

UNIMED GOIÂNIA

COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
PROCESSO SELETIVO
PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS NOS SERVIÇOS E
RECURSOS PRÓPRIOS – 16-10-2010

Neurologia

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 25 questões objetivas.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza peça ao aplicador de prova entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apostilas, a qualquer outro material ou a pessoas.
4. Cada questão apresenta cinco alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta AZUL ou PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de 2 horas, incluindo o tempo para as instruções e o preenchimento do cartão-resposta.

NEUROLOGIA**— QUESTÃO 01 —**

Na avaliação dos reflexos profundos da criança e do adulto, o segmento medular envolvido, o nervo responsável e a resposta esperada no reflexo bicipital são, respectivamente,

- (A) C3-C4, nervo radial e flexão do antebraço.
- (B) C5-C6, nervo radial e extensão do antebraço.
- (C) C6-C8, nervo musculocutâneo e flexão do antebraço.
- (D) C6-C8, nervo mediano e extensão do antebraço.
- (E) C5-C6, nervo musculocutâneo e flexão do antebraço.

— QUESTÃO 02 —

Criança de 8 anos, deu entrada no PS devido a quadro de febre há dois dias, vômitos, agitação psicomotora, confusão mental e crises epilépticas focais em hemisfério direito. Após interrupção das crises e internação em UTI, foi realizado um EEG no leito, que demonstrou lentificação da atividade de base sobre a região frontotemporal esquerda, com presença de ondas agudas intermitentes sobre a mesma topografia. A tomografia de crânio sem contraste não demonstrou anormalidades. A hipótese diagnóstica e a conduta a seguir devem ser, respectivamente,

- (A) Meningoencefalite bacteriana - administração de corticosteróides seguido por antibioticoterapia de amplo espectro.
- (B) Meningoencefalite herpética - aguardar resultado de líquido e iniciar aciclovir endovenoso se houver baixa celularidade e bacterioscopia negativa.
- (C) Meningite criptocócica - iniciar anfotericina B e corticoterapia endovenosa.
- (D) Meningoencefalite herpética - iniciar aciclovir endovenoso e manter doses adequadas de antiepiléptico venoso.
- (E) Encefalomielite disseminada aguda (ADEM) - pulsoterapia com metilprednisolona e manter doses elevadas de antiepiléptico venoso

— QUESTÃO 03 —

Quanto à síndrome de Guillain-Barré, marque a alternativa correta:

- (A) Os sintomas dolorosos são achados frequentes, devido ao comprometimento radicular associado, o que pode causar irritabilidade, em crianças, e posturas antálgicas.
- (B) A paralisia geralmente inicia-se pelos membros superiores, podendo ainda haver comprometimento de nervos cranianos, como o sexto (abducente), que é o mais comumente acometido.
- (C) A presença de apenas sintomas sensitivos durante as duas primeiras semanas da doença, sem fraqueza muscular, não exclui a possibilidade da doença.
- (D) A elevação das proteínas no líquido ocorre a partir do quarto dia da doença.
- (E) A variante síndrome de Miller-Fisher caracteriza-se pela presença de ataxia, arreflexia e paralisia facial periférica bilateral.

— QUESTÃO 04 —

As encefalopatias crônicas não progressivas ou paralisia cerebral ainda são enfermidades frequentes em nosso meio, a despeito da melhoria da assistência médica pré-natal e ao parto. Quanto aos achados clínicos da paralisia cerebral, observa-se que

- (A) Os pacientes com a forma hemiplégica (espástica unilateral pela nova classificação da paralisia cerebral) apresentam maior chance de evoluir com epilepsia do que os pacientes com a forma diplégica espástica.
- (B) A encefalopatia bilirrubínica (kernicterus) evolui com maior frequência para a forma diplégica espástica da paralisia cerebral.
- (C) Os pacientes portadores da forma hemiplégica (espástica unilateral) apresentam maior chance de comprometimento cognitivo do que os pacientes com a forma tetraplégica (ou espástica bilateral).
- (D) As causas relacionadas à ocorrência da forma hemiplégica (espástica unilateral) incluem: hemimegalencefalia, lesões isquêmicas unilaterais sobre o território da artéria cerebral média e malformações de desenvolvimento cortical tipo lisencefalia.
- (E) Os pacientes com a forma tetraplégica (espástica bilateral) podem evoluir para síndromes epilépticas bem definidas como a síndrome de West, a síndrome de Lennox-Gastaut, e a síndrome de Dravet.

