

CONHECIMENTOS ESPECIALIZADOS

31) O Código de Ética Médica estabelece princípios vedados aos médicos relacionados à auditoria e perícia médica. Em relação a esses princípios, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () É permitido ao médico assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame.
- () É permitido ao médico ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.
- () É vedado ao médico realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.
- () É vedado ao médico receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

- a) V – F – V – F
- b) V – V – F – V
- c) F – F – V – V
- d) F – V – F – F

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca de auditoria e perícia, é vedado ao médico:

- assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal quando não tenha realizado pessoalmente o exame (art. 92);
- ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado (art. 93);
- realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios (art. 95); e,
- receber remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor (art. 96).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

32) O Código de Ética Médica apresenta uma série de princípios que são vedados aos médicos com relação à responsabilidade profissional. A respeito da responsabilidade profissional desse código, assinale a alternativa que **não** contém um princípio vedado ao médico.

- a) Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.
- b) **Esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença.**
- c) Atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado.
- d) Deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca da responsabilidade profissional, é vedado ao médico:

- deixar de assumir responsabilidade sobre procedimento médico que indicou ou do qual participou, mesmo quando vários médicos tenham assistido o paciente (art. 3º);
- deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença (art. 13);
- atribuir seus insucessos a terceiros e a circunstâncias ocasionais, exceto nos casos em que isso possa ser devidamente comprovado (art. 6º); e,
- assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou (art. 5º).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

33) Todo médico deve manter uma boa relação com pacientes e familiares, devendo seguir sempre os princípios do Código de Ética Médica. A respeito da relação com pacientes e familiares, informe se é verdadeiro (V) ou falso (F) o que se afirma abaixo. A seguir, assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- () É vedado ao médico deixar de atender um paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.
- () É vedado ao médico opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.
- () É vedado ao médico exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

- a) V – F – F
- b) F – V – F
- c) V – F – V
- d) V – V – V

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Segundo o Código de Ética Médica e o Conselho Federal de Medicina, acerca da relação com pacientes e familiares, é vedado ao médico:

- deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo (ar. 33);
- opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal (art. 39); e,
- exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos (art. 35).

Fonte: CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010.

34) A respeito da interpretação dos achados do exame dos reflexos tendinosos profundos (RTPs) e sua correlação com a clínica, analise as afirmativas abaixo.

- I. Um mês após uma lesão transversa súbita de medula espinhal, pode ocorrer hiperreflexia abaixo do nível da lesão.
- II. Na síndrome de Adie, as pupilas tônicas acompanham-se de hiporreflexia ou, até mesmo, arreflexia.
- III. Na presença de miastenia grave, a hiporreflexia é o sinal mais precoce encontrado no exame clínico neurológico.
- IV. Em muitas formas de distrofia muscular, os RTPs proximais desaparecem inicialmente, enquanto os reflexos distais podem persistir até estágios mais avançados da doença.

Está(ão) correta(s) apenas a(s) afirmativa(s)

- a) II.
- b) I e IV.
- c) I, II e IV.
- d) I, III e IV.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

Fraqueza e fadiga são achados mais precoces. Na miastenia grave, os reflexos só são afetados quando há um envolvimento grave e extenso.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

35) Os transtornos do movimento podem envolver qualquer parte do corpo e decorrem, habitualmente, de uma doença que envolve diversas partes do sistema motor, possuindo as mais variadas etiologias. Qual é o mais comum transtorno do movimento?

- a) Distonia.
- b) Tremor essencial.
- c) Coreia de Huntington.
- d) Doença de Parkinson.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Transtornos ou distúrbios do movimento são síndromes neurológicas, as quais podem apresentar excessos de movimento ou escassez de movimento que não está ligado a fraqueza, paralisia da espasticidade dos músculos. A mais comum desordem de movimento é tremor essencial, que afeta 1 em cada 20 pessoas sob a idade de 40 e 1 em cada 5 pessoas, de mais de 65 anos.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong:** o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

36) “Paciente, sexo masculino, 75 anos, apresenta quadro de bradicinesia, rigidez, tremor rítmico e de repouso, face inexpressiva e instabilidade postural. Foi feito o diagnóstico de doença de Parkinson (DP).” A respeito da doença de Parkinson, assinale a alternativa correta.

