico com traumatismo cranioencefálico. Apresenta rebaixamento do nível de consciência e anisocoria. A tomografia computadorizada de crânio demonstra fratura linear não desviada do osso temporal, além de coleção extra-axial biconvexa e predominantemente hiperdensa na região temporoparietal, contendo algumas áreas com atenuação inferior à do coágulo circundante, variando de isoatenuantes a hipoatenuantes em relação ao parênquima cerebral adjacente com disposição irregular e aspecto em redemoinho.

A melhor interpretação desse achado de imagem é:

- (A) Áreas de reabsorção e liquefação em um hematoma epidural subagudo.
- (B) Mistura do hematoma com líquido cerebrospinal por ruptura dural.
- (C) Sangramento agudo e ativo no interior de um hematoma epidural.
- (D) Retração e organização do coágulo no interior de um hematoma epidural estável.
- (E) Sedimentação dos elementos figurados do sangue, com formação de nível hematócrito.

74

Homem de 60 anos, sem antecedente de hipertensão arterial, é admitido após traumatismo cranioencefálico grave. A tomografia computadorizada inicial demonstra volumoso hematoma subdural agudo, associado a acentuado desvio das estruturas da linha média, apagamento das cisternas da base e sinais de herniação transtentorial descendente.

Horas depois, diante do rebaixamento do nível de consciência, é realizada nova tomografia, que evidencia progressão do efeito de massa e do apagamento das cisternas perimesencefálicas, além do surgimento de focos hemorrágicos lineares na região paramediana ventral do mesencéfalo e da porção superior da ponte, ausentes no exame anterior.

Esses achados hemorrágicos denominam, mais provavelmente,

- (A) síndrome de Weber.
- (B) síndrome de Foville.
- (C) hemorragias de Duret.
- (D) síndrome da artéria de Percheron.
- (E) fenômeno de Kernohan-Woltman.

75

Menino de 10 anos apresenta distonia progressiva, disartria e sinais piramidais, associados à degeneração pigmentar da retina. A ressonância magnética do encéfalo demonstra acentuado hipossinal bilateral e simétrico dos globos pálidos nas sequências ponderadas em T2, mais evidente nas sequências com eco de gradiente e de susceptibilidade magnética. No interior dos globos pálidos, observam-se pequenas áreas centrais de hipersinal em T2, determinando o aspecto característico de um centro hiperintenso circundado por acentuado hipossinal.

Considerando os achados clínicos e de imagem, o diagnóstico mais provável é

- (A) neuroferritinopatia.
- (B) neurodegeneração associada à pantotenato-quinase.
- (C) neurodegeneração associada à proteína beta-propeller.
- (D) neurodegeneração associada à fosfolipase a2 do grupo vi.
- (E) neurodegeneração associada à proteína da membrana mitocondrial.

76

Mulher de 39 anos apresenta primeira crise convulsiva focal. A ressonância magnética do encéfalo demonstra lesão expansiva intra-axial no lobo frontal, homogeneamente hiperintensa em T2, com supressão quase completa do sinal no FLAIR e preservação de fina borda periférica hiperintensa, configurando o mismatch T2-FLAIR. Não há restrição à difusão, necrose ou realce significativo após a administração do meio de contraste.

Considerando a associação mais característica desse biomarcador nos gliomas difusos do adulto, o diagnóstico mais provável é

- (A) astrocitoma pilocítico.
- (B) astrocitoma, IDH-mutante.
- (C) glioblastoma, IDH-selvagem.
- (D) oligodendroglioma, IDH-mutante e 1p/19q-codeletado.
- (E) acidente vascular cerebral isquêmico hiperagudo com mismatch DWI-FLAIR.

77

Mulher de 32 anos apresenta cefaleia recorrente, alterações cognitivas, hipoacusia neurosensorial bilateral e episódios de turvação visual. A avaliação oftalmológica revela oclusões de ramos arteriais da retina. Na ressonância magnética do encéfalo, observam-se pequenas lesões isquêmicas na porção central do corpo caloso, além de focos puntiformes de restrição à difusão alinhados ao longo da cápsula interna, com aspecto de “*string of pearls*”.

Assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) Esclerose múltipla.
- (B) Síndrome de Susac.
- (C) Síndrome de Cogan.
- (D) Encefalomielite disseminada aguda.
- (E) Vasculite primária do sistema nervoso central.

78

Mulher de 38 anos, com esclerose múltipla em uso de natalizumabe, apresenta déficit motor progressivo e alterações cognitivas. A ressonância magnética do encéfalo demonstra lesões multifocais e assimétricas na substância branca subcortical, com acometimento das fibras em U, sem efeito de massa ou realce significativo. A pesquisa do vírus JC no líquido é positiva, confirmando o diagnóstico de leucoencefalopatia multifocal progressiva. Após a suspensão do natalizumabe e a realização de plasmáfereze, a paciente evolui, seis semanas depois, com acentuada piora neurológica. A ressonância de controle evidencia aumento das lesões, agora associado a edema, efeito de massa e realce após a administração do meio de contraste.

O diagnóstico mais provável é de

- (A) encefalite por citomegalovírus.
- (B) encefalomielite disseminada aguda.
- (C) variante tumefativa da esclerose múltipla.
- (D) síndrome inflamatória da reconstituição imune.
- (E) progressão da leucoencefalopatia multifocal progressiva.

79

Criança de 11 anos apresenta hipoacusia bilateral de percepção, inicialmente leve, com piora progressiva nos exames audiométricos. A tomografia computadorizada de alta resolução dos ossos temporais demonstra, bilateralmente, estruturas ósseas tubulares ectasiadas entre a parede medial do vestíbulo e a face posterior do osso petroso, medindo 2,0 mm à direita e 2,3 mm à esquerda em seus pontos médios. As cócleas apresentam número habitual de espiras e septos interescares preservados, sem outras malformações da orelha interna.

Segundo o critério clássico de Valvassori, o diagnóstico mais provável é

- (A) hipoplasia coclear.
- (B) labirintite ossificante.
- (C) displasia dos canais semicirculares.
- (D) síndrome do aqueduto vestibular alargado.
- (E) malformação de Mondini, ou partição incompleta tipo II.

80

Mulher de 35 anos, previamente hígida, apresenta cefaleia e ataxia progressivas. A ressonância magnética do encéfalo demonstra lesão expansiva relativamente bem delimitada no hemisfério cerebelar direito, com extensão ao vérmis, caracterizada por espessamento dos folíolos cerebelares, preservação de sua arquitetura e bandas alternadas de sinal, conferindo aspecto tigroide. A lesão apresenta hipossinal em T1 e hipersinal em T2/FLAIR, sem restrição à difusão e com discreto realce após a administração do meio de contraste.

Com base nos achados descritos, assinale o diagnóstico mais provável.

- (A) AVE isquêmico.
- (B) Cerebrite aguda.
- (C) Lhermitte-Duclos.
- (D) Hemangioblastoma.
- (E) Rombencefalossinapse.

Realização

