Prova N2 - SOI V - Jessyka Fernandes

Curso: Medicina — AFYA	**Avaliação:** N2
Componente curricular: Sistemas Orgânicos Integrados V	**Período:** 5°
Aluna: Jessyka Fernandes	**Data:** ____/____/_____ **Nota:** _____

Instruções: esta prova contém **35 questões objetivas**, cada uma com quatro alternativas (A, B, C e D) e **apenas uma correta**. Leia atentamente cada enunciado antes de responder. A resposta comentada de cada questão encontra-se logo abaixo dela, após um pequeno espaço; o gabarito resumido está ao final.

1ª QUESTÃO

Homem, 42 anos, mecânico, relata dor cervical iniciada após carregar peso há 3 semanas, irradiada para o membro superior direito, com parestesia na face lateral do antebraço, no polegar e no indicador. Nega alteração da marcha ou dos esfíncteres. Ao exame: força de flexão do cotovelo e de extensão do punho grau 4 à direita, reflexos bicipital e estilorradial diminuídos à direita, reflexos patelares normais e ausência de sinal de Babinski. A flexão lateral do pescoço para a direita associada à compressão axial reproduz a dor no braço.
Considerando a anatomia radicular e a abordagem inicial desse paciente, assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de síndrome do desfiladeiro torácico; a manobra descrita corresponde ao teste de Adson, que avalia a compressão da artéria subclávia, e o tratamento de escolha é a ressecção da primeira costela.

B) Trata-se de radiculopatia C7, provavelmente por hérnia discal C6–C7; a diminuição do reflexo bicipital é típica dessa raiz e indica descompressão cirúrgica imediata, independentemente da evolução clínica.

C) Trata-se de radiculopatia C6, provavelmente por hérnia discal C5–C6; o teste de Spurling positivo reforça a compressão foraminal e, na ausência de mielopatia ou de déficit motor progressivo, a conduta inicial é conservadora (analgesia, AINE e fisioterapia), reservando a ressonância magnética para persistência ou piora do quadro.

D) Trata-se de mielopatia cervical espondilótica; o teste descrito indica compressão medular e a ausência de sinal de Babinski não afasta o diagnóstico, sendo necessária cirurgia descompressiva de urgência.

Resposta comentada — 1ª questão

Cervicalgia

Gabarito: alternativa C

Alternativa C – Correta. O dermátomo C6 corresponde à face lateral do antebraço, ao polegar e ao indicador; o miótomo C6 envolve a flexão do cotovelo e a extensão do punho, e os reflexos bicipital e estilorradial dependem de C5–C6. Como as raízes cervicais saem acima da vértebra correspondente, a raiz C6 é comprimida pela hérnia C5–C6, um dos níveis mais acometidos. O Spurling (flexão lateral + compressão axial) reproduz a dor radicular por estreitamento do forame. A maioria das radiculopatias melhora com tratamento conservador; a RM fica para déficit progressivo, mielopatia ou falha terapêutica.

Alternativa A – Incorreta. O teste de Adson (rotação da cabeça, extensão do pescoço e inspiração profunda, com palpação do pulso radial) é diferente do Spurling. Além disso, os achados são radiculares e dermatomais.

Alternativa B – Incorreta. A raiz C7 inerva a face posterior do braço e do antebraço e o 3º dedo, e o seu reflexo é o tricipital. Cirurgia imediata não é a regra na radiculopatia sem déficit grave.

Alternativa D – Incorreta. A mielopatia cursa com sinais de neurônio motor superior (hiper-reflexia, Babinski, alteração da marcha, sintomas em MMII e esfíncteres), ausentes no caso. O Spurling avalia compressão radicular, não medular.

Referências: HEBERT, S. K. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. BARROS FILHO, T. E. P.; LECH, O. Exame físico em ortopedia. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2017.

2ª QUESTÃO

Mulher, 38 anos, com lombalgia mecânica crônica, refere piora súbita há 24 horas após levantar uma caixa pesada, com dor irradiada para ambos os membros inferiores, dormência na região perineal e nas faces internas das coxas e dificuldade para iniciar a micção. Ao exame: força de flexão plantar grau 4 bilateralmente, reflexos aquileus abolidos bilateralmente, hipoestesia em sela, tônus do esfíncter anal reduzido e Lasègue positivo bilateral a 40°.
Diante desse quadro, assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica e a conduta corretas.

A) Hérnia discal L4–L5 posterolateral com radiculopatia L5 bilateral; o tratamento deve ser conservador, com AINE e relaxante muscular por 6 semanas, com reavaliação clínica ao fim desse período.

B) Estenose do canal lombar com claudicação neurogênica; a melhora dos sintomas com a flexão do tronco confirma o diagnóstico e o tratamento inicial é fisioterápico, sem necessidade de imagem.

C) Síndrome da cauda equina, provavelmente por hérnia discal central volumosa; trata-se de emergência, devendo-se solicitar ressonância magnética da coluna lombossacra imediatamente e encaminhar para avaliação cirúrgica com vistas à descompressão precoce.

D) Lombalgia inespecífica com componente psicossocial (yellow flags); não há indicação de exames de imagem, devendo-se tranquilizar a paciente e orientar a manutenção das atividades.

Resposta comentada — 2ª questão

Lombalgia

Gabarito: alternativa C

Alternativa C – Correta. Ciatalgia bilateral, anestesia em sela, disfunção vesical, redução do tônus anal e arreflexia aquileana bilateral formam o quadro clássico de **síndrome da cauda equina**. Em pacientes jovens, a causa mais comum é a hérnia discal central volumosa. É uma *red flag* e constitui urgência/emergência cirúrgica: RM imediata e descompressão precoce para preservar a função esfincteriana e motora.

Alternativa A – Incorreta. Os sinais de alarme (déficit esfincteriano, anestesia em sela) contraindicam conduta expectante. Além disso, a arreflexia aquileana e a fraqueza da flexão plantar apontam para S1, e não para L5.

Alternativa B – Incorreta. A estenose do canal causa claudicação neurogênica de instalação insidiosa, que melhora com a flexão, e não um quadro súbito com retenção urinária e anestesia em sela.

Alternativa D – Incorreta. Há déficit neurológico objetivo e sinais de alarme, o que exige investigação imediata. As *yellow flags* são fatores psicossociais de cronificação e não explicam os achados do exame.

Referências: HEBERT, S. K. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Dor nas costas e no pescoço).

3ª QUESTÃO

Homem, 55 anos, recebeu diclofenaco para tratamento de lombalgia aguda. Meses depois, em uma crise de asma, foi tratado com prednisona por via oral. Durante a consulta de retorno, o estudante de medicina revisou a farmacodinâmica dessas classes e elaborou as afirmativas abaixo.

I. Os AINEs inibem a cicloxigenase, reduzindo a síntese de prostaglandinas e tromboxanos, sem bloquear diretamente a via da lipoxigenase.

II. Os glicocorticoides inibem a fosfolipase A2 por meio da indução da lipocortina (anexina-1), reduzindo a produção tanto de prostaglandinas quanto de leucotrienos.

III. A inibição da COX-1 relaciona-se aos efeitos adversos gastrointestinais dos AINEs não seletivos, enquanto a COX-2 é a principal isoforma induzida no processo inflamatório.

IV. O ácido acetilsalicílico inibe de forma reversível a COX-1 plaquetária, motivo pelo qual seu efeito antiagregante cessa poucas horas após a suspensão do fármaco.

Assinale a alternativa que contém apenas as afirmativas corretas.

A) II e IV.

B) I, II e III.

C) II, III e IV.

D) I e IV.

Resposta comentada — 3ª questão Farmacologia — AINEs × AIEs

Gabarito: alternativa B

Alternativa B – Correta. I – Verdadeira: os AINEs atuam na via da COX (prostaglandinas, prostaciclina e tromboxanos) e não inibem a lipoxigenase; por isso, a via dos leucotrienos permanece ativa. **II – Verdadeira:** os corticoides induzem a anexina-1 (lipocortina) e modulam a transcrição gênica, inibindo a fosfolipase A2. Assim, reduzem a liberação de ácido araquidônico e bloqueiam as duas vias, o que lhes dá ação anti-inflamatória mais ampla. **III – Verdadeira:** a COX-1 é constitutiva (protege a mucosa gástrica e participa da agregação plaquetária e da função renal), e a COX-2 é induzida na inflamação. **IV – Falsa:** o AAS acetila a COX-1 de forma **irreversível**. Como a plaqueta não tem núcleo para sintetizar nova enzima, o efeito persiste por toda a sua vida (7–10 dias).

Alternativa A – Incorreta. Inclui a IV e omite a I e a III.

Alternativa C – Incorreta. Inclui a IV e exclui a I.

Alternativa D – Incorreta. Inclui a IV (falsa) e exclui as afirmativas II e III, que são corretas.

Referências: BRUNTON, L. L.; HILAL-DANDAN, R.; KNOLLMANN, B. C. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019. KATZUNG, B. G.; VANDERAH, T. W. Farmacologia básica e clínica. 15. ed. Porto Alegre: AMGH, 2023.

4ª QUESTÃO

Menino, 8 anos, apresenta febre de 39,5 °C há 4 dias e dor intensa na região proximal da tíbia esquerda, sem melhora com analgésicos, recusando-se a apoiar o membro. Há 10 dias teve um furúnculo no antebraço. Ao exame: calor, edema e dor intensa à palpação da metáfise tibial proximal, com mobilidade do joelho preservada e sem derrame articular. Exames: leucócitos 17.000/mm³ com desvio à esquerda, PCR e VHS elevados. A radiografia da perna não mostra alterações.
Com base nesse quadro, assinale a alternativa correta.

A) O quadro é compatível com artrite séptica do joelho; a radiografia normal e a mobilidade articular preservada são achados típicos dessa condição, sendo indicadas artrocentese e drenagem cirúrgica imediata.

B) O quadro é compatível com osteomielite hematogênica aguda, cujo agente mais provável é Staphylococcus aureus; a radiografia normal não exclui o diagnóstico, pois as alterações surgem após 1 a 2 semanas, e a ressonância magnética é o exame mais sensível; devem-se colher hemocultura e aspirado ósseo e iniciar antibioticoterapia endovenosa com cobertura antiestafilocócica.

C) O quadro é compatível com sarcoma de Ewing; febre e leucocitose são manifestações paraneoplásicas e a radiografia normal afasta osteomielite, sendo a biópsia a conduta inicial.