— QUESTÃO 05 —

Em relação às síndromes epilépticas, a correta associação entre a síndrome, o achado eletroencefalográfico mais característico e a melhor opção terapêutica são:

- (A) Epilepsia ausência da infância; EEG: paroxismos de complexos de multiespículas generalizados; DAE: ácido valpróico.
- (B) Epilepsia benigna da infância tipo Panayiotopoulos; EEG: complexos de espícula-onda sobre as regiões frontais; DAE: carbamazepina.
- (C) Epilepsia mioclônica juvenil; EEG: complexos de multiespículas ou multiespículas-onda generalizados, com fotossensibilidade; DAE: carbamazepina.
- (D) Síndrome de Lennox-Gastaut; EEG: ondas lentas de grande amplitude, associadas à intensa atividade epileptiforme multifocal e períodos de atenuação difusa da atividade elétrica cerebral; DAE: ácido valpróico, lamotrigina.
- (E) Epilepsia rolândica; EEG: espículas e ondas agudas sobre as regiões centrotemporais, com acentuação durante o sono; DAE: carbamazepina.

— QUESTÃO 06 —

Nas duas últimas décadas grande importância tem sido dada ao estudo do sono e os distúrbios relacionados. Correlacione os distúrbios do sono com o achado clínico ou de exame complementar característicos:

- (A) Narcolepsia: paralisia do sono, ataques súbitos de perda do tônus muscular (cataplexia) – teste das latências múltiplas do sono demonstrando que o paciente entrou em sono de ondas lentas e pelo menos 3 períodos de 20 minutos.
- (B) Síndrome da apnéia do sono: sonolência diurna, obesidade, ronco – polissonografia demonstrando, além dos eventos respiratórios, aumento do percentual do sono de ondas lentas e padrão alfa-delta durante sono REM.
- (C) Distúrbio comportamental durante o sono REM: comportamento geralmente hipermotor e violento durante o sono REM, podendo haver traumas corporais ao paciente ou parceiro – polissonografia demonstrando aumento do tônus muscular durante o sono REM.
- (D) Síndrome das pernas inquietas: necessidade de movimentar as pernas após o início do sono - polissonografia demonstrando fragmentação do sono e ausência de movimentos anormais das pernas, pois ocorre apenas uma sensação subjetiva do paciente, com dor e parestesia, sem determinar movimentos involuntários.
- (E) Terror noturno: despertar súbito, olhar aterrorizado, confusão mental, mais comum em idosos e em doenças degenerativas – polissonografia demonstrando episódios de aumento de tônus ou despertares súbitos durante o sono REM.

— QUESTÃO 07 —

Em quais enfermidades pode ser visualizada “mancha vermelho cereja” ao exame oftalmológico?

- (A) Sialidose tipo I e leucodistrofia metacromática.
- (B) Doença de Niemann-Pick tipo A e mucopolissacaridose tipo I.
- (C) Gangliosidose GM1 e lipofuscinoses ceróides.
- (D) Doença de Fabry e fucosidose.
- (E) Doença de Tay-Sachs e gangliosidose GM1.

— QUESTÃO 08 —

Diante de paciente jovem que sofreu o primeiro episódio de acidente vascular cerebral isquêmico, uma ampla investigação deve ser realizada para diagnosticar possíveis patologias vasculares, cardiológicas, reumatológicas e hematológicas. Marque a alternativa correta:

- (A) A angiografia com o clássico sinal de “fumaça de cigarro” (determinado pela rede de colaterais) é classicamente descrita na doença de Takayasu.
- (B) As alterações hematológicas que podem cursar com trombose cerebral são a mutação do fator V Leiden e níveis séricos elevados de proteína C e antitrombina III.

- (C) A hiper-homocisteinemia aumenta o risco de eventos trombóticos e pode ser decorrente de alterações genéticas ou adquiridas, como a deficiência da enzima cistationa-B-sintetase e hipervitaminose B6 e B12.
- (D) A síndrome MELAS é uma condição de herança materna e pode causar fenômenos isquêmicos chamados infartos “metabólicos”, que não guardam relação com território vascular.
- (E) O AVC isquêmico pode ocorrer no lúpus eritematoso sistêmico, mas geralmente nos pacientes com manifestações clássicas e sistêmicas da doença.