- a) O acometimento ocorre tipicamente de maneira simétrica.
- b) Alterações reflexas comumente acompanham a DP idiopática.
- c) A ausência do sinal de Myerson aumentam as chances do diagnóstico estar correto.
- d) **A crise oculógira é característica da DP pós-encefálica, podendo ocorrer no parkinsonismo induzido por drogas.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A doença inicia-se com frequência de maneira assimétrica. Os sinais podem ser tão lateralizados que justificam a designação de hemi-DP, e alguma assimetria geralmente persiste mesmo quando a doença está bem estabelecida. Na DP, não há atrofia, fasciculações, alterações reflexas nem reflexos patológicos do tipo visto nos transtornos do trato corticoespinal. Podem ocorrer alterações reflexas se houver envolvimento associado do trato corticoespinal, mas isto não ocorre na DP idiopática, pois, mesmo quando os sinais extrapiramidais são assimétricos, os reflexos permanecem normais e iguais.

O sinal de Myerson (reflexo da pancada glabellar) consiste no piscar de olhos em resposta a uma pancada sobre a glabella. Na DP, o paciente é incapaz de inibir a resposta e continuará a piscar repetidamente; indivíduos normais não continuam a piscar mediante pancadas repetidas, portanto a ausência deste sinal não aumenta as chances do diagnóstico do paciente estar correto.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong:** o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

37) Reflexos patológicos são respostas não encontradas habitualmente em indivíduos normais. O acometimento das vias motoras descendentes pode causar a perda do controle da contração muscular eficiente e coordenação de agonistas, antagonistas e sinergistas, de modo que a atividade vaza da reserva de neurônios motores responsáveis por determinado movimento, para áreas adjacentes, resultando no recrutamento para movimento de músculos normalmente não envolvidos. A respeito da fisiopatologia dos reflexos patológicos, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) **A presença do reflexo cutâneo-plantar em extensão em lactentes indica lesão do trato corticoespinal.**
- b) Lesões do lobo frontal podem causar um reflexo de preensão plantar hiperativo, dirigindo para baixo os artelhos.
- c) Os reflexos palmomentual, de preensão, de protusão labial e de sucção são considerados sinais de liberação frontal.
- d) Na pesquisa do sinal de Chaddock estimula-se a face lateral do pé, começando, aproximadamente, sob o maléolo lateral, com o estímulo sendo levado para diante até o artelho menor, podendo ser mais sensível que o sinal de Babinski em alguns casos.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Em lactentes humanos, a resposta flexora primitiva persiste e uma resposta plantar extensora é normal no período neonatal. A resposta plantar no período neonatal foi estudada em várias ocasiões, com resultados variáveis: Gingold *et al.* encontraram respostas extensoras por ocasião do nascimento em 100% dos lactentes, aos 6 meses em 10,9% deles e na idade de 1 ano em nenhum.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong:** o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

38) “Paciente, sexo masculino, 40 anos, apresenta um quadro de dor na região da articulação sacroilíaca, face póstero-lateral da coxa, da perna e do dorso do pé, além de parestesia na face lateral da perna. Todas as alterações encontram-se à direita. A dor é maior quando o paciente se encontra sentado. Levantou-se a suspeita clínica de lesão da raiz nervosa L5.” Qual é a causa mais provável para a ocorrência deste tipo de lesão?

- a) Disco central em L2-L3.
- b) Disco central em L3-L4.
- c) Disco póstero-lateral em L1-L2.
- d) **Disco póstero-lateral em L4-L5.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A raiz L5 pode ser lesada por um disco central em L2-L3 ou L3-L4, um disco pósterolateral em L4-L5, um disco bem lateral ou uma estenose do recesso lateral em L5-S1. Um disco pósterolateral em L4-L5 é o responsável mais provável, mas não o único suspeito.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong:** o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

39) Em relação aos sinais e sintomas que ajudam na diferenciação de lesões do cone medular das lesões da cauda equina, assinale a alternativa correta.

- a) O déficit sensorial nas lesões do cone medular costuma ser bilateral, simétrico e com dissociação da sensação.
- b) Nas lesões de cauda equina a disfunção intestinal, vesical e sexual é tipicamente mais proeminente do que nas lesões do cone medular.
- c) Nas lesões de cauda equina a perda motora é tipicamente simétrica, menos acentuada do que nas lesões do cone medular e acompanhada de fasciculações.
- d) Nas lesões do cone medular a dor espontânea costuma ser o sintoma mais proeminente, com acometimento unilateral ou assimétrico, principalmente na região do períneo, coxas, pernas e sacro.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

