

PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: NEUROLOGIA

ESPECIALIDADE: Medicina do Sono; Neurofisiologia Clínica; Neurologia (R4)

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira, em saco entregue para tal fim. **Os celulares devem ser desligados**, antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área individual na data estabelecida no Anexo I, conforme subitem 11.20 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

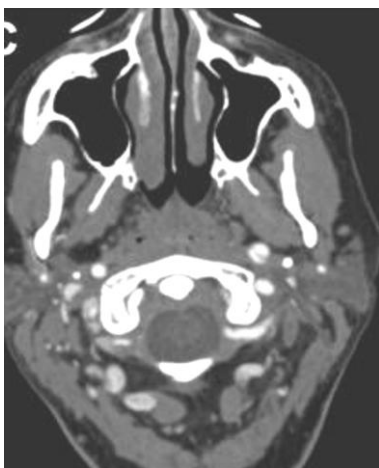
Boa prova!

Fortaleza, 02 de novembro de 2023.

Inscrição

Sala

- 01.** Paciente de 70 anos, previamente independente, foi dormir bem, às 20 horas e foi encontrado desacordado às 10:00. Foi admitido na emergência às 13:00 e o exame neurológico evidenciou sonolência, mas despertável aos pequenos estímulos, desvio olhar conjugado para a direita, hemiparesia esquerda e hemianopsia homônima esquerda, heminegligente (NIHSS 22). Realizou tomografia de crânio (TC) que evidenciou hipodensidade à direita interessando o núcleo caudado, núcleo lentiforme, insula e na região do opérculo frontal. A angiogramografia crânio evidenciou oclusão de M1 direita. Assinale a alternativa correta.
- A) Esse paciente deve ser submetido a trombectomia mecânica se o volume isquêmico estiver entre 31 e 51 ml na sequência de difusão da ressonância magnética, sem necessidade de perfusão cerebral.
 - B) Paciente deve complementar investigação com ressonância de crânio, caso se identifique o mismatch por imagem determinado pela presença de hiposinal na difusão sem alteração do sinal na sequência FLAIR, tem indicação de trombectomia mecânica.
 - C) Recomenda-se complemento com perfusão cerebral, caso se identifique no T max > 6s volume \leq 50 ml e no CBF < 30 % volume superior a 70 ml, paciente deve ser submetido à trombectomia mecânica sem uso de trombolítico endovenoso.
 - D) Paciente com núcleo isquêmico grande (ASPECTS baixo) sem indicação de uso de trombolítico endovenoso ou trombectomia mecânica, necessitando monitorização intensiva para avaliar benefício de hemicraniectomia descompressiva.
- 02.** Paciente, de 62 anos, bateu a cabeça no móvel da cozinha ao levantar, sendo testemunhado pela esposa. Apresentou 2 episódios de vômito e ficou desorientado por 1h. Foi admitido em uma UPA após 2h com exame neurológico normal. Qual dos itens abaixo apresenta melhor preditor de alteração na tomografia de crânio pós-trauma nesse paciente?
- A) Idade.
 - B) Bater no móvel.
 - C) Episódios de vômito.
 - D) Recuperação da consciência.
- 03.** Paciente de 40 anos, lutador de Muay Thai, apresentou episódio súbito de hemiparesia direita e afasia com duração de 60 minutos. Foi admitida no Hospital Geral de Fortaleza com exame neurológico normal, tendo realizado TC e ângioTC crânio que não mostraram alterações. Como parte do protocolo de AVC, realizou angiogramografia cervical mostrada abaixo.

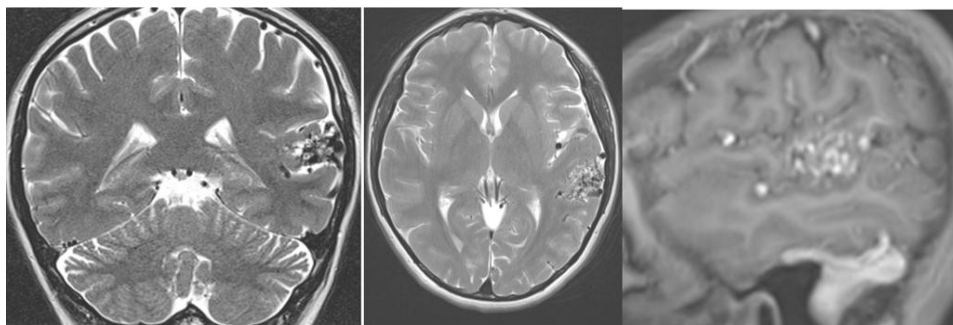


Conferir figura correspondente com melhor resolução no anexo (FIGURA 1)

Em relação a esse caso é correto afirmar:

- A) O risco de recidiva com isquemia, durante o acompanhamento do paciente é de 26 %.
- B) No caso de presença de pseudoaneurisma na fase aguda, ou na fase crônica, a recomendação de consenso é o tratamento endovascular com colocação de stent.
- C) CADISS e TREAT-CAD mostraram a superioridade das terapias antiplaquetárias sobre a anticoagulação na prevenção de Acidente Vascular Cerebral isquêmico ipsilateral.
- D) Em casos de oclusão completa da artéria carótida interna cervical, a taxa de recanalização é de 60 % em 6 a 12 meses.

04. Paciente de 60 anos, durante investigação de cefaleia primária, identificou na Ressonância de crânio uma malformação arteriovenosa (MAV) medindo 3,5 cm, drenando unicamente pela veia cerebral média superficial. Conforme imagem abaixo.



Sobre esse caso é correto afirmar:

- A) A escala de Spetzler-Martin desse paciente é 2 (dois).
 - B) A MAV está localizada no giro temporal transversal (giro de Heschl).
 - C) Segundo as evidências científicas disponíveis, a melhor conduta é o tratamento clínico conservador.
 - D) O tratamento parcial com embolização, reduzindo o tamanho do nidus, modifica a história natural da doença.
05. Paciente, 65 anos de idade, é admitido no Pronto-Socorro com história de hemiparesia direita e afasia leve. Seus sinais vitais da admissão: PA: 170x100 mmHg, P: 100 bpm; Saturação: 95% sem uso de oxigênio suplementar e glicose 120mg/dl; Realizado TC de crânio sem contraste demonstrada abaixo.



Assinale o item correto.

- A) O controle rigoroso de pressão arterial no AVC hemorrágico não está associado à menor expansão do hematoma intracerebral e deve ser permissivo no início para evitar desbalanço perfusional.
- B) Trata-se de um AVC isquêmico com transformação hemorrágica. Levando isso em consideração, e que o paciente não recebeu tratamento trombolítico, o nível máximo de pressão arterial sistólica para tratamento deverá ser de 220 mmHg.
- C) O controle rigoroso de pressão arterial no AVC hemorrágico objetivando níveis de pressão arterial sistólica entre 130-150 mmHg é recomendado pois é seguro de ser realizado, porém ainda incerto do ponto de vista de melhor recuperação funcional.
- D) Trata-se de um AVC hemorrágico de provável natureza hipertensiva. Deverá ser adotado controle rigoroso de pressão arterial com níveis abaixo de 120x80 mmHg com objetivo de menor expansão do hematoma que é um dos principais preditores de mal prognóstico.

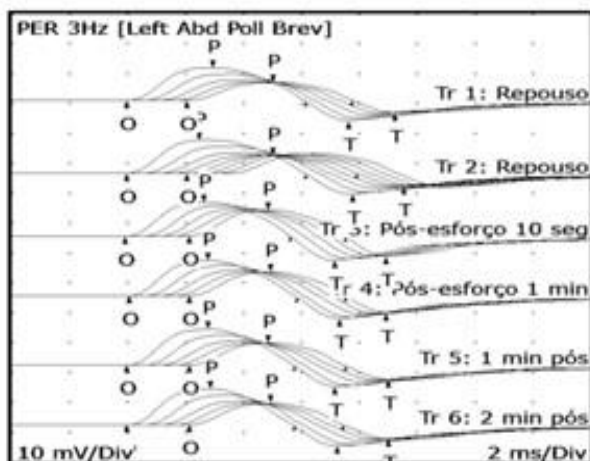
06. Paciente, 70 anos de idade, com boa funcionalidade, é admitido no Pronto-Socorro com quadro de hemiparesia esquerda leve, e hemianopsia homônima esquerda. Seu NIHSS da admissão é 12. Realiza TC de crânio sem contraste que evidencia extensa área de isquemia com ASPECTS de 4 (com acometimento de áreas do córtex insular, núcleo lentiforme, cápsula interna e seguimentos corticais M1 e M3. Realiza ângio-TC de crânio que mostra oclusão de segmento M1 da artéria cerebral média direita e estudo de perfusão que mostra zona de CBF (cerebral blood flow - fluxo sanguíneo cerebral) < 30% de 70ml e área de T máx > 6s de 150ml.

Sobre a conduta a ser adotada, assinale o item correto.

- A) O tratamento com dupla antiagregação é recomendado pela reversibilidade do quadro neurológico e pela extensão da área acometida do cérebro.
 - B) Dada a extensa área de lesão evidenciada na TC de admissão o tratamento endovascular está contraindicado visto que não melhora desfecho funcional nesse caso.
 - C) Mesmo com área extensa de isquemia vista na TC de crânio, ainda há indicação para o tratamento endovascular com melhores desfechos funcionais nos pacientes tratados.
 - D) O tratamento endovascular está indicado visto que leva a melhor desfecho funcional, além de menor mortalidade e de menor necessidade de realização de hemicraniectomia descompressiva.
07. Paciente, 50 anos de idade, sexo masculino, chega ao hospital e durante exame você percebe que o paciente tem dificuldades em executar comandos com sua mão direita ou esquerda. Também possui dificuldade de mostrar dedos específicos de sua mão. Quando solicitado para nomear objetos, repetir ou falar não apresenta dificuldade, mas possui dificuldade em cálculos simples assim como para escrever. Diante da clínica apresentada, assinale o local mais provável da lesão.

- A) Lobo occipital esquerdo e esplênio do corpo caloso – Alexia com agrafia.
- B) Giro angular do lobo parietal – Síndrome de Gerstmann.
- C) Lobo temporal – afasia de Wernicke.
- D) Tálamo superior – afasia talâmica.

08. Paciente, 68 anos, masculino, procura Pronto-Socorro por queixa de falta de ar e dificuldade para engolir. Há cerca de 15 dias percebeu que quando olhava para longe via as imagens duplicadas. Três dias após esse sintoma inicial, notou que pálpebra direita ficava “mais caída” no final da tarde. Na última semana, notou que, após o lanche da tarde, sentia uma fadiga considerável que o impedia de realizar atividades corriqueiras, como colocar o lixo de casa para fora. Ontem, ao tomar água se engasgou e, hoje, acordou com dificuldade para respirar. Foi realizado o seguinte exame complementar para este paciente no 2º dia de internação.



Sobre o diagnóstico do caso, é correto afirmar que:

- A) A atrofia de língua (Língua Trisulcada de Wilson) é vista, na maioria das vezes, em pacientes com a variante MuSK desta doença neurológica.
- B) A prova de estimulação repetitiva de baixa frequência (2-3 Hz) é alterada quando o decremento se apresenta acima de 30%, na forma generalizada dessa doença.
- C) Dosagem de anti-AChR modulador deve ser realizada imediatamente, pois está presente em 80 a 85% dos pacientes com sintomas generalizados dessa doença.
- D) A maioria dos pacientes com a forma generalizada dessa doença apresenta altos níveis de anti-AChR bloqueador sendo, por isso, o primeiro a ser dosado na investigação diagnóstica.

- 09.** Paciente, 70 anos de idade, com história de hipertensão é atendido no consultório por queixa de crise convulsiva. Não há história de crises prévias. Após avaliação clínico laboratorial é observada lesão antiga por AVC isquêmico (ocorrido há 1 ano) em região de lobo temporal direito com áreas de gliose ao redor. Também é observada presença de infecção urinária. Sobre o caso apresentado, assinale o item correto.
- A) Como se trata de uma única crise ainda não há indicação para tratamento de longo prazo com medicação anticrise.
 - B) Crise convulsiva na fase aguda do AVC isquêmico é um fator de risco para a ocorrência de epilepsia e, portanto, já indicam tratamento de longo prazo com medicação anticrise.
 - C) Como também há infecção urinária, trata-se de uma crise sintomática aguda e deve ser indicado tratamento da infecção, sem indicação de tratamento de longo prazo com medicação anticrise.
 - D) Apesar da infecção urinária poder ser um fator facilitador para a ocorrência de crises, há indicação para tratamento de longo prazo com medicação anticrise visto que o risco de recorrência é da ordem de 70-80%.
- 10.** Paciente, 56 anos, feminina, 70 Kg. Refere que há 7 dias apresentou dificuldade para calçar sua sandália. A dificuldade foi se tornando pior e, nos últimos 2 dias, já não conseguia andar e segurar os talheres para comer. Procurou a UPA, porém foi liberada após hidratação venosa. Hoje acordou sem mexer braços e pernas. Ao ser interrogada sobre sintomas prévios ao quadro, refere episódio de diarreia e dor abdominal 08 dias antes do início de tudo. Ao exame físico, apresentava-se com FC 125 bpm, PA 160x85 mmHg, Temp. axilar 36.9°C, SatO₂ 98%, FR 26 irpm, glicemia capilar 102 mg/dL. Ao exame neurológico, identificou-se uma tetraparesia flácida arreflexa com diparesia facial associada. Gasometria arterial: pH 7,48 | pO₂ 98 mmHg | pCO₂ 58 mmHg | HCO₃ 29. Ventilometria: capacidade vital 1000 ml/Kg, Pressão inspiratória máxima de - 25 cmH₂O e Pressão expiratória máxima + 33 cmH₂O. Hemograma, eletrólitos, função renal, função tireoidiana e CPK normais. Foi realizada punção lombar, que evidenciou: 2 células/mm³, proteína 90 mg/dL, glicose 102 mg/dL, bacterioscopia normal, tinta da China negativa. Diante do caso clínico, pode-se afirmar que:
- A) a paciente pode ser mantida em enfermaria e iniciar, o quanto antes, pulsoterapia com corticosteroides em altas doses por 5 dias.
 - B) a paciente pode ser mantida em enfermaria e iniciar, o quanto antes, a infusão de imunoglobulina humana intravenosa na dose de 35 g/dia durante 5 dias.
 - C) a paciente deve ser tratada precocemente com plasmaférese, seguida de infusão de imunoglobulina humana intravenosa na dose de 28 g/dia por mais 5 dias.
 - D) a paciente tem indicação de suporte de via aérea avançada em UTI e deve iniciar, o quanto antes, a infusão de imunoglobulina humana intravenosa na dose de 28 g/dia durante 5 dias.
- 11.** Sobre as doenças inflamatórias desmielinizantes do sistema nervoso central, marque o item verdadeiro.
- A) Nas NMOSD, a relação de acometidos homem/mulher gira em torno de 9 para 1, apresentam anticorpo antiaquaporina 4 dentre os seguintes critérios obrigatórios e não costumam ativar a cascata do complemento.
 - B) Nas desordens do espectro de neuromielite óptica (NMOSD), os paciente antiaquaporina 4 positivos tendem a preservar os astrócitos, tendem a ativar a cascata do complemento e por conseguinte não responder aos inibidores de C5.
 - C) Nas formas de Esclerose múltipla recorrente-remitente, há uma nítida predominância feminina, as lesões mais comuns são de substância branca do encéfalo, as lesões da medula espinhal costumam ser excêntricas e ambas não costumam responder bem aos corticoesteroides nas crises.
 - D) As doenças associadas ao anticorpo antiglicoproteína da mielina do oligodendrócito (MOGAD) representam uma entidade distinta da neuromielite óptica e da esclerose múltipla, pois apresentam lesões desmielinizantes perivenosas, ausência de dano astrocitário significativo e “up-regulation” de citocinas relacionadas ao Th17.
- 12.** Mulher, 62 anos, procura atendimento médico devido a dificuldade na fala, iniciada há dois anos, com piora progressiva. Ao exame, você observa fala pausada, algumas vezes explosiva, faltando alguns conectores durante a fala. Na escrita, a paciente apresenta dificuldade para formar frase, com falta de preposições, assim como sem conjugar verbos. Nomeação por confrontação preservada. Em se tratando de um quadro degenerativo, qual o diagnóstico mais provável?
- A) Afasia logopênica.
 - B) Demência semântica.
 - C) Afasia progressiva não fluente.
 - D) Demência com corpos de Lewy.

13. Homem, 33 anos, é acompanhado no ambulatório de doenças neuromusculares de um centro de referência neurológico com diagnóstico definido de distrofia de Steinert. Qual dos sinais e/ou sintomas abaixo espera-se encontrar, mais tipicamente, nesse paciente?
- A) Miotonia clínica e elétrica, fenótipo hercúleo, hipertrofia generalizada e melhora clínica parcial com carbamazepina.
 - B) Fenômeno miotônico clínica, ausência de miotonia elétrica na eletromiografia, fraqueza progressiva predominantemente dos ombros e braços, com comprometimento menor nas extremidades inferiores. Possui contraturas proeminentes nos cotovelos e tornozelos, sem pseudo-hipertrofia das panturrilhas.
 - C) Fraqueza proximal nos membros superiores assimétrica, com trofismo de deltoide relativamente preservado, dificuldade para fechar e apertar os olhos, além de apresentar fraqueza na dorsiflexão do pé. Escápula alada bilateral, com pseudo hipertrofia de antebraços.
 - D) Fenômeno miotônico clínico e elétrico (EMG), fraqueza distal nos membros superiores/inferiores, fraqueza facial. Possui atrofia dos músculos intrínsecos da mão, extensores dos antebraços e fibulares, além de calvície frontal. Arritmia cardíaca e catarata.
14. Homem, 70 anos, professor aposentado, procura atendimento médico na policlínica devido à desorientação espacial há 1 ano. Percebeu piora progressiva nesse período, não conseguindo mais sair para ir ao mercado próximo de sua casa, assim como sem conseguir usar aplicativo de banco no celular. Apresentou dois episódios de lipotimia ao se levantar mais rápido e relata disfunção erétil. Nega dificuldade de memória, conseguindo relatar o que fez recente de forma coerente. Queixa-se também de sonhos mais agitados e caiu da cama duas vezes na madrugada, nos últimos 6 meses. Sem outras queixas ou doenças prévias. Pressão arterial deitada 150x80mmHg, pressão arterial em ortostase 110x60mmHg. Miniexame do estado mental de 24 pontos, perdendo 4 em atenção e cálculo, 1 em evocação e 1 no desenho. Ao exame neurológico, leve bradicinesia à esquerda. Já tem Tomografia de crânio com laudo normal e exames laboratoriais normais. Qual o diagnóstico clínico mais provável?
- A) Demência com corpos de Lewy.
 - B) Doença de Alzheimer provável.
 - C) Atrofia de múltiplos sistemas.
 - D) Doença de Parkinson.
15. Homem, 74 anos, há 1 ano com dificuldade de marcha, caminhar mais lento e alguns episódios de queda. Relata maior dificuldade para usar aplicativo bancário em celular. No último mês, observou alguns episódios de perda urinária durante a noite e durante o dia. Ao exame, dificuldade em caminhar em tandem (pés em fila indiana), marcha em pequenos passos, com base alargada, assim como desequilíbrio em teste de puxão. Rigidez em membros superiores discreta, assim como bradicinesia. Sem alterações em motricidade ocular. Fluência verbal de 8 animais e 8 palavras com a letra P. Trouxe o exame de crânio a seguir.



Qual a principal hipótese diagnóstica e propedêutica de investigação?

- A) Hidrocefalia de Pressão Normal e cisternocintilografia.
- B) Hidrocefalia de Pressão Normal e realização de TAP Test.
- C) Atrofia de múltiplos sistemas e realização de SPECT com TRODAT.
- D) Paralisia Supranuclear Progressiva e realização de SPECT com TRODAT.

16. Homem, 64 anos, vem em acompanhamento médico devido à doença de Parkinson, há 9 anos, em uso de levodopa/carbidopa 250/25mg 3/4 comprimido 4 vezes ao dia, longe das refeições, com queixa de piora dos sintomas com maior lentificação e rigidez, assim como piora dos sintomas 30 a 40 minutos antes da próxima dosagem. Nega outros sintomas. Tem antecedente de uso de drogas no passado, além de jogo patológico até os 40 anos. Qual a melhor abordagem terapêutica para a melhora dos sintomas do paciente nesse momento?
- A) Iniciar rasagilina.
 - B) Iniciar pramipexol.
 - C) Trocar para levodopa/bensarizada.
 - D) Dividir a dosagem de levodopa para 8 tomadas.
17. Mulher, 26 anos, apresenta crises epiléticas generalizadas com acometimento tônico-clônico bilateral e mioclônias desde os 14 anos de idade. Encontra-se em uso de ácido valproico 1000 mg ao dia e ácido fólico 5mg com controle de crises, porém com EEG atual demonstrando poliespículas generalizadas de 4,0-6,0Hz com fotossensibilidade. Tem perspectiva de engravidar no próximo ano. Diante deste cenário, qual a conduta correta?
- A) Adicionar lamotrigina.
 - B) Substituir por levetiracetam.
 - C) Manter o uso de ácido valproico.
 - D) Trocar medicação por fenobarbital.
18. Homem, 45 anos, apresentava quadro febril de início há 3 dias, associado à adinamia e hiporexia. Sem antecedentes patológicos ou hábitos relevantes. Foi trazido a UPA após ser encontrado em seu domicílio apresentando crise epilética tônico-clônica generalizada. Apresenta os movimentos há 30 minutos. Na avaliação clínica, vê-se PA 140x90mmHg, FC 110 bpm, FR 24 ipm, Sat. Oxigênio 94% (ar ambiente), Temp 38,5°C, não responde a comandos, reflexo óculo cefálico normal, mantém movimentos tônico-clônicos generalizados e apresenta rigidez nugal +++/4+.
- Qual o principal diagnóstico etiológico inicial e conduta terapêutica relacionada para o caso?
- A) Encefalite viral e tratar com aciclovir EV.
 - B) Encefalopatia de Wernicke e infundir tiamina.
 - C) Delirium tremens e prescrever benzodiazepínico.
 - D) Encefalite límbica e iniciar imunoglobulina humana.
19. Mulher, 25 anos, iniciou quadro de sonolência excessiva na adolescência que atribuía ao ritmo escolar. Porém, passou a apresentar ataques de sono e, recentemente, percebe sonhos vívidos nos quais desperta, mas não consegue se movimentar. Por vezes, também relata ver figuras humanas e animais mal definidos ao iniciar o sono. Assinale o sinal/sintoma que fortalece a hipótese diagnóstica de uma hipersonia de origem central para a paciente.
- A) Noctúria.
 - B) Cataplexia.
 - C) Sonilóquios.
 - D) Pernas inquietas.
20. Homem, 70 anos, hipertenso, diabético, IMC 35kg/m², AVC e IAM prévio com insuficiência cardíaca documentada. Vem acompanhado de sua esposa que relata roncos, apneias presenciadas e sonolência excessiva diurna. Ao exame físico PA 140x90mmHg, FC 70, Mallampati modificado 4, amígdalas grau 1, circunferência cervical 44 cm. Realizou Polissonografia tipo 3 que revelou índice de eventos respiratórios de 65,0 eventos/hora com saturação mínima de oxigênio de 55%. Qual a conduta adequada?
- A) Propor avaliação cirúrgica palatal.
 - B) Realizar exame de polissonografia tipo 1.
 - C) Iniciar tratamento com aparelho de BiPAP.
 - D) Prescrever redução de peso e ajuste de fatores de risco.