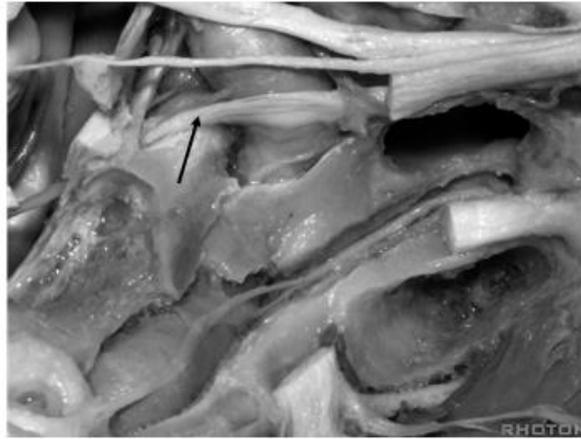
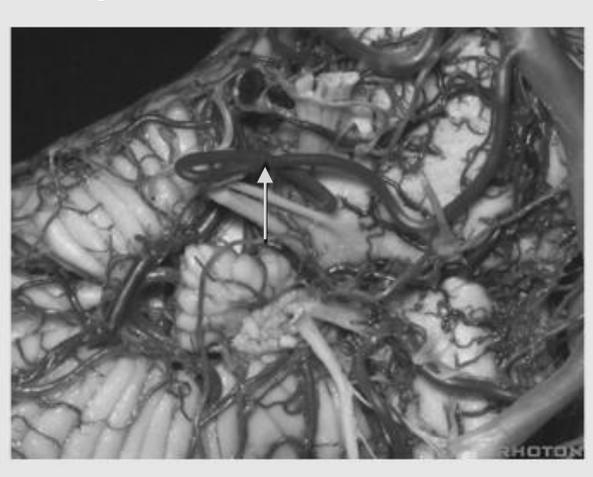


01. Qual o nome da estrutura anatômica apontada na seta?



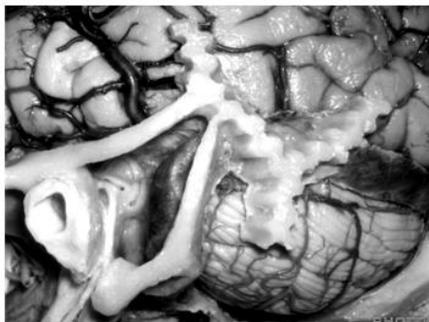
- A) Nervo abducente
- B) Nervo troclear
- C) Nervo oculomotor
- D) 1º ramo do Nervo trigêmeo
- E) Nervo óptico

02. Qual o nome da estrutura anatômica apontada na seta?



- A) Artéria cerebelar inferior posterior
- B) Artéria cerebelar superior
- C) Artéria cerebral posterior
- D) Ramo marginal lateral da artéria cerebelar superior
- E) Artéria cerebelar inferior anterior

03. Qual acesso cirúrgico daria a exposição microcirúrgica das imagens A e B abaixo, respectivamente?



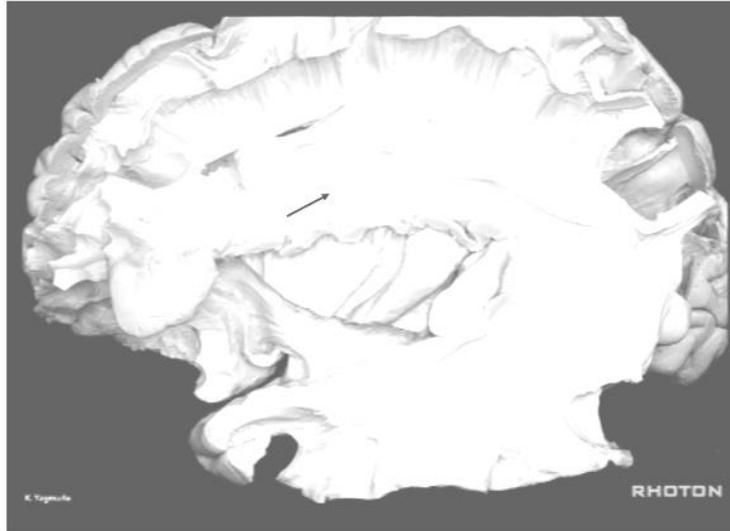
A



B

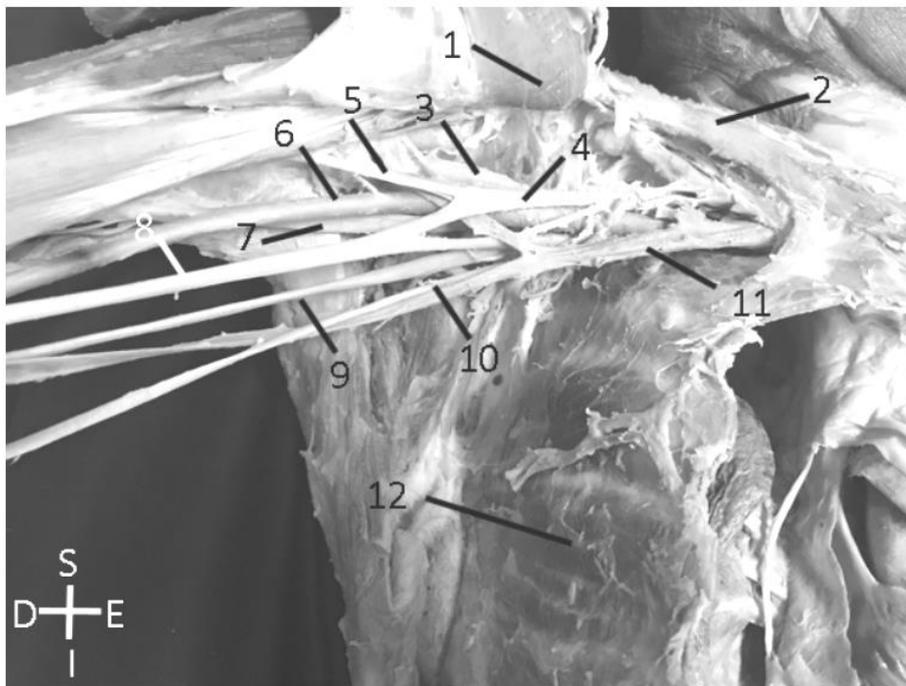
- A) A: Acesso extremolateral / B: Acesso subtemporal
- B) A: Acesso retrossigmoide / B: Acesso pterional
- C) A: Acesso supracerebelar infratentorial / B: Acesso pterional
- D) A: Acesso retrossigmoide / B: Acesso petrosal
- E) A: Acesso occipital transtentorial / B: Acesso transtemporal

04. Quanto à estrutura sinalizada abaixo, assinale a alternativa INCORRETA.



- A) É uma via de associação dorsal, conectando a área de Broca com a área de Wernicke.
- B) É o fascículo arqueado, e sua lesão causa afasia de condução.
- C) Seu feixe de axônios faz parte do fascículo longitudinal superior.
- D) É uma via de associação ventral, conectando a área de Broca com a área de Wernicke.
- E) Seu arco bidirecional conecta o córtex temporal caudal e o parietal inferior no lobo frontal.