- Nas lesões de cauda equina a disfunção intestinal, vesical e sexual é tipicamente menos proeminente do que nas lesões do cone medular.
- Nas lesões de cone medular a perda motora é tipicamente simétrica, menos acentuada do que nas lesões da cauda equina e acompanha de fasciculações.
- Nas lesões de cauda equina a dor espontânea costuma ser o sintoma mais proeminente, com acometimento unilateral ou assimétrico, principalmente na região do períneo, coxas, pernas e sacro.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong:** o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

40) A análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) de um paciente mostrou o seguinte resultado:

“Aparência: clara e incolor; número de células: 3/mm³; proteínas totais: 43 mg/dL; IgG: 4 mg/dL; gamaglobulinas: 8% das proteínas totais; índice de IgG do LCR: 0,18; taxa de síntese de IgG do LCR: 4 mg/24h; glicose: 70 mg/dL (glicemia: 95 mg/dL).”

O resultado da análise do LCR deste paciente indica

- a) LCR normal.
- b) meningite bacteriana.
- c) meningoencefalite viral.
- d) padrão meníngeo asséptico.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

Características e composição normais do LCR:

- Aparência: clara e incolor
- Células < 6 linfócitos ou células mononucleares
- Proteínas totais: 15-50 mg/dL
- IgG < 8,4 mg/dL
- Gamaglobulinas: 6-13% das proteínas totais
- Índice de IgG do LCR: 0-0,77
- Taxa de síntese de IgG do LCR: 0-8 mg/24h
- Glicose: 45-80 mg/dL, 60-80% da glicose sanguínea

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong:** o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

41) “Paciente, sexo masculino, 35 anos, apresenta parestesia da flexão e abdução do punho e dos dedos radiais, pronação do antebraço e abdução e oposição do polegar. Apresenta, também, perda da capacidade de flexionar a falange distal do segundo quírodáctilo. A flexão dos dedos nas articulações metacarpofalangeais está parcialmente preservada. Queixa-se de parestesia, envolvendo as falanges distais dos dedos médio e indicador, principalmente na face palmar. Teste de Phalen negativo e sinal de Tinel negativo. Não apresentou evidências de lesões ósseas ou de tendões. Nota-se rubor na pele da mão, além de unhas quebradiças e com estrias. Todas as alterações encontram-se do lado esquerdo.” Qual das opções a seguir apresenta o diagnóstico mais provável para este caso?

- a) Plexopatia braquial superior.
- b) Neuropatia radial no cotovelo.
- c) **Neuropatia mediana proximal.**
- d) Síndrome do desfiladeiro torácico neurogênica.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A história clínica é típica de neuropatia mediana proximal, destacando-se que a perda da capacidade de flexionar a falange distal do dedo indicador, sem uma lesão óssea ou do tendão que a explique, é patognomônica.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong:** o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

42) A análise do Líquido cefalorraquidiano é de extrema importância e representa um grande auxílio no diagnóstico de diversas patologias. Marque a alternativa que contém a correta relação entre a doença e o achado esperado no exame de LCR.

- a) Esclerose múltipla – diminuição da razão IgG/albumina.
- b) **Síndrome de Guillain-Barré – dissociação albuminocitológica.**
- c) Meningite bacterina – glicose entre 60-80 mg/dL em pacientes com glicemia normal.
- d) Meningite asséptica – contagem celular elevada com predomínio de linfócitos polimorfonucleares, elevação das proteínas e glicose entre 5-10 mg/dL.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

- Esclerose múltipla – aumento da razão IgG/albumina.
- O padrão de dissociação albuminocitológica é visto mais comumente na síndrome de Guillain-Barré e consiste em elevação das proteínas, por vezes em grau extremo, na ausência de aumento da contagem de células ou outras anormalidades.
- Meningite bacterina – Glicose abaixo de 45 mg/dL em pacientes com glicemia normal.
- O padrão “asséptico” consiste em contagem celular elevada com predominância de células mononucleares, elevação das proteínas e glicose normal.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong:** o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

43) Embora o exame dos nervos cranianos não possa ser realizado em detalhes num paciente com alteração da consciência, o exame das pupilas é essencial na avaliação destes pacientes, devendo-se analisar o tamanho, a forma, a posição, a simetria e a fotorreatividade. Com base no exame pupilar, assinale a alternativa correta.