D) O quadro é compatível com osteomielite crônica com sequestro ósseo; a radiografia normal indica fase de formação do invólucro, e o desbridamento cirúrgico deve preceder qualquer antibioticoterapia.

Resposta comentada — 4ª questão

Osteomielite

Gabarito: alternativa B

Alternativa B – Correta. Criança com febre alta, dor óssea intensa e refratária na metáfise de osso longo, claudicação e foco cutâneo prévio (furúnculo) tem quadro típico de **osteomielite hematogênica aguda**. As alças capilares metafisárias têm fluxo lento e favorecem a semeadura bacteriana. *S. aureus* é o agente mais frequente. A radiografia só se altera após 1–2 semanas, e a RM é o exame de maior sensibilidade para o diagnóstico precoce. Colhem-se culturas e inicia-se o antibiótico EV sem aguardar os resultados.

Alternativa A – Incorreta. Na artrite séptica há derrame articular e limitação dolorosa da mobilidade da articulação, ambos ausentes aqui. A dor está localizada na metáfise.

Alternativa C – Incorreta. O sarcoma de Ewing entra no diagnóstico diferencial, mas a radiografia normal não exclui osteomielite, e o contexto infeccioso agudo torna a osteomielite a principal hipótese.

Alternativa D – Incorreta. O quadro tem 4 dias de evolução, portanto é agudo. A osteomielite crônica (> 3 meses) cursa com sequestro, invólucro e fístula visíveis na imagem. A cirurgia é reservada a abscesso, sequestro ou falha do antibiótico após 48 h.

Referências: HEBERT, S. K. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Osteomielite).

5ª QUESTÃO

Homem, 52 anos, etilista e hipertenso em uso de hidroclorotiazida, acorda de madrugada com dor intensa, edema, calor e eritema na primeira articulação metatarsofalângica direita, sem trauma prévio. Está afebril. A artrocentese evidencia líquido turvo, com 25.000 leucócitos/mm³ (predomínio de neutrófilos), bacterioscopia (Gram) negativa e, à microscopia de luz polarizada, cristais em forma de agulha com birrefringência negativa, alguns no interior de neutrófilos.
Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e a conduta corretos.

A) Crise aguda de gota; os cristais de urato monossódico confirmam o diagnóstico, e o tratamento da crise deve ser feito com colchicina, AINE ou corticoide, sem iniciar alopurinol durante o episódio agudo; a hidroclorotiazida e o álcool contribuem para a hiperuricemia.

B) Pseudogota; cristais de pirofosfato de cálcio em agulha com birrefringência negativa confirmam o diagnóstico, devendo-se iniciar alopurinol imediatamente para dissolução dos cristais.

C) Artrite séptica; a contagem de 25.000 leucócitos/mm³ confirma infecção, e os cristais são achado incidental, devendo-se iniciar oxacilina endovenosa e realizar drenagem articular.

D) Osteoartrite agudizada da primeira metatarsofalângica; os cristais representam achado sem significado clínico, e o tratamento consiste em AINE, perda de peso e fisioterapia.

Resposta comentada — 5ª questão

Doenças articulares

Gabarito: alternativa A

Alternativa A – Correta. Monoartrite aguda noturna da 1ª MTF (podagra) com cristais em agulha, de birrefringência negativa e intracelulares, confirma **gota** (o achado de cristais é o padrão-ouro). O líquido inflamatório (5.000–75.000 leucócitos) é compatível. Na crise usam-se colchicina, AINE ou corticoide. O hipouricemiante (alopurinol/febuxostate) não deve ser iniciado nem suspenso durante a crise. Tiazídicos e álcool reduzem a excreção de urato.

Alternativa B – Incorreta. Os cristais de pirofosfato de cálcio (pseudogota) são romboides, com birrefringência positiva fraca, e o alopurinol não trata a crise.

Alternativa C – Incorreta. 25.000 leucócitos estão na faixa inflamatória. Contagens > 50.000 (sobretudo > 100.000) sugerem infecção. O Gram é negativo e a presença de cristais explica o quadro, embora gota e infecção possam coexistir.

Alternativa D – Incorreta. A osteoartrite tem dor mecânica, líquido sinovial não inflamatório e não cursa com cristais de urato.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Abordagem aos distúrbios articulares e musculoesqueléticos; cap. Gota e outras artropatias por cristais). GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. Goldman-Cecil Medicina. 26. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

6ª QUESTÃO

Mulher, 52 anos, pintora de paredes, refere dor no ombro direito há 5 meses, sem tratamento prévio, pior à noite e ao elevar o braço acima da cabeça, com arco doloroso entre 60° e 120° de abdução. Ao exame: dor e fraqueza ao resistir à elevação do braço a 90° no plano da escápula, com rotação interna (polegar para baixo); testes de Neer e Hawkins-Kennedy positivos; força de rotação externa e interna contra resistência preservada; amplitude de movimento passiva preservada.
Assinale a alternativa correta.

A) O quadro sugere lesão maciça superoposterior do manguito, evidenciada pelo sinal da cancela, com indicação de artroplastia reversa do ombro.

B) O quadro sugere lesão do subescapular, evidenciada pelo teste de Jobe; por se tratar de rotura tendínea em paciente acima de 45 anos, o reparo cirúrgico imediato é a primeira opção.

C) O quadro sugere tendinopatia ou lesão do supraespinhal por síndrome do impacto subacromial, evidenciada pelo teste de Jobe; a ressonância magnética é o exame de escolha para avaliar rotura, e o tratamento inicial é conservador por pelo menos 3 meses, com afastamento das atividades com o membro acima de 90°, analgesia e fisioterapia.

D) O quadro sugere capsulite adesiva; a preservação da amplitude passiva é típica dessa condição, cujo tratamento de escolha é a infiltração intra-articular repetida de corticoide.

Resposta comentada — 6ª questão

Manguito rotador

Gabarito: alternativa C

Alternativa C – Correta. Atividade com os braços acima da cabeça, dor noturna, arco doloroso entre 60° e 120°, Neer e Hawkins positivos e Jobe positivo indicam **síndrome do impacto com acometimento do supraespinhal**. O **teste de Jobe** é feito com o braço a 90° no plano da escápula, em rotação interna, contra resistência. A RM é o exame de escolha para rotura (a US é alternativa, mas operador-dependente). O tratamento conservador dura no mínimo 3 meses.

Alternativa A – Incorreta. O sinal da cancela (o braço não mantém a rotação externa máxima) não foi descrito, e a rotação externa está preservada. Não há indicação de artroplastia.

Alternativa B – Incorreta. O subescapular é avaliado pelo Gerber (lift-off) e pelo *belly press*, e a rotação interna está preservada. A cirurgia não é a primeira opção antes do tratamento conservador.

Alternativa D – Incorreta. A capsulite adesiva cursa com perda das amplitudes ativa **e passiva**, sobretudo da rotação externa. Infiltrações repetidas são deletérias ao tendão.

Referências: HEBERT, S. K. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. BARROS FILHO, T. E. P.; LECH, O. Exame físico em ortopedia. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2017.

7ª QUESTÃO

Mulher, 34 anos, gestante de 30 semanas, queixa-se de dormência e formigamento noturnos no polegar, no indicador e no dedo médio da mão direita, que a despertam e melhoram ao sacudir a mão. Ao exame: sensibilidade da eminência tenar preservada, sem hipotrofia tenar, testes de Phalen e de Durkan positivos. Assinale a alternativa que interpreta corretamente o quadro e indica a conduta adequada.

A) Síndrome do túnel do carpo grave; a ausência de alteração sensitiva tenar indica lesão axonal avançada, com indicação de liberação cirúrgica ainda durante a gestação.

B) Radiculopatia C6; a piora noturna e a melhora ao sacudir a mão são típicas da compressão radicular, sendo indicada ressonância magnética da coluna cervical.

C) Síndrome do túnel do carpo; a preservação da sensibilidade da eminência tenar se explica porque o ramo cutâneo palmar do nervo mediano não passa pelo túnel; a conduta é conservadora, com tala noturna em posição neutra, evitando AINE na gestação, com expectativa de regressão após o parto.

D) Compressão do nervo ulnar no canal de Guyon; a distribuição dos sintomas e a positividade do teste de Durkan indicam liberação cirúrgica imediata.

Resposta comentada — 7ª questão

Túnel do carpo

Gabarito: alternativa C

Alternativa C – Correta. Parestesias no território do mediano, piora noturna, melhora ao sacudir a mão (*flick sign*), Phalen e Durkan positivos em gestante caracterizam a **STC secundária**, por aumento do conteúdo do túnel (retenção hídrica). O **ramo cutâneo palmar** sai antes do túnel, por isso a sensibilidade da eminência tenar é preservada (pista que diferencia a STC de lesões mais proximais). Sem hipotrofia, o caso é leve a moderado e o fator é transitório: tala noturna neutra. Os AINEs são evitados na gestação, e o quadro costuma regredir após o parto.

Alternativa A – Incorreta. A gravidade é marcada por hipotrofia tenar e déficit motor, ausentes no caso. A preservação tenar é esperada em qualquer grau de STC.

Alternativa B – Incorreta. A radiculopatia C6 cursa com dor cervical irradiada e alteração de reflexos (bicipital/estilorradial). Além disso, acomete a sensibilidade tenar e a da face lateral do antebraço. Phalen e Durkan não testam raízes.

Alternativa D – Incorreta. O nervo ulnar inerva o 5° dedo e a metade ulnar do 4°. O Durkan avalia o mediano no túnel do carpo.

Referências: HEBERT, S. K. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. BARROS FILHO, T. E. P.; LECH, O. Exame físico em ortopedia. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2017.

8ª QUESTÃO

Mulher, 68 anos, menopausa aos 48 anos, tabagista, teve fratura do punho após queda da própria altura há 1 ano. A densitometria óssea (DXA) mostrou T-score de −2,8 no colo femoral e de −2,6 em L1–L4. Cálcio, fósforo, PTH, 25-OH-vitamina D e função renal estão normais.
Assinale a alternativa correta quanto ao diagnóstico e ao tratamento.

A) Trata-se de osteoporose estabelecida, e os bisfosfonatos são a primeira linha de tratamento; esses fármacos são análogos do pirofosfato que se ligam à hidroxiapatita e inibem a farnesil pirofosfato sintase do osteoclasto, induzindo sua apoptose, devendo-se associar cálcio, vitamina D, exercícios com carga e prevenção de quedas.

B) O denosumabe, anticorpo monoclonal contra a osteoprotegerina (OPG), estimula a diferenciação dos osteoblastos e é a única opção possível nessa paciente.