— QUESTÃO 09 —

O exame das pupilas é parte fundamental do exame neurológico de paciente em coma. Quais achados pupilares são encontrados nos diversos tipos de lesão cerebral?

- (A) Lesão pontina: pupilas médias, sem reatividade ao estímulo luminoso.
- (B) Lesão mesencefálica: midríase bilateral, mantendo reatividade ao estímulo luminoso.
- (C) Lesão diencefálica: midríase bilateral, sem reatividade ao estímulo luminoso.
- (D) Lesão do III nervo unilateral: miose ipsilateral à lesão, sem reatividade ao estímulo luminoso.
- (E) Lesão da via simpática no hipotálamo: miose ipsilateral à lesão, mantendo reatividade ao estímulo luminoso.

— QUESTÃO 10 —

Quanto aos achados clínicos e conduta no estado de mal epilético, pode-se afirmar:

- (A) Nos pacientes refratários submetidos ao tratamento com Tiopental sódico endovenoso, o uso das outras medicações antiepiléticas deve ser suspenso, para não potencializar o efeito depressor sobre o sistema nervoso central.
- (B) O uso do EEG na monitorização do paciente em uso de Tiopental é fundamental para avaliar a eficácia e a suspensão do mesmo, pois o estado de mal elétrico pode persistir mesmo na ausência de fenômenos motores, que podem ser mascarados pela sedação do paciente.
- (C) O diazepam é a droga de escolha para cessar praticamente todo tipo de crise epilética prolongada ou estado de mal, porém este deve ser continuado como manutenção em doses regulares e intervaladas, para evitar a recorrência das crises.
- (D) O estado de mal de ausência e as epilepsia parcial contínua encontrada em situações como a encefalite de Rasmussen ou displasias corticais são exemplos de estado de mal não convulsivo, necessitando do auxílio do EEG para o diagnóstico.
- (E) A crise febril da infância é uma condição benigna que não determina estado de mal epilético nem risco de associação com epilepsia do adulto.

— QUESTÃO 11 —

Paciente masculino, 67 anos, militar reformado, vem trazido ao pronto-socorro por familiares, os quais relatam que o paciente está esquecido e repetitivo. O quadro teve início cerca de 2 horas antes, abruptamente, após ducha gelada. Não houve déficits motores focais, disfasias, convulsão ou perda de consciência. O paciente tem diagnóstico prévio de HAS, com adequado controle medicamentoso. Atualmente, encontra-se algo estressado, pois está negociando a compra de um imóvel. Ao exame físico, encontra-se acordado, calmo, desorientado no tempo e no espaço, amnésico, sem déficits sensitivos ou motores. Reflexos tendinosos G2. PA = 120/90mmHg; HGT = 87mg/dl. Assim, o diagnóstico clínico mais provável deste paciente é:

- (A) Estado pós-ictal.
- (B) Amnésia global transitória.
- (C) Transtorno dissociativo.
- (D) Encefalopatia hipertensiva.
- (E) Hipoglicemia.

— QUESTÃO 12 —

Estudante feminina, 18 anos, comparece em consulta médica referindo que, há cerca de 10 meses, vem sentindo cefaléia hemcraniana de lateralidade variável, de predomínio anterior, pulsátil, associada com fotofobia e náuseas e vômitos. Nega sintomas e/ou sinais disautonômicos. A dor dura horas, podendo durar até 3 dias. Predomina no período perimenstrual. Analgésicos comuns pouco aliviam a dor, embora abortassem completamente a dor previamente. História positiva de cefaléia semelhante em sua família. O exame físico é normal. Traz EEG e Tomografia de crânio recentes normais. O diagnóstico e o tratamento preventivo de escolha são, respectivamente:

- (A) Hemicrania paroxística e indometacina.
- (B) SUNCT e ácido valpróico.
- (C) Enxaqueca e propranolol.
- (D) Cefaléia em salvas e verapamil.
- (E) Cefaléia tensional e ciclobenzaprina.

— QUESTÃO 13 —

Estudante masculino, 7 anos, vem em consulta médica acompanhado de sua mãe, que refere que, há 6 meses, o paciente vem apresentando breves repuxos no lado direito do rosto, com sialorréia e dificuldade de fala. Frequência de uma a duas crises ao mês, de predomínio durante o sono. A mãe nega que a criança já tenha apresentado convulsões. Não houve prejuízo do rendimento escolar. Tio paterno apresentou quadro semelhante quando tinha esta idade. Assim, é CORRETO afirmar:

- (A) O provável diagnóstico é de Encefalite viral e o paciente deve ser internado para punção lombar com análise do liquor e medicação sintomática.
- (B) O provável diagnóstico é de Tique e deve ser iniciado amitriptilina.

- (C) O provável diagnóstico é de Epilepsia rolândica, devendo retornar com EEG em sono e exame de neuroimagem estrutural.
- (D) O provável diagnóstico é de Parassonia, devendo o paciente retornar com polissonografia noturna.
- (E) O provável diagnóstico é de síndrome de Munchausen e o paciente e a mãe devem ser encaminhados para psicoterapia.

— QUESTÃO 14 —

Paciente de 22 anos, feminina, iniciou com paraparesia ascendente há 3 dias, quando evoluiu com paresia dos membros superiores e esforço respiratório. Na chegada ao hospital (no 3º dia), encontrava-se restrita a cadeira de rodas, dispnêica e com reflexos tendinosos abolidos em membros inferiores. Não havia envolvimento de pares cranianos. Tomografia de crânio foi normal. Em relação a esta doença, a melhor afirmação é:

- (A) Certamente a proteína do liquor estará 3 vezes maior que o valor de referência.
- (B) A eletroneuromiografia demonstrará resposta decremental.
- (C) Para tratamento, a dose de imunoglobulina humana é de 400mg/kg/dia.
- (D) Não se espera disfunção autonômica neste caso.
- (E) Esta doença é causada por bactérias das vias aéreas.

— QUESTÃO 15 —

Paciente feminina, 34 anos, professora, procurou o pronto-socorro após o segundo evento convulsivo naquela manhã. Nunca havia convulsionado antes. O exame neurológico revelou um estado pós-ictal, sem déficits neurológicos focais. TC de crânio foi normal. O liquor demonstrou pleocitose de predomínio de mononucleares, proteína discretamente aumentada e glicose normal. O hemograma, glicemia e eletrólitos estavam normais. Após algumas horas de internação, a paciente foi submetida a um EEG, que demonstrou um padrão de PLEDs à direita. Estava confusa neste momento. Assim, o diagnóstico provável é de:

- (A) Meningite meningocócica.
- (B) Encefalite herpética.
- (C) Trombose venosa cerebral.
- (D) Tumor cerebral.
- (E) Encefalopatia tóxico-metabólica.

— QUESTÃO 16 —

Qual o sinal ou o teste provocativo de dor radicular, de auxílio no diagnóstico de hérnia de disco cervical?

- (A) Sinal de Spurling.
- (B) Sinal de Lhermite.
- (C) Sinal de Hofmann.
- (D) Sinal de abdução do ombro.
- (E) Flexão do pescoço a rotação da cabeça para o lado contra-lateral da dor radicular.

— QUESTÃO 17 —

O diagnóstico de certeza da neurocisticercose, em vida, e confirmada por:

- (A) CT Scan.
- (B) Exame parasitológico de fezes.
- (C) Reações imunológicas positivas para cisticercose no sangue.
- (D) Mielografia.
- (E) Reações imunológicas positivas para cisticercose no LCR e ou exame anatomopatológico através de biopsia confirmada presença de cisticerco e RM Cerebral.

— QUESTÃO 18 —

A síndrome bulbar lateral (Síndrome de Wallenberg) se caracteriza pela chamada hemi-síndrome cerebelar, apresenta paresia do palato mole ipsolateral e hipoestesia do tronco e membros contra-lateral. Ela sugere comprometimento isquêmico da seguinte artéria

- (A) Artéria trigeminal.
- (B) Artéria cerebelar posterior inferior.
- (C) Artéria cerebelar anterior inferior.
- (D) Artéria cerebelar superior.
- (E) Artéria medular anterior.

— QUESTÃO 19 —

Paciente de 25 anos apresenta cefaléia, febre e confusão mental há dois dias. Ao exame Glasgow 13, sem déficits, pupilas e movimentação ocular extrínseca normais, sem rigidez de nuca; apresentou episódios de crises epiléticas tipo psicomotoras. Foi realizada Ressonância Magnética que evidenciou anomalia nas regiões mesiais temporais bilateralmente; o líquido mostrava 30 leucócitos/mm³, glicose normal e 80 mg% de proteínas. A conduta inicial mais adequada seria:

- (A) Realizar tomografia de seios da face.
- (B) Iniciar tratamento com cefalosporinas de última geração.
- (C) Iniciar tratamento com aciclovir.
- (D) Iniciar tratamento com associação de ampicilina e cloranfenicol.
- (E) Colher hemoculturas.