- a) **Pupilas puntiformes bilaterais podem indicar trombose da artéria basilar.**
- b) Na presença de botulismo, espera-se encontrar as pupilas em miose bilateral.
- c) A perda da reatividade pupilar costuma ser mais proeminente em coma de origem metabólico do que em coma estrutural.
- d) A midríase bilateral vista em grandes lesões pontinas se deve, provavelmente, à disfunção das vias simpáticas ascendentes bilateralmente.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

- Na presença de botulismo, espera-se encontrar as pupilas normais ou em midríase bilateral.
- A perda da reatividade pupilar costuma ser menos proeminente em coma de origem metabólico do que em coma estrutural.
- A miose bilateral vista em grandes lesões pontinas se deve, provavelmente, à disfunção das vias simpáticas descendentes bilateralmente.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong:** o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

44) Na avaliação de pacientes com alteração do nível de consciência, os movimentos oculares podem ser de grande ajuda na identificação do tipo de lesão apresentada. A respeito do exame dos movimentos oculares e sua correlação clínica, assinale a alternativa correta.

- a) As lesões supratentoriais quase sempre afetam os reflexos oculocefálicos.
- b) Lesões do fascículo longitudinal medial causam uma oftalmoplegia supranuclear.
- c) Desvio ocular não conjugado em direção oposta às extremidades do corpo paralisadas indica lesão de tronco cerebral.
- d) **Desvio ocular conjugado em direção oposta às extremidades do corpo paralisadas é visto em lesões destrutivas do lobo frontal.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

- Lesões supratentoriais geralmente não afetam os reflexos oculocefálicos.
- Lesões do fascículo longitudinal medial causam uma oftalmoplegia internuclear.
- Desvio ocular conjugado na direção das extremidades paralisadas indica lesão do tronco cerebral.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

45) As síndromes meníngeas podem ser bem avaliadas clinicamente através dos sinais clássicos de irritação meníngea com boa sensibilidade e especificidade, apesar de algumas limitações. São sinais que indicam irritação meníngea, **exceto**:

- a) Bikele.
- b) Kernig.
- c) Chvostek.**
- d) Brudzinski.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

O sinal de Chvostek consiste em bater sobre o nervo facial, causando um espasmo ou uma contração tetânica semelhante à câibra de alguns dos músculos faciais ou de todos eles. É considerado um sinal de tetania.

Fontes:

- CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.
- DAROFF, Robert B.; FENICHEL, Gerald M.; JANKOVIC, Joseph *et al.* **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 2544p.

46) “Paciente, sexo masculino, 75 anos, portador de hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes mellitus*, tabagista 50 anos/maço, comparece ao pronto-atendimento trazido por familiares, e apresenta hemiplegia e hemianestesia à direita, hemianopsia homônima direita e afasia global. A principal hipótese diagnóstica é acidente vascular encefálico (AVE).” Qual a provável artéria cerebral do paciente acometida pelo AVE?

- a) Média do hemisfério dominante.**
- b) Posterior do hemisfério dominante.
- c) Média do hemisfério não dominante.
- d) Posterior do hemisfério não dominante.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

As áreas de particular importância clínica perfundidas pela artéria cerebral média (ACM) incluem os campos oculares frontais, a área de Broca, a área de Wernicke e as áreas corticais que medeiam a função motora e sensorial para o braço e a face. Infartos maiores envolvendo todo o território da ACM do hemisfério dominante causam tipicamente hemiplegia contralateral, hemianestesia, hemianopsia homônima densa e afasia global.

Fontes:

- CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.
- DAROFF, Robert B.; FENICHEL, Gerald M.; JANKOVIC, Joseph *et al.* **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 2544p.
- ROPER, A. H.; SAMUEL, M. A. **Adams and Victor's Principles of Neurology**. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2009. 1572p.

47) Neuropatias periféricas são condições que afetam axônios de nervos periféricos, suas bainhas de mielina ou ambos. Nas neuropatias axonais, a patologia primária é degeneração do citoplasma axonal, já nas neuropatias desmielinizantes, a lesão primária ocorre na bainha de mielina ou nas células de Schwann. A diferenciação entre as duas é importante na orientação do tratamento a ser seguido. Em relação à diferenciação entre as axonopatias e as mielinopatias, assinale alternativa correta.

- a) Nas axonopatias, a fraqueza é mais comumente proximal.
- b) As mielinopatias apresentam início mais insidioso e sua recuperação é mais lenta.
- c) Nas axonopatias, espera-se que as proteínas do líquido cefalorraquidiano estejam normais.**
- d) Nas mielinopatias, espera-se que a disfunção sensorial seja maior do que a disfunção motora.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

- Nas axonopatias, a fraqueza é limitada aos músculos distais.
- As mielinopatias apresentam início mais rápido, porém com recuperação mais rápida.
- Nas mielinopatias, espera-se que a disfunção motora seja maior do que a disfunção sensorial.