05. Qual o nome da estrutura anatômica apontada na seta 9 e suas raízes?

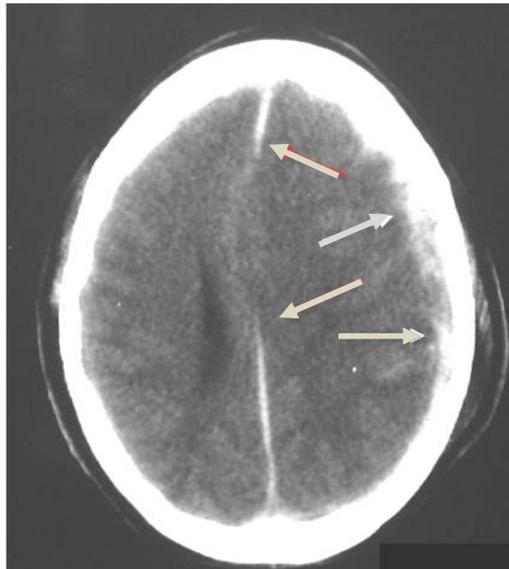


- A) Nervo Radial (C7, C8)
- B) Nervo Mediano (C5, C6, C7, C8, T1)
- C) Nervo Ulnar (C8 e T1)
- D) Nervo Axilar (C5 e C7)
- E) Nervo Cutâneo Medial do Antebraço (T1)

Caso clínico 1

Paciente, 20 anos, sexo masculino, procedente de hospital de Ibimirim-PE, é admitido em unidade de trauma com história de colisão moto x carro há 8h. Paciente estava na moto e não usava capacete, segundo equipe socorrista. Veio acompanhado de médico, enfermeira, técnica de enfermagem e motorista da ambulância. Informaram não possuírem materiais adequados e exames de imagem no hospital de origem. Não sabiam informar o “Glasgow” de chegada do paciente, e este foi trazido vestido com a roupa que estava no acidente. Ao exame: hipocorado, ferimento de couro cabeludo (exposto e sem curativo), cortocontuso profundo e sangrante (lesão arterial visível) em região parietal esquerda, equimoses e abaulamento em hemitórax esquerdo, múltiplas escoriações superficiais em face e extremidades. Trazido com 2 acessos venosos periféricos em punhos, correndo soro fisiológico 0,9% 500ml cada, com cateter nasal de O₂ 7L/min, sem collar cervical e sem monitorização. Retira, à dor, o membro superior esquerdo, não movimentando membros superior e inferior direitos. Emite “grunhidos”, apresenta movimentos respiratórios apenas em hemitórax direito, sonolento, não abre os olhos, edema bupalpebral bilateral importante, discreta anisocoria, reflexo fotomotor presente e débil bilateralmente e sem reflexos corneanos.

Segue sua TC (tomografia computadorizada) de crânio abaixo:



QUESTÕES 06, 07, E 08 SÃO RELACIONADAS AO CASO CLÍNICO 1.

06. Qual a pontuação do paciente nas seguintes escalas: escala de coma de Glasgow (ECG), escala de coma de Glasgow com resposta pupilar (ECG-P) e escala de coma FOUR, e a mais provável lateralidade da anisocoria, respectivamente?

- A) 8 / 7 / 7 / esquerda > direita
 B) 7 / 7 / 7 / esquerda > direita
 C) 9 / 8 / 8 / direita > esquerda
 D) 8 / 8 / 7 / direita > esquerda
 E) 8 / 8 / 7 / esquerda > direita

07. De acordo o protocolo XABCDE do ATLS (*Advanced Trauma Life Support*), que procedimentos poderiam ter sido realizados no paciente em hospital de Ibimirim antes e para um transporte mais seguro?

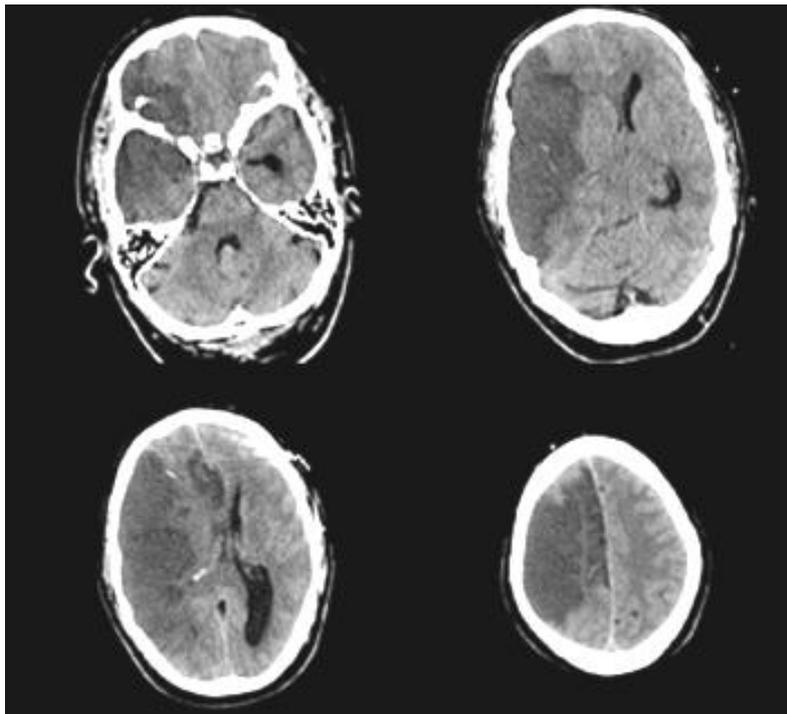
- A) X: ligadura de lesão arterial e sutura de lesão cortocontusa de couro cabeludo / A: collar cervical / B: ventilação com bolsa-válvula-máscara / C: acesso venoso central / D: avaliação das pupilas / E: monitorização de sinais vitais
 B) X: curativo compressivo de couro cabeludo / A: collar cervical, prancha rígida e entubação orotraqueal / B: ventilação com bolsa-válvula / C: drenagem de possível hemotórax à esquerda / D: aplicação da escala de coma de Glasgow / E: remoção das roupas com exposição total do paciente
 C) X: curativo compressivo de couro cabeludo / A: collar cervical / B: ventilação com bolsa-válvula-máscara / C: acesso venoso central e infusão de solução Ringer com lactato / D: aplicação da escala de coma de Glasgow / E: remoção das roupas com exposição total do paciente
 D) X: curativo compressivo de couro cabeludo / A: collar cervical e prancha rígida / B: ventilação com bolsa-válvula-máscara / C: acesso venoso central e infusão de concentrado de hemáceas / D: aplicação da escala de coma de Glasgow / E: remoção das roupas com exposição total do paciente
 E) X: sutura de lesão cortocontusa de couro cabeludo / A: collar cervical e entubação orotraqueal / B: ventilação com bolsa-válvula / C: acesso venoso central e infusão de concentrado de hemáceas / D: aplicação da escala de coma de Glasgow / E: remoção das roupas com exposição total do paciente.

08. Mediante tomografia computadorizada (TC) de crânio e quadro clínico apresentado, qual é sua lesão principal, qual sua pontuação na escala de Marshall, qual mais provável local de herniação e qual conduta mais adequada a ser tomada pelo(a) neurocirurgião(ã) após manejo inicial ao politraumatizado pelo(a) cirurgião(ã) geral ou médico(a) emergencista?

- A) Hematoma extradural agudo à esquerda / IV / uncus à esquerda / craniectomia descompressiva com drenagem de hematoma extradural agudo à esquerda
- B) Hematoma subdural agudo à esquerda / III / uncus à esquerda / craniectomia descompressiva com drenagem de hematoma subdural agudo à esquerda
- C) Hematoma extradural agudo à esquerda / IV / supracalosa à esquerda / craniectomia descompressiva com drenagem de hematoma extradural agudo à esquerda
- D) Hematoma subdural agudo à esquerda / IV / uncus à esquerda / craniectomia descompressiva com drenagem de hematoma subdural agudo à esquerda
- E) Hematoma subdural agudo à direita / IV / uncus à direita / craniectomia descompressiva com drenagem de hematoma subdural agudo à direita

Caso clínico 2

Paciente, sexo feminino, 45 anos, obesa, hipertensa, hipotireoideia e dislipidêmica, deu entrada no serviço de urgência pela neurologia, por volta das 22h, com história de acordar ontem com parestesia em dimídio esquerdo e fraqueza do mesmo lado que piorou ao longo do dia de hoje. Fez TC de crânio que mostrou AVCI (acidente vascular cerebral isquêmico) de ACM (artéria cerebral média) direita. Foi encaminhada para avaliação com a neurocirurgia. Ao exame: sonolenta mas desperta ao chamado, desorientada, movimentação espontaneamente membros à direita mas não obedece a comandos, isocórica, RFM presente bilateralmente, desvio da comissura labial para esquerda e hemiplégica à esquerda.



RESPONDA ÀS QUESTÕES 09 E 10, RELACIONADAS AO CASO CLÍNICO 2.

09. Qual a pontuação na escala de coma de Glasgow (ECG) e a estimada na escala do *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS) e a conduta mais adequada para a paciente, respectivamente?

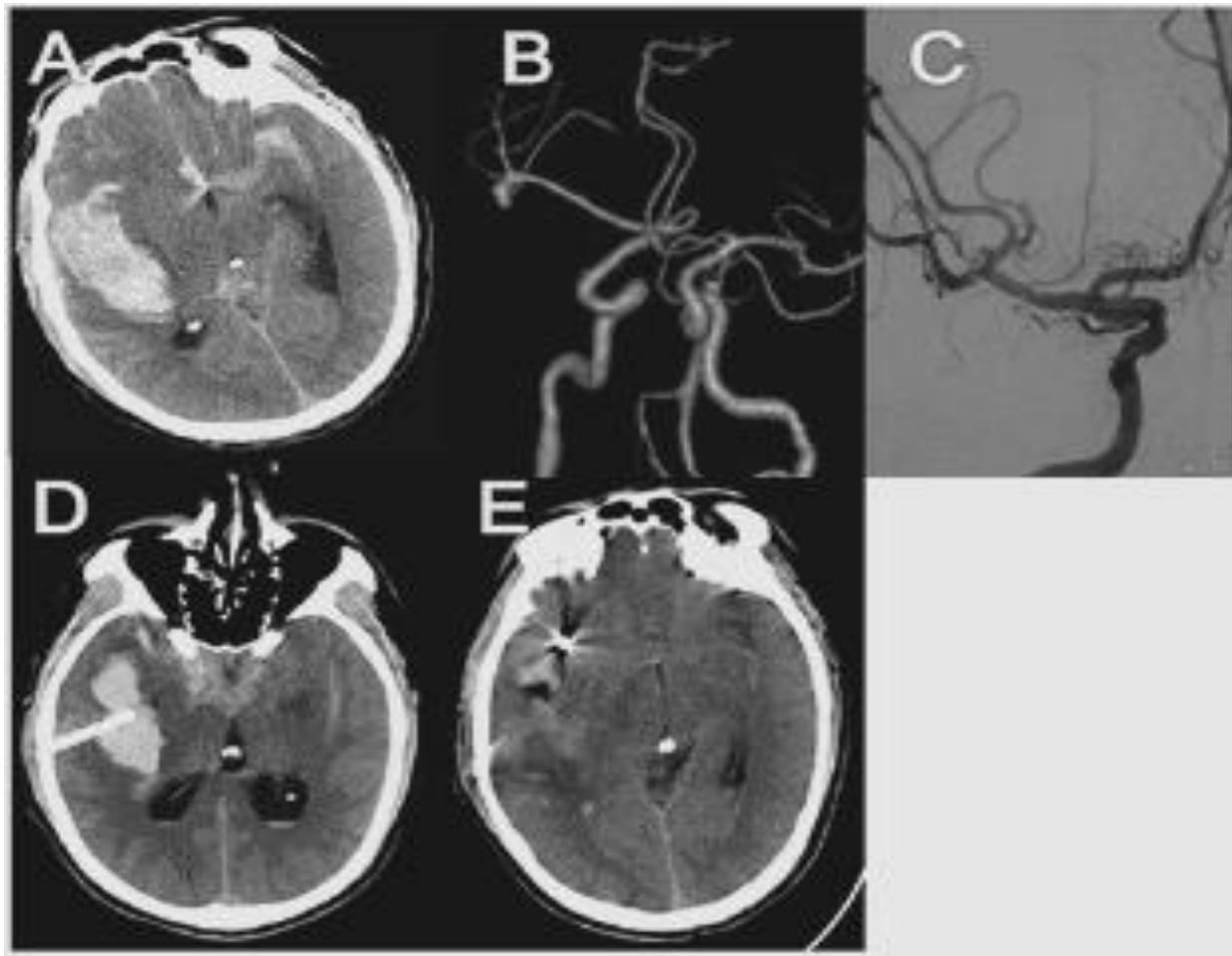
- A) 14 / < 15 / Administração do ativador do plasminogênio tecidual (TPA) intravenoso
- B) 12 / < 15 / Trombectomia no setor de hemodinâmica do hospital
- C) 12 / ≥ 16 / Craniectomia descompressiva à direita
- D) 9 / < 10 / Colocação de cateter para monitorização da pressão intracraniana (PIC) e fazer uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e estatina)
- E) 9 / ≤ 16 / Craniectomia descompressiva à direita

10. Sobre o AVCI de ACM, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A craniectomia descompressiva pode diminuir a mortalidade em 10% de todos os pacientes.
- B) É quase 10% de todos os casos de AVC.
- C) Sua mortalidade pode chegar a mais de 60% dos casos.
- D) O tratamento cirúrgico tem melhores resultados, se ausência de sinais de herniação.
- E) Estudos mostram que a craniectomia descompressiva deve ser realizada idealmente até 48h do AVCI, melhorando o resultado funcional e diminuindo a mortalidade dos pacientes.

Caso clínico 3

Paciente, 37 anos, sexo feminino, é encaminhada de hospital em Paulista-PE para avaliação de urgência com a neurocirurgia em Recife-PE. Possui história de cefaleia súbita, de forte intensidade durante esforço evacuatório pela manhã e associada a vômitos. É fumante desde os 16 anos (20 cigarros/dia) e possui Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) desde sua primeira gestação, segundo sua acompanhante (G2P2A0). Ao exame: sonolenta, acordando aos chamados, falando palavras inapropriadas, isocórica com RFM presente bilateralmente, importante rigidez de nuca, localiza dor e hemiplégica à esquerda, pressão arterial (PA) de 160x80, frequência cardíaca (FC 58) e oximetria de pulso de 96%.



RESPOSTA ÀS QUESTÕES 11 E 12, RELACIONADAS AO CASO CLÍNICO 3.

11. Qual a carga tabágica, a pontuação na escala de coma de Glasgow (ECG), a classificação de Hunt e Hess, a classificação de acordo com a World Federation of Neurosurgical Societies (WFNS), classificação tomográfica de Fisher da paciente e localização do aneurisma, respectivamente?

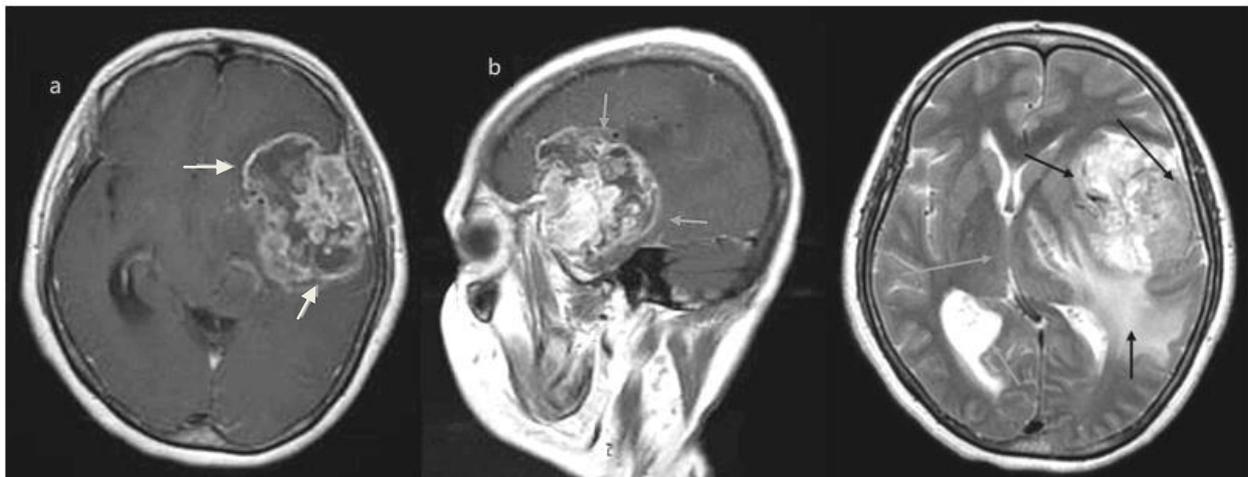
- A) 21 anos-maço / 11 / IV / IV / IV / bifurcação da ACM direita
- B) 365 maços-ano / 13 / III / IV / IV / bifurcação da ACI (Artéria Carótida Interna)
- C) 21 anos-maço / 13 / III / IV / IV / IV / bifurcação da ACI
- D) 365 maços-ano / 11 / IV / IV / IV / IV / bifurcação da ACI
- E) 21 anos-maço / 11 / IV / IV / IV / IV / artéria comunicante anterior (ACoA) direita.

12. Pelas imagens mostradas, seguindo a sequência temporal de inicial para final (de A para E), por quais etapas se deu a paciente?

- A) A: TC de crânio diagnóstica / B: angiotomografia computadorizada diagnóstica / C: angiotomografia cerebral pós embolização total de aneurisma / D: TC de crânio controle de localização de cateter de derivação ventricular externa (DVE) / E: TC de crânio controle pós drenagem de hematoma
- B) A: TC de crânio diagnóstica / B: angiotomografia computadorizada diagnóstica / C: angiotomografia cerebral pós clipagem total de aneurisma / D: TC de crânio controle de localização de cateter de derivação ventricular externa (DVE) / E: TC de crânio controle pós drenagem de hematoma
- C) A: TC de crânio diagnóstica / B: angiotomografia computadorizada diagnóstica / C: angiografia cerebral pós clipagem total de aneurisma / D: TC de crânio controle de localização cateter de DVE / E: TC de crânio controle pós drenagem de hematoma
- D) A: TC de crânio diagnóstica / B: angiotomografia computadorizada diagnóstica / C: angiografia cerebral pós clipagem total de aneurisma / D: TC de crânio controle de localização de tubo de drenagem de hematoma / E: TC de crânio controle pós drenagem de hematoma
- E) A: TC de crânio diagnóstica / B: angiotomografia computadorizada diagnóstica / C: angiografia cerebral pós embolização total de aneurisma / D: TC de crânio controle de localização de tubo de drenagem de hematoma / E: TC de crânio controle pós drenagem de hematoma

Caso clínico 4

J.P.S., 58 anos, sexo masculino, procedente de Limoeiro, vem para parecer de urgência com a neurocirurgia. Sua esposa relata que ele apresenta cefaleia, comportamento inapropriado, dificuldade na fala e déficit de força à direita há 01 mês. Ao exame: acordado, afásico, não obedece a comandos, hemiparesia direita, isocórico com RFM presente e bilateral. Trouxe imagens de ressonância magnética (RM) do encéfalo com contraste, solicitada por médico do interior. Foi internado, teve lesão cerebral ressecada e recebeu o diagnóstico de glioblastoma.



RESPONDA ÀS QUESTÕES 13 E 14, RELACIONADAS AO CASO CLÍNICO 4.

13. Sobre os glioblastomas, pode-se falar em primário e secundário mediante o padrão gênico diferente. Assim sendo, quais são as mutações características em cada subtipo?

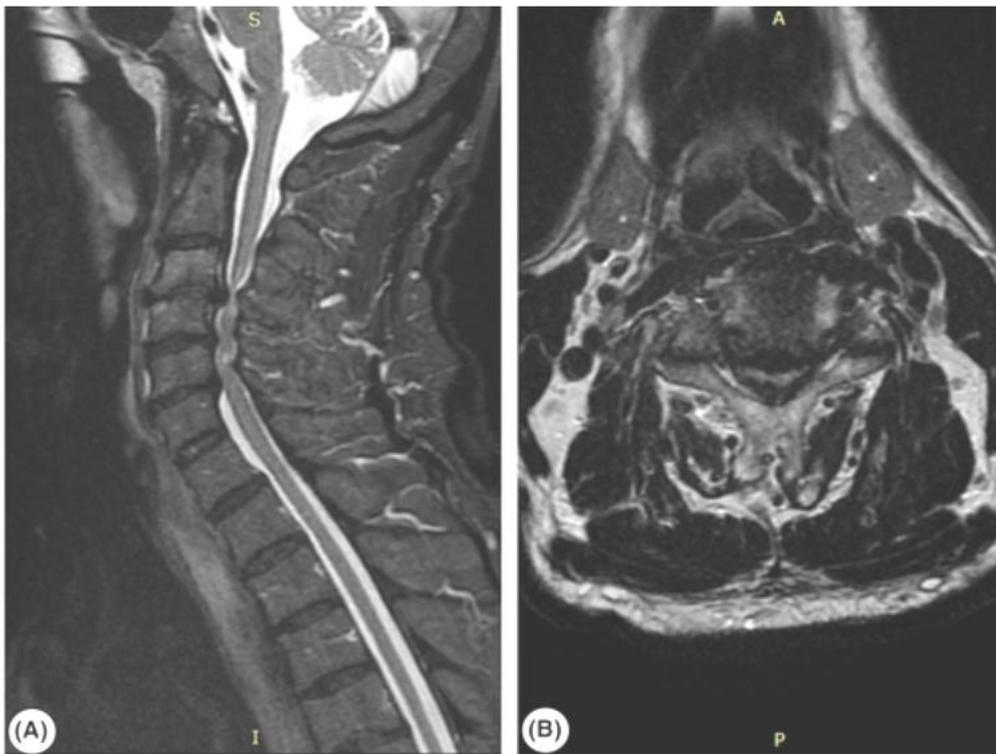
- A) Primário: mutações de IDH1/2 (genes das enzimas isocitrato de desidrogenase 1 e 2) / secundário: mutações do promotor TERT
- B) Primário: mutações de IDH1/2 e do gene supressor de tumor NF1 / secundário: mutações do promotor TERT e PDGFRA
- C) Primário: mutações do promotor TERT, do gene supressor de tumor NF1 além da amplificação gênica de proto-oncogenes, como a de EGFR / secundário: mutações de IDH1/2, TP53, RB1, PDGFRA e ATRX
- D) Primário: mutações de IDH1/2, TP53, RB1, PDGFRA e ATRX / secundário: mutações do promotor TERT, do gene supressor de tumor NF1, além da amplificação gênica de proto-oncogenes como a de EGFR
- E) Primário: mutações de TP53 / secundário: mutações de IDH1/2

14. A hipermetilação de promotores gênicos em *loci* específicos é relativamente frequente nos glioblastomas, destacando-se a ocorrida no promotor MGMT (metilguanina-DNA metiltransferase), encontrada em 40% dos pacientes. Sobre esse assunto, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Alta expressão da O6-MGMT em células neoplásicas de um glioma não está correlacionada à resistência tumoral a agentes alquilantes
- B) O6-MGMT (O6-metilguanina-DNA metiltransferase) é uma enzima expressa de forma ubíqua envolvida no reparo do DNA, com a função de reverter a alquilação da posição O6 da guanina
- C) A metilação do promotor de MGMT, por consequência, está associada ao seu silenciamento transcricional epigênico, acarretando, portanto, no aumento da eficácia do tratamento com quimioterápicos alquilantes
- D) Pacientes com a metilação do promotor MGMT, devido ao fato de beneficiarem-se em maior grau do tratamento quimioterápico alquilante, apresentam taxas de sobrevida global (SG) de 48,9% e 13,8% para 1 e 5 anos, respectivamente
- E) Pacientes que não apresentam o silenciamento gênico, possuem taxas de SG, para 1 e 5 anos, de 14,8% e 8,3%, respectivamente.

Caso clínico 5

M.N.L., 76 anos, sexo feminino, moradora de Recife-PE, comparece ao ambulatório de neurocirurgia com queixa de cervicalgia, dormência e fraqueza em 04 membros após queda da própria altura em casa, há 06 meses. Procurou reumatologista que prescreveu medicações para dor, RM de coluna cervical e, após ver esse exame, a encaminhou para ambulatório especializado. Informa ainda que só consegue comer de colher, caminha apenas no plano com o auxílio de uma bengala, possui constipação e formigamento leve em membros e tronco.



RESPOSTA À QUESTÃO 15, RELACIONADA AO CASO CLÍNICO 5.

15. Qual o diagnóstico mais provável para a paciente / qual sua pontuação na escala modificada da *Japanese Orthopaedic Association* (mJOA) / o que esperar dos seus reflexos tendinosos profundos e do reflexo braquirradial mais especificamente / qual abordagem terapêutica mais adequada, respectivamente?

- A) Espondilodiscite cervical / 17 / hiporreflexia e flexão dos dedos / antibioticoterapia
- B) Mielopatia cervical / 7 / hiperreflexia e extensão dos dedos / discectomia cervical anterior com fusão
- C) Estenose espinal cervical / 2 / hiporreflexia e extensão dos dedos / discectomia + corpectomia cervical anterior com fusão
- D) Mielopatia cervical espondilótica / 14 / hiperreflexia e flexão dos dedos / uso de colar e repouso pois paciente com JOA > 12 e idosa
- E) Espondilose cervical / 6 / hiperreflexia e flexão dos dedos / laminectomia + artrodese cervical posterior

16. Os exames complementares são obrigatórios nos protocolos de morte encefálica após dois exames clínicos e teste de apneia positivo. Sobre os resultados dos principais exames pode-se afirmar que o diagnóstico estaria CORRETAMENTE confirmado na ocorrência de

- A) perfusão cerebral mínima em áreas de grande metabolismo cerebral na cintilografia de perfusão cerebral.
- B) atividade elétrica cerebral difusamente em faixa teta com potencial superior a 2 microvolts.
- C) ausência de fluxo sanguíneo acima da artéria basilar na angiotomografia cerebral contrastada da circulação posterior.
- D) ausência de fluxo sanguíneo acima dos segmentos M2 em uma artéria cerebral média na angiografia digital.
- E) ausência de sinal de fluxo sanguíneo cerebral no primeiro ultrassom Doppler transcraniano.

17. A cefaleia associada à síndrome de vasoconstricção cerebral tem seus critérios diagnósticos indicados na classificação internacional das cefaleias.

Sobre os critérios, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Menos de 50% dos pacientes têm cefaleia como queixa isolada.
- B) A ressonância cerebral mostra alteração em menos de 30% dos casos.
- C) Deve ser acompanhada por disfunção neurológica focal ou crise epiléptica.
- D) O padrão inicial de cefaleia em trovoada ocorre em 20-30% dos casos.
- E) A angiografia cerebral pode ser normal na primeira semana após a cefaleia.

18. Em relação aos achados de imagem nas doenças desmielinizantes do sistema nervoso central, qual achado seria MENOS provável na esclerose múltipla?

- A) Lesões medulares segmentares nas porções posteriores e laterais.
- B) Lesões adjacentes à porção posterior do corpo dos ventrículos laterais.
- C) Lesões perpendiculares ao corpo dos ventrículos laterais.
- D) Lesões justacorticais acometendo fibras em U.
- E) Lesões bilaterais dos nervos ópticos sem lesões cerebrais.

19. No tratamento do acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico na fase aguda, a trombectomia mecânica estaria indicada em pacientes com sintomas reconhecidos há menos de 6 horas, se todos os critérios abaixo forem atendidos, EXCETO:

- A) Idade acima de 18 anos.
- B) Ausência de incapacidade motora prévia.
- C) Oclusão de artéria carótida interna.
- D) Escore na escala de AVC abaixo de 18 pontos.
- E) Escore na escala de ASPECTS maior ou igual a 6 pontos.

20. São consideradas vias colaterais na circulação craniana os vasos citados abaixo, EXCETO:

- A) Artéria comunicante anterior.
- B) Artérias comunicantes posteriores.
- C) Artérias labirínticas.
- D) Artérias oftálmicas.
- E) Vasos leptomeníngeos.

21. A presença de lesões hemorrágicas corticais em pacientes acima de 55 anos é fortemente indicativa de angiopatia amiloide. Dentre os achados abaixo, qual NÃO sugeriria o diagnóstico dessa vasculopatia?

- A) Perda de sinal linear seguindo o contorno de um ou mais sulcos corticais ou folias cerebelares nas sequências T2* da ressonância magnética.
- B) Hiperdensidade sutil e localizada em um ou mais sulcos corticais adjacentes na tomografia computadorizada.
- C) Lesões medindo 3-15 mm córtico-subcorticais com hiperintensidade de sinal na sequência de difusão da ressonância magnética.
- D) Lesões medindo 2-10 mm localizadas nos gânglios da base, ponte e cerebelo com baixo sinal na sequência T2* da ressonância magnética.
- E) Lesões de forma variada localizadas em centro semioval com sinal semelhante ao líquido na sequência T2 da ressonância magnética.

22. As síndromes neurocutâneas aumentam o risco de tipos específicos de tumores.**Assinale a alternativa que indica a associação CORRETA entre a doença e o tumor.**

- A) Complexo da esclerose tuberosa – Rbdomioma cardíaco.
- B) Neurofibromatose tipo 1 – Meningiomas.
- C) Neurofibromatose tipo 2 – Glioma de nervo óptico.
- D) Doença de Von Hippel-Lindau – Carcinoma gástrico.
- E) Síndrome de Sturge-Weber – Carcinoma de células renais.

23. Na síndrome de desmielinização osmótica, a ponte cerebral é caracteristicamente mais acometida.**Qual das seguintes localizações NÃO é acometida quando as lesões são mais extensas?**

- A) Trato córtico-espinhal.
- B) Núcleo ventral lateral do tálamo.
- C) Núcleo caudado.
- D) Esplênio do corpo caloso.
- E) Pedúnculo cerebelar médio.

24. Atrofia cerebral ocorre fisiologicamente com a idade. No entanto, alguns padrões de atrofia podem colaborar para o diagnóstico das síndromes demenciais.**Indique a associação INCORRETA entre a doença e o padrão de atrofia.**

- A) Doença de Alzheimer típica – atrofia cortical temporal e parietal bilateral, com predominância mesial temporal.
- B) Demência frontotemporal variante comportamental – atrofia cortical frontal predominando à esquerda.
- C) Degeneração corticobasal – atrofia cortical parietal e frontal superior bilateral, giro do cíngulo posterior assimétrico e gânglios da base.
- D) Demência com corpos de Lewy – atrofia cortical global com preservação do giro do cíngulo posterior.
- E) Demência vascular – atrofia cerebral difusa com predomínio subcortical.

25. Pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência adquirida que evoluem para síndrome da imunodeficiência adquirida e apresentem encefalopatia, disfunção neurológica focal, crises epiléticas ou outras manifestações de comprometimento cerebral devem realizar neuroimagem.**No diagnóstico diferencial das lesões cerebrais nesse grupo de pacientes está correto, EXCETO:**

- A) Múltiplos abscessos em diferentes fases e distribuídas difusamente, com captação anelar de contraste e intenso edema perilesional são achados sugestivos de neurotoxoplasmose.
- B) Tumorações com efeito de massa periventriculares com captação homogênea e intensa de contraste, discreto edema perilesional e presença de restrição à difusão na ressonância magnética são achados sugestivos de linfoma primário.
- C) Um ou mais abscessos com efeito de massa, contorno demarcado e captante de contraste com edema perilesional, sem restrição à difusão na ressonância magnética, podendo estar associados com captação meníngea de contraste são achados sugestivos de neurotuberculose.
- D) Captação de contraste meníngea com espaços perivasculares aumentados com aspecto de “pseudocistos” e dilatação ventricular são achados sugestivos de meningite criptocócica.
- E) Lesões difusas de substância branca subcortical, habitualmente simétricas, com captação de contraste leptomeníngea são achados sugestivos de encefalite por citomegalovírus.

26. Os seguintes procedimentos estão fortemente associados com a ocorrência de cefaleias secundárias, conforme os critérios da Classificação Internacional das Cefaleias, EXCETO:

- A) Arteriografia cerebral.
- B) Injeção intratecal.
- C) Radioterapia craniana.
- D) Hemodiálise.
- E) Craniotomia.

27. Assinale a alternativa que apresenta CORRETAMENTE a síndrome neurológica e as estruturas afetadas pela lesão correspondente.

- A) Síndrome de Weber – fascículos do nervo troclear e trato córtico-espinhal.
- B) Síndrome de Benedikt – núcleo do nervo abducente, trato córtico-espinhal e pedúnculo cerebelar superior.
- C) Síndrome de Foville – núcleo do nervo abducente, fascículos do nervo facial e trato córtico-espinhal.
- D) Síndrome de Wallemborg – núcleos do nervo vestibular, ambíguo e espinhal do nervo trigêmeo, pedúnculo cerebelar inferior, trato espinotalâmico lateral e fibras simpáticas descendentes.
- E) Síndrome de Dejerine – núcleo do nervo hipoglosso, pedúnculo cerebelar inferior e lemnisco medial.

28. A deficiência de tiamina pode causar alterações cerebrais visíveis na ressonância magnética. São consideradas localizações comuns das lesões citadas abaixo, EXCETO:

- A) Corpos mamilares.
- B) Tálamo dorsomedial.
- C) Substância cinzenta periaquedutal.
- D) Assoalho do quarto ventrículo.
- E) Esplênio do corpo caloso.

29. A classificação internacional das cefaleias traz critérios explícitos para diagnóstico das cefaleias. Dentre as variadas manifestações da migrânea, de acordo com esses critérios, NÃO está correta.

- A) Mais de cinco crises de cefaleia durando 4 a 72 horas, exceto quando houver evolução para “estado de mal” migranoso.
- B) Quando presentes, os sintomas da aura ocorrem em sucessão e pelo menos um é positivo e unilateral.
- C) Disartria, zumbido e diplopia como sintomas reversíveis de aura de tronco cerebral, ocorrendo sem sintomas motores ou retinianos.
- D) Crise epiléptica desencadeada em até uma hora por um episódio de aura.
- E) No mínimo cinco crises de aura que evoluem gradualmente por mais de 5 minutos com duração máxima de 60 minutos.

30. Um paciente que chega a um serviço de urgência com crises epiléticas prolongadas e persistentes, sendo diagnosticado com estado de mal epilética, deve receber tratamento racional que siga uma sequência baseada nas melhores evidências para aumentar a possibilidade de sucesso.

Na sequência abaixo, qual é a opção mais acertada no estado de mal epilético?

- A) Na fase de estabilização, além do suporte à vida, o uso de tiamina em crianças é obrigatório antes da correção da hipoglicemia.
- B) A terapia inicial com diazepam intravenoso ou midazolam intramuscular apresenta mesmo grau de efetividade.
- C) O fenobarbital intramuscular não é opção como terapia inicial, se houver dificuldade de acesso intravenoso, especialmente em crianças.
- D) Na segunda fase do tratamento, as crises podem ser mais bem controladas com doses múltiplas de fenobarbital do que com fenitoína.
- E) A terceira fase do tratamento deve ser baseada na repetição em “bolus” de dose altas de benzodiazepínicos.

31. Paciente 25 anos apresentou cefaleia importante, associado a pico hipertensivo e foi referenciada para um serviço de referencial de neurologia. Nesse serviço, realizou tomografia computadorizada de crânio que evidenciou hemorragia subaracnoidea, Fisher 4. Qual dos seguintes aneurismas pode ser responsável pelo quadro da paciente?

- A) Aneurisma de artéria carótida interna no seu segmento petroso.
- B) Aneurisma de artéria carótida interna no seu segmento cavernoso.
- C) Aneurisma de artéria carótida interna no segmento comunicante.
- D) Aneurisma de artéria carótida interna no seu segmento cervical.
- E) Aneurisma de artéria carótida interna no seu segmento *lacerum*.

32. Paciente, 74 anos, apresentando isquemia crítica de membro inferior esquerdo. Durante arteriografia diagnóstica, apresentou oclusão das artérias tibiais e estenose segmentar proximal da artéria fibular. Após angioplastia com balão, notou-se perviedade de toda a artéria fibular, sem estenoses residuais, mas com fluxo bastante reduzido. Qual das alterações abaixo pode ser responsável pela lentificação do fluxo?

- A) Embolização distal com oclusão dos ramos da artéria fibular.
- B) Recolhimento elástico da artéria fibular.
- C) Presença de fístula entre a fibular e as veias fibulares.
- D) Dissecção da artéria com limitação do fluxo no local da angioplastia.
- E) Ruptura da artéria fibular no local da angioplastia

33. Sabe-se que a perviedade de um arco plantar completo é extremamente necessário para cicatrização de ferimentos nos pés e perviedade das revascularizações.

Qual das artérias abaixo é responsável pela união da circulação dorsal com o plantar do pé?

- A) Artéria tarsal medial
- B) Artéria pediosa
- C) Artéria plantar lateral
- D) Artéria tarsal lateral
- E) Artéria plantar profunda

34. Masculino, 70 anos, apresentando oclusão segmentar da artéria femoral comum direita. Foi realizada a angioplastia da artéria, com balão farmacológico, no entanto o balão não abriu completamente, apesar de chegar à sua pressão de ruptura, mantendo uma estenose residual de 40%. Sobre isso, qual das alternativas abaixo está CORRETA?

- A) Terminar o procedimento pois a estenose residual é menor do que 50%.
- B) Utilizar um Stent revestido.
- C) Utilizar um Stent simples.
- D) Realizar angioplastia com *cutting balloon*.
- E) Utilizar dois balões em paralelo.

35. Masculino, 50 anos, apresentando tumoração cervical submandibular esquerda com crescimento lento há 10 anos. Na arteriografia cervical diagnóstica, notou-se área de acúmulo de contraste denso e prolongado na bifurcação carótida esquerda que afasta os ramos carotídeos interno e externo (sinal da harpa). Qual das artérias abaixo é a mais frequentemente relacionada à vascularização desse tipo específico de tumor?

- A) Maxilar interna
- B) Língual
- C) Facial
- D) Faríngea ascendente
- E) Auricular posterior

36. Masculino, 65 anos, apresentando tumor cervical direito recidivado após ressecção cirúrgica e radioterapia. Existe intensa fibrose no local e, para a ressecção da massa, pode haver necessidade de ligadura da artéria carótida interna direita. Foi, então, solicitado um teste de oclusão de carótida interna direita. Após a colocação de balão complacente na artéria carótida interna direita e da injeção de contraste na artéria carótida interna esquerda, qual dos resultados abaixo permite a ligadura segura da carótida interna direita?

- A) Opacificação do polígono de Willis completo.
- B) Contrastação da comunicante anterior.
- C) Opacificação da artéria comunicante posterior direita.
- D) Retardo da opacificação venosa direita de 2 segundos, quando comparado à esquerda.
- E) Retardo na opacificação venosa contralateral à injeção de contraste entre 2 e 4 segundos.

37. Masculino, 32 anos, portador de doença renal crônica (DRC) em hemodiálise (HD), em uso de tala gessada por torção do tornozelo direito. Apresentou grande piora do edema e da dor. Retornou à emergência, onde realizou ultrassonografia com Doppler do membro inferior direito que evidenciou trombose de veia solear direita aguda. Assinale a alternativa que indica a melhor conduta.

- A) Analgésicos, apenas.
- B) Heparinização plena com heparina não-fractionada.
- C) Iniciar anti-vitamina K, sem utilizar heparinas pela DRC.
- D) Iniciar rivaroxabana 15mg de 12/12h
- E) Iniciar enxaparina 1mg/kg de 12/12h

38. Feminino, 35 anos, portador de arterite de Takayasu, com passado de nefrectomia direita. Evolui com pressão arterial sistêmica elevada e descontrolada apesar do uso otimizado de cinco classes de drogas anti-hipertensivas. Durante a ultrassonografia com Doppler da artéria renal esquerda, notou-se uma estenose maior do que 85%. Qual das condutas abaixo é a indicada para o caso?

- A) Angioplastia com Stent expansível por balão da artéria renal esquerda.
- B) Angioplastia simples da artéria renal esquerda.
- C) Acrescentar a sexta classe de droga anti-hipertensiva.
- D) Angioplastia com Stent autoexpansível da artéria renal esquerda.
- E) Angioplastia com Stent recoberto da artéria renal esquerda

39. Feminino, 35 anos, portadora de aneurisma sacular de 5 mm de diâmetro da bifurcação de artéria carótida interna esquerda. Foi indicada a embolização com micromolas destacáveis do aneurisma, mas a angiotomografia sugeriu um arco do tipo 3, com origem da carótida comum esquerda do tronco braquiocéfálico. Qual dos cateteres diagnósticos abaixo deve ser o escolhido para o cateterismo da artéria carótida comum esquerda?

- A) Pigtail
- B) Cobra 2
- C) Mikaelson
- D) Simmons 3
- E) Multipurpose

40. Masculino, 75 anos, hipertenso e diabético, deu entrada na emergência com necrose seca de primeiro pododáctilo esquerdo, com isquemia podal difusa. Durante o exame físico, foi palpado apenas o pulso femoral comum; o pulso poplíteo, tibial posterior e da artéria dorsal do pé estavam ausentes.

De acordo com a classificação de Rutherford, esse paciente se encontra na categoria

- A) 2 B) 3 C) 4 D) 5 E) 6
-

41. Sabe-se que a osmolaridade, a ionicidade e a viscosidade dos meios de contraste são propriedades que determinam os efeitos adversos relacionados ao uso de contraste iodado.

Entre os tipos de contraste abaixo, assinale o que apresenta menor risco de efeitos adversos.

- A) Iônico de alta osmolaridade
 B) Não-iônico de baixa osmolaridade
 C) Iônico de baixa osmolaridade
 D) Não-iônico isosmolar
 E) Não-iônico de alta osmolaridade
-

42. Feminino, 23 anos, apresentando lesão de coloração avermelhada e ulcerada no dorso do pé esquerdo. Durante o estudo arteriográfico, notaram-se inúmeros vasos arteriais e venosos comunicando-se entre si, com fluxo rápido e contrastação venosa precoce.

Para o tratamento da lesão, qual dos agentes embolizantes poderia ser utilizado para tratamento definitivo da lesão?

- A) Lipiodol
 B) Álcool absoluto
 C) Micropartículas de polivinil álcool
 D) Espuma densa de polidocanol a 3%
 E) Copolímero de etileno vinil álcool
-

43. A radiação, ao interagir com o organismo humano, causa efeitos biológicos.

O efeito biológico que aparece nos descendentes do indivíduo exposto, é denominado de

- A) Efeito estocástico.
 B) Efeito genético.
 C) Efeito somático.
 D) Efeito aleatório.
 E) Efeito agudo
-

44. Os procedimentos endovasculares e de radiologia intervencionista expõem o médico, a equipe multidisciplinar e o paciente à radiação ionizante. Essa exposição carrega consigo risco dose dependente.

Assinale, entre as alternativas abaixo, aquela que reduz a dose de radiação ionizante na sala de procedimentos.

- A) Paciente obeso.
 B) Não colimar a imagem.
 C) Paciente bem próximo ao tubo da fonte de raio-X e afastado do intensificador de imagem.
 D) Alto *frame rate*
 E) Utilizar o mínimo de magnificação de imagem.
-

45. O polígono de Willis serve como a melhor fonte potencial de fluxo sanguíneo colateral nas doenças vasculares oclusivas. O conhecimento da sua anatomia normal é essencial para o estudo das patologias encefálicas.

Qual das artérias abaixo faz parte do polígono de Willis?

- A) Artéria cerebral média
 B) Segmento A2 da artéria cerebral anterior
 C) Segmento P2 da artéria cerebral posterior
 D) Artéria carótida interna
 E) Artérias vertebrais
-

46. Masculino, 15 anos, apresentando dificuldade de deglutição e tosse frequente ao se alimentar.

Qual das alterações abaixo pode ser causa do quadro do paciente?

- A) Arco aórtico bovino
 B) Arco aórtico do tipo 2
 C) Artéria vertebral direita hipoplásica
 D) Artéria subclávia direita aberrante
 E) Artéria vertebral esquerda originada do arco
-

47. Sobre as malformações da fossa posterior, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Na persistência do cisto da bolsa de Blake, o verme cerebelar é rodado cranialmente, e o quarto ventrículo tem dimensões normais.
 - B) O cisto aracnoide sempre comprime o cerebelo.
 - C) A megacisterna magna comprime o verme e/ou os hemisférios cerebelares, mantendo a dimensão normal do quarto ventrículo.
 - D) Na síndrome de Joubert, o verme cerebelar é pequeno ou ausente, e os hemisférios cerebelares são hipoplásicos.
 - E) Na Malformação de Dandy Walker, a fossa posterior tem dimensões reduzidas.
-

48. Sobre as infecções extra-axiais do sistema nervoso central, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Procurar por infecção nos seios venosos e mastoides.
 - B) Empiomas epidurais são biconvexos e não cruzam a linha média.
 - C) Empiomas subdurais têm formato em crescente e podem cobrir um hemisfério.
 - D) Empiomas subdurais restringem fortemente a difusão.
 - E) Empiomas epidurais apresentam restrição variável.
-

49. Sobre a mielinização normal da substância branca, é INCORRETO afirmar que

- A) progride de inferior para superior, central para periférico e posterior para anterior.
 - B) a substância branca não mielinizada é hipointensa no T1.
 - C) sequências pesadas ponderadas em T2 são sequências mais sensíveis para avaliar a maturação da substância branca entre 6 e 18 meses de vida.
 - D) Ao nascimento, o bebê a termo apresenta mielinização dos giros perirrolândicos.
 - E) É patológico observar zonas terminais de mielinização incompleta em regiões látero-dorsais aos ventrículos laterais em crianças com mais de dois anos de idade.
-

50. A embolização bariátrica tem como objetivo reduzir o único hormônio orexígeno produzido pelo organismo. Sobre isso, assinale a alternativa que indica esse hormônio.

- A) Insulina
 - B) Leptina
 - C) Grelina
 - D) Glucagon
 - E) Colecistocinina
-

GRUPO 21
- NEURORRADIOLOGIA -