

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. Homem, 32a, iniciou com crises epiléticas aos 12 anos de idade, que não controlou com medicação anticrise resultando em seu encaminhamento para avaliação para cirurgia para epilepsia farmacoresistente. Quando ele se apresentou para avaliação após 20 anos de crises recorrentes, ele informou que ele tinha um "aviso" pouco antes ter uma convulsão com uma frequência a cada dois meses. A ressonância magnética cerebral revelou uma lesão no lobo temporal direito consistente com a aparência radiográfica de um pequeno meningioma. O histórico das medicações usadas incluía fenitoína, oxcarbazepina, levetiracetam (por curto período por efeitos colaterais), e lacosamida em doses baixas sem sucesso.

Os EEGs de rotina eram normais. Durante a monitorização por vídeo-EEG, a oxcarbazepina 600mg 2 vezes/dia e lacosamida 100mg 2 vezes/dia foram reduzidas, e durante o vídeo-EEG registrou frequentes (a cada hora) descargas de espícula e poliespícula-onda lenta generalizadas de 4 a 4,5 Hz com duração de até 12 segundos. A estimulação fótica intermitente produziu uma resposta fotoparoxística autolimitada com mioclonias discretas que pareciam o "aviso" que o paciente apresentava antes das crises.

PERGUNTA-SE:

a. Qual o diagnóstico dos tipos de crises e síndrome epilética?

b. Qual a conduta e tratamento adequado para crises? Qual a conduta e tratamento adequado a lesão tumoral?

02. Paciente de 38 anos apresenta história de episódios descritos como “fica atrapalhado” com fala desconexa que dura cerca de um minuto que iniciaram há uma semana e estão ficando mais frequentes. Desde então sua memória está “piorando”. Não consegue lembrar compromissos e nomes de pessoas próximas. No dia anterior foi encontrado caído no banheiro e não se lembra do que aconteceu. Este episódio não foi presenciado. Relata ainda sintomas de possível “virose” com manifestações gastrointestinais precedendo os sintomas descritos acima. O exame neurológico é normal, exceto por um déficit de memória global acentuado. A tomografia de crânio foi normal e o exame de líquido (punção lombar) mostrou 4 leucócitos (linfomonocitário), proteína de 50 mg/dL e glicorraquia normal.

PERGUNTA-SE:

a. Qual a hipótese diagnóstica?

b. Quais os próximos 3 exames para investigação e possível tratamento?

03. Uma mulher de 32 anos foi encaminhada pelo neurologista que a acompanha há 4 meses, com diagnóstico da doença de base já definida e em tratamento, para uma avaliação pelo especialista em Medicina do Sono. Ela iniciou o acompanhamento com o neurologista após quadro de instalação aguda, em três dias, de alteração do nível de consciência, associada a hiponatremia, sem sinais e sintomas infecciosos, quando teve internação hospitalar. O exame de LCR da ocasião demonstrou 12 leucócitos/mm³, proteína e glicorraquia normais, painel viral negativo. Na ocasião, foi realizada Ressonância Magnética encefálica que mostrou lesão hiperintensa em T2, com realce pelo gadolínio em T1, em região hipotalâmica bilateral, sem efeito expansivo. Nos antecedentes, nada havia de relevante, relatando apenas que há 8 meses apresentou episódio de náuseas, vômitos e soluços, sem causa aparente, que se resolveu espontaneamente em 2 semanas. O quadro de hiponatremia resolveu-se, a paciente recebeu alta hospitalar, porém, persistiu com sonolência diurna excessiva e aumento da duração habitual do sono noturno, quando foi encaminhada para avaliação do sono. Na avaliação, a paciente apresentava Escala de Sonolência de Epworth com escore de 20 pontos. Foi indicada uma Polissonografia Noturna (PSG) com Teste de Latências Múltiplas do Sono (TLMS) a ser realizada no dia seguinte ao exame noturno. A PSG noturna mostrou duração total do sono de 490 minutos, eficiência do sono de 95%, latência para o sono de 5 minutos e para o sono REM de 12 minutos, sem outras alterações relevantes. O TLMS mostrou uma latência média para o sono de 6 minutos e 1 período de sono REM precoce (SOREMP). **PERGUNTA-SE:**

03A)

- I. Qual é o diagnóstico do distúrbio de sono específico da paciente?
- II. Qual teste diagnóstico pode também confirmar o diagnóstico?
- III. Acima de qual escore da Escala de Sonolência de Epworth considera-se a presença de sonolência excessiva subjetiva?

03B)

- I. Qual o diagnóstico mais provável da doença de base em acompanhamento pelo neurologista?
- II. Caso o diagnóstico desta doença de base não estivesse definido e considerando que outros diagnósticos diferenciais estivessem descartados e a investigação por neuroimagem completa e compatível, qual teste diagnóstico você indicaria preferencialmente para confirmação do diagnóstico da doença de base?

04. Mulher, 43 anos, procura atendimento com queixas sensitivas evoluindo há 2,5 anos. Ela relata parestesias inicialmente em mão esquerda, com extensão para a perna direita após 1 ano e nos últimos 6 meses também em perna esquerda. Nega dor associada. Em paralelo, ela descreve sensação de desequilíbrio em ambientes escuros. Nega antecedentes familiares relevantes. Ao exame físico: PA = 110 x 75, Pulso = 78 bpm, Bom estado geral, ausculta cardio-pulmonar sem alterações. Exame neurológico revelando hipoestesia tátil e dolorosa multifocal (MSE/MID/MIE), apalestesia até joelhos, reflexos osteotendíneos abolidos, sinal de Romberg (+) e marcha levemente talonante. Força muscular preservada globalmente. **PERGUNTA-SE:**

a. Qual o diagnóstico topográfico mais provável para este caso? Qual a etiologia autoimune mais provável para o quadro em questão?

b. Qual(is) as alterações esperadas nos seguintes exames desta paciente: Eletroneuromiografia e Ressonância magnética da coluna cervical?

05. A síndrome da pessoa rígida (SPR) e a síndrome de Isaacs (SI) são condições neurológicas raras que causam hipertonia muscular e grave debilidade. Em relação a estas doenças,

PERGUNTA-SE:

05A)

- I. Qual o autoanticorpo mais frequentemente associado respectivamente à SPR e à SI?
- II. Qual a topografia lesional respectivamente na SPR e na SI?

05B)

- I. Cite duas alterações típicas na eletroneuromiografia de pacientes com SI.
- II. Cite as duas drogas não-imunomoduladoras mais usadas no tratamento da SPR.