Fontes:

- CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.
- DAROFF, Robert B.; FENICHEL, Gerald M.; JANKOVIC, Joseph *et al.* **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 2544p.

48) “Paciente, sexo masculino, 31 anos, apresenta história de vertigem, perda da sensibilidade térmica e dolorosa segmentar bilateral nas mãos e antebraços, com sensação normal nas pernas, no tronco e na parte superior dos braços e do pescoço.” Qual o diagnóstico sindrômico mais provável neste caso?

- a) Síndrome medular dorsal.
- b) Síndrome medular central.**
- c) Síndrome medular anterior.
- d) Compressão extramedular anterior.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

O quadro clínico é típico de síndrome medular central, acometendo as fibras que cruzam na comissura branca anterior, causando dissociação de sensação (sensibilidade para a dor, temperatura prejudicada e sensação tátil preservada).

Fontes:

- CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.
- DAROFF, Robert B.; FENICHEL, Gerald M.; JANKOVIC, Joseph *et al.* **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 2544p.

49) Lesões expansivas da medula espinhal se devem mais comumente a tumores, com maior frequência os metastáticos, abscessos ou hérnias de disco. A lesão pode ser intramedular, dentro da substância medular, ou extramedular (podendo ser intradural ou extradural), comprimindo a medula espinhal ou seu suprimento sanguíneo. Em relação às lesões expansivas da medula espinhal, assinale a alternativa correta.

- a) Os tumores extradurais são comumente benignos e os intradurais, malignos.
- b) Nos tumores extramedulares espera-se que o envolvimento do neurônio motor superior seja tardio e débil.
- c) Os sinais de lesão do trato corticoespinhal são mais precoces nos tumores intramedulares do que nos extramedulares.
- d) Nos tumores intramedulares, o envolvimento do neurônio motor inferior costuma ser acentuado, generalizado, podendo ser acompanhado de atrofia e fasciculações.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

- Os tumores extradurais são comumente malignos e os intradurais benignos.
- Nos tumores extramedulares, espera-se que o envolvimento do neurônio motor superior seja proeminente e precoce.
- Os sinais de lesão do trato corticoespinhal são mais tardios nos tumores intramedulares do que nos extramedulares.

Fontes:

- CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.
- DAROFF, Robert B.; FENICHEL, Gerald M.; JANKOVIC, Joseph *et al.* **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 2544p.

50) “Paciente, sexo feminino, 25 anos, apresentou queda no nível de consciência, acompanhada de déficits neurológicos focais, sendo relatada, ainda, a ocorrência de uma crise convulsiva. Foi pedido o exame do LCR, que indicou padrão de infecção viral do sistema nervoso central. A ressonância magnética demonstrou encefalite necrosante focal aguda, principalmente na região do lobo temporal medial e inferior à esquerda, com inflamação e edema. O PCR demonstrou o micro-organismo que mais comumente causa encefalite viral esporádica.” Qual o micro-organismo responsável pelo quadro clínico apresentado?

- a) *Influenza*.
- b) *Coxsackie*.
- c) *Varicela-zoster*.
- d) **Herpes simples.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

A encefalite por vírus herpes simples é o tipo mais comum de encefalite viral esporádica e a causa mais frequente de modo geral. O paciente típico é um adulto jovem e anteriormente sadio que desenvolve subitamente alteração de consciência, seguida rapidamente pelo aparecimento de convulsões e um déficit neurológico focal. O herpes simples causa uma encefalite necrosante focal aguda com inflamação e edema; a aquisição de imagens por ressonância magnética (RM) pode mostrar anormalidades no lobo temporal medial e inferior do lado envolvido.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong:** o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

51) “Paciente apresentava inicialmente cefaleia occipital. Posteriormente, evoluiu com vertigens, náuseas, vômitos, disfagia, disfonia, hemiataxia à esquerda, dormência da face à esquerda e dormência do corpo à direita. Ao exame físico, notou-se reflexo corneano diminuído à esquerda e perda do reflexo de ânsia à esquerda.” Qual o diagnóstico sindrômico (síndrome) do caso descrito?