C) Trata-se de osteopenia, pois o T-score está entre −1,0 e −2,5 desvios-padrão; o tratamento deve restringir-se à suplementação de cálcio e vitamina D.

D) Nessa paciente, o Z-score deve ser utilizado para o diagnóstico por se tratar de mulher na pós-menopausa, e a teriparatida em infusão contínua é a opção de escolha por seu efeito anabólico.

Resposta comentada — 8ª questão

Osteoporose

Gabarito: alternativa A

Alternativa A – Correta. T-score ≤ −2,5 em mulher pós-menopausa define **osteoporose**, e a fratura por fragilidade (punho/Colles) caracteriza a forma **estabelecida**. Os **bisfosfonatos** (por exemplo, alendronato 70 mg/semana) são os mais prescritos: análogos do pirofosfato que se depositam na hidroxiapatita, são internalizados pelo osteoclasto e inibem a farnesil pirofosfato sintase, levando à apoptose. Medidas associadas: cálcio, vitamina D, exercício com carga, cessação do tabagismo e prevenção de quedas.

Alternativa B – Incorreta. O denosumabe é anti-**RANKL** (mimetiza a OPG) e inibe a formação e a ação dos osteoclastos. Também não é a única opção.

Alternativa C – Incorreta. −2,8 e −2,6 são ≤ −2,5, ou seja, osteoporose, e não osteopenia.

Alternativa D – Incorreta. O T-score é usado na pós-menopausa e em homens ≥ 50 anos; o Z-score fica para a menacme, homens < 50 anos e crianças. O PTH **intermitente** é anabólico; o contínuo é catabólico.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Osteoporose). BRUNTON, L. L.; HILAL-DANDAN, R.; KNOLLMANN, B. C. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019.

9ª QUESTÃO

Recém-nascida, 2 dias de vida, filha de primigesta, nascida de parto cesáreo por apresentação pélvica. No exame do quadril esquerdo, com quadris e joelhos fletidos a 90°, a adução associada a pressão posterior provoca deslocamento da cabeça femoral para fora do acetábulo; em seguida, a abdução com anteriorização do trocânter produz um ressalto palpável ("clunk") de redução.
Assinale a alternativa correta.

A) As manobras de Barlow e de Ortolani estão positivas, indicando quadril luxável e redutível, compatível com displasia do desenvolvimento do quadril; a ultrassonografia (método de Graf) confirma o diagnóstico, e o tratamento até os 3 meses é feito com suspensório de Pavlik.

B) Trata-se de sinal de Galeazzi positivo, indicando encurtamento femoral congênito; deve-se solicitar radiografia imediatamente, pois a ultrassonografia não tem utilidade antes dos 6 meses.

C) Trata-se de displasia teratológica do quadril, cujo tratamento no período neonatal é a redução cruenta seguida de gesso pelvipodálico.

D) Os achados correspondem a estalidos articulares sem significado clínico, decorrentes da frouxidão ligamentar fisiológica do recém-nascido, devendo-se reavaliar aos 6 meses com radiografia.

Resposta comentada — 9ª questão Displasia do desenvolvimento do quadril

Gabarito: alternativa A

Alternativa A – Correta. A manobra de **Barlow** (adução + pressão posterior) mostra que o quadril é **luxável**, e a de **Ortolani** (abdução + anteriorização com "clunk") mostra que o quadril luxado é **redutível**. A paciente reúne os principais fatores de risco para DDQ: sexo feminino, apresentação pélvica e primiparidade. A USG (Graf) é o exame de escolha até cerca de 6 meses, quando a cabeça ainda é cartilaginosa. Até os 3 meses, o tratamento é o **suspensório de Pavlik** (flexão de cerca de 100° e abdução leve).

Alternativa B – Incorreta. O Galeazzi compara a altura dos joelhos (é pouco útil < 1 ano e negativo nos casos bilaterais). A USG é justamente o exame indicado nessa faixa etária.

Alternativa C – Incorreta. A forma teratológica ocorre antes do nascimento e se associa a malformações (mielomeningocele, artrogripose), ausentes no caso. A conduta inicial na forma típica não é cirúrgica.

Alternativa D – Incorreta. Instabilidade com luxação e redução palpáveis não é um estalido fisiológico. Adiar o tratamento piora o prognóstico.

Referências: HEBERT, S. K. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. HERRING, J. A. Tachdjian's Pediatric Orthopaedics. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.

10ª QUESTÃO

Paciente 1: menino, 6 anos, com claudicação há 2 meses e dor intermitente referida no joelho direito, afebril. Ao exame: limitação da abdução e da rotação interna do quadril direito. Hemograma e VHS normais. A radiografia mostra epífise femoral proximal direita esclerótica e achatada.
Paciente 2: adolescente, 13 anos, obeso, com dor no joelho esquerdo há 3 semanas e claudicação. Ao fletir passivamente o quadril esquerdo, a coxa roda externamente de forma obrigatória.
Assinale a alternativa que identifica corretamente as duas condições.

A) Paciente 1: epifisiólise proximal do fêmur; Paciente 2: doença de Legg-Calvé-Perthes, cujo prognóstico é melhor quanto mais tardio o início.

B) Paciente 1: artrite séptica do quadril, pelos critérios de Kocher; Paciente 2: osteossarcoma do fêmur distal.

C) Paciente 1: sinovite transitória do quadril, autolimitada e pós-viral; Paciente 2: doença de Legg-Calvé-Perthes, típica de adolescentes obesos.

D) Paciente 1: doença de Legg-Calvé-Perthes, necrose avascular idiopática do núcleo de ossificação da epífise femoral proximal, cuja irrigação depende principalmente da artéria circunflexa femoral medial; Paciente 2: epifisiólise proximal do fêmur (sinal de Drehmann); em ambos, a dor referida no joelho exige o exame do quadril.

Resposta comentada — 10ª questão Patologias do quadril na infância

Gabarito: alternativa D

Alternativa D – Correta. Paciente 1: menino de 4–8 anos com claudicação insidiosa, dor referida no joelho, limitação de abdução e rotação interna, exames normais e epífise esclerótica e achatada à radiografia caracterizam **Legg-Calvé-Perthes**, necrose avascular idiopática do núcleo epifisário, irrigado sobretudo pela artéria circunflexa femoral medial (vasos retinaculares). **Paciente 2:** adolescente obeso com dor no joelho e rotação externa obrigatória à flexão do quadril (**sinal de Drehmann**) tem **epifisiólise**. A dor do quadril é frequentemente referida ao joelho (nervo obturatório).

Alternativa A – Incorreta. As condições estão invertidas, e na LCP o início **tardio** (> 8–9 anos) tem pior prognóstico.

Alternativa B – Incorreta. O paciente 1 está afebril e tem exames normais, o que não preenche os critérios de Kocher (febre > 38,5 °C, VHS > 40, leucócitos > 12.000, não apoio). O sinal de Drehmann não sugere tumor.

Alternativa C – Incorreta. A sinovite transitória é aguda e autolimitada, com radiografia normal. A LCP é típica de crianças de 4–8 anos, não de adolescentes.

Referências: HEBERT, S. K. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. HERRING, J. A. Tachdjian's Pediatric Orthopaedics. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021.

11ª QUESTÃO

Mulher, 72 anos, hipertensa, em uso de varfarina por fibrilação atrial, chega ao pronto-socorro 2 horas após o início súbito de hemiparesia esquerda e disartria. NIHSS 10, PA 176 × 98 mmHg, glicemia capilar 118 mg/dL. A tomografia de crânio sem contraste não mostra hemorragia. INR 2,8 e plaquetas 190.000/mm^3. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta.

A) A trombólise com alteplase está contraindicada pelo uso de anticoagulante oral com INR alterado, apesar de a paciente estar dentro da janela de 4,5 horas e com PA abaixo de 185 × 110 mmHg; deve-se realizar angiotomografia para avaliar oclusão de grande vaso e possível indicação de trombectomia mecânica.

B) Deve-se administrar alteplase 0,9 mg/kg (máximo de 90 mg), pois INR inferior a 3,0 não contraindica a trombólise em pacientes com fibrilação atrial.

C) Deve-se reverter a varfarina com vitamina K e complexo protrombínico e, após a normalização do INR, administrar a alteplase dentro da janela terapêutica.

D) Deve-se reduzir a PA para valores abaixo de 140 mmHg com nitroprussiato antes de qualquer outra conduta, pois a PA sistólica acima de 140 mmHg contraindica a trombólise.

Resposta comentada — 11ª questão

AVE isquêmico

Gabarito: alternativa A

Alternativa A – Correta. A paciente preenche tempo (< 4,5 h), idade e pressão (< 185 × 110) dos critérios **TIPS**. Porém, o uso de anticoagulante com INR/TP alterado (INR > 1,7) é **contraindicação** à alteplase pelo risco de hemorragia intracraniana. Nesses casos, a angiotomografia identifica oclusão proximal de grande vaso da circulação anterior, cenário em que a **trombectomia mecânica** é a opção de reperfusão.

Alternativa B – Incorreta. Não existe limite de 3,0. Qualquer INR alterado (> 1,7) contraindica a trombólise.

Alternativa C – Incorreta. A reversão da anticoagulação para viabilizar a trombólise não é recomendada (risco trombótico e atraso). A alternativa é a trombectomia.

Alternativa D – Incorreta. Para trombolisar, a meta é PA < 185 × 110 mmHg. A redução agressiva prejudica a penumbra. A meta de PAS < 140 refere-se ao AVE hemorrágico.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Doenças cerebrovasculares isquêmicas). POWERS, W. J. et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 update. Stroke, v. 50, n. 12, 2019.

12ª QUESTÃO

Homem, 64 anos, diabético e hipertenso, apresenta déficit súbito caracterizado por fraqueza e hipoestesia com nítido predomínio no membro inferior direito, com membro superior e face relativamente poupados. A família refere que, desde então, ele está apático, "sem iniciativa", e apresentou episódios de incontinência urinária. Não há afasia nem alteração do campo visual.
O território vascular mais provavelmente acometido é o da:

A) artéria cerebral média esquerda, que irriga a face medial do hemisfério e é responsável pelo predomínio crural do déficit, sendo a afasia um achado tardio.

B) artéria cerebral posterior esquerda, cujo acometimento causa hemiparesia de predomínio crural associada a abulia, sem alterações visuais.

C) artéria lenticuloestriada esquerda, cuja oclusão produz infarto lacunar com síndrome motora pura, que acomete obrigatoriamente apenas o membro inferior.

D) artéria cerebral anterior esquerda, que irriga a face medial dos hemisférios, incluindo a área motora e sensitiva do membro inferior (lóbulo paracentral) e as regiões frontais mediais relacionadas à iniciativa e ao controle esfincteriano.

Resposta comentada — 12ª questão AVE — territórios vasculares

Gabarito: alternativa D

Alternativa D – Correta. A **ACA** irriga a face medial e superior dos hemisférios e o polo frontal, onde estão representados o membro inferior (lóbulo paracentral), as áreas frontais mediais (iniciativa e motivação, daí a abulia) e o controle cortical da micção. O déficit crural contralateral com abulia e incontinência é a síndrome clássica da ACA.

Alternativa A – Incorreta. A ACM irriga a face **lateral**. O déficit predomina em face e membro superior (braquiofacial) e, no hemisfério dominante, há afasia precoce.

Alternativa B – Incorreta. A ACP irriga o lobo occipital e a face inferior do temporal; o achado típico é a hemianopsia homônima contralateral.

Alternativa C – Incorreta. O infarto lacunar motor puro (cápsula interna) costuma ser proporcionado (face, braço e perna) e não explica abulia nem incontinência.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Doenças cerebrovasculares isquêmicas). MACHADO, A.; HAERTEL, L. M. Neuroanatomia funcional. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

13ª QUESTÃO

Paciente 1: mulher, 45 anos, tabagista, apresenta cefaleia súbita, de máxima intensidade desde o início, durante esforço físico, descrita como "a pior dor de cabeça da vida", seguida de vômitos. Ao exame: rigidez de nuca, ptose palpebral e midríase à esquerda, sem déficit motor. A tomografia de crânio mostra hiperdensidade nas cisternas da base.
Paciente 2: homem, 68 anos, hipertenso com má adesão ao tratamento, apresenta, enquanto trabalhava, hemiparesia direita que progride ao longo de 1 hora, acompanhada de cefaleia, vômitos e sonolência; PA 220 × 120 mmHg. A tomografia mostra hematoma no putâmen esquerdo.
Assinale a alternativa correta.

A) Paciente 1: hemorragia subaracnóidea, cuja pressão arterial deve ser reduzida para PAS < 100 mmHg até o tratamento do aneurisma; Paciente 2: hemorragia lobar por angiopatia amiloide, que deve ser tratada com trombectomia mecânica.

B) Paciente 1: hemorragia subaracnóidea por ruptura de malformação arteriovenosa, que tipicamente se manifesta com paralisia do VI par; Paciente 2: AVE isquêmico lacunar com transformação hemorrágica, com indicação de trombólise.

C) Paciente 1: migrânea com aura, já que a ptose e a midríase representam aura motora; Paciente 2: hemorragia por angiopatia amiloide, típica dos núcleos da base em hipertensos.

D) Paciente 1: hemorragia subaracnóidea por ruptura de aneurisma sacular, provavelmente da artéria comunicante posterior, cuja conduta envolve arteriografia e tratamento do aneurisma (clipagem ou embolização); Paciente 2: hemorragia intraparenquimatosa hipertensiva, associada à lipo-hialinose e aos microaneurismas de Charcot-Bouchard das artérias perfurantes, com controle pressórico (PAS < 140 mmHg) e correção de coagulopatias.

Resposta comentada — 13ª questão

AVE hemorrágico

Gabarito: alternativa D

Alternativa D – Correta. Paciente 1: cefaleia em trovoada ("pior da vida"), rigidez de nuca e sangue nas cisternas definem **HSA**. A paralisia do III par (ptose, midríase) sugere aneurisma da **comunicante posterior**, que comprime o nervo oculomotor. A conduta é neurocirúrgica: arteriografia e oclusão do aneurisma (clipagem ou embolização), mantendo a PAS em torno de 140–150 até o tratamento. **Paciente 2:** hipertenso com déficit progressivo em minutos a horas durante atividade e hematoma nos núcleos da base tem **HIC hipertensiva** (lipo-hialinose e microaneurismas de Charcot-Bouchard nas lenticuloestriadas). Conduta: PAS < 140 mmHg, reversão de coagulopatias e UTI.

Alternativa A – Incorreta. A meta pressórica da HSA não é PAS < 100. O hematoma do paciente 2 é profundo (putâmen), e trombectomia não se aplica à hemorragia.

Alternativa B – Incorreta. O III par é típico do aneurisma de comunicante posterior. A HIC não é AVE isquêmico, e a trombólise está contraindicada.

Alternativa C – Incorreta. Sangue na TC exclui migrânea. A angiopatia amiloide causa hemorragias **lobares** em idosos, não nos núcleos da base.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Hemorragia intracraniana; cap. Hemorragia subaracnóidea). BACHESCHI, L. A.; NITRINI, R. A neurologia que todo médico deve saber. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

14ª QUESTÃO

Homem, 32 anos, tabagista, procura atendimento por crises de dor excruciante periorbitária esquerda, com duração de cerca de 45 minutos, duas vezes ao dia, frequentemente despertando-o de madrugada, há 3 semanas. As crises acompanham-se de lacrimejamento, hiperemia conjuntival, rinorreia e ptose à esquerda; durante a dor, ele não consegue permanecer deitado e anda de um lado para outro. Teve episódio semelhante há 1 ano, que durou 2 meses. O consumo de bebida alcoólica desencadeia as crises. O exame neurológico entre as crises é normal.
Assinale a alternativa com o diagnóstico e o tratamento corretos.

A) Cefaleia em salvas; na crise, sumatriptano por via oral, que tem início de ação rápido o suficiente para crises curtas; na profilaxia, amitriptilina como primeira escolha.

B) Migrânea com aura; na crise, triptano por via oral associado a AINE; na profilaxia, propranolol ou topiramato.

C) Neuralgia do trigêmeo; na crise e na profilaxia, carbamazepina, por se tratar de dor lancinante com desencadeantes.

D) Cefaleia em salvas; na crise, oxigênio a 100% sob máscara (12–15 L/min por 15 minutos) ou sumatriptano subcutâneo; na profilaxia, o verapamil é a primeira escolha (com monitorização eletrocardiográfica), podendo-se usar prednisona como terapia de transição.

Resposta comentada — 14ª questão

Cefaleia

Gabarito: alternativa D

Alternativa D – Correta. Homem jovem com dor unilateral orbitária excruciante de 15–180 minutos, com ritmo circadiano (despertar noturno), em períodos (salvas) de semanas a meses, sintomas autonômicos ipsilaterais, agitação durante a crise e desencadeamento por álcool tem **cefaleia em salvas**, uma cefaleia trigêmino-autonômica. Na crise usa-se O_2 100% (12–15 L/min, 15 min) ou sumatriptano 6 mg SC/spray nasal. Na profilaxia, que é a base do tratamento, o **verapamil** é a 1ª escolha (com ECG), e a prednisona serve de transição.

Alternativa A – Incorreta. O sumatriptano oral não é eficaz nas salvas (absorção lenta para crises curtas). A amitriptilina não é profilaxia de 1ª linha.

Alternativa B – Incorreta. Na migrânea a crise dura 4–72 h, o paciente prefere repouso no escuro e os sintomas autonômicos proeminentes não são característicos.

Alternativa C – Incorreta. A neuralgia do trigêmeo causa paroxismos de segundos, em choque, no território do V par, desencadeados por toque, sem sintomas autonômicos marcantes.

Referências: HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICHD-3). Cephalalgia, v. 38, n. 1, 2018. LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Cefaleia).

15ª QUESTÃO

Homem, 30 anos, vítima de queda de motocicleta, é avaliado no pronto-socorro. Abre os olhos somente à pressão no leito ungueal, emite apenas gemidos incompreensíveis e, ao estímulo doloroso, apresenta flexão anormal dos membros superiores com extensão dos membros inferiores. Uma pupila é reativa à luz e a outra não.
Assinale a alternativa que apresenta corretamente a avaliação desse paciente.

A) A Escala de Coma de Glasgow é 7; o Glasgow-P é 5, pois a reatividade pupilar unilateral subtrai 2 pontos; a postura descrita corresponde à descerebração.

B) A Escala de Coma de Glasgow é 7 (abertura ocular 2, resposta verbal 2, resposta motora 3); com a reatividade pupilar unilateral, o Glasgow-P é 6; trata-se de TCE grave, com postura de decorticação, o que geralmente indica proteção definitiva da via aérea.

C) A Escala de Coma de Glasgow é 9 (abertura ocular 3, resposta verbal 2, resposta motora 4); trata-se de TCE moderado, e a postura descrita corresponde à descerebração.

D) A Escala de Coma de Glasgow é 8 (abertura ocular 2, resposta verbal 3, resposta motora 3); trata-se de TCE moderado, com indicação de observação clínica.

Resposta comentada — 15ª questão Alterações do estado de consciência

Gabarito: alternativa B

Alternativa B – Correta. Abertura ocular à pressão = **2**; sons/gemidos = **2**; flexão anormal (decorticação) = **3**. Total: **7**. Na ECG-P, a reatividade pupilar unilateral subtrai 1 ponto (bilateral 0, unilateral −1, inexistente −2): 7 − 1 = **6**. ECG de 3–8 define **TCE grave**. A decorticação (flexão de MMSS com extensão de MMII) indica lesão acima do núcleo rubro. Pacientes com ECG ≤ 8 geralmente necessitam de via aérea definitiva.

Alternativa A – Incorreta. A reatividade unilateral subtrai 1 (não 2), e a postura é de decorticação.

Alternativa C – Incorreta. Abertura ocular "ao som" pontua 3, mas o paciente só abre os olhos à pressão; flexão normal (retirada) pontua 4, mas a flexão descrita é anormal. Descerebração é extensão dos quatro membros.

Alternativa D – Incorreta. "Palavras inapropriadas" pontuam 3, mas o paciente só emite gemidos (2). Além disso, ECG 8 já seria TCE grave.

Referências: TEASDALE, G. et al. The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time. The Lancet Neurology, v. 13, n. 8, 2014. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ATLS – Advanced Trauma Life Support. 10. ed. Chicago: ACS, 2018.

16ª QUESTÃO

Menina, 7 anos, é levada à consulta porque a professora percebeu episódios de "desligamento" várias vezes ao dia, com duração aproximada de 10 segundos, nos quais a criança fica com o olhar fixo, pisca repetidamente e interrompe a atividade, retomando-a abruptamente, sem confusão posterior. Durante a consulta, um episódio idêntico é desencadeado pela hiperventilação. O exame neurológico é normal.
Assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de crises de ausência (crises generalizadas não motoras); o EEG tipicamente mostra complexos espícula-onda a 3 Hz, e o tratamento pode ser feito com etossuximida ou valproato, devendo-se evitar carbamazepina e fenitoína, que podem agravar as ausências.

B) Trata-se de crises focais disperceptivas de origem temporal, com automatismos; a carbamazepina é o fármaco de primeira escolha.

C) Trata-se de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, pois a ausência de período pós-ictal exclui crise epiléptica; o tratamento é feito com metilfenidato.

D) Trata-se de crises de ausência, cujo fármaco de primeira escolha é a fenitoína, por bloquear os canais de cálcio tipo T talamocorticais.

Resposta comentada — 16ª questão

Epilepsia

Gabarito: alternativa A

Alternativa A – Correta. Episódios breves (10–30 s) e frequentes de olhar fixo e piscamento, com início e fim abruptos, sem pós-ictal e desencadeados pela hiperventilação, em criança de 4–12 anos, são **crises de ausência**, generalizadas não motoras. O EEG mostra espícula-onda a 3 Hz, gerada por circuitos talamocorticais com canais de Ca^{2+} tipo T. Tratamento: **etossuximida** (bloqueia o Ca^{2+} tipo T) ou **valproato**. Carbamazepina e fenitoína podem piorar as ausências.

Alternativa B – Incorreta. As crises focais disperceptivas duram mais, têm automatismos e confusão pós-ictal, e não são desencadeadas tipicamente pela hiperventilação.

Alternativa C – Incorreta. A ausência de pós-ictal é justamente característica da crise de ausência, e a hiperventilação reproduziu o evento.

Alternativa D – Incorreta. A fenitoína bloqueia canais de Na^{+} e é ineficaz nas ausências (pode agravá-las). Quem bloqueia o Ca^{2+} tipo T é a etossuximida.

Referências: FISHER, R. S. et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy. Epilepsia, v. 58, n. 4, 2017. LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Crises epilépticas e epilepsia).

17ª QUESTÃO

Mulher, 24 anos, com epilepsia generalizada e crises tônico-clônicas controladas com valproato de sódio, usa contraceptivo oral combinado e informa que deseja engravidar no próximo ano.
Assinale a alternativa que apresenta a orientação correta.

A) O valproato deve ser trocado por carbamazepina, que é o antiepiléptico de escolha nas epilepsias generalizadas e potencializa a eficácia dos contraceptivos orais.

B) O valproato deve ser suspenso imediatamente, mantendo-se a paciente sem antiepiléptico durante a gestação, já que todos os fármacos dessa classe são igualmente teratogênicos.

C) O valproato é o antiepiléptico mais teratogênico (defeitos do tubo neural e prejuízo do desenvolvimento cognitivo) e deve ser substituído de forma gradual e planejada, preferencialmente por lamotrigina ou levetiracetam, com suplementação de ácido fólico antes da concepção; vale lembrar que o estrogênio reduz o nível sérico da lamotrigina.

D) O valproato deve ser mantido, pois a monoterapia elimina o risco teratogênico, e o ácido fólico deve ser evitado por reduzir os níveis do antiepiléptico.

Resposta comentada — 17ª questão Epilepsia — fármacos e gestação

Gabarito: alternativa C

Alternativa C – Correta. O **valproato** tem o maior risco teratogênico entre os antiepilépticos (defeitos do tubo neural e déficit cognitivo) e deve ser evitado em mulheres em idade fértil. Na epilepsia generalizada, as alternativas preferidas são **lamotrigina e levetiracetam**. A troca deve ser gradual (antiepilépticos nunca são suspensos abruptamente) e acompanhada de **ácido fólico** pré-concepcional. O estrogênio dos contraceptivos e da gestação reduz o nível da lamotrigina, o que exige ajuste de dose.

Alternativa A – Incorreta. A carbamazepina é de escolha nas crises focais, pode agravar ausências/mioclonias e é indutora enzimática, o que **reduz** a eficácia dos contraceptivos.

Alternativa B – Incorreta. A suspensão abrupta pode precipitar estado de mal. As crises tônico-clônicas também oferecem risco à mãe e ao feto, e os fármacos não são igualmente teratogênicos.

Alternativa D – Incorreta. A monoterapia reduz, mas não elimina, o risco, e o ácido fólico é recomendado.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Crises epilépticas e epilepsia). BRUNTON, L. L.; HILAL-DANDAN, R.; KNOLLMANN, B. C. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019.

18ª QUESTÃO

Menino, 18 meses, com febre de 39 °C há 6 horas por infecção de vias aéreas superiores, apresenta crise tônico-clônica generalizada com duração de 3 minutos, com recuperação completa da consciência em 30 minutos. O exame neurológico é normal, sem sinais meníngeos, e o desenvolvimento neuropsicomotor é adequado. É o primeiro episódio. O pai teve episódio semelhante na infância.
Assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de epilepsia, pois houve uma crise associada a história familiar positiva, sendo indicado iniciar valproato.

B) Trata-se de convulsão febril simples, e o uso de antitérmico em horários fixos de forma contínua deve ser prescrito, pois previne a recorrência das crises.

C) Trata-se de convulsão febril simples; não há indicação rotineira de EEG, neuroimagem ou anticonvulsivante contínuo, devendo-se tratar a febre e sua causa e orientar os pais sobre a possibilidade de recorrência e a conduta durante uma nova crise.

D) Trata-se de convulsão febril complexa, pela história familiar positiva, sendo obrigatórios EEG e ressonância magnética de crânio.

Resposta comentada — 18ª questão Convulsão febril

Gabarito: alternativa C

Alternativa C – Correta. Criança entre 6 meses e 5 anos, com febre e sem infecção do SNC, que apresenta crise **generalizada, < 15 minutos e não recorrente em 24 h**, tem **convulsão febril simples**. A história familiar é comum (herança AD) e não altera a classificação. EEG, neuroimagem e anticonvulsivante contínuo não são indicados rotineiramente. A conduta é tratar a febre e a causa e orientar os pais.

Alternativa A – Incorreta. Crise provocada por febre não fecha o diagnóstico de epilepsia, que exige crises **não provocadas**.

Alternativa B – Incorreta. Os antitérmicos melhoram o conforto, mas não previnem a recorrência da convulsão febril.

Alternativa D – Incorreta. A convulsão febril complexa é definida por crise focal, duração > 15 minutos ou recorrência em 24 h, e não pela história familiar.

Referências: SUBCOMMITTEE ON FEBRILE SEIZURES; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Febrile seizures: guideline for the neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. Pediatrics, v. 127, n. 2, 2011. LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Crises epilépticas e epilepsia).

19ª QUESTÃO

Mulher, 84 anos, com doença de Alzheimer em fase leve, está internada há 3 dias por pneumonia. A filha relata que, desde ontem, a mãe "está muito quieta", sonolenta e desinteressada, não acompanha as conversas, dorme durante o dia e fica acordada à noite, com melhora e piora ao longo do dia. Ao exame, não consegue dizer os meses do ano em ordem inversa e está desorientada no tempo. Na noite anterior, recebeu difenidramina para dormir.
Assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de delirium hiperativo, cujo tratamento de primeira linha é haloperidol em doses fixas associado a benzodiazepínico e contenção mecânica.

B) Trata-se de progressão esperada da doença de Alzheimer, sendo indicado associar memantina ao tratamento.

C) Trata-se de episódio depressivo maior, evidenciado pela apatia e pelo desinteresse, sendo indicado iniciar inibidor seletivo da recaptação de serotonina.

D) Trata-se de delirium hipoativo sobreposto à demência, com CAM positivo (início agudo e curso flutuante, desatenção e alteração do nível de consciência); a conduta inclui tratar a pneumonia, suspender fármacos deliriogênicos como a difenidramina e instituir medidas não farmacológicas, reservando o antipsicótico em dose baixa para agitação com risco.

Resposta comentada — 19ª questão

Delirium

Gabarito: alternativa D

Alternativa D – Correta. Mudança aguda em relação ao basal, com flutuação, **desatenção** (falha nos meses ao contrário) e rebaixamento (sonolência), preenche o CAM: (1 + 2) + (3 ou 4). Apatia e sonolência caracterizam o subtipo **hipoativo**, o mais subdiagnosticado. A demência é o principal fator predisponente, e os precipitantes aqui são a infecção e o anticolinérgico (difenidramina; a fisiopatologia envolve ↓ acetilcolina). Conduta: tratar a causa, suspender deliriogênicos (critérios de Beers) e adotar medidas não farmacológicas (reorientação, óculos e aparelho auditivo, higiene do sono, mobilização). Antipsicótico só para agitação grave, em dose baixa e por pouco tempo.

Alternativa A – Incorreta. O quadro é hipoativo. Além disso, BZD e contenção pioram o delirium (exceto na abstinência alcoólica).

Alternativa B – Incorreta. A DA evolui de forma insidiosa, com atenção e nível de consciência preservados até fases avançadas. Uma piora aguda e flutuante indica delirium.

Alternativa C – Incorreta. A depressão não causa rebaixamento do nível de consciência nem flutuação ao longo do dia, e sua instalação é em semanas.

Referências: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed, 2023. INOUYE, S. K.; WESTENDORP, R. G. J.; SACZYNSKI, J. S. Delirium in elderly people. The Lancet, v. 383, n. 9920, 2014.

20ª QUESTÃO

Homem, 66 anos, apresenta há 1 ano tremor de repouso na mão direita, semelhante ao movimento de "contar moedas", lentidão para abotoar a camisa e letra cada vez menor. Ao exame: bradicinesia com decremento no toque polegar-indicador e rigidez em roda denteada no membro superior direito, sem hiper-reflexia. Refere constipação há anos e a esposa conta que ele "se debate e grita" durante os sonhos. A doença já prejudica seu trabalho.
Sobre a fisiopatologia e o tratamento desse quadro, assinale a alternativa correta.

A) Há perda de neurônios dopaminérgicos da substância negra compacta; a redução da dopamina aumenta a atividade da via direta e diminui a da indireta, desinibindo o tálamo; a carbidopa atravessa a barreira hematoencefálica e é convertida em dopamina no estriado.

B) Há perda de neurônios dopaminérgicos da substância negra compacta com corpos de Lewy (α-sinucleína); a redução da dopamina diminui a atividade da via direta (D1) e aumenta a da via indireta (D2), resultando em maior inibição talâmica; a levodopa é associada à carbidopa, que inibe a dopa-descarboxilase periférica, reduzindo efeitos adversos periféricos e aumentando a oferta central.

C) Há perda de neurônios dopaminérgicos da substância negra compacta; o tratamento de escolha é a dopamina por via oral, que atravessa a barreira hematoencefálica com maior eficiência que a levodopa.

D) Trata-se de tremor essencial, visto que o tremor é unilateral; a constipação e as alterações do sono não têm relação com o quadro, e o tratamento de escolha é o propranolol.

Resposta comentada — 20ª questão

Doença de Parkinson

Gabarito: alternativa B

Alternativa B – Correta. O quadro é de **doença de Parkinson**: bradicinesia (obrigatória), tremor de repouso e rigidez em roda denteada, de início assimétrico, com pródromos não motores (constipação e transtorno comportamental do sono REM). Há perda dopaminérgica da SNc com corpos de Lewy. Como a dopamina excita a via direta (D1) e inibe a indireta (D2), sua falta reduz a via direta e aumenta a indireta, com hiperatividade do NST e do GPi/SNr, inibição talâmica e hipocinesia. A **levodopa** atravessa a BHE, e a **carbidopa** (que não a atravessa) bloqueia a descarboxilação periférica. Com prejuízo funcional, levodopa/carbidopa é a escolha.

Alternativa A – Incorreta. Inverte as vias (o padrão descrito é o das hipercinesias) e erra o papel da carbidopa.

Alternativa C – Incorreta. A dopamina não atravessa a BHE; por isso se usa a levodopa, seu precursor.

Alternativa D – Incorreta. O tremor essencial é postural/de ação, geralmente bilateral, melhora com álcool e não cursa com bradicinesia nem rigidez. Os sintomas não motores são pródromos típicos da DP.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Doença de Parkinson). POSTUMA, R. B. et al. MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease. Movement Disorders, v. 30, n. 12, 2015.

21ª QUESTÃO

Homem, 74 anos, apresenta declínio cognitivo há 1 ano, com flutuações marcantes da atenção e do estado de alerta ao longo dos dias e alucinações visuais vívidas e bem formadas ("crianças brincando na sala") desde o início. A esposa refere que ele se movimenta bruscamente durante os sonhos. Há 6 meses surgiram leve bradicinesia e rigidez. Na semana passada, recebeu haloperidol em um serviço de emergência e evoluiu com rigidez intensa e piora da confusão.
Assinale a alternativa correta.

A) O quadro é compatível com demência com corpos de Lewy, caracterizada por flutuação cognitiva, alucinações visuais precoces, transtorno comportamental do sono REM e parkinsonismo surgido até 1 ano após a demência; há sensibilidade grave a neurolépticos, devendo-se evitar antipsicóticos típicos, e os inibidores da colinesterase, como a rivastigmina, podem trazer benefício.

B) O quadro é compatível com doença de Alzheimer típica, que se inicia com alucinações visuais e parkinsonismo; o haloperidol é seguro e é o tratamento de escolha para as alucinações.

C) O quadro é compatível com demência frontotemporal, caracterizada por alucinações visuais precoces e flutuação; o tratamento é feito com memantina.

D) O quadro é compatível com demência da doença de Parkinson, pois o parkinsonismo surgiu após o declínio cognitivo; o tratamento de escolha é a levodopa em doses altas.

Resposta comentada — 21ª questão

Demências

Gabarito: alternativa A

Alternativa A – Correta. Os achados centrais da **demência com corpos de Lewy** são flutuação cognitiva, alucinações visuais vívidas e precoces, transtorno comportamental do sono REM e parkinsonismo. Pela "regra de 1 ano", a demência surge antes ou até 1 ano após o parkinsonismo. A reação grave ao haloperidol (sensibilidade a neurolépticos) é típica e pode ser fatal. Os inibidores da colinesterase (rivastigmina) são úteis e os antipsicóticos típicos devem ser evitados.

Alternativa B – Incorreta. A DA inicia-se pela memória episódica. Alucinações e parkinsonismo precoces não são típicos.

Alternativa C – Incorreta. A DFT manifesta-se por alteração de comportamento (desinibição) ou de linguagem, em idade mais precoce (45–65 anos), sem alucinações visuais proeminentes.

Alternativa D – Incorreta. Na demência da DP, o parkinsonismo precede a demência em ≥ 1 ano, o oposto do caso.

Referências: McKEITH, I. G. et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: fourth consensus report of the DLB Consortium. Neurology, v. 89, n. 1, 2017. LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Doença de Alzheimer e outras demências).

22ª QUESTÃO

Durante o atendimento de um idoso com queixa de esquecimento, o médico residente revisou com o interno os sistemas de memória e suas bases anatômicas. Analise as afirmativas a seguir.

I. A memória episódica depende do hipocampo e do lobo temporal medial e costuma ser a primeira a falhar na doença de Alzheimer.

II. A memória procedural (de procedimentos), dependente do estriado e do cerebelo, tende a ser preservada por longo tempo nas demências.

III. Na amnésia global transitória, há perda da identidade pessoal, e o quadro dura caracteristicamente vários dias.

IV. A memória de trabalho, que mantém e manipula informações por segundos a minutos, depende principalmente do córtex pré-frontal dorsolateral.

Assinale a alternativa que contém apenas as afirmativas corretas.

A) I, II, III e IV.

B) I, III e IV.

C) I, II e IV.

D) II e III.

Resposta comentada — 22ª questão

Memória

Gabarito: alternativa C

Alternativa C – Correta. I – Verdadeira: a memória episódica (eventos com contexto de tempo e lugar) depende do hipocampo e do temporal medial, primeiros sítios de lesão na DA. **II – Verdadeira:** a memória procedural (implícita, "saber como") depende do estriado e do cerebelo e é preservada por muito tempo. **III – Falsa:** a amnésia global transitória é súbita, ocorre em pessoas > 50 anos e causa amnésia anterógrada com perguntas repetitivas, mas dura **< 24 h**, com **identidade preservada**, e é benigna. Perda da identidade pessoal sugere amnésia dissociativa. **IV – Verdadeira:** a memória de trabalho depende do pré-frontal dorsolateral.

Alternativa A – Incorreta. A afirmativa III é falsa.

Alternativa B – Incorreta. Inclui a III e exclui a II.

Alternativa D – Incorreta. Inclui a III e exclui a I e a IV.

Referências: KANDEL, E. R. et al. Princípios de neurociências. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014. DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

23ª QUESTÃO

Mulher, 27 anos, foi ao pronto-socorro quatro vezes nos últimos 2 meses por episódios súbitos e inesperados de palpitação, falta de ar, sudorese, tremor, formigamento nas mãos e sensação de morte iminente, que atingem o pico em cerca de 10 minutos. ECG, troponina, TSH e glicemia foram normais em todas as ocasiões. Desde então, vive preocupada com a possibilidade de novas crises e passou a evitar andar de ônibus e sair de casa sozinha.
Assinale a alternativa com o diagnóstico e a abordagem corretos.

A) Fobia específica do tipo situacional; os inibidores seletivos da recaptação de serotonina são contraindicados, e o tratamento é exclusivamente farmacológico com betabloqueador.

B) Transtorno de pânico com agorafobia; o tratamento envolve terapia cognitivo-comportamental com exposição interoceptiva e inibidor seletivo da recaptação de serotonina iniciado em dose baixa e titulado, podendo-se usar benzodiazepínico de alta potência apenas como ponte por curto período, com manutenção do tratamento por pelo menos 12 meses.

C) Transtorno de ansiedade generalizada; o tratamento de escolha é a monoterapia com benzodiazepínico de uso contínuo por tempo indeterminado.

D) Transtorno de pânico; o propranolol em monoterapia é a primeira linha, pois trata o núcleo cognitivo da ansiedade antecipatória.

Resposta comentada — 23ª questão Ansiedade

Gabarito: alternativa B

Alternativa B – Correta. Ataques de pânico recorrentes e inesperados (pico em minutos, ≥ 4 sintomas), seguidos de mais de 1 mês de preocupação com novas crises e mudança de comportamento, após exclusão de causas orgânicas, definem **transtorno de pânico**. A evitação de transportes e de sair sozinha caracteriza a agorafobia associada. Tratamento: TCC com **exposição interoceptiva** e ISRS em **dose baixa titulada** (pela piora ansiosa inicial), BZD de alta potência só como ponte e manutenção por ≥ 12 meses.

Alternativa A – Incorreta. Na fobia específica, o medo é restrito a um objeto ou situação e o tratamento de escolha é a exposição, não o betabloqueador. A paciente tem ataques espontâneos e inesperados.

Alternativa C – Incorreta. O TAG é preocupação excessiva com múltiplos temas por ≥ 6 meses, e não ataques paroxísticos. Além disso, o BZD contínuo causa tolerância e dependência e não é 1ª linha.

Alternativa D – Incorreta. O propranolol atua nos sintomas periféricos (ansiedade de desempenho) e não trata o núcleo cognitivo.

Referências: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed, 2023. SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

24ª QUESTÃO

Mulher, 78 anos, viúva há 3 anos, é trazida pela filha por apresentar, há 2 meses, tristeza na maior parte do dia, perda de interesse pelas atividades que antes apreciava, insônia, inapetência com perda de 6 kg, cansaço e dificuldade de concentração. Nega ideação suicida. PHQ-9 = 17. Hemograma, TSH, vitamina B12, glicemia e função renal estão normais.
Assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de luto normal, que impede o diagnóstico de depressão maior; deve-se apenas acolher a paciente, sem tratamento específico.

B) Trata-se de episódio depressivo maior, e a bupropiona é a melhor opção por aumentar o apetite e o sono.

C) Trata-se de episódio depressivo maior; a mirtazapina, que atua por bloqueio de receptores α2, é uma opção adequada por favorecer o sono e o apetite; em idosos, devem-se evitar tricíclicos e benzodiazepínicos, lembrando que o efeito antidepressivo surge em 2 a 4 semanas e que o tratamento deve ser mantido por 6 a 12 meses após a remissão.

D) Trata-se de episódio depressivo maior, e a amitriptilina é a primeira escolha em idosos, por seus efeitos sedativos e anticolinérgicos benéficos.

Resposta comentada — 24ª questão

Depressão

Gabarito: alternativa C

Alternativa C – Correta. Humor deprimido e anedonia com ≥ 5 dos 9 sintomas por ≥ 2 semanas, com prejuízo, definem um **EDM** (PHQ-9 de 15–19 = moderado a grave). A **mirtazapina** (antagonista α2) favorece sono e apetite e é útil no idoso com insônia e anorexia. Tricíclicos (anticolinérgicos, hipotensão, cardiotoxicidade) e BZD (quedas, delirium) devem ser evitados. O efeito aparece em 2–4 semanas e o tratamento é mantido por 6–12 meses após a remissão.

Alternativa A – Incorreta. O luto não exclui o EDM quando os critérios são preenchidos. Além disso, a viuvez ocorreu há 3 anos.

Alternativa B – Incorreta. A bupropiona (NET + DAT) não aumenta o apetite nem o sono; tende a ser ativadora e reduz o limiar convulsivo.

Alternativa D – Incorreta. Os efeitos anticolinérgicos dos tricíclicos são deletérios no idoso, o que os torna inadequados como 1ª escolha.

Referências: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR. Porto Alegre: Artmed, 2023. SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

25ª QUESTÃO

Homem, 68 anos, diabético, é trazido ao pronto-socorro com febre, cefaleia intensa e confusão mental há 24 horas. Ao exame: rigidez de nuca, sinal de Kernig positivo, Glasgow 13, sem déficits focais ou papiledema. Após tomografia de crânio normal, foi realizada punção lombar: líquor turvo, 2.800 células/mm³ (90% neutrófilos), proteína 240 mg/dL, glicose 18 mg/dL (glicemia 160 mg/dL); a bacterioscopia (Gram) mostra bacilos gram-positivos.
Assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de meningite viral, pois a glicose do líquor está normal em relação à glicemia; o tratamento é de suporte, com aciclovir empírico.

B) Trata-se de meningite tuberculosa, pela glicose baixa e pela proteína elevada; o tratamento é o esquema RIPE associado à dexametasona.

C) Trata-se de meningite bacteriana, e o Gram sugere Listeria monocytogenes, intrinsecamente resistente às cefalosporinas; o esquema deve incluir ampicilina, sendo o esquema empírico para pacientes acima de 50 anos composto por ceftriaxona, vancomicina e ampicilina.

D) Trata-se de meningite pneumocócica, e a ceftriaxona em monoterapia é suficiente; os contatos domiciliares devem receber quimioprofilaxia com rifampicina.

Resposta comentada — 25ª questão

Meningites

Gabarito: alternativa C

Alternativa C – Correta. O líquor é bacteriano: turvo, pleocitose neutrofílica, proteína alta e glicose muito baixa (< 40 mg/dL e < 2/3 da glicemia). **Bacilo gram-positivo** no líquor de idoso ou imunocomprometido (diabético) indica **Listeria**, que é resistente às cefalosporinas; por isso a **ampicilina** é obrigatória. Esquema empírico > 50 anos: ceftriaxona + vancomicina + ampicilina. Se a dexametasona tiver sido iniciada, deve ser suspensa quando o agente não for pneumococo.

Alternativa A – Incorreta. A meningite viral tem líquor claro, linfocitário e com glicose normal. Aqui a glicose está muito baixa (18 para glicemia de 160).

Alternativa B – Incorreta. A meningite TB é subaguda, com líquor linfocitário e ADA elevado, e não mostra bacilos gram-positivos ao Gram.

Alternativa D – Incorreta. O pneumococo é diplococo gram-**positivo**. Além disso, a quimioprofilaxia se aplica a contatos de doença meningocócica e Hib, e não à pneumocócica.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Meningite bacteriana aguda). TUNKEL, A. R. et al. Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. Clinical Infectious Diseases, v. 39, n. 9, 2004.

26ª QUESTÃO

Paciente 1: homem, 35 anos, com infecção pelo HIV sem tratamento (CD4 de 45 células/mm^3), apresenta cefaleia progressiva e febre há 3 semanas e confusão mental leve, sem rigidez de nuca. A pressão de abertura do líquor é de 35 cmH_2O; o líquor tem 15 células/mm^3 (mononucleares), glicose levemente reduzida, e a pesquisa com tinta da China é positiva.
Paciente 2: mulher, 40 anos, contactante domiciliar de tuberculose pulmonar, apresenta há 4 semanas febre baixa, cefaleia, vômitos, alteração de comportamento e diplopia por paralisia do VI par. Líquor: 250 células/mm^3 (predomínio linfocitário), proteína 220 mg/dL, glicose 25 mg/dL e ADA elevada.
Assinale a alternativa correta.

A) Paciente 1: neurocriptococose, cuja hipertensão intracraniana deve ser tratada com corticoide e acetazolamida, sem punções de alívio; Paciente 2: meningite viral por enterovírus, com tratamento de suporte.

B) Paciente 1: neurocriptococose, tratada com indução por anfotericina B e flucitosina por 2 semanas, seguida de consolidação e manutenção com fluconazol, além de punções de alívio seriadas pela pressão acima de 25 cmH_2O; Paciente 2: meningite tuberculosa, tratada com esquema RIPE associado a corticoide, devendo-se solicitar sorologia para HIV.

C) Paciente 1: meningite tuberculosa, pela pressão liquórica elevada; Paciente 2: neurocriptococose, pela paralisia de par craniano e pela glicose baixa.

D) Paciente 1: neurotoxoplasmose, tratada com sulfadiazina e pirimetamina; Paciente 2: meningite bacteriana aguda por pneumococo, tratada com ceftriaxona.

Resposta comentada — 26ª questão

Meningites crônicas

Gabarito: alternativa B

Alternativa B – Correta. Paciente 1: HIV com CD4 < 100, quadro subagudo, pouca inflamação no líquor, **pressão > 25 cmH_2O** e tinta da China positiva (cápsula) caracterizam **neurocriptococose**. Tratamento: indução com anfotericina B + flucitosina (2 semanas), consolidação com fluconazol 800 mg (8 semanas) e manutenção com 200 mg, além de punções de alívio seriadas. **Paciente 2:** quadro subagudo de base de crânio (VI par), líquor linfocitário com proteína muito alta, glicose baixa e **ADA elevada** definem **meningite tuberculosa**: RIPE (2 meses) seguido de RH até 9–12 meses, mais dexametasona, e teste de HIV.

Alternativa A – Incorreta. Corticoide e acetazolamida não são indicados para a HIC criptocócica; as punções de alívio são a medida recomendada. O líquor da paciente 2 não é viral.

Alternativa C – Incorreta. Inverte os diagnósticos. A tinta da China é específica do criptococo, e o ADA elevado, da TB.

Alternativa D – Incorreta. A neurotoxoplasmose cursa com lesões expansivas com realce em anel, não com tinta da China positiva. O quadro da paciente 2 é subagudo e linfocitário.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Meningite crônica e recorrente; cap. Criptococose). BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

27ª QUESTÃO

Mulher, 29 anos, previamente hígida, apresenta febre e cefaleia há 4 dias. Hoje, a família notou comportamento agressivo e fala desconexa, e ela teve crise focal com evolução para crise tônico-clônica bilateral. Glasgow 13. Líquor (punção não traumática): 90 células/mm^3 (linfócitos), 400 hemácias/mm^3, proteína 85 mg/dL e glicose normal. A ressonância magnética mostra hipersinal em T2/FLAIR no lobo temporal medial direito.
Assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de meningite de Mollaret por HSV-2, de evolução benigna, com indicação apenas de observação clínica.

B) Trata-se de meningoencefalite herpética por HSV-1, e deve-se iniciar imediatamente aciclovir endovenoso, sem aguardar o resultado da PCR; o aciclovir é um análogo da guanosina fosforilado pela timidina-quinase viral, que inibe a DNA-polimerase do vírus.

C) Trata-se de meningite viral por enterovírus, doença autolimitada cujo tratamento é exclusivamente de suporte.

D) Trata-se de meningite bacteriana, já que as hemácias no líquor indicam acidente de punção, devendo-se iniciar ceftriaxona e vancomicina.

Resposta comentada — 27ª questão

Meningoencefalite herpética

Gabarito: alternativa B

Alternativa B – Correta. Febre com alteração de comportamento e de memória, crises epilépticas, líquor linfocitário com **hemácias** em punção não traumática (necrose hemorrágica) e hipersinal no **lobo temporal medial** são o quadro clássico de **encefalite herpética** (HSV-1). Sem tratamento, evolui para coma e óbito em poucos dias. O **aciclovir** EV (10 mg/kg 8/8 h) deve ser iniciado empiricamente em toda meningoencefalite, sem aguardar a PCR. Mecanismo: fosforilação pela timidina-quinase viral e inibição da DNA-polimerase.

Alternativa A – Incorreta. A meningite de Mollaret é recorrente e benigna, sem encefalite (alteração comportamental, crises, lesão temporal).

Alternativa C – Incorreta. A meningite por enterovírus é benigna, sem alteração de comportamento, crises ou lesão temporal.

Alternativa D – Incorreta. O líquor não é bacteriano (linfócitos, glicose normal), e a punção foi não traumática.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Encefalite; cap. Infecções pelo herpes-vírus simples). BRUNTON, L. L.; HILAL-DANDAN, R.; KNOLLMANN, B. C. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019.

28ª QUESTÃO

Paciente 1: homem, 56 anos, etilista crônico, apresenta marcha de base alargada e titubeante, com dificuldade para andar em linha reta, mas com prova dedo-nariz relativamente preservada.
Paciente 2: mulher, 35 anos, com diagnóstico de esclerose múltipla, apresenta tremor que se intensifica ao aproximar o dedo do nariz, dismetria e disdiadococinesia no membro superior direito, fala escandida e tendência a cair para a direita.
Assinale a alternativa que localiza corretamente as lesões.

A) Paciente 1: síndrome espinocerebelar por degeneração alcoólica; Paciente 2: síndrome cerebrocerebelar do hemisfério esquerdo, pois os sinais cerebelares são contralaterais à lesão, como ocorre nas lesões do córtex motor.

B) Paciente 1: ataxia sensitiva por lesão do cordão posterior, confirmada pela preservação do dedo-nariz; Paciente 2: síndrome vestibular periférica direita.

C) Paciente 1: síndrome vestibulocerebelar (lobo floculonodular) por meduloblastoma; Paciente 2: tremor de repouso parkinsoniano associado à esclerose múltipla.

D) Paciente 1: síndrome espinocerebelar (vérmis anterior e superior) por degeneração cerebelar alcoólica, com predomínio de ataxia de marcha; Paciente 2: síndrome cerebrocerebelar do hemisfério direito, pois os sinais cerebelares são ipsilaterais à lesão.

Resposta comentada — 28ª questão

Síndromes cerebelares

Gabarito: alternativa D

Alternativa D – Correta. Paciente 1: a degeneração cerebelar alcoólica atinge o **vérmis anterior e superior** (espinocerebelo). Resulta em ataxia de marcha titubeante e de base alargada, enquanto a coordenação dos membros superiores (dedo-nariz) pode estar preservada. **Paciente 2:** tremor de intenção, dismetria, disdiadococinesia e fala escandida definem a síndrome **cerebrocerebelar** (hemisférios laterais), comum na EM. Os sinais cerebelares são **ipsilaterais** à lesão (dupla decussação), e o paciente cai para o lado lesado.

Alternativa A – Incorreta. Os sinais cerebelares não são contralaterais; a lesão do paciente 2 está à direita.

Alternativa B – Incorreta. A ataxia sensitiva tem Romberg francamente positivo e perda da vibração e da propriocepção, não descritos. O paciente 2 tem sinais apendiculares cerebelares, não vestibulares.

Alternativa C – Incorreta. O meduloblastoma é típico de crianças. O tremor de intenção é cerebelar, não parkinsoniano.

Referências: BACHESCHI, L. A.; NITRINI, R. A neurologia que todo médico deve saber. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. MACHADO, A.; HAERTEL, L. M. Neuroanatomia funcional. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

29ª QUESTÃO

Mulher, 32 anos, em tratamento para depressão, é levada ao pronto-socorro 1 hora após ingerir 30 comprimidos de amitriptilina 25 mg. Ao exame: sonolenta, com episódios de agitação, pele seca, quente e ruborizada, midríase, retenção urinária, FC 128 bpm e PA 92 × 60 mmHg. O ECG mostra taquicardia sinusal com QRS de 130 ms. Glasgow 12.
Assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de intoxicação por antidepressivo tricíclico, com toxíndrome anticolinérgica e cardiotoxicidade por bloqueio dos canais de sódio (QRS alargado); a conduta inclui bicarbonato de sódio endovenoso, benzodiazepínico em caso de convulsão e monitorização cardíaca por pelo menos 6 horas, além de carvão ativado apenas com via aérea protegida, sem indução de vômito.

B) Trata-se de toxíndrome anticolinérgica, revertida com flumazenil, devendo-se induzir o vômito para reduzir a absorção.

C) Trata-se de síndrome serotoninérgica, tratada com ciproeptadina; o alargamento do QRS não tem relevância prognóstica nesse contexto.

D) Trata-se de toxíndrome colinérgica, cujo tratamento é feito com atropina e pralidoxima.

Resposta comentada — 29ª questão

Intoxicação medicamentosa

Gabarito: alternativa A

Alternativa A – Correta. Pele seca e quente, rubor, midríase, retenção urinária, taquicardia e alteração do estado mental formam a **síndrome anticolinérgica**. O **QRS > 100 ms** reflete bloqueio de canais de Na^+ e prediz arritmias e convulsões. O **bicarbonato de sódio** (alcalinização + carga de sódio) é o tratamento da cardiotoxicidade. Usam-se BZD nas convulsões e monitorização por ≥ 6 h. O carvão ativado só é dado com via aérea protegida, e o vômito não deve ser induzido (risco de aspiração com rebaixamento e convulsão).

Alternativa B – Incorreta. O flumazenil é antídoto de benzodiazepínicos e pode precipitar convulsões na intoxicação por tricíclicos. A indução de vômito é contraindicada.

Alternativa C – Incorreta. A síndrome serotoninérgica tem clônus, hiper-reflexia, sudorese e diarreia. O QRS largo é marcador de gravidade.

Alternativa D – Incorreta. A toxíndrome colinérgica (organofosforados) cursa com miose, sialorreia, broncorreia e bradicardia, o oposto do caso.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Intoxicação e superdosagem de fármacos). BRUNTON, L. L.; HILAL-DANDAN, R.; KNOLLMANN, B. C. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019.

30ª QUESTÃO

Mulher, 27 anos, teve há 1 ano perda visual no olho direito, com dor à movimentação ocular e dificuldade para distinguir cores, que se recuperou em 6 semanas. Há 5 dias apresenta parestesias nos membros inferiores e sensação de choque elétrico descendo pela coluna ao fletir o pescoço; os sintomas pioram durante o banho quente. A ressonância magnética mostra lesões ovoides periventriculares perpendiculares ao corpo caloso, uma lesão justacortical e uma lesão medular cervical curta, sendo que uma delas capta gadolínio e as demais não. O líquor apresenta bandas oligoclonais.
Assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de esclerose múltipla remitente-recorrente, com disseminação no espaço (lesões em duas ou mais áreas típicas) e no tempo (dois surtos e lesões com e sem realce simultâneas); os sinais de Lhermitte e de Uhthoff são típicos, e o surto deve ser tratado com metilprednisolona endovenosa 1 g/dia por 3 a 5 dias, iniciando-se precocemente terapia modificadora da doença.

B) Trata-se de neuromielite óptica, pois houve neurite óptica e lesão medular; o tratamento de manutenção de escolha é a betainterferona.

C) Trata-se de encefalomielite disseminada aguda (ADEM), doença monofásica cujo diagnóstico é confirmado pela presença de bandas oligoclonais.

D) Trata-se de esclerose múltipla primariamente progressiva, pois houve piora após 1 ano; nessa forma, a corticoterapia é contraindicada nos surtos.

Resposta comentada — 30ª questão

Esclerose múltipla

Gabarito: alternativa A

Alternativa A – Correta. Mulher jovem com dois surtos separados no tempo (neurite óptica típica e episódio medular sensitivo com **Lhermitte**, em que a flexão cervical gera descarga em fibras desmielinizadas) e piora com o calor (**Uhthoff**). Os critérios de McDonald estão preenchidos: DIS (periventricular, justacortical e medular) e DIT (lesões com e sem realce ao mesmo tempo, além dos dois surtos). As bandas oligoclonais reforçam o diagnóstico. Surto: metilprednisolona IV 1 g/dia por 3–5 dias. Terapia modificadora precoce.

Alternativa B – Incorreta. A NMOSD tem mielite longitudinalmente extensa (≥ 3 segmentos), anti-AQP4 e geralmente não tem bandas. A betainterferona pode **piorar** a NMOSD.

Alternativa C – Incorreta. A ADEM ocorre em crianças após infecção, com encefalopatia, sem bandas e em geral monofásica. Aqui há dois surtos em 1 ano.

Alternativa D – Incorreta. A forma primariamente progressiva é insidiosa desde o início, sem surtos. Este caso tem surtos com remissão.

Referências: THOMPSON, A. J. et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. The Lancet Neurology, v. 17, n. 2, 2018. LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Esclerose múltipla).

31ª QUESTÃO

Mulher, 36 anos, parda, teve há 8 meses neurite óptica bilateral grave com recuperação visual incompleta; 2 semanas antes desse episódio, apresentou soluços e vômitos incoercíveis sem causa digestiva. Há 3 dias evolui com paraparesia, nível sensitivo em T6 e retenção urinária. A ressonância magnética medular mostra lesão central longitudinalmente extensa de C7 a T8; a ressonância de crânio não mostra lesões típicas de esclerose múltipla. Líquor com 70 células/mm³, sem bandas oligoclonais.
Assinale a alternativa correta.

A) O quadro é compatível com neuromielite óptica, doença mediada por anticorpos anti-aquaporina-4, que lesam os astrócitos com ativação do complemento; o surto é tratado com metilprednisolona endovenosa e plasmaférese se a resposta for incompleta, e a prevenção pode ser feita com azatioprina, micofenolato ou rituximabe, evitando-se betainterferona, fingolimode e natalizumabe.

B) O quadro é compatível com esclerose múltipla, cujo tratamento modificador de escolha é o natalizumabe pela gravidade dos surtos.

C) O quadro é compatível com mielite transversa idiopática isolada, sem necessidade de investigação de anticorpos.

D) O quadro é compatível com encefalomielite disseminada aguda (ADEM), doença monofásica que não requer tratamento de manutenção.

Resposta comentada — 31ª questão

Neuromielite óptica

Gabarito: alternativa A

Alternativa A – Correta. A neurite óptica bilateral e grave, a síndrome da área postrema (soluços e vômitos incoercíveis), a **mielite longitudinalmente extensa** (≥ 3 segmentos, central), a RM de crânio atípica para EM, a pleocitose > 50 células sem bandas e o perfil (mulher não caucasiana, 30–40 anos) caracterizam a **NMOSD**. O anticorpo anti-AQP4 (canal dos pés astrocitários) ativa o complemento, causando lesão necrótica com pouca remielinização. Surto: metilprednisolona IV ± plasmaférese. Prevenção: azatioprina, micofenolato, rituximabe (ou eculizumabe, inebilizumabe, satralizumabe). Interferon, fingolimode e natalizumabe podem piorar a doença.

Alternativa B – Incorreta. O padrão não é de EM, e o natalizumabe pode agravar a NMOSD.

Alternativa C – Incorreta. Mielite longa recorrente com neurite óptica exige pesquisa de anti-AQP4 e anti-MOG.

Alternativa D – Incorreta. A ADEM é pós-infecciosa, com encefalopatia, típica da infância, e o curso aqui é recorrente.

Referências: WINGERCHUK, D. M. et al. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. Neurology, v. 85, n. 2, 2015. LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Neuromielite óptica).

32ª QUESTÃO

Homem, 40 anos, teve diarreia há 2 semanas. Há 5 dias iniciou parestesias em pés e mãos e dor lombar, seguidas de fraqueza simétrica ascendente; hoje não deambula sem ajuda. Ao exame: tetraparesia flácida de predomínio distal, arreflexia global, paresia facial periférica bilateral leve, alteração sensitiva discreta e esfíncteres preservados. Capacidade vital forçada de 18 mL/kg. O líquor (7º dia) mostra proteína de 110 mg/dL com 3 células/mm³.
Assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de síndrome de Guillain-Barré, cujo tratamento de primeira linha é a pulsoterapia com metilprednisolona, associando-se imunoglobulina e plasmaférese para maior eficácia.

B) Trata-se de síndrome de Guillain-Barré, com dissociação albuminocitológica; por não deambular sem ajuda, há indicação de imunoglobulina endovenosa (2 g/kg em 5 dias) ou plasmaférese, e a CVF abaixo de 20 mL/kg indica internação em UTI e intubação sem aguardar alteração gasométrica; os corticoides não trazem benefício.

C) Trata-se de poliomielite paralítica, pela fraqueza flácida após quadro diarreico; a conduta é de suporte, com notificação compulsória.

D) