



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2018, DE 5 DE OUTUBRO DE 2017

PROGRAMAS – GRUPO 014

Neurofisiologia Clínica (620)

Data e horário da prova:

*Domingo,
3/12/2017, às 14h*

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Liberdade é o espaço que a felicidade precisa.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos ou apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções na folha de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem pode conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

NEUROCIRURGIA

Itens de 1 a 40

Durante o desenvolvimento embrionário, o tubo neural dá origem às vesículas encefálicas primárias e secundárias.

Acerca desse assunto, julgue os itens a seguir.

1. As vesículas encefálicas primárias são o prosencéfalo, o mesencéfalo e o rombencéfalo.
2. O prosencéfalo dá origem ao telencéfalo, mas não ao diencéfalo.
3. O rombencéfalo forma o mesencéfalo e o mieloencéfalo.
4. O metencéfalo forma a ponte.
5. O mieloencéfalo dá origem à medula espinhal.
6. O diencéfalo forma os hemisférios cerebrais.
7. O metencéfalo forma o cerebelo.
8. Diencéfalo, mesencéfalo e rombencéfalo são vesículas primárias.



Paciente de 16 anos de idade, do sexo feminino, de ascendência japonesa, com *deficits* neurológicos progressivos iniciados ainda na infância, tem diagnóstico prévio de anemia falciforme. Realizou exame complementar de imagem do encéfalo, apresentado na reprodução acima. Há suspeita de doença de Moyamoya.

Em relação ao caso descrito, julgue os itens a seguir.

9. O exame de imagem trata-se de angiorressonância magnética de encéfalo.
10. O envolvimento de ramos da artéria cerebral média e anterior com formação de vasos colaterais não é frequente.
11. O acidente vascular cerebral isquêmico é um evento raro.
12. O aneurisma cerebral está associado à doença de Moyamoya.
13. A inflamação da camada elástica interna faz parte da fisiopatologia.
14. Os vasos extracranianos são potenciais doadores para revascularizações.
15. A doença de Moyamoya secundária está associada à anemia falciforme e ao lúpus eritematoso sistêmico.
16. Antiplaquetários e anticoagulantes são eficazes no tratamento desse quadro.

Paciente de 59 anos de idade, do sexo masculino, é admitido no hospital com cefaleia, vômitos e hemianopsia homônima esquerda. É realizada ressonância magnética de encéfalo, que evidencia lesão infra-axial infiltrada, de bordos irregulares, captante de contraste, com grande halo edematoso adjacente, que envolve giro do cúneo e giro lingual. O exame anatomopatológico evidenciou glioma.

A respeito do caso apresentado, julgue os itens a seguir.

17. A lesão está no lobo temporal.
18. Trata-se de lesão tumoral de glioma de alto grau.
19. A metilação do gene MGMT correlaciona-se à resposta à quimioterapia.
20. IDH 1 e IDH 2 mutados correlacionam-se a uma melhor sobrevida.
21. O glioblastoma é um diagnóstico possível.
22. O meningioma é um diagnóstico possível.
23. Nesse caso, a radioterapia e a quimioterapia são indicadas.
24. A ressecção cirúrgica de 90% está associada ao aumento da sobrevida.

Paciente de 34 anos de idade, do sexo masculino, tem perda insidiosa da força motora e sensibilidade protopática e epicrítica nos membros inferiores, além de disfunção vesical, iniciado há seis meses. Realizou-se RNM da coluna lombar, e o diagnóstico foi deependimoma.

25. A investigação do neuroeixo com ressonância magnética é essencial para o tratamento.
26. A monitorização eletrofisiológica intraoperatória melhora o resultado cirúrgico funcional.
27. O ependimoma mixopapilar é mais frequente no filo terminal do cone e da medula inferior.
28. O tratamento de escolha é a excisão cirúrgica.
29. Existe a possibilidade de disseminação pelo líquido.
30. O ependimoma mixopapilar é grau 4 da OMS, apresenta crescimento rápido e é maligno.

Paciente com ferimento por arma de fogo em região anterolateral do braço esquerdo há dois meses apresenta *deficit* motor em mão, punho e antebraço. A eletroneuromiografia evidencia neurotmeose dos nervos mediano e radial, além neuropraxia do nervo ulnar.

Com relação aos nervos envolvidos, julgue os itens a seguir.

31. O polegar é inervado por ramos dos nervos radial, ulnar e mediano.
32. O nervo interósseo anterior é ramo do nervo radial.
33. O nervo interósseo posterior é responsável pela extensão do polegar.
34. O nervo interósseo anterior tem função apenas motora.
35. A cirurgia de nervos periféricos não é indicada para esse caso.

Considerando a anatomia do plexo braquial, julgue os itens a seguir.

36. O nervo braquial é suprido por raízes C5-C8.
37. O nervo mediano é suprido por raízes C5-T1.
38. O nervo ulnar é suprido por raízes C8-T1.
39. O nervo torácico longo inerva o músculo latíssimo do dorso.
40. O nervo musculocutâneo inerva o músculo deltoide.

NEUROLOGIA Itens de 41 a 80

Paciente do sexo masculino, de 65 anos de idade, com 50 kg, hipertenso e diabético, em uso irregular de medicação, dá entrada no pronto-socorro com quadro súbito de hemiparesia esquerda, associado a disartria moderada. Familiares relatam o início dos sintomas há cerca de 50 minutos. Ao exame físico, observaram-se AC = RC2T com BNF, AP = MVF sem RA, PA = 190 mmHg x 100 mmHg. É realizada RNM de crânio com urgência, cuja difusão demonstra AVC isquêmico agudo em perna posterior da cápsula interna, de cerca 5 mm.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

41. Quanto à classificação clínica de Bamford para AVC agudo, o paciente apresenta uma síndrome PACS.
42. O paciente apresenta-se dentro da janela para realização de trombólise intravenosa, pois o AVC encontra-se em tempo menor que 240 minutos.
43. O controle da pressão arterial está indicado antes do início da trombólise para valores inferiores a 185 mmHg x 110 mmHg.
44. O estudo ponderado em difusão é capaz de demonstrar lesões isquêmicas minutos após a obstrução, com elevadas sensibilidade e especificidade (mas não com 100% de sensibilidade para o diagnóstico de isquemia).
45. A provável etiologia do AVCI seria por infarto de pequenas artérias (lesão isquêmica < 15 mm, geralmente de ramos perfurantes).
46. O trombolítico de escolha seria o rt-PA (ativador recombinante do plasminogênio tecidual) na dose de 5 mg/ataque (bólus), seguido de 40 mg em uma hora, caso o paciente não tivesse contraindicações à trombólise.
47. Caso o paciente tenha sido submetido à trombólise, está indicada a introdução de aspirina em de 24 horas, para aumentar a taxa de recanalização vascular.
48. O paciente apresenta escore ASPECTS de 8 pontos, possuindo, assim, um risco menor de transformação hemorrágica e pior evolução neurológica.

M. J. A., de 58 anos de idade, do sexo feminino, chega a um ambulatório de neurologia com relato de aproximadamente seis anos com tremor nas mãos, que, segundo a paciente, evoluíram lentamente nesse período e atualmente causam interferência em atividades do dia a dia. Refere que o tremor é pior ao movimento, principalmente em atividades como beber e comer, razão pela qual ela tem que usar as duas mãos para realizar essas ações. Ao exame neurológico, foi constatado tremor de ação e postural bilateral sem outras alterações. Foi feito um diagnóstico inicial de tremor essencial para a paciente.

Com base nesse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos relacionados a essa patologia, julgue os itens a seguir.

