SARAH

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO
ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS
PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 2026

TIPO
1
MANHÃ

MÉDICO (NEUROFISIOLOGIA)

NÍVEL SUPERIOR

SUA PROVA E TEMPO

- Este caderno contém **60 (sessenta)** questões objetivas com **4 (quatro)** opções de resposta (A, B, C e D) e somente uma delas está correta.
- Você dispõe de **4 (quatro) horas** para a realização da prova, já incluído o tempo para o preenchimento do cartão de respostas. **1 (uma) hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões;
- A partir dos **30 (trinta) minutos** anteriores ao término da 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.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja o caderno de questões.
- Levantar da cadeira sem autorização do fiscal de sala.

INFORMAÇÕES GERAIS

- Verifique se seu caderno de questões está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, notifique imediatamente o fiscal da sala, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas; para o preenchimento da folha de respostas, use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta. Assine seu nome apenas no(s) espaço(s) reservado(s) na folha de respostas.
- Confira seu cargo no caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de cargo **diferente** do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- Reserve tempo suficiente para o preenchimento da sua folha de respostas. O preenchimento é de sua responsabilidade e **não será permitida a troca da folha de respostas, em caso de erro cometido por você**.
- 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!

Conhecimentos Específicos

1

Um axônio encontra-se em repouso, com concentração intracelular de potássio superior à extracelular e concentração extracelular de sódio superior à intracelular.

Nessas condições, assinale a afirmativa que descreve corretamente os mecanismos envolvidos na manutenção do potencial de membrana de repouso.

(A) A permeabilidade predominante ao sódio aproxima o potencial de repouso do potencial de equilíbrio desse íon, enquanto a bomba de sódio e potássio transporta sódio para o meio extracelular.

(B) A permeabilidade predominante ao potássio aproxima o potencial de repouso do potencial de equilíbrio desse íon, enquanto a bomba de sódio e potássio mantém os gradientes transportando três íons sódio para fora e dois íons potássio para dentro da célula por ciclo.

(C) A permeabilidade predominante ao potássio aproxima o potencial de repouso do potencial de equilíbrio desse íon, enquanto a bomba de sódio e potássio transporta dois íons sódio para fora e três íons potássio para dentro da célula por ciclo.

(D) A permeabilidade ao sódio e ao potássio é equivalente no repouso, e a negatividade intracelular resulta principalmente da abertura persistente dos canais de sódio dependentes de voltagem.

2

Depois que um estímulo atinge o limiar de um axônio, ocorre um potencial de ação seguido de pós-hiperpolarização.

Considerando o modelo clássico do potencial de ação axonal dependente de sódio e potássio, assinale a opção que apresenta a sequência correta dos principais eventos.

(A) Entrada de sódio na despolarização; entrada de potássio na repolarização; persistência da entrada de potássio na pós-hiperpolarização.

(B) Entrada de potássio na despolarização; saída de sódio na repolarização; persistência da saída de sódio na pós-hiperpolarização.

(C) Entrada de sódio na despolarização; aumento agudo da atividade da Na^+/K^+-ATPase como principal mecanismo de repolarização; fechamento dos canais de potássio na pós-hiperpolarização.

(D) Entrada de sódio na despolarização; inativação dos canais de sódio e saída de potássio na repolarização; persistência transitória de condutância elevada ao potássio na pós-hiperpolarização.

3

Durante uma avaliação técnica de um canal de EEG, utiliza-se um filtro passa-alta de primeira ordem, com comportamento equivalente ao de um circuito resistência-capacitância. A constante de tempo está inicialmente ajustada em 0,3 segundo.

Assinale a opção que descreve corretamente o significado desse parâmetro e os efeitos de sua modificação, mantendo-se os demais ajustes constantes.

(A) Tempo para a resposta a um degrau de tensão cair a 37% da amplitude inicial; sua redução favorece o destaque relativo das ondas rápidas no traçado.

(B) Tempo para a resposta a um degrau de tensão cair a 37% da amplitude inicial; sua redução favorece a atenuação das ondas rápidas.

(C) Tempo para a resposta a um degrau de tensão cair a 63% da amplitude inicial; sua redução favorece o destaque relativo das ondas rápidas no traçado.

(D) Tempo para a resposta a um degrau de tensão cair a 37% da amplitude inicial; sua redução aumenta a amplitude das ondas rápidas.

4

Na revisão de um mesmo trecho de EEG digital, o examinador modifica apenas os filtros de visualização: eleva o corte do filtro passa-alta de 0,5 para 5 Hz e reduz o corte do filtro passa-baixa de 70 para 15 Hz. A sensibilidade e a escala de tempo permanecem constantes.

A consequência esperada é obter uma

(A) maior atenuação dos componentes lentos, acompanhada de melhor preservação dos componentes rápidos das pontas.

(B) melhor preservação dos componentes lentos, acompanhada de maior atenuação dos componentes rápidos das pontas.

(C) maior atenuação dos componentes lentos e dos componentes rápidos das pontas, com possibilidade de distorção de ambos.

(D) redução uniforme da amplitude de todas as frequências, sem alteração relevante da morfologia das ondas.

5

Durante uma eletroneuromiografia, observa-se interferência de 60 Hz apesar de o equipamento apresentar elevada razão de rejeição de modo comum. A impedância de contato de E1 está muito aumentada, enquanto a de E2 está baixa. Após preparo adequado da pele e reaplicação de E1, a interferência diminui, sem alteração dos filtros.

Assinale a afirmativa correta a respeito do mecanismo que explica essa melhora.

(A) O equilíbrio das impedâncias aumenta a amplitude dos potenciais musculares, tornando a interferência proporcionalmente menor, sem modificar a captação do ruído.

(B) O desequilíbrio das impedâncias pode converter parte da interferência comum em sinal diferencial; ao reduzir esse desequilíbrio, melhora-se a rejeição efetiva da interferência.

(C) A rejeição de modo comum é um filtro de entalhe cuja frequência central se aproxima de 60 Hz quando as impedâncias dos eletrodos são semelhantes.

(D) A redução da impedância de E1 diminui a impedância de entrada do amplificador, permitindo que a interferência seja dissipada através do circuito de registro.

6

Em uma montagem bipolar longitudinal de EEG, observa-se reversão de fase entre dois canais adjacentes que compartilham um eletrodo.

A interpretação mais adequada desse achado reside no fato de que

(A) identifica, com certeza, a fonte cortical diretamente abaixo do eletrodo compartilhado.
(B) demonstra que o potencial no eletrodo compartilhado tem sinal oposto ao dos eletrodos vizinhos.
(C) sugere máximo ou mínimo de potencial próximo ao eletrodo compartilhado, sem definir a natureza do evento.
(D) caracteriza o evento como epileptiforme, independentemente de sua morfologia.

7

Uma criança de 10 anos apresenta redução acentuada do volume da eminência tenar direita, percebida desde os primeiros anos de vida, sem progressão. Há dificuldade para abdução e oposição do polegar, sem dor ou alterações sensitivas. A força dos demais músculos da mão está preservada.