- a) Hemimedular.
- b) Bulbar anterior.
- c) **Medular lateral.**
- d) Medular medial.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

- Na síndrome hemimedular espera-se encontrar: paralisia ipsilateral do palato mole, da faringe, da laringe e parestesia de língua; perda do paladar no terço posterior da língua; comprometimento de dor e temperatura na face; ataxia; síndrome de Horner; hemiparesia contralateral; comprometimento da função da coluna posterior; sensação de dor e temperatura comprometidas.
- A síndrome bulbar anterior é um tipo de apresentação da síndrome medular medial.
- Wallenberg descreveu a síndrome medular lateral (SML), a mais comum das formas de acidente vascular cerebral do tronco cerebral. As manifestações típicas encontram-se no caso clínico descrito.
- Na síndrome medular medial espera-se encontrar: fraqueza ipsilateral da língua; hemiparesia contralateral (poupando a face); algum grau de comprometimento da função da coluna posterior; e, funções do trato espinotalâmico poupadas.

Fontes:

- CAMPBELL, William W. **DeJong:** o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.
- DAROFF, Robert B.; FENICHEL, Gerald M.; JANKOVIC, Joseph *et al.* **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 2544p.
- ROPER, A. H.; SAMUEL, M. A. **Adams and Victor's Principles of Neurology**. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2009. 1572p.

52) “Paciente, sexo masculino, 28 anos, apresenta-se com sonolência diurna excessiva e episódios súbitos de fraqueza muscular. Esta fraqueza é, por vezes, tão proeminente que o paciente refere ter sofrido quedas, porém permanece consciente. Desconfia que episódios de excitação e irritação, muitas vezes, precedem suas crises de fraqueza. Relata apresentar sensações estranhas logo antes de adormecer e durante o despertar, referindo ter ouvido algumas vozes nestes momentos. Queixa-se, ainda, de fadiga e os familiares relataram alguns lapsos de memória.” Qual o diagnóstico mais provável deste paciente?

- a) Parassonia.
- b) **Narcolepsia.**
- c) Apneia do sono central.
- d) Transtorno de comportamento do sono de movimentos rápidos dos olhos (REM).

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

A síndrome completa de narcolepsia inclui: ataques de sonolência diurna excessiva, cataplexia (colapso súbito sem perda de consciência, produzido por riso ou outra emoção forte), paralisia do sono (episódios de incapacidade de se mover durante transições do sono para a vigília) e alucinações hipnagógicas ou hipnopômicas.

Fontes:

- CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.
- DAROFF, Robert B.; FENICHEL, Gerald M.; JANKOVIC, Joseph *et al.* **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 2544p.
- ROPER, A. H.; SAMUEL, M. A. **Adams and Victor's Principles of Neurology**. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2009. 1572p.

53) Sinais e sintomas de comprometimento do sistema nervoso central e periférico determinados por enfermidades sistêmicas são frequentemente relatados. A sarcoidose encontra-se entres estas enfermidades e consiste em uma doença granulomatosa crônica sistêmica, sendo a maior parte das disfunções associadas a ela resultantes da presença física de granulomas, embora possam ocorrer fenômenos inflamatórios sistêmicos. Qual é a manifestação neurológica mais comumente associada à neurosarcoidose?

- a) Neurite óptica.
- b) Paralisia do nervo facial.**
- c) Hemianopsia bitemporal.
- d) Paralisia do nervo oculomotor.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Cerca de metade dos pacientes com neurosarcoidose têm envolvimento de nervos cranianos, sendo os mais comumente envolvidos o II, o VII e o VIII. Uma paralisia facial periférica é a manifestação mais comum. Cerca de metade dos pacientes com envolvimento de nervos cranianos têm uma polineuropatia craniana, a mais comumente é a paralisia bilateral do nervo facial.

Fontes:

- CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.
- DAROFF, Robert B.; FENICHEL, Gerald M.; JANKOVIC, Joseph *et al.* **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 2544p.
- ROPER, A. H.; SAMUEL, M. A. **Adams and Victor's Principles of Neurology**. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2009. 1572p.

54) As doenças do tronco encefálico são graves e, frequentemente, acarretam risco de morte para o indivíduo. Muitos distúrbios cerebrovasculares estão envolvidos nas síndromes do tronco encefálico. Considerando estes distúrbios, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) Isquemia na distribuição de vasos penetrantes provenientes da artéria basilar rostral podem gerar síndromes mesencefálicas.
- b) Oclusão dos ramos pontinos mediais da artéria basilar pode causar envolvimento dos núcleos do VI e VII nervos cranianos.
- c) Oclusão da artéria auditiva interna causa surdez unilateral, podendo ser acompanhada de comprometimento da função vestibular.
- d) Trombose dos ramos pontinos laterais da artéria basilar gera ataxia cerebelar contralateral e disfunção dos nervos cranianos III, IV, V e VI.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Trombose dos ramos pontinos laterais da artéria basilar produz isquemia, que pode afetar os pedúnculos cerebelares médio e superior, os núcleos vestibulares e cocleares, os núcleos motores facial e trigêmeo, o núcleo sensorial do trigêmeo e o trato espinotalâmico. Os achados podem incluir ataxia cerebelar ipsilateral e disfunção do V, VII e VIII nervos cranianos, com perda contralateral da sensação de dor e temperatura no tronco e nas extremidades.