49. A característica do tremor é de ação e (ou) postura, podendo surgir em fases avançadas da doença, em associação com tremor de repouso.
50. Tremor cefálico isolado pode ocorrer, geralmente em movimentos de negação ou afirmação, verificando-se, em alguns casos, postura anormal, como lateralização ou rotação da cabeça.
51. A ingestão de álcool está relacionada à melhora sintomática do tremor.
52. Sintomas como instabilidade postural e alterações da marcha do tipo atáxica podem ocorrer na evolução da doença.
53. Histórico familiar positivo pode ser encontrado em até 100% dos casos, sendo que três loci foram identificados como associados à doença: nos cromossomos 3q13 (denominado ETM1), 2p24.1 (denominado ETM2) e 6p23.
54. O diagnóstico diferencial com doença de Parkinson pode ser feito por SPECT com transportador de dopamina (DAT), sendo que, na primeira, as concentrações do transportador no estriado estão menores e, no tremor essencial, estão normais.
55. O tratamento medicamentoso é indicado, mesmo nos casos leves, em que não há interferência nas atividades da vida diária ou no transtorno de humor.
56. O tratamento cirúrgico, como a talamotomia bilateral, pode levar a uma melhora em cerca de 90% dos pacientes e é usado nos casos de tremores bilaterais graves e refratários ao tratamento medicamentoso.

P. A. J., do sexo feminino, de 25 anos de idade, dá entrada na emergência de um pronto-socorro com quadro de cefaleia intensa em região bitemporal, iniciada há 6 horas, associada a náusea e incômodo com luz e barulho. Relata que a dor não se resolveu com neosaldina e dipirona tomadas em casa e, por isso, resolveu ir ao pronto-socorro. Refere que a cefaleia teve início por volta dos 15 anos de idade, geralmente com o mesmo padrão da crise atual, e algumas raras crises apresentavam escotomas cintilantes antecedendo a dor de cabeça. Há cerca de 6 meses, vem apresentando aproximadamente quatro crises por semana. Relata consulta prévia com neurologista, que diagnosticou migrânea e prescreveu propranolol, mas que não o havia usado, pois não era hipertensa.

Com base nesse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos referentes à migrânea, julgue os itens a seguir.

57. Ela é considerada o tipo de cefaleia mais comum na população mundial.
58. A presença de cefaleia bilateral é incomum na migrânea, sendo encontrada em menos de 10% dos pacientes.
59. A presença de escotomas cintilantes sugere migrânea com aura.

60. O uso de derivados da ergotamina é indicado em qualquer fase da crise, e as triptanas devem ser utilizadas de preferência no início da crise de migrânea, para melhor eficácia terapêutica.
61. Nesse caso, pode-se considerar que se trata de quadro de migrânea crônica, pois a paciente apresenta cefaleia em mais de 15 crises por mês, por mais de dois meses.
62. O uso de triptanos e ergotâmicos deve ser evitado em certos tipos de migrânea, como a basilar, a hemiplégica e com aura prolongada.
63. A metisergida pode ser utilizada no tratamento profilático da migrânea; contudo, em razão do risco de fibrose de serosas e valvar, o uso desse medicamento deve ser feito de forma intermitente.
64. A principal indicação para iniciar tratamento profilático medicamentoso é a frequência das crises, razão pela qual se recomenda a profilaxia quando ocorrem três ou mais crises por mês. Em caso de frequência menor, indica-se apenas tratamento sintomático para as crises.

E. J. J., do sexo masculino, de 22 anos de idade, é atendido em ambulatório de neurologia por apresentar, há cerca de 6 meses, quadro de sonolência excessiva durante o dia e ataques de sono, não conseguindo permanecer acordado algumas vezes, tendo relatado ter sofrido acidente automobilístico há um mês. Durante a anamnese, relatou diversos episódios de perda súbita da força muscular com queda ao chão, mas recuperação em segundos. Foi aventada a hipótese diagnóstica de narcolepsia para o paciente, que foi encaminhado a ambulatório de distúrbio do sono, para melhor investigação.

Considerando esse caso clínico, no que se refere aos conhecimentos médicos acerca da narcolepsia, julgue os itens a seguir.

65. Esse é um distúrbio neurodegenerativo crônico, que representa um estado de anormalidade do sono não REM.
66. A cataplexia é o sintoma mais específico e patognomônico da narcolepsia com deficiência de hipocretina-1 no liquor, e a sonolência diurna excessiva tem boa sensibilidade, mas baixa especificidade para a doença.
67. A presença de múltiplos cochilos ao longo do período de vigília, que levam ao alívio da sonolência excessiva, tem importante valor para o diagnóstico diferencial com outras doenças.
68. Há uma associação da doença com a presença do alelo do HLA DQB1*0602, que pode ser encontrado em mais de 90% da população que apresenta narcolepsia com cataplexia.
69. Quadros secundários de narcolepsia podem ocorrer, estando associados a patologias hipotalâmicas, como doença de Niemann-Pick tipo C, tumores e TCE.
70. A avaliação neurofisiológica para o diagnóstico constitui-se na polissonografia e no teste de latências múltiplas do sono (TLMS), que deve ser realizado 48 horas após a polissonografia.
71. O controle da sonolência diurna excessiva é realizado com estimulantes psicomotores do sistema nervoso central, como metilfenidato e modafinila.

72. Antidepressivos noradrenérgicos e serotoninérgicos são eficientes no tratamento da cataplexia, mas não dos fenômenos do sono REM, como a paralisia do sono e alucinações hipnagógicas.

E. M. J., de 32 anos de idade, do sexo feminino, há cerca de dois dias, apresenta perda da força muscular em hemicorpo esquerdo e incontinência urinária. O exame neurológico demonstrava apenas hemiparesia no hemicorpo esquerdo (grau 4). Durante anamnese, a paciente relatou acompanhamento prévio com neurologista, em razão do diagnóstico de esclerose múltipla, já tendo apresentado, há dois anos, episódio de neurite óptica direita e, há seis meses, episódio de perda da sensibilidade em hemicorpo direito, momento no qual ficou internada para tratamento e, após alta, foi prescrita medicação para prevenção de novos surtos. Porém, a paciente não iniciou o medicamento, pois, segundo ela, já tinha “melhorado”.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos a respeito da esclerose, julgue os itens a seguir.

73. A forma remittente-recorrente (EMRR), caracterizada por episódios alternados de surtos e remissões, é a forma mais comum, podendo chegar a 80% dos casos.
74. Denomina-se surto qualquer alteração neurológica subjetiva ou evidenciada no exame neurológico, com duração mínima de 48 horas, na ausência de febre ou no aumento da temperatura corpórea.
75. Em casos de falha do uso de metilprednisolona EV, a plasmáfereze pode ser utilizada como alternativa, principalmente em casos severos de surtos.
76. O uso de medicações imunomoduladoras, como as interferonas, tem como principal objetivo a redução do processo inflamatório do sistema nervoso central e, com isso, a redução na frequência dos surtos.
77. O desenvolvimento de leucoencefalopatia multifocal progressiva é uma complicação que pode acontecer com o uso do acetato de glatirâmer.
78. O diagnóstico da doença baseia-se principalmente em dados clínicos e na presença de lesões na substância branca, que se disseminam no tempo e no espaço.
79. Os critérios revisados de McDonald (2005) permitem demonstrar a disseminação da esclerose múltipla no tempo quando, em uma segunda RNM, ocorre nova lesão em T2, no período de até 12 meses da primeira manifestação clínica.
80. O uso do natalizumab é recomendado para os casos em que persistem surtos e progressão da doença após uso de drogas primeira linha, como as interferonas e o acetato de glatirâmer.

Área livre

NEUROPEDIATRIA

Itens de 81 a 120

Paciente de 3 anos de idade foi levado por seus pais a uma consulta de neuropediatria, tendo sido encaminhado pela pediatra da UBS por apresentar atraso na fala e pobre interação com os pais, além de agitação excessiva. Os pais relatam que a criança apresentava desenvolvimento neurológico e psicomotor adequado até um ano e meio de idade, regredindo os marcos logo após, além de passar a apresentar um repertório restrito de interesses. Os pais estão preocupados com o diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA), atribuído ao filho após a consulta.

Com relação a esse caso clínico e a aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

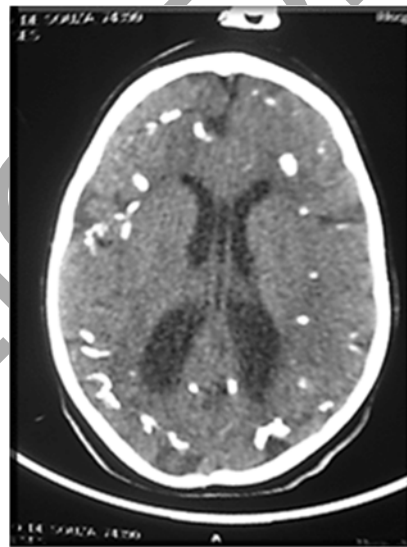
81. Os pacientes com TEA possuem alta hereditariedade, sendo maior o risco de recorrência entre irmãos, em comparação à população geral. A associação com fatores ambientais também é importante. Entre os fatores pré-natais, perinatais e neonatais relacionados ao autismo, destacam-se idade dos pais elevada, diabetes gestacional, sangramento materno, prematuridade, sofrimento fetal e encefalopatia hipóxico-isquêmica.
82. É bem estabelecida a associação entre autismo e epilepsia, sendo esta mais frequente no autismo associado a uma etiologia subjacente identificável. Nesses pacientes, as alterações mais comuns no EEG são desorganização dos ritmos de base e descargas nas regiões parietais, sendo o tipo de crise mais frequente a tônico-clônica generalizada.
83. O acompanhamento do autista desde a infância até a idade adulta mostrou que o prognóstico se relaciona ao nível de habilidades cognitivas e de linguagem, sendo possível encontrar adultos independentes. A concomitância com outras patologias (como TDAH, transtorno obsessivo-compulsivo e epilepsia) não interfere no prognóstico.
84. Assim como o paciente do caso clínico, as crianças com TEA beneficiam-se com um acompanhamento multidisciplinar precoce, incluindo fonoterapia, psicoterapia e terapia ocupacional, antes da introdução da terapia medicamentosa, estando esta indicada para o tratamento de comorbidades associadas.

Considere um paciente de 8 anos de idade que frequenta o terceiro ano de uma escola regular e é alfabetizado, mas vem apresentando queda no desempenho escolar. As respectivas professoras relatam que o menino não se concentra nas aulas, parece disperso, conversa com os colegas e levanta-se constantemente, não conseguindo copiar os temas. Ele também perde o próprio material escolar com frequência. Segundo os pais, sempre foi ativo e bastante agitado e não consegue terminar as atividades que inicia, porque faz muitas coisas ao mesmo tempo.

Acerca desse caso clínico e de aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

85. O quadro descrito trata-se de TDAH, que é uns dos transtornos de aprendizagem mais prevalentes nas crianças em idade escolar, sendo uma importante causa de encaminhamento para avaliação e atendimento neuropsiquiátrico.

86. É bem conhecida a heterogeneidade das possíveis comorbidades nas crianças escolares. Entre elas, há o transtorno de oposição e desafio (TOD), o transtorno de conduta (TC) e os transtornos de tiques (TT), podendo gerar distúrbios de humor e irritabilidade, piorando o desempenho escolar nessas crianças.
87. O TOD é frequentemente associado ao TDAH: é mais frequente no subtipo desatento, assim como no sexo masculino. A forma mais branda do TOD poderia ser denominada negativismo, ou seja, a criança se nega a fazer o que lhe é solicitado.
88. O paciente poderia beneficiar-se de um acompanhamento com psicopedagoga e psicoterapia, além do uso de metilfenidato. Dentre os principais efeitos colaterais dessa medicação, destacam-se taquiarritmias, insônia, aumento do apetite, cefaleia, dores abdominais e náuseas.



Recém-nascido de 5 dias de vida, do sexo masculino, nasceu de parto vaginal, com as seguintes características: IG = 36 semanas, PN = 2.380 g (AIG), Apgar 7/8, PC = 29 cm. A mãe não realizou pré-natal e apresenta o seguinte perfil: G3P2A1, 28 anos de idade, tabagista de 10 cigarros ao dia, nega consumo de álcool e de drogas ilícitas. O RN ficou internado desde o nascimento por sepse precoce. Após três dias de vida, seu caso evoluiu para crise convulsiva. Realizou tomografia de crânio, apresentada na imagem.

A respeito desse caso clínico e de aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

89. Um dos prováveis diagnósticos é infecção congênita por zika vírus, causa importante de microcefalia. Segundo a OMS, a microcefalia é caracterizada pela medida do crânio, realizada entre as 24 horas após o nascimento e a primeira semana de vida, por meio de técnica e equipamentos padronizados, em que o PC seja menor que menos um (-1) desvio-padrão abaixo da média específica para o sexo e a idade gestacional.
90. Um possível diagnóstico é a toxoplasmose congênita, cuja tríade clássica é coriorretinite, hidrocefalia e calcificações intracranianas. Outros sintomas são deficiência intelectual, surdez, convulsões e espasticidade.

91. O CMV é um importante causador de infecção congênita, um dos prováveis diagnósticos do caso apresentado. É um herpes vírus com tropismo pelo SNC. É excretado no sangue, na urina, no leite, na saliva, no sêmen e na secreção do colo uterino. Os RN podem ser assintomáticos, apresentando alterações tardias (surdez e *deficits* neurológicos).
92. A rubéola congênita é um provável diagnóstico do caso descrito. O RN infectado continua eliminando vírus por muitos meses, sendo fonte de infecção. A síndrome malformativa pela rubéola congênita se caracteriza por catarata, microcefalia e cardiopatia.
93. A sífilis congênita pode causar abortamento, morte fetal e prematuridade. Se a mãe realizar tratamento com penicilina benzatina nos 30 dias que antecedem o parto, é considerada adequadamente tratada, não sendo necessário realizar tratamento para o RN se este for assintomático.

Paciente de 10 anos de idade é levado à emergência por apresentar febre há quatro dias, prostração, cefaleia e vômitos. Há história prévia de otites médias recorrentes. Ao exame físico, apresenta estado geral regular e rigidez de nuca (manobras de Kernig e de Brudzinski positivas). É realizada punção lombar com o seguinte líquido: pressão de abertura = 250 mmH₂O, 1.000 leucócitos, 65% polimorfonucleares, proteínas = 200 mg/dL, glicose = 30 mg/dL (glicemia capilar = 100 mg/dL).

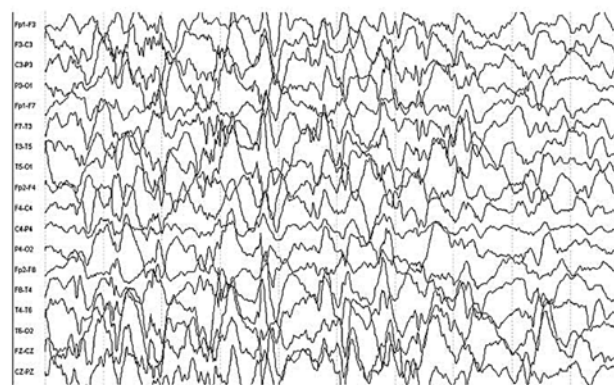
Em relação a esse caso clínico e a aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