— QUESTÃO 20 —

Paciente feminina, 31 anos, com diagnóstico estabelecido de púrpura trombocitopênica idiopática, procura hospital com queixa fundamental de cefaléia há uma semana; na anamnese há evidências claras de que a paciente interrompera o tratamento há 2 meses e que houvera pelo menos 3 episódios de hematemesa na última semana. Ao exame físico constatam-se púrpuras e sufusões hemorrágicas disseminadas e sinais de irritação meníngea. Apenas com esses dados, pode-se afirmar, em relação à cefaléia:

- (A) O diagnóstico é hemorragia meníngea.
- (B) Pela imunossupressão, meningite é o primeiro diagnóstico.
- (C) A colheita de líquido é obrigatória.
- (D) A tomografia computadorizada será diagnóstica.
- (E) Nenhuma das afirmativas anteriores é necessariamente correta

— QUESTÃO 21 —

Paciente masculino, 70 anos, com antecedente de hipertensão arterial e diabetes vem se tratando regularmente com bloqueador de canais de cálcio e hipoglicemiante oral. Há cerca de quatro meses começou a queixar-se de cefaléia noturna. Foi trazido hoje ao pronto socorro em crise convulsiva que se iniciara com repuxamentos da parte inferior da hemiface direita e progredira para porção distal do membro superior direito. Ao exame encontrava-se alerta, afásico, com movimentos convulsivos em região braquiofacial direita. P=FC=rítmico=92 bat/min; PA=180/100mmHg; coração ndn, padrão respiratório ndn; demais ndn.

Em relação ao paciente acima, assinale a alternativa correta:

- (A) A crise convulsiva pode ser classificada como psicomotora.
- (B) Diazepan endovenoso deve ser a droga inicialmente administrada.
- (C) A crise é tipo motora focal e difenilhidantoina deve ser a droga de escolha, administrada intramuscular (500mg).
- (D) O paciente apresenta quadro típico de doença encéfalo-vascular, como complicação de diabetes e hipertensão.
- (E) Nenhuma das alternativas anteriores está correta.

— QUESTÃO 22 —

Paciente feminina de 45 anos apresentou quadro de instalação abrupta de dor de cabeça generalizada, seguida de vômitos e tonturas. Cerca de 12 horas depois, o exame clínico revelava: temperatura axilar de 37,8, pulso=rítmico=92, pressão arterial sistêmica=150/95 mm Hg; sonolenta -Glasgow 12-, sem déficits motores, manobra de olhos de boneca normal, pupilas isocóricas fotorreagentes e rigidez de nuca. Pode-se, então, supor que:

- (A) O exame do líquido cefalorraqueano mostrou-se purulento.
- (B) O principal diagnóstico é uma enxaqueca complicada.
- (C) Tomografia computadorizada será, seguramente, diagnóstica.
- (D) Hemorragia meníngea espontânea é o principal diagnóstico.
- (E) O teste para HIV é fundamental para o diagnóstico.

— QUESTÃO 23 —

Paciente masculino, de 35 anos, apresenta abolição unilateral do reflexo aquileu. O diagnóstico mais provável é:

- (A) Miastenia gravis.
- (B) Polineurite.
- (C) Hérnia discal lombossacral.
- (D) Hipotireoidismo.
- (E) Compressão medular.

— QUESTÃO 24 —

São etiologias do “Pé caído” (plegia ou paresia à dorsiflexão de pé) exceto:

- (A) Lesão de nervo fibular profundo.
- (B) Radiculopatia de L5 .
- (C) Lesão de plexo lombar.
- (D) Distrofia muscular.
- (E) Hérnia discal L3 / L4 com compressão radicular.

— QUESTÃO 25 —

Paciente, masculino, 50 anos, portador de hipertensão arterial leve, controlada, apresenta de forma súbita, cefaléia intensa, insuportável e perda de consciência. Ao exame constata-se: coma, rigidez de nuca e sinal de Brudzinski positivo. Sem déficit motor evidente. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- (A) Ruptura de aneurisma cerebral.
- (B) Hematoma intracerebral hipertensivo.
- (C) Meningite bacteriana aguda.
- (D) Embolia cerebral.
- (E) Crise convulsiva generalizada.