

INSCRIÇÃO

ESCOLA

SALA

LUGAR NA
SALA

NOME

ASSINATURA DO CANDIDATO

LOTE

SEQ

NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

Instruções para a realização da prova

- Esta prova é composta de 5 questões dissertativas.
- Para responder as questões, utilize apenas caneta esferográfica **PRETA**.
- Responda as questões utilizando **APENAS**, o espaço destinado na página. Tudo que estiver fora do espaço previsto para resposta não será considerado.
- As respostas devem ser **OBJETIVAS** e devem estar **LEGÍVEIS**. Responda apenas o que está sendo perguntado. O que não estiver relacionado com a pergunta, não será considerado.
- Mantenha as respostas sem rasuras. Não passe corretivo na folha de respostas. Em caso de erro ao escrever, proceda da seguinte maneira: colocar a palavra errada entre parênteses e fazer um traço horizontal no meio da palavra. Ex.: (~~exame~~).
- Sua identificação está impressa na página de rosto, que será destacada antes da correção. **NÃO** faça qualquer outro sinal ou marca que possa identificá-lo, pois isso poderá acarretar a anulação da prova.
- A prova terá a duração total de 2 horas.
- Você somente poderá deixar a sala após 1h do início da prova, podendo levar consigo **APENAS** a DECLARAÇÃO DE PRESENÇA (abaixo).

RASCUNHO

01. Um colega infectologista vem pedir sua opinião no caso abaixo:

Paciente VS, 47 anos, sexo feminino, com antecedente de infecção pelo vírus do HIV descoberta há 15 anos após internação por pneumocistose. Atualmente em tratamento regular com terapia antirretroviral (TARV), mas com antecedente de nadir de contagem de linfócitos CD4 inferior a 50 células/mm³. Ao longo dos anos do seguimento paciente apresentou diversas complicações, incluindo miopatia relacionada à terapia antirretroviral ocorrida há vários anos, com resolução após troca da medicação em questão.

Apresentou ainda complicações associadas à imunossupressão (na ocasião dos abandonos) como neurotoxoplasmose, leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) e herpes-zoster disseminado. Vinha com evolução satisfatória e em melhora motora com reabilitação (desde o retorno regular da TARV há 3 anos) até a noite de ontem, quando apresentou quadro súbito de hemiplegia esquerda e disartria. Realizou RM, que além de evidenciar alterações compatíveis com LEMP, mostrou área sugestiva de evento isquêmico agudo à direita. Diante do quadro atual o infectologista deseja iniciar anti-agregação plaquetária e estatina até término da investigação etiológica e questiona quais os cuidados especiais em relação à escolha das drogas e possíveis interações com a TARV.**PERGUNTA-SE:**

A. NO QUE SE REFERE AO ANTECEDENTE DE MIOPATIA RELACIONADA À TARV QUAL A DROGA ANTIRRETROVIRAL CLASSICAMENTE ENVOLVIDA (1 PONTO)? EM RELAÇÃO AO INÍCIO DE PROFILAXIA PARA AVC ISQUÊMICO, QUAIS DROGAS DEVEM SER EVITADAS E QUAL A RAZÃO ESPECÍFICA?

B. ALÉM DA LEMP, OUTRA CAUSA DE ALTERAÇÃO DA SUBSTÂNCIA BRANCA NESTES PACIENTES É A PRÓPRIA ENCEFALOPATIA PELO HIV. EM RELAÇÃO AOS ACHADOS NOS EXAMES DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS DUAS PATOLOGIAS, COMPARE AS DUAS EM RELAÇÃO A TRÊS ASPECTOS: CARACTERÍSTICAS DE SIMETRIA DA DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES, CAPTAÇÃO OU NÃO DE CONTRASTE E ENVOLVIMENTO DE FIBRAS EM U (2 PONTOS)? EM QUAL SITUAÇÃO ESPECÍFICA O PACIENTE COM HIV PODE APRESENTAR UM PADRÃO DE CONTRASTAÇÃO DIFERENTE DO HABITUAL PARA A LEMP?

02. Paciente do sexo feminino, 67 anos, procura atendimento com quadro de perda de equilíbrio e dificuldade de marcha evoluindo de forma lenta há 10 anos. Tem antecedente de HAS e tosse seca crônica desde os 35 anos. História familiar negativa para doenças neurológicas ou psiquiátricas, mas filha de pais consanguíneos. Ao exame, PA / Fc deitada = 120 x 80 / 82 e PA / Fc de pé = 115 x 80 / 85, bom estado geral, corada e eupnéica. Ataxia axial e apendicular, fala escandida, sinal de Romberg (+), reflexo óculo-vestibular alterado em ambos os lados e apalestesia até joelhos bilateralmente. Marcha ebriosa com necessidade de apoio unilateral. Força preservada e funções cognitivas intactas. **PERGUNTA-SE:**

A. QUAL A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA MAIS PROVÁVEL (DESCREVA OS 3 COMPONENTES DA DOENÇA)?

B. EM RELAÇÃO A ESTA ENFERMIDADE, RESPONDER AS 3 PERGUNTAS SUCINTAMENTE:

- 1) QUAL A ETIOLOGIA?
- 2) QUAIS OS PRINCIPAIS ACHADOS NA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO?
- 3) QUAIS OS PRINCIPAIS ACHADOS NA ELETRONEUROMIOGRAFIA?

03. Sobre as desordens miotônicas,

PERGUNTA-SE:

A. CITE 3 DIFERENÇAS ENTRE A DISTROFIA MIOTÔNICA TIPO 1 E TIPO 2

B. CITE 3 DIFERENÇAS ENTRE A PARAMIOTONIA CONGÊNITA E A MIOTONIA CONGÊNITA

04. Um paciente de 55 anos, do sexo masculino, engenheiro, procura o consultório do neurologista, com queixa de tremor em membro superior direito com início há 1 ano e piora há 6 meses. Refere que o tremor não é acentuado e aparece mais quando está com os braços em repouso, como quando vê TV, ou quando sentado aguardando consultas, por exemplo. Já procurou clínico geral, que não estabeleceu diagnóstico específico e o encaminhou ao neurologista. No entanto, a esposa referiu que há aproximadamente 3 anos nota que ele se apresenta mais lento para andar e para atividades motoras gerais; acha que ele parece mais triste e um pouco deprimido e, inclusive, apresenta face “meio inexpressiva”. A esposa ainda se queixou de que, há aproximadamente 4 anos, o sono do paciente está “agitado”, com episódios cada vez mais frequentes em que apresenta comportamentos estranhos no sono, por vezes gesticulando e/ou movimentando as pernas bruscamente (socos, chutes, gritos) e já caiu da cama uma vez (“disse que estava sonhando que um ladrão o perseguia”). Nega queixas cognitivas e continua trabalhando normalmente. No interrogatório complementar relata somente estar obstipado há aproximadamente 1 ano. Nega doenças médicas prévias ou uso de medicamentos e substâncias, nega casos semelhantes na família. No exame físico, apresenta um tremor no braço direito em repouso, aumento do tono muscular nos membros superior e inferior à direita, marcha levemente alentecida e com redução de movimentos do membro superior direito, discreta instabilidade postural, reflexos de estiramento muscular normais e ausência de reflexos patológicos.**PERGUNTA-SE:**

A

- 1. QUAL É A DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL DA DOENÇA NEUROLÓGICA DE BASE DESTE PACIENTE?**
- 2. A QUAL GRUPO OU CLASSE DE DOENÇAS DEGENERATIVAS PERTENCE A DOENÇA DE BASE DO PACIENTE?**
- 3. QUAL É O DIAGNÓSTICO MAIS PROVÁVEL DO DISTÚRPIO DO SONO DO PACIENTE?**

B.

- 1. QUAL É O VALOR DO EXAME DE POLISSONOGRAFIA E ACHADO (S) NA MESMA PARA O DIAGNÓSTICO DO DISTÚRPIO DO SONO DESTE PACIENTE.**
- 2. CITE 2 MEDICAÇÕES/SUBSTÂNCIAS MAIS INDICADAS PARA O TRATAMENTO DESTE DISTÚRPIO DO SONO.**
- 3. CITE AO MENOS 3 OUTROS DISTÚRBIOS DO SONO FREQUENTES EM PACIENTES COM A REFERIDA DOENÇA DE BASE.**

05. Uma mulher de 70 anos apresentou uma parada cardíaca em um shopping center. Ressuscitação cardiopulmonar foi iniciada. Quando a ambulância chega 7 minutos depois, o ritmo cardíaco é de fibrilação ventricular. Depois de 10 minutos de ressuscitação o pulso é reestabelecido. Na admissão na UTI a paciente está comatosa sem resposta à dor. As pupilas estão em 3mm e lentamente reativas. Reflexos córneo palpebral e óculo cefálico estão reduzidos. Suporte ventilatório e cardíaco são mantidos. 24 horas depois da admissão na UTI ela apresenta abalos difusos repetitivos dos músculos da face e membros e foi solicitada uma avaliação neurológica. **PERGUNTA-SE:**

A. QUAL O PROVÁVEL DIAGNÓSTICO DESTES “ABALOS”? QUAL O EXAME VOCÊ INDICARIA E QUAL O RESULTADO ESPERADO NESTE CONTEXTO?

B. QUAL O TRATAMENTO RECOMENDARIA? QUAIS MEDICAÇÕES DEVEM SER EVITADAS E QUAL A RAZÃO?