Na eletroneuromiografia, os potenciais sensitivos dos nervos mediano e ulnar são normais. A estimulação do mediano, com registro sobre o abdutor curto do polegar, produz potencial motor composto de amplitude muito reduzida, com latência distal normal. A resposta registrada no segundo lumbrical está preservada. A estimulação seletiva do ulnar, mantendo-se a captação sobre o abdutor curto do polegar e controlando-se a condução de volume, não demonstra resposta muscular local significativa.

Assinale a opção que oferece a interpretação mais adequada para o caso.

(A) Neuropatia mediana grave no túnel do carpo, pois a amplitude motora tenar muito reduzida permite localizar a lesão no punho, mesmo com os demais parâmetros normais.
(B) Anastomose de Riché-Cannieu com predomínio de inervação ulnar do abdutor curto do polegar, pois a preservação sensitiva associada à baixa amplitude motora mediana é suficiente para demonstrar essa variante.
(C) Hipoplasia tenar congênita, favorecida pelo déficit de volume desde a infância, pela estabilidade clínica e pela ausência de resposta tenar significativa à estimulação ulnar; a ultrassonografia pode complementar a avaliação anatômica.
(D) Lesão do ramo motor recorrente do mediano, pois a preservação da resposta do segundo lumbrical estabelece a localização da lesão nesse ramo e exclui alteração congênita muscular.

8

Uma mulher de 45 anos apresenta história de seis meses de fraqueza nos membros superiores e inferiores, associada a episódios de ptose palpebral e diplopia. O exame neurológico demonstra ptose bilateral discreta, com movimentos oculares extrínsecos preservados. A força muscular é grau 4/5 nas cinturas escapular e pélvica, e a paciente não consegue levantar-se da posição de cócoras sem apoio. Os reflexos tendíneos profundos e o exame da sensibilidade são normais.

Os estudos de neurocondução motora e sensitiva e a eletromiografia convencional de agulha não apresentam alterações. A estimulação nervosa repetitiva a baixa frequência não demonstra decremento significativo nos músculos examinados. Entretanto, a eletromiografia de fibra única evidencia aumento do *jitter* e bloqueios de transmissão.

Esses achados eletrofisiológicos indicam

(A) neuropatia exclusivamente motora, com preservação das fibras sensitivas.
(B) doença muscular primária, responsável pela fraqueza proximal e pelas alterações do *jitter*.
(C) comprometimento da junção neuromuscular, pois a presença de bloqueios permite classificar como pós-sináptico.
(D) comprometimento da transmissão neuromuscular, mas, isoladamente, não permitem distinguir distúrbios pré-sinápticos de pós-sinápticos.

9

Uma mulher de 55 anos, em acompanhamento por doença hepática crônica com hipertensão portal e episódios prévios de ascite, é levada ao pronto atendimento por alteração do estado mental. Segundo a filha, há dois dias apresenta desorientação e sonolência flutuante.

Ao exame, encontra-se sonolenta, desperta ao chamado, mas tem dificuldade para manter a vigília. Executa comandos simples, porém está desorientada no tempo e no espaço. Apresenta icterícia de escleras, distensão abdominal com sinal do piparote e movimentos espontâneos simétricos dos quatro membros. Não há déficits de nervos cranianos. A ressonância magnética do encéfalo não demonstra alterações agudas.

Entre os padrões eletroencefalográficos a seguir elencados, assinale o mais compatível com o quadro clínico apresentado.

(A) Atividade de ponta-onda contínua ou quase contínua durante o sono não REM.
(B) Complexos generalizados de elevada amplitude, com três fases sucessivas e predomínio anterior.
(C) Descargas com dipolo horizontal, apresentando negatividade máxima centrotemporal e positividade frontal.
(D) Descargas generalizadas de poliponta-onda com predomínio frontal.

10

Um homem de 60 anos, saudável, sem antecedentes neurológicos ou episódios sugestivos de crises epilépticas, realiza eletroencefalograma solicitado em avaliação admissional. O exame neurológico é normal.

Durante o registro em vigília, observam-se períodos de atividade rítmica de baixa a média amplitude, com frequência de 7–8 Hz e morfologia arciforme, localizada na região central direita, com máxima expressão nas derivações que incluem C4. A atividade de fundo está preservada, e o padrão não apresenta evolução de frequência ou distribuição espacial.

A manobra mais apropriada para demonstrar a reatividade característica desse padrão e auxiliar na sua identificação é solicitar

(A) respirações profundas e rápidas durante três minutos.
(B) a realização mental de subtrações sucessivas.
(C) a exploração visual de uma figura com múltiplos detalhes.
(D) movimentos repetidos de abertura e fechamento da mão esquerda.

11

Um homem de 74 anos, previamente independente e sem limitações para deambular, é internado por pneumonia, evoluindo com sepse grave e necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Após três semanas na unidade de terapia intensiva, com resolução do quadro infeccioso e suspensão da sedação, apresenta fraqueza generalizada e dificuldade de desmame ventilatório. Ao exame, encontra-se consciente e colaborativo, com tetraparesia flácida simétrica, predominante proximalmente, sem alterações sensitivas.

A eletroneuromiografia demonstra potenciais de ação sensitivos preservados e potenciais de unidade motora de baixa amplitude e duração reduzida, com miografia em repouso demonstrando potenciais de fibrilações e ondas positivas em músculos deltoide, extensor dos dedos, quadríceps, tibial anterior e gastrocnêmio, e recrutamento precoce.

Assinale a opção que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável e um achado eletrofisiológico adicional compatível.

(A) Síndrome de Guillain-Barré, variante axonal motora – redução das amplitudes dos potenciais motores compostos, com potenciais sensitivos preservados e ausência de critérios de desmielinização.
(B) Miopatia do doente crítico – redução das amplitudes dos potenciais de ação motores compostos, com prolongamento de sua duração na estimulação distal.
(C) Miopatia do doente crítico – preservação das respostas à estimulação muscular direta, com redução das respostas obtidas pela estimulação do nervo motor correspondente.
(D) Polineuromiopatia do doente crítico – redução das amplitudes dos potenciais motores compostos, sendo a preservação dos potenciais sensitivos característica do comprometimento neuropático associado.

12

Uma menina de 9 anos apresenta episódios diários de abalos palpebrais rápidos, acompanhados de desvio superior dos olhos e, ocasionalmente, breve comprometimento da consciência. Os episódios ocorrem principalmente ao fechar os olhos em ambientes iluminados. O desenvolvimento neuropsicomotor e o exame neurológico são normais.

Considerando a hipótese de epilepsia com mioclonia palpebral (síndrome de Jeavons), o seguinte achado eletroencefalográfico é mais característico:

(A) descargas de ponta-onda lenta generalizadas, com frequência inferior a 2,5 Hz, associadas a atividade de base persistentemente lentificada.
(B) descargas de pontas centrotemporais, intensificadas pelo sono, sem relação consistente com o fechamento dos olhos.
(C) descargas generalizadas de ponta-onda ou poliponta-onda a 3–6 Hz, que podem ser desencadeadas pelo fechamento dos olhos e pela fotoestimulação intermitente, com atividade de base habitualmente normal.
(D) descargas exclusivamente occipitais, persistentes durante todo o período de olhos fechados, sem resposta fotoparoxística generalizada.

13

Os aspectos genéticos da síndrome MELAS incluem

(A) variantes patogênicas no DNA mitocondrial, transmissão materna e expressão fenotípica variável, influenciada pela heteroplasmia.
(B) variantes patogênicas no DNA nuclear codificador de proteínas mitocondriais, transmissão materna e expressão fenotípica variável em razão da heteroplasmia.
(C) variantes patogênicas no DNA nuclear codificador de proteínas mitocondriais, transmissão autossômica recessiva e penetrância completa.
(D) variantes patogênicas no DNA mitocondrial, transmissão materna e manifestação clínica restrita aos descendentes do sexo masculino.

14

Um paciente com síndrome MELAS apresenta intolerância ao exercício, fraqueza muscular proximal e redução da sensibilidade vibratória nos pés.

Considerando a possibilidade de acometimento concomitante dos nervos periféricos e dos músculos, assinale a opção que apresenta a combinação de achados eletroneuromiográficos mais compatível.

(A) Potenciais sensitivos preservados, redução acentuada e uniforme das velocidades de condução motora e padrão neurogênico crônico exclusivamente proximal.
(B) Redução das amplitudes dos potenciais sensitivos dos nervos surais, bloqueios de condução multifocais e descargas miotônicas difusas.
(C) Potenciais sensitivos preservados, prolongamento acentuado das latências motoras distais e padrão miopático em músculos proximais.
(D) Redução das amplitudes dos potenciais sensitivos dos nervos surais, velocidades de condução motora relativamente preservadas e padrão miopático em músculos proximais.

15

Durante o desenvolvimento infantil, as velocidades de condução nervosa periférica aumentam progressivamente, acompanhando a maturação das fibras nervosas.

De um modo geral, essas velocidades se aproximam dos valores encontrados em adultos na faixa etária

(A) entre 6 e 12 meses.
(B) entre 4 e 5 anos.
(C) entre 9 e 10 anos.
(D) entre 14 e 16 anos.

16

Um lactente nasceu com 28 semanas de idade gestacional e realiza EEG após seis semanas de vida. Encontra-se clinicamente estável, sem uso de sedativos.

Para avaliar se os padrões eletroencefalográficos são compatíveis com sua maturação, a idade a ser utilizada como referência é de

(A) seis semanas, correspondentes à idade cronológica.
(B) 28 semanas, correspondentes à idade gestacional ao nascimento.
(C) 34 semanas, correspondentes à idade pós-menstrual.
(D) 40 semanas, correspondentes à idade de referência do nascimento a termo.

17

Um recém-nascido com 39 semanas de idade pós-menstrual, clinicamente estável e sem uso de sedativos, realiza EEG com registro de vigília e sono. Durante o sono quieto, observam-se períodos de atividade de maior amplitude alternados com períodos de menor amplitude, nos quais persiste atividade cerebral entre 25 e 50 µV. O traçado torna-se contínuo na vigília e no sono ativo.

A interpretação mais adequada é

(A) *tracé alternant*, fisiológico no sono quieto nessa idade.
(B) surto-supressão, indicativo de disfunção cerebral grave.
(C) *tracé discontinu*, próprio da prematuridade e indicativo de imaturidade nessa idade.
(D) padrão ictal, caracterizado pela alternância periódica da amplitude.

18

Um lactente de sete semanas apresenta crises tônicas e focais diárias desde a segunda semana de vida, persistentes apesar do uso de dois medicamentos anticrise adequadamente indicados. Ao exame, apresenta hipotonia axial e contato visual pouco sustentado. Não há evidências de infecção, distúrbio metabólico agudo ou lesão hipóxico-isquêmica.

O vídeo-EEG prolongado demonstra atividade de base persistentemente lentificada e desorganizada, com descargas epileptiformes multifocais em vigília e sono. Não se observa padrão de surto-supressão.

A seguinte interpretação é mais adequada, segundo a classificação sindrômica atual:

(A) a ausência de surto-supressão exclui encefalopatia do desenvolvimento e epiléptica infantil precoce.
(B) a presença de descargas multifocais estabelece epilepsia da infância com crises focais migratórias.
(C) o início neonatal favorece epilepsia neonatal autolimitada, apesar das alterações persistentes do exame e do EEG.
(D) o conjunto é compatível com encefalopatia do desenvolvimento e epiléptica infantil precoce, mesmo sem surto-supressão.

19

Um lactente de seis meses apresenta episódios em série de flexão súbita do tronco e dos membros, principalmente ao despertar, associados à regressão do desenvolvimento. O EEG demonstra atividade de base muito desorganizada, com ondas lentas irregulares de elevada amplitude e pontas multifocais, compatível com hipsarritmia.

A ressonância magnética identifica uma malformação cortical extensa no hemisfério direito. Os espasmos apresentam discreta assimetria, e as descargas epileptiformes são mais abundantes nesse hemisfério.

A interpretação que integra melhor os achados clínicos, eletroencefalográficos e de imagem é

(A) a lesão unilateral exclui síndrome de West e determina a classificação dos eventos como crises focais tônicas.
(B) a hipsarritmia demonstra comprometimento bilateral primário e torna a malformação um achado incidental.
(C) a síndrome de West pode ter etiologia estrutural focal, mesmo com expressão eletroencefalográfica difusa.
(D) a assimetria dos espasmos e das descargas é suficiente para estabelecer a extensão da zona epileptogênica.

20

Uma menina de dois anos apresentou desenvolvimento normal nos primeiros meses de vida. Aos cinco meses, durante episódio febril, teve crise hemiclônica direita com duração de 25 minutos. Nos meses seguintes, apresentou novas crises prolongadas, febris e afebris, algumas envolvendo o hemicorpo esquerdo. A ressonância magnética foi normal.

No segundo ano de vida, surgiram crises mioclônicas e episódios breves de comprometimento da consciência, acompanhados de desaceleração do desenvolvimento. As crises permanecem frequentes apesar do tratamento e são favorecidas por febre e exposição ao calor. Não há déficit motor unilateral persistente.

A síndrome epiléptica mais provável é a

(A) epilepsia mioclônica da infância.
(B) síndrome de Dravet.
(C) síndrome de hemiconvulsão-hemiplegia-epilepsia.
(D) epilepsia da infância com crises focais migratórias.

21

Uma adolescente de 16 anos apresenta sua primeira crise tônico-clônica generalizada ao despertar, após uma noite de privação de sono. Durante a entrevista, relata que, há aproximadamente um ano, apresenta abalos súbitos e breves nos dois membros superiores, principalmente na primeira hora após acordar, que ocasionalmente a fazem derrubar a escova de dentes ou o celular.

Nesses episódios, permanece consciente. O desenvolvimento neuropsicomotor, o desempenho escolar e o exame neurológico são normais.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e o padrão eletroencefalográfico interictal característico.

(A) Epilepsia de ausência juvenil — descargas generalizadas de ponta-onda a 3–5,5 Hz, com atividade de base normal.
(B) Epilepsia mioclônica juvenil — descargas generalizadas de ponta-onda lenta abaixo de 2,5 Hz, com lentificação da atividade de base.
(C) Epilepsia mioclônica juvenil — descargas generalizadas de ponta-onda e poliponta-onda a 3–5,5 Hz, com atividade de base normal.
(D) Epilepsia com crises tônico-clônicas generalizadas isoladas — descargas generalizadas de ponta-onda e poliponta-onda, com atividade de base normal.

22

Um jovem de 19 anos apresenta epilepsia mioclônica juvenil. Após iniciar carbamazepina, percebe aumento importante das mioclonias.

Assinale a afirmativa que relaciona corretamente o efeito clínico e o mecanismo de ação dos medicamentos nesse contexto.

(A) A carbamazepina pode agravar as mioclonias; o levetiracetam é uma opção terapêutica e liga-se à proteína vesicular sináptica SV2A.
(B) A carbamazepina pode agravar as mioclonias; o levetiracetam é uma opção terapêutica e atua principalmente pelo bloqueio dos canais de sódio dependentes de voltagem.
(C) A carbamazepina deve controlar as mioclonias por bloquear canais de sódio; a piora indica necessidade de aumentar sua dose.
(D) A lamotrigina pode substituir a carbamazepina sem risco de agravar as mioclonias, pois atua principalmente por ligação à proteína SV2A.

23

A seguinte evolução eletroencefalográfica é mais compatível com síndrome de Dravet:

(A) atividade de base inicialmente normal, seguida de ponta-onda lenta generalizada abaixo de 2,5 Hz e atividade rápida paroxística generalizada no sono.
(B) atividade de base inicialmente normal, seguida exclusivamente de descargas generalizadas, sendo as descargas focais incompatíveis com o diagnóstico.
(C) atividade de base persistentemente lentificada desde as primeiras crises, com descargas multifocais obrigatórias no primeiro EEG.
(D) atividade de base inicialmente normal, com possível lentificação posterior e aparecimento de descargas focais, multifocais e/ou generalizadas.

24

Um menino de 8 anos, com desenvolvimento normal, apresenta crises durante o sono com abalos em uma hemiface, sialorreia e dificuldade para falar, mantendo a consciência. O EEG mostra atividade de base normal e pontas centrotemporais intensificadas pelo sono.

O diagnóstico mais provável é

(A) epilepsia autolimitada com crises autonômicas.
(B) epilepsia autolimitada com pontas centrotemporais.
(C) epilepsia de ausência da infância.
(D) epilepsia hipermotora relacionada ao sono.

25

Uma menina de 7 anos, previamente com desenvolvimento normal e crises focais esporádicas, apresenta regressão da linguagem, da atenção e do desempenho escolar. O EEG demonstra descargas de ponta-onda marcadamente ativadas no sono não REM, tornando-se quase contínuas.

O diagnóstico mais provável, segundo a nomenclatura atual da ILAE, é

(A) epilepsia autolimitada com pontas centrotemporais.
(B) síndrome de Lennox–Gastaut.
(C) epilepsia de ausência da infância.
(D) encefalopatia epiléptica com ativação de ponta-onda no sono (EE-SWAS).

26

Uma professora de 38 anos refere visão dupla e queda palpebral que pioram ao final do dia. Relata também cansaço para mastigar ao fim das refeições e dificuldade para manter os braços elevados ao pentear o cabelo.

Ao exame, a força é normal no repouso, mas surge fraqueza do deltoide após abdução sustentada dos ombros por 60 segundos. Os reflexos e a sensibilidade são normais. Realiza-se teste de estimulação repetitiva do nervo acessório, com registro no trapézio.

A combinação de achados mais esperada nesse caso é:

(A) amplitude do potencial de ação muscular composto (PAMC) reduzida em repouso, decremento à estimulação a 3 Hz e incremento superior a 100% imediatamente após contração voluntária máxima de 10 segundos.
(B) PAMC de amplitude normal, decremento à estimulação a 3 Hz em repouso e atenuação do decremento logo após 10 segundos de exercício, com acentuação entre 2 e 4 minutos após 1 minuto de exercício.
(C) PAMC de amplitude normal, ausência de decremento à estimulação a 3 Hz e presença de potencial repetitivo após estímulo único, que se reduz com estimulação continuada.
(D) PAMC de amplitude normal, decremento à estimulação a 3 Hz em repouso e acentuação do decremento logo após 10 segundos de exercício, com correção entre 2 e 4 minutos após 1 minuto de exercício.

27

Um homem de 63 anos, tabagista de 45 maços-ano, relata há 5 meses dificuldade progressiva para subir escadas e levantar-se da cadeira, boca seca e disfunção erétil. Ao exame, há fraqueza proximal leve nos membros inferiores e reflexos patelares abolidos, que se tornam evocáveis após 10 segundos de contração voluntária máxima do quadríceps. Realiza-se teste de estimulação repetitiva do nervo ulnar, com registro no abdutor do dedo mínimo e temperatura da mão de 33 °C.

A combinação de achados mais esperada é

(A) amplitude do PAMC reduzida em repouso, decremento à estimulação a 3 Hz e incremento de amplitude igual ou superior a 60% imediatamente após contração voluntária máxima de 10 segundos.
(B) amplitude do PAMC normal em repouso, incremento progressivo de amplitude durante a estimulação a 3 Hz em repouso e incremento adicional imediatamente após contração voluntária máxima de 10 segundos.
(C) amplitude do PAMC normal em repouso, decremento à estimulação a 3 Hz, incremento inferior a 40% após contração de 10 segundos e acentuação do decremento entre 2 e 4 minutos após o exercício.
(D) amplitude do PAMC reduzida em repouso, incremento à estimulação a 3 Hz e incremento após contração de 10 segundos.

28

Três pacientes apresentam falha da transmissão neuromuscular por mecanismos distintos. O primeiro tem miastenia *gravis* com anticorpos contra o receptor de acetilcolina. O segundo tem síndrome miastênica de Lambert-Eaton. O terceiro tem botulismo alimentar por toxina tipo A.

Em repouso, o terminal nervoso libera espontaneamente vesículas isoladas de acetilcolina. Cada vesícula corresponde a um quantum e gera um pequeno potencial local na placa motora, o potencial de placa motora em miniatura (*miniature end-plate potential*, MEPP), cuja amplitude reflete o tamanho quântico. Quando chega um potencial de ação, várias vesículas são liberadas ao mesmo tempo. O número de quanta liberados por impulso é o conteúdo quântico, que pode ser estimado dividindo a amplitude do potencial de placa motora pela do MEPP.

Considerando esses parâmetros e o mecanismo molecular de cada doença, assinale a afirmativa correta.

(A) Na miastenia gravis, a amplitude dos potenciais em miniatura é normal e o conteúdo quântico é reduzido; na síndrome de Lambert-Eaton, a amplitude dos potenciais em miniatura é reduzida; no botulismo, a toxina cliva proteínas SNARE.

(B) Na miastenia gravis, a amplitude dos potenciais em miniatura é reduzida; na síndrome de Lambert-Eaton, a amplitude dos potenciais em miniatura e o conteúdo quântico são reduzidos; no botulismo, a toxina bloqueia o receptor nicotínico pós-sináptico.

(C) Na miastenia gravis, a amplitude dos potenciais em miniatura é reduzida por comprometimento pós-sináptico; na síndrome de Lambert-Eaton, o conteúdo quântico é reduzido por menor influxo de cálcio; no botulismo por toxina tipo A, o conteúdo quântico é reduzido por clivagem de SNAP-25.

(D) Na miastenia gravis, a amplitude dos potenciais em miniatura é reduzida e o conteúdo quântico é normal; na síndrome de Lambert-Eaton, o conteúdo quântico é reduzido; no botulismo, o conteúdo quântico é reduzido por bloqueio dos canais de cálcio P/Q.

29

Uma mulher de 66 anos, previamente independente, apresenta há 10 semanas declínio cognitivo rapidamente progressivo. O quadro começou com dificuldade para encontrar palavras e alterações visuais mal definidas, evoluiu com instabilidade da marcha e, nas últimas semanas, ela passou a necessitar de auxílio para as atividades básicas.

Ao exame, há abalos mioclônicos multifocais desencadeados por estímulos sonoros e táteis, ataxia de marcha e sinais piramidais discretos. Não há febre nem alterações sistêmicas evidentes.

Diante da hipótese de doença de Creutzfeldt-Jakob esporádica, assinale a opção que apresenta um diagnóstico diferencial pertinente acompanhado de justificativa correta.

(A) Doença de Alzheimer, pois pode evoluir de forma rapidamente progressiva e, nesses casos, cursa caracteristicamente com restrição à difusão em faixa no córtex cerebral na ressonância magnética, semelhante à prionopatia.

(B) Linfoma do sistema nervoso central, pois pode cursar com declínio cognitivo subagudo, restrição à difusão na ressonância e proteína 14-3-3 positiva no líquor, sendo potencialmente tratável.

(C) Atrofia de múltiplos sistemas, pois associa ataxia e sinais piramidais, e a demência rapidamente progressiva nas fases iniciais é manifestação frequente e critério de suporte ao diagnóstico.

(D) Encefalite autoimune por anticorpos anti-NMDA, pois é a forma mais frequente nessa faixa etária e caracteriza-se por crises distônicas faciobraquiais e hiponatremia.

30

Um homem de 61 anos apresenta demência rapidamente progressiva e mioclonia multifocal, com suspeita de doença de Creutzfeldt-Jakob esporádica.

Os seguintes achados eletroencefalográficos podem ser observados no caso:

(A) complexos periódicos de alta amplitude, estereotipados, com intervalos de 4 a 15 segundos, sincronizados com os abalos mioclônicos e sobre atividade de base relativamente preservada.

(B) complexos periódicos de ondas agudas com periodicidade de cerca de 1 segundo que persistem e se acentuam durante o sono profundo e estão presentes na maioria dos casos da variante da doença.

(C) complexos periódicos de ondas agudas generalizados, com periodicidade de cerca de 1 segundo cuja presença é patognomônica e dispensa a exclusão de encefalopatias tóxicas, metabólicas e autoimunes.

(D) nas fases iniciais, lentificação inespecífica e atividade delta rítmica intermitente frontal; com a evolução, complexos periódicos de ondas agudas, inicialmente lateralizados e depois generalizados, que se atenuam durante o sono.

31

Uma menina de sete anos apresenta episódios diários de interrupção súbita da atividade, com olhar fixo e ausência de resposta ao chamado, durante aproximadamente dez segundos. Após os episódios, retoma imediatamente o que estava fazendo. O desenvolvimento e o exame neurológico são normais, e a criança não utiliza medicamentos anticrise.

Durante o EEG, a atividade de base é normal. Realiza-se hiperventilação por três minutos, com colaboração adequada.

O seguinte achado, provocado pela manobra, sustenta mais diretamente o diagnóstico de epilepsia de ausência da infância:

(A) lentificação difusa de elevada amplitude, sem pontas, com manutenção da resposta aos comandos.

(B) descargas generalizadas regulares de ponta-onda a aproximadamente 3 Hz, acompanhadas de interrupção da atividade e ausência de resposta.

(C) descargas de pontas centrotemporais, sem alteração concomitante da consciência.

(D) atenuação do ritmo posterior, acompanhada de atividade rápida de baixa amplitude e manutenção da resposta aos comandos.

32

Durante o EEG de uma criança de dez anos, a atividade de base em vigília é normal. Após dois minutos de hiperventilação, surge aumento progressivo da amplitude, com atividade teta e delta difusa, bilateral e simétrica, sem pontas ou ondas agudas associadas. A criança permanece responsiva, e o traçado retorna ao padrão basal após o término da manobra.

Assinale a opção que interpreta corretamente esse achado e apresenta sua relação fisiológica com a hiperventilação.

(A) Resposta fisiológica associada à hipercapnia e ao aumento do fluxo sanguíneo cerebral.

(B) Descarga epileptiforme generalizada, definida pela elevada amplitude das ondas lentas.

(C) Sinal de encefalopatia, mesmo com atividade de base normal e reversibilidade do padrão.

(D) Resposta fisiológica associada à hipocapnia e à redução do fluxo sanguíneo cerebral.

33

Durante o EEG de um adulto jovem, observam-se, no sono leve, transientes de contorno agudo, polaridade positiva na superfície e máxima amplitude nas regiões occipitais. Aparecem isoladamente ou em pequenas sequências, bilateralmente, por vezes com diferença de amplitude entre os hemisférios. A atividade de base está preservada.

Assinale a opção que interpreta corretamente esses achados.

(A) Descargas epileptiformes occipitais, identificadas pelo contorno agudo.
(B) Ondas lambda, características da exploração visual durante a vigília.
(C) Descargas periódicas generalizadas, indicativas de disfunção cerebral difusa.
(D) Transientes agudos positivos occipitais do sono, um padrão fisiológico que pode apresentar assimetria de amplitude.

34

No coma após parada cardiorrespiratória, sobre o uso do potencial evocado somatossensitivo (PESS) do nervo mediano na avaliação prognóstica, assinale a afirmativa correta.

(A) A ausência da N20 em apenas um hemisfério, registrada entre 12 e 24 horas após o retorno da circulação espontânea, já é suficiente para indicar prognóstico neurológico desfavorável.
(B) Como a N20 é fortemente abolida pela sedação e pelo controle direcionado de temperatura, sua ausência bilateral só pode ser interpretada após a suspensão completa da sedação e o reaquecimento.
(C) A ausência bilateral da N20 a partir de 24 horas, com N9 e N13 presentes e baixo nível de ruído, tem alta especificidade e baixa sensibilidade para prognóstico desfavorável, devendo integrar avaliação multimodal.
(D) A presença bilateral da N20 com amplitude normal assegura bom prognóstico neurológico, e sua ausência associada à ausência da N13 confirma lesão cortical anóxica extensa.

35

Na realização do EEG como exame complementar para a determinação de morte encefálica, os parâmetros técnicos e a interpretação do exame são:

(A) registro com eletrodos do sistema 10–20 cobrindo as principais regiões do escalpo, derivações com distância intereletrodos de pelo menos 10 cm, sensibilidade de 2 µV/mm (mesma linha), filtros passa-alta ≤1 Hz e passa-baixa ≥30 Hz, duração mínima de 30 minutos e testes de reatividade.
(B) sensibilidade habitual de 7 µV/mm, filtro de baixa frequência ajustado em 5 Hz e uso contínuo de filtro de entalhe para reduzir artefatos do ventilador, com registro de 10 minutos, suficiente quando não há atividade cerebral visível.
(C) parâmetros técnicos adequados e ausência de atividade elétrica cerebral superior a 2 µV confirmam a perda das funções do tronco encefálico e permitem dispensar o teste de apneia, mesmo sob infusão de barbitúricos.
(D) impedâncias inferiores a 100 Ω e distância intereletrodos reduzida, de cerca de 5 cm, para aumentar a amplitude do sinal registrado, com sensibilidade de 2 µV/mm e registro de pelo menos 30 minutos.

36

Durante a fotoestimulação intermitente no EEG de uma adolescente, surgem descargas bilaterais generalizadas de poliponta-onda, sem relação fixa com a frequência dos flashes. A estimulação é interrompida, mas as descargas persistem por mais dois segundos. Não há manifestação clínica evidente.

Assinale a interpretação correta desse achado.

(A) Arrastamento occipital fisiológico, cuja atividade pode acompanhar a frequência dos flashes ou seus harmônicos.
(B) Resposta fotomiogênica, decorrente de contrações da musculatura frontal desencadeadas pelos flashes.
(C) Resposta fisiológica à estimulação luminosa, pois não houve manifestação clínica concomitante.
(D) Resposta fotoparoxística generalizada, que pode persistir após o estímulo e ocorrer sem manifestação clínica.

37

Um homem de 52 anos relata, há 4 meses, queda progressiva e indolor do pé direito, além de cãibras frequentes nas pernas. A família notou emagrecimento recente. Ao exame, há fraqueza do tibial anterior, dos fibulares e do tibial posterior à direita, com sensibilidade tátil, dolorosa e vibratória preservadas. O reflexo aquileu direito está abolido, os reflexos dos membros superiores estão vivos e o sinal de Hoffmann é positivo bilateralmente.

O diagnóstico mais provável é

(A) neuropatia do nervo fibular profundo.
(B) neuropatia do nervo isquiático (ciático).
(C) doença do neurônio motor.
(D) polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica (CIDP) focal.

38

No estudo sensitivo do nervo mediano com eletrodos de superfície, a técnica antidrômica utiliza estimulação no punho e registro no dedo; a ortodrômica utiliza estimulação no dedo e registro no punho.

Assinale a explicação correta para a diferença de amplitude.

(A) Na antidrômica, a amplitude costuma ser maior porque os nervos digitais estão mais próximos dos eletrodos de registro.
(B) Na antidrômica, a amplitude costuma ser maior porque o impulso percorre as fibras sensitivas com maior velocidade.
(C) Na ortodrômica, a amplitude costuma ser menor porque são avaliadas exclusivamente fibras sensitivas finas.
(D) Na ortodrômica, a amplitude costuma ser menor porque ocorre bloqueio fisiológico de parte das fibras sensitivas.

39

Um homem de 36 anos relata dificuldade para soltar o guidão da moto e as ferramentas após segurá-los com força. Os familiares notam apatia, irritabilidade e sonolência diurna excessiva. Ao exame, há calvície frontal, ptose palpebral bilateral, atrofia dos músculos temporais, fraqueza distal nas mãos e catarata bilateral precoce. O ECG mostra bloqueio atrioventricular de primeiro grau.

Assinale a opção que apresenta o achado eletroneuromiográfico mais esperado.

(A) Potenciais de fasciculação difusos e descargas mioquímicas em repouso, com potenciais de unidade motora de morfologia normal e recrutamento preservado.

(B) Amplitude do PAMC reduzida em repouso e incremento superior a 100% imediatamente após contração voluntária máxima de 10 segundos.

(C) Em repouso, descargas espontâneas de potenciais com morfologia de fibrilação ou de ondas positivas, disparando a 20–80 Hz, com variação crescente e decrescente de amplitude e frequência, desencadeadas pela inserção ou movimentação da agulha.

(D) Recrutamento reduzido, com poucas unidades motoras disparando em alta frequência, e potenciais de unidade motora de longa duração e alta amplitude.

40

Um homem de 44 anos é encaminhado para investigação de síndrome do túnel do carpo direito. Apresenta insuficiência cardíaca estável, cardiodesfibrilador implantável e fibrilação atrial em uso de varfarina, com faixa terapêutica de INR estabelecida entre 2 e 3. Tem doença renal crônica, sem manifestações urêmicas ou história de sangramento.

Há três dias, sofreu mordedura de cão na panturrilha esquerda, evoluindo com infecção local, atualmente em tratamento. Está afebril e não apresenta lesões cutâneas no membro superior direito. O INR obtido na véspera é de 3,8.

Uma contraindicação relativa à etapa de eletromiografia de agulha para o caso em questão é

(A) presença do cardiodesfibrilador implantável, sem desativação prévia.

(B) INR de 3,8.

(C) infecção localizada na panturrilha esquerda.

(D) doença renal crônica.

41

Um homem de 28 anos sofreu fratura transversa no terço médio-distal da diáfise do úmero direito em acidente de moto. Desde o trauma, não consegue estender o punho nem os dedos nas articulações metacarpofalângicas. Queixa-se apenas de dormência em pequena área no dorso da mão, entre o polegar e o indicador.

Ao exame, há fraqueza do braquiorradial e dos extensores do punho, dos dedos e do polegar. A extensão do cotovelo e a abdução do ombro estão preservadas. A preensão e a abdução dos dedos parecem fracas, mas melhoram quando o punho é posicionado passivamente em extensão.

A localização mais provável da lesão é no

(A) nervo radial no braço, pois há fraqueza do braquiorradial e dos extensores do punho e dos dedos com tríceps preservado, e a alteração sensitiva no dorso da mão corresponde ao território do ramo superficial do radial.

(B) nervo interósseo posterior, pois a queixa sensitiva restrita a uma pequena área no dorso da mão é pouco relevante e compatível com lesão predominantemente motora, e o punho caído é explicado pela fraqueza dos extensores do antebraço.

(C) fascículo posterior do plexo braquial, pois além dos extensores há disfunção da mão, explicada pelo envolvimento de fibras do fascículo posterior que contribuem para a formação do nervo mediano.

(D) nervo axilar no braço, pois há fraqueza do braquiorradial e dos extensores do punho e dos dedos com tríceps preservado, e a alteração sensitiva no dorso da mão corresponde ao território cutâneo do axilar.

42

Após fratura da diáfise do úmero, um paciente evolui com mão caída. A ENMG é realizada 48 horas após a instalação do quadro.

Os achados esperados nesse momento são

(A) neurocondução sensitiva e motora distais com amplitudes reduzidas; ausência de fibrilações e de ondas agudas positivas; recrutamento reduzido, com remodelação das unidades motoras.

(B) neurocondução sensitiva e motora distais normais; presença de fibrilações e de ondas agudas positivas; recrutamento reduzido, sem remodelação das unidades motoras.

(C) neurocondução sensitiva e motora distais com amplitudes aumentadas; ausência de fibrilações e de ondas agudas positivas; recrutamento reduzido, sem remodelação das unidades motoras.

(D) neurocondução sensitiva e motora distais normais; ausência de fibrilações e de ondas agudas positivas; recrutamento reduzido ou ausente, sem remodelação das unidades motoras.

43

Homem com mão caída após fratura da diáfise do úmero apresenta recuperação clínica completa. Oito semanas após o trauma, realiza ENMG sob hipótese de neuropraxia.

Os seguintes achados são compatíveis com essa hipótese:

(A) neurocondução sensitiva e motora distais normais; ausência de fibrilações e de ondas agudas positivas; recrutamento normal no extensor dos dedos, com potenciais de unidade motora remodelados, de longa duração, alta amplitude e polifásicos.

(B) neurocondução sensitiva e motora distais normais; fibrilações e ondas agudas positivas ausentes; recrutamento normal no extensor dos dedos.

(C) neurocondução sensitiva e motora distais com amplitudes reduzidas em relação ao lado contralateral; fibrilações e ondas agudas positivas ausentes ou esparsas; recrutamento normal no extensor dos dedos.

(D) neurocondução sensitiva e motora distais normais; fibrilações e ondas agudas positivas abundantes; recrutamento reduzido no extensor dos dedos.

44

Uma mulher de 48 anos apresenta parestesias noturnas no polegar, indicador e dedo médio. A sensibilidade da pele sobre a eminência tenar está preservada.

Assinale a explicação anatômica para esse achado.

(A) A pele tenar recebe inervação do nervo radial.

(B) O ramo cutâneo palmar do mediano passa fora do túnel.

(C) O ramo recorrente do mediano conduz a sensibilidade tenar.

(D) As fibras sensitivas do mediano não atravessam o túnel.

45

Uma mulher de 45 anos tem parestesias noturnas nos três primeiros dedos da mão direita há 6 meses. A neurocondução sensitiva do mediano (punho–2º dedo) e a motora do mediano (abdutor curto do polegar) têm latências e amplitudes normais.

Assinale a estratégia eletrofisiológica que aumenta a sensibilidade para o diagnóstico de síndrome do túnel do carpo.

(A) Eletromiografia de agulha do abdutor curto do polegar, pois a denervação desse músculo é o achado mais precoce e mais sensível da compressão do mediano no punho.

(B) Medida da velocidade de condução motora do mediano no antebraço, cuja redução abaixo de 50 m/s é o marcador mais sensível da compressão no punho.

(C) Estudos comparativos: latências sensitivas do mediano e do ulnar no 4º dedo, do mediano e do ulnar no segmento palmar misto, e do mediano e do radial no polegar, com a soma das diferenças compondo um índice combinado.

(D) Estudo da onda F do mediano, cuja latência mínima prolongada é sensível e específica para a compressão no punho, mesmo com neurocondução distal normal.

46

Um homem de 52 anos apresenta parestesias intermitentes no quinto dedo e na metade ulnar do quarto dedo há oito meses, associadas à fraqueza da mão. Há suspeita clínica de neuropatia ulnar no cotovelo, mas a neurocondução motora com captação no abdutor do dedo mínimo é normal.

Assinale a afirmação correta sobre a complementação do exame.

(A) A captação no primeiro interósseo dorsal pode aumentar a sensibilidade, revelando alterações não identificadas no registro do abdutor do dedo mínimo.

(B) A captação no primeiro interósseo dorsal não acrescenta sensibilidade, pois ambos os músculos recebem fibras do mesmo nervo.

(C) A normalidade do registro no abdutor do dedo mínimo exclui neuropatia ulnar no cotovelo.

(D) A redução isolada da amplitude sensitiva no quinto dedo confirma a localização da lesão no cotovelo.

47

Um homem de 42 anos desenvolve dor intensa no trajeto do nervo ulnar, parestesias no quinto dedo e fraqueza da mão. Ao exame, o nervo está espessado e doloroso no cotovelo. Há manchas hipocrômicas com redução da sensibilidade e nódulos eritematosos na pele.

A hipótese etiológica mais provável é

(A) neuropatia compressiva do ulnar.

(B) neuropatia hereditária com suscetibilidade a paralisias por pressão (HNPP).

(C) neuropatia hansênica.

(D) síndrome de Guillain–Barré, apresentação focal.

48

Uma mulher de 48 anos tem cervicalgia com dor irradiada para a face posterior do braço e do antebraço e parestesias no 3º dedo da mão direita. Ao exame, há fraqueza na extensão do cotovelo e reflexo tricipital diminuído. A ressonância magnética mostra hérnia discal C6–C7 à direita, com compressão da raiz de C7.

Assinale o padrão eletroneuromiográfico esperado nessa radiculopatia por hérnia discal.

(A) Potenciais sensitivos do mediano (3º dedo) e do radial superficial normais. Denervação no tríceps, no pronador redondo, no flexor radial do carpo e na musculatura paravertebral cervical.

(B) Potencial sensitivo do mediano (3º dedo) reduzido. Denervação no tríceps, no pronador redondo e no flexor radial do carpo, com paravertebrais cervicais normais.

(C) Potencial sensitivo do radial superficial ausente. Denervação no tríceps, no braquiorradial e nos extensores do punho e dos dedos, com deltoide e pronador redondo normais.

(D) Potenciais sensitivos normais. Denervação no deltoide, no bíceps, no braquiorradial, no infraespinal e na musculatura paravertebral cervical.

49

Um homem de 50 anos apresenta fraqueza distal lentamente progressiva desde os 35 anos, com poucas queixas sensitivas. Não sabe informar antecedentes familiares.

Ao exame, apresenta pés cavos, atrofia distal e arreflexia. A ENMG demonstra velocidades de condução motoras reduzidas, dispersão temporal em alguns segmentos e potenciais sensitivos abolidos em todos os nervos examinados.

Assinale a opção que apresenta a interpretação mais adequada.

(A) Doença de Charcot-Marie-Tooth (CMT) é possível; algumas formas podem apresentar alterações não uniformes da condução, incluindo dispersão temporal.
(B) CIDP está confirmada pelo início dos sintomas na vida adulta e pela presença de dispersão temporal na neurocondução.
(C) CMT é possível, mas a abolição global das respostas sensitivas favorece CIDP em relação à neuropatia hereditária.
(D) CIDP é a hipótese favorecida, pois o predomínio dos sintomas motores distingue neuropatias adquiridas das hereditárias.

50

Um homem de 55 anos tem pé caído à esquerda há 2 meses.

A ENMG mostra potenciais sensitivos do fibular superficial e do sural normais e simétricos; potencial motor do fibular no extensor curto dos dedos reduzido, sem bloqueio de condução nem lentificação na cabeça da fíbula; fibrilações e potenciais de unidade motora remodelados no tibial anterior, no extensor longo do hálux, no fibular longo, no tibial posterior, no glúteo médio e no tensor da fáscia lata; fibrilações na musculatura paravertebral lombar baixa.

Assinale a localização mais provável.

(A) Nervo fibular comum na cabeça da fíbula.
(B) Nervo isquiático, com predomínio da divisão fibular.
(C) Plexo lombossacral.
(D) Raiz de L5.

51

Uma mulher de 58 anos apresenta desequilíbrio progressivo há oito meses, pior no escuro. Ao exame, há perda de propriocepção, arreflexia e Romberg positivo, com força preservada. A ressonância não demonstra lesão medular. Considera-se a hipótese de polirradiculopatia sensitiva imunomediada crônica (CISP).

Assinale a combinação de achados mais compatível com essa hipótese.

(A) Potenciais sensitivos abolidos e desnervação difusa na agulha, com PESS normais.
(B) Neurocondução motora e sensitiva normal, agulha normal e PESS com evidências de comprometimento da condução sensitiva proximal.
(C) Bloqueios de condução motora multifocais, potenciais sensitivos preservados e PESS normais.
(D) Potenciais sensitivos reduzidos e agulha normal, com PESS demonstrando comprometimento exclusivamente central.

52

Uma mulher de 32 anos relata perda visual bilateral intensa, sem alterações no exame oftalmológico que expliquem a queixa. Solicita-se potencial evocado visual (PEV) para complementar a investigação de possível perda visual funcional.

Assinale a afirmação correta sobre a indicação e a interpretação do exame.

(A) O exame é indicado, e respostas normais comprovam simulação intencional.
(B) O exame não é indicado, pois depende exclusivamente da percepção visual relatada pela paciente.
(C) O exame é indicado; respostas normais e reprodutíveis ao padrão reverso sustentam função preservada da via visual avaliada, sem comprovar simulação.
(D) O exame é indicado, e a ausência de resposta ao padrão reverso confirma cegueira orgânica.

53

As aplicações clínicas da estimulação magnética transcraniana incluem

(A) avaliação da condução corticoespinal e, com protocolos repetitivos específicos, tratamento da depressão.
(B) avaliação da transmissão neuromuscular e tratamento da miastenia gravis.
(C) avaliação da condução sensitiva periférica e tratamento da síndrome do túnel do carpo.
(D) avaliação da condução corticoespinal e confirmação isolada do diagnóstico de esclerose múltipla.

54

Um paciente será submetido a estimulação magnética transcraniana de pulso único para estudo do potencial evocado motor.

A seguinte condição impede a realização do exame:

(A) história de epilepsia, pois a estimulação de pulso único tem risco elevado de induzir crises e está proibida nesses pacientes.
(B) restaurações dentárias metálicas e próteses ortopédicas nos membros, pelo risco de aquecimento e deslocamento do material.
(C) implante coclear próximo à região de estimulação, sem comprovação de compatibilidade com o método.
(D) gestação em qualquer trimestre, pelo efeito teratogênico comprovado do campo magnético sobre o feto.

55

Um homem de 28 anos é avaliado três semanas após acidente motociclístico com tração do membro superior. Apresenta paralisia dos músculos intrínsecos da mão e perda sensitiva acentuada na borda ulnar da mão e na face medial do antebraço, sugerindo comprometimento grave do território C8–T1.

A ENMG demonstra desnervação em músculos desse território, mas os potenciais sensitivos dos nervos ulnar e cutâneo medial do antebraço são normais.

A interpretação mais adequada é:

(A) lesão axonal pós-ganglionar do tronco inferior, pois os potenciais sensitivos permanecem normais nesse tipo de lesão.
(B) neuropraxia isolada do tronco inferior, pois a preservação sensitiva exclui dano axonal motor.
(C) lesão pré-ganglionar de C8–T1, com suspeita de avulsão radicular.
(D) exame ainda precoce para diferenciar lesões pré e pós-ganglionares pela neurocondução sensitiva.

56

Um homem de 58 anos tem fraqueza progressiva e atrofia dos músculos intrínsecos da mão direita há 8 meses, cãibras, fasciculações difusas e disartria recente. Os reflexos estão vivos nos quatro membros, e não há alteração sensitiva.

Assinale o conjunto de achados eletroneuromiográficos mais característico da principal hipótese diagnóstica.

(A) Potenciais sensitivos normais; potenciais motores reduzidos com velocidades preservadas; fasciculações equivalentes às fibrilações mesmo sem alterações neurogênicas crônicas no músculo; acometimento mais acentuado do abdutor do dedo mínimo em relação ao abdutor curto do polegar e ao primeiro interósseo dorsal.

(B) Potenciais sensitivos normais; bloqueios de condução motora multifocais em segmentos não sujeitos a compressão; denervação restrita aos músculos inervados pelos nervos com bloqueio.

(C) Potenciais sensitivos reduzidos com padrão dependente do comprimento; potenciais motores reduzidos; denervação ativa e crônica em múltiplas regiões, mais acentuada nos músculos distais dos membros inferiores.

(D) Potenciais sensitivos normais; potenciais motores reduzidos com velocidades preservadas; denervação ativa e crônica em múltiplas regiões; acometimento mais acentuado do abdutor curto do polegar e do primeiro interósseo dorsal em relação ao abdutor do dedo mínimo.

57

Durante um potencial evocado auditivo de tronco cerebral, observam-se latências absolutas prolongadas das ondas I, III e V, com intervalos interpicos I–III e I–V normais.

A interpretação mais adequada é

(A) atraso periférico da resposta auditiva, que pode ser compatível com perda auditiva condutiva.

(B) lentificação da condução no tronco cerebral, obrigatoriamente de origem desmielinizante.

(C) disfunção bilateral do córtex auditivo.

(D) lesão retrococlear, como schwannoma vestibular, cujo padrão característico é o atraso uniforme de todas as ondas com intervalos interpicos preservados.

58

Um menino de 5 anos apresenta quedas frequentes e dificuldade progressiva para correr e subir escadas. Ao exame, há sinal de Gowers e pseudohipertrofia das panturrilhas. A CK está muito elevada. A ENMG mostra condução sensitiva normal e potenciais de unidade motora de baixa amplitude e curta duração, com recrutamento precoce.

Assinale o diagnóstico mais provável.

(A) Atrofia muscular espinhal.

(B) Distrofia muscular de Duchenne.

(C) Doença de Charcot–Marie–Tooth.

(D) Miastenia gravis juvenil.

59

Um adolescente de 14 anos apresenta fraqueza proximal lentamente progressiva desde a infância, atrofia muscular e arreflexia, sem alterações sensitivas. Considera-se a hipótese de atrofia muscular espinhal.

Assinale o conjunto de achados eletroneuromiográficos mais compatível com o caso.

(A) Potenciais sensitivos preservados, unidades motoras de baixa amplitude e curta duração, com recrutamento precoce.

(B) Potenciais sensitivos reduzidos, lentificação acentuada e bloqueios de condução motores multifocais.

(C) Potenciais sensitivos preservados, unidades motoras de amplitude e duração aumentadas, com recrutamento reduzido.

(D) Potenciais sensitivos abolidos e eletromiografia de agulha normal.

60

Um homem de 40 anos tem paralisia facial periférica direita completa de instalação súbita, com diagnóstico de paralisia de Bell. Solicita-se avaliação neurofisiológica com reflexo do piscamento (*blink reflex*), estimulando o nervo supraorbitário e registrando o orbicular do olho bilateralmente.

Sobre os achados de valor prognóstico e o momento do exame, assinale a afirmativa correta.

(A) Ausência de R1 e de R2 ipsilaterais à estimulação do lado afetado nas primeiras 24 horas indica axonotmese e prognóstico desfavorável, dispensando a repetição do exame.

(B) R2 contralateral normal à estimulação do lado afetado indica recuperação da condução no nervo facial direito e é o principal marcador de bom prognóstico.

(C) Nos primeiros dias, a presença de R1 no lado afetado, mesmo com latência prolongada, indica condução preservada através do segmento lesado e favorece bom prognóstico. Entre o 3º e o 14º dia, o estudo deve ser complementado pela amplitude do potencial motor facial direto.

(D) O exame deve ser realizado somente após a terceira semana, quando surgem as fibrilações, pois antes desse período o reflexo do piscamento não tem valor prognóstico.

Realização



Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação
Associação das Pioneiras Sociais