94. Trata-se de uma meningite bacteriana, sendo os agentes etiológicos mais frequentes o *Streptococcus pneumoniae* e a *Neisseria meningitidis*. Após a introdução da vacina anti-Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b) e de vacinas conjugadas pneumocócicas ao calendário de imunização infantil, a incidência de meningite por essa bactéria diminuiu.
95. Em caso de meningite meningocócica, é indicada a profilaxia em todos os comunicantes domiciliares, se além do caso índice houver outros com menos de 5 anos, e, em creches e pré-escola, a partir do segundo caso, se houver comunicantes menores de 2 anos de idade.
96. Nos casos de meningites por *H. influenzae*, devem receber profilaxia os comunicantes domiciliares residentes de instituições fechadas, pessoas que tiveram contato com secreções respiratórias do paciente e comunicantes de creche e pré-escola com menos de 7 anos de idade.
97. As infecções do SNC por vírus causadores de encefalite ocorrem de diversas maneiras; por exemplo, gotículas respiratórias, transmissão oral fecal e fluidos corporais. Os agentes atingem a corrente sanguínea e localizam-se no SNC.
98. A escolha do tratamento inicial depende da idade do paciente, dos fatores de risco, do agente etiológico e da capacidade do antimicrobiano de penetrar a barreira hematoencefálica. As cefalosporinas de terceira geração têm baixa penetração na barreira hematoencefálica.

Lactente de 10 meses de idade, previamente hígido, apresentou episódio de convulsão tônico-clônica generalizada, com três minutos de duração e sonolência pós-ictal. Esse foi o primeiro episódio e a criança estava febril. Os pais ficaram muito preocupados e o levaram à emergência.

Com base nesse caso clínico e em aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

99. Após examinar a criança, excluindo sinais meníngeos, não há necessidade de solicitar exames (hemograma, LCR, Raios X de tórax, EEG), pois trata-se de uma crise febril. Os pais devem ser tranquilizados e a criança pode ser liberada para casa, recomendando-se que retorne se houver novas crises convulsivas.
100. As crises febris simples caracterizam-se por serem do tipo tônico-clônico generalizado, com duração inferior a 15 minutos, podendo ter recorrência em 24 horas ou no mesmo período febril. A faixa etária mais frequente é entre 3 meses e 5 anos de idade.
101. No lactente existe predomínio nítido de crises agudas sintomáticas, sendo a crise febril (CF) a mais frequente. São benignas, sendo raros os casos de sequelas neurológicas descritos na literatura.
102. Existe uma relação entre CF e epilepsia, porém o risco da epilepsia após uma CF é considerado baixo e variável, de acordo com a presença de fatores de risco e com o tempo de acompanhamento.
103. São fatores de risco para epilepsia a anormalidade neurológica prévia, a história familiar de epilepsia e a primeira CF complexa.



Lactente de 6 meses de idade, do sexo masculino, branco, com história prévia de encefalite por Enterovírus, ADNPM, evoluiu há uma semana com espasmos com flexão, em repouso, principalmente, ao acordar. Foi realizado EEG em sono, representado na imagem.

Considerando esse caso clínico e aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

104. O quadro trata-se síndrome de West, que se caracteriza pela tríade: crises do tipo espasmo, interrupção ou involução do DNPM e padrão de hipsarrítmia ao EEG. É mais comum após o primeiro ano de vida.
105. As malformações do SNC são comuns nesses pacientes, podendo ocorrer isoladas ou como parte de determinadas síndromes, como a esclerose tuberosa e a síndrome de Aicardi, além de várias doenças metabólicas.

- 106.** Embora a conduta para esse caso possa variar em diferentes centros, a maioria considera a vigabatrina como primeira opção e o tratamento hormonal ou topiramato, ou ácido valproico, como segunda.
- 107.** O padrão ictal do EEG é de grande valia na diferenciação em relação às crises mioclônicas. O complexo de onda lenta de alta voltagem foi observado em todos os espasmos.

Adolescente de 14 anos de idade, do sexo feminino, previamente hígida, apresenta queixa de cefaleia recorrente em região parietal direita, pulsátil, geralmente associada a náuseas, fonofobia e fotofobia, que pioram no período pré-menstrual. Na maioria das ocasiões, precisa usar analgésicos para o alívio da dor.