Fontes:

- CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.
- DAROFF, Robert B.; FENICHEL, Gerald M.; JANKOVIC, Joseph *et al.* **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 2544p.
- ROPER, A. H.; SAMUEL, M. A. **Adams and Victor's Principles of Neurology**. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2009. 1572p.

55) “Paciente, sexo masculino, 60 anos, apresentava história de fraqueza na mão esquerda, sobretudo nos dedos. Com o passar dos meses, a fraqueza evoluiu gradualmente e notou-se hipotrofia dos músculos da mão. Posteriormente, evoluiu com atrofia dos músculos da mão e hipotrofia na musculatura do antebraço, braço e cintura escapular, acompanhada de fasciculações nestas regiões. Evoluiu com atrofia, dessa vez na mão do lado direito, também acompanhada de fasciculações, e seus reflexos encontravam-se exacerbados tanto nos membros superiores quanto nos patelares. Percebeu-se certa disartria à consulta, e o paciente referia, ainda, disfagia e fadiga crescente. Em seguida, ocorreu agravamento dos sintomas com atrofia nos músculos do tronco e paresia nos membros inferiores, com maior exacerbação dos reflexos patelares. Reflexo cutâneo-plantar em flexão. Evoluiu, também, com marcha escarvante. A sensibilidade tátil, térmica e dolorosa permaneceu preservada.” Essa história clínica é típica de qual das patologias a seguir?

- a) Esclerose múltipla.
- b) Esclerose sistêmica.
- c) **Esclerose lateral amiotrófica.**
- d) Distrofia muscular de Steinert.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA C)

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é provocada pela degeneração progressiva no primeiro neurônio motor superior no cérebro e no segundo neurônio motor inferior na medula espinhal. Esses neurônios são células nervosas especializadas que, ao perderem a capacidade de transmitir os impulsos nervosos, dão origem à doença. O principal sintoma é a fraqueza muscular, acompanhada de endurecimento dos músculos (esclerose), inicialmente num dos lados do corpo (lateral) e atrofia muscular (amiotrófica), mas existem outros: câibras, tremor muscular, reflexos vivos, espasmos e perda da sensibilidade.

Fontes:

- CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.
- DAROFF, Robert B.; FENICHEL, Gerald M.; JANKOVIC, Joseph *et al.* **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 2544p.
- ROPER, A. H.; SAMUEL, M. A. **Adams and Victor's Principles of Neurology**. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2009. 1572p.

56) Os transtornos do movimento desorganizam a função motora não apenas causando fraqueza, mas também produzindo movimentos involuntários anormais indesejados (transtornos de movimento hipercinéticos) ou reduzindo o grau de movimento fluido normal em fluxo livre (transtornos de movimento hipocinéticos). Sobre os transtornos de movimento, em especial os transtornos hipocinéticos, indique a alternativa correta.

- a) **Nos casos de atrofia de múltiplos sistemas com disautonomia, esta se deve à degeneração dos neurônios na coluna cinzenta intermediolateral da medula espinhal torácica e lombar.**
- b) Na degeneração corticobasal, também conhecida como síndrome de Rebeitz-Kolodny-Richardson, a evolução da doença ocorre rapidamente, porém apresenta boa resposta à terapia com levodopa.
- c) A doença de Wilson é um transtorno autossômico recessivo devido a depósito anormal de cobre em diversos tecidos, associada frequentemente a um alto nível de ceruloplasmina no soro dos pacientes.
- d) Na paralisia supranuclear progressiva, alterações degenerativas no tronco cerebral rostral e no tálamo resultam em comprometimento, primeiramente, no olhar para a esquerda e, depois, no olhar para a direita.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

- Na síndrome de Rebeitz-Kolodny-Richardson, o transtorno evolui lentamente e não responde à levodopa.
- Na doença de Wilson, um baixo nível de ceruloplasmina é encontrado no soro de 95% dos pacientes.
- Na síndrome de Steele-Richardson-Olszewski, alterações degenerativas no tronco cerebral rostral e no tálamo resultam em comprometimento primeiramente no olhar para baixo, depois no olhar para cima e, finalmente, paresia global do olhar.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

57) Em relação aos transtornos de movimento hipercinéticos, assinale a alternativa correta.

- a) O hemibalismo é classificado tipicamente como um transtorno de movimento involuntário fugaz e imprevisível.
- b) A coreia é um transtorno hipercinético caracterizado por movimentos regulares, involuntários, rítmicos e sem finalidade.
- c) Quando a coreia é generalizada, além dos movimentos anormais, ocorre hipertonia dos músculos esqueléticos com maior resistência ao movimento passivo.
- d) **Na doença de Huntington ocorre atrofia de partes do sistema nervoso central, acometendo, principalmente, o núcleo caudado, o putâmen e as regiões frontal e temporal do córtex cerebral.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

- O hemibalismo é classificado tipicamente como um transtorno de movimento involuntário regular e previsível.
- A coreia é um transtorno hiperkinético caracterizado por movimentos irregulares, involuntários, não rítmicos e sem finalidade.
- Quando a coreia é generalizada, além dos movimentos anormais, ocorre hipotonia dos músculos esqueléticos com menor resistência ao movimento passivo.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

58) Em relação aos acidentes vasculares encefálicos hemorrágicos, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) A grande maioria dos aneurismas baciformes envolve a circulação anterior.
- b) As principais etiologias de aneurismas são congênita, aterosclerótica, micótica e dissecante.
- c) A hemorragia subaracnoide não traumática se deve mais frequentemente à ruptura de aneurismas saculares.
- d) **Compressões do nervo oculomotor estão mais frequentemente associadas a aneurismas da artéria comunicante anterior.**

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA D)

Compressões do nervo oculomotor estão mais frequentemente associadas a aneurismas da artéria comunicante posterior.

Fontes:

- CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.
- DAROFF, Robert B.; FENICHEL, Gerald M.; JANKOVIC, Joseph *et al.* **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 2544p.
- ROPER, A. H.; SAMUEL, M. A. **Adams and Victor's Principles of Neurology**. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2009. 1572p.

59) As alterações dos reflexos podem ser a indicação mais precoce e sutil de uma perturbação na função neurológica, sendo consideradas por muitos a parte mais objetiva do exame neurológico. Acerca da avaliação dos reflexos, marque a alternativa **incorreta**.

- a) O reflexo de extensão do punho é mediado pelo nervo radial, avaliando também os níveis medulares de C6-C7-C8.
- b) **Reflexos abdominais superficiais rápidos com ausência de reflexos abdominais profundos sugerem lesão do trato corticoespinal.**
- c) O reflexo posterior da coxa externo é útil para determinar se uma ausência do reflexo aquiliano se deve a neuropatia periférica ou radiculopatia.
- d) Pode ocorrer reflexo do tríceps paradoxal ou invertido na presença de espondilose cervical com radiculomielopatia acometendo C7-C8.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA B)

Reflexos abdominais profundos rápidos com ausência de reflexos abdominais superficiais sugerem lesão do trato corticoespinal.

Fonte: CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.

60) A anamnese e o exame físico de pacientes portadores de esclerose múltipla (EM) apresentam os mais variados achados, visto que esta patologia pode se apresentar de inúmeras formas. A respeito da EM e suas manifestações clínicas, assinale a alternativa **incorreta**.

- a) **A sensibilidade vibratória permanece preservada.**
- b) Pode causar uma síndrome hemisférica cerebelar.
- c) Oftalmoplegia internuclear é uma manifestação comum da doença.
- d) Neurite óptica que ocorre na maioria dos portadores em algum momento durante a evolução da doença.

JUSTIFICATIVA DA ALTERNATIVA CORRETA: (LETRA A)

O teste da sensibilidade vibratória mede a capacidade funcional. A perda da sensação vibratória é um indicador sensível de disfunção do sistema nervoso periférico ou das colunas posteriores, especialmente quando há algum grau de desmielinização. É comum haver comprometimento da sensação vibratória de forma desproporcional a outras modalidades em pacientes com esclerose múltipla.

Fontes:

- CAMPBELL, William W. **DeJong**: o Exame Neurológico. 6. ed. Guanabara Koogan, 2007. 576p.
- DAROFF, Robert B.; FENICHEL, Gerald M.; JANKOVIC, Joseph *et al.* **Bradley's Neurology in Clinical Practice**. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2012. 2544p.
- ROPER, A. H.; SAMUEL, M. A. **Adams and Victor's Principles of Neurology**. 9. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2009. 1572p.