Quanto a esse caso clínico e a aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 108.** Trata-se de migrânea, frequente etiologia de cefaleia em adolescentes. Os respectivos mecanismos têm base na interação entre sistemas neurais e vasculares, incluindo depressão cortical e ativação do sistema trigêmino-vascular, por meio de conexões tálamo-corticais.
- 109.** Caso a paciente apresentasse cefaleia com sinais de alarme, como despertar noturno pela dor, sinais neurológicos focais e piora da frequência e da intensidade, seria indicado realizar neuroimagem para descartar processos expansivos do SNC.
- 110.** O tratamento profilático é indicado na maioria dos pacientes com enxaqueca, principalmente quando as crises são incapacitantes, independentemente da frequência destas. A maioria das drogas nesse tratamento tem boa eficácia em crianças e adolescentes.
- 111.** O uso abusivo de analgésicos deve ser evitado, pois é um dos principais fatores na gênese da cefaleia crônica diária. A utilização de uma agenda de crises é imprescindível para um acompanhamento adequado dos pacientes.
- 112.** Os principais fatores desencadeantes de crises álgicas na migrânea são ingestão de alimentos com corantes e conservantes, privação do sono, uso de bebidas alcoólicas, fatores psicoemocionais e prática de atividade física regular.

Criança de 4 anos de idade, do sexo masculino, apresenta quadro de quedas frequentes, distúrbio de marcha, dores e hipertrofia das panturrilhas, além de fraqueza nos músculos extensores da coxa, do tronco e da bacia.

Acerca desse caso clínico e de aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 113.** Um provável diagnóstico para o caso apresentado é distrofia muscular de Duchenne, caracterizando-se por fraqueza muscular lentamente progressiva, levando à incapacidade para deambular, em alguns anos.
- 114.** Nesses pacientes, os reflexos profundos dos membros superiores permanecem presentes por tempo mais longo, assim como o patelar; porém, o reflexo aquiliano encontra-se abolido precocemente.

- 115.** É característico, nesses pacientes, o sinal de Tinel, que consiste em levantar-se apoiando as mãos nos diferentes segmentos dos membros inferiores.
- 116.** As alterações cardíacas são frequentes nesses pacientes, sendo comuns as arritmias e a falência miocárdica. O uso de corticoides pode retardar o aparecimento dessas complicações.

Paciente de 6 dias de vida é levado por seus pais à emergência com vômitos constantes, irritabilidade, odor alterado na urina e choro persistente. Na carteirinha, a história perinatal apresenta: sorologias todas negativas, parto cesárea por escolha materna, IGO = 38+5, Apgar = 8/9, alta junto com a mãe, gestação planejada. A mãe nega uso de drogas ou álcool na gestação, nega consanguinidade entre os pais e doenças neurológicas na família. O teste do pezinho estendido apresentava alterações, e foi solicitada recoleta. A mãe refere que a criança inicialmente apresentava comportamento adequado e que, nos últimos dias, se iniciou essa sintomatologia. Na emergência, a criança apresentou episódio de crise convulsiva e foi medicada com diazepam, seguido de ocorrência de disfunção respiratória e de necessidade de intubação.

Com relação a esse caso clínico e a aspectos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 117.** Caso se confirme o diagnóstico de aminoacidopatia, a amamentação deve ser interrompida imediatamente.
- 118.** Entre os diagnósticos diferenciais, estão: sepsse, meningite e infecção urinária, sendo necessário afastar causas clínicas para os sintomas.
- 119.** A doença do xarope do bordo é um dos diagnósticos possíveis, sendo uma aminoacidopatia caracterizada pelo aumento dos aminoácidos de cadeia ramificada – leucina, isoleucina e valina.
- 120.** O tratamento da crise convulsiva realizada na emergência não é o mais indicado para a faixa etária do paciente, sendo ideal o uso de fenitoína em dose de ataque e, após 12 horas, iniciar manutenção.

Área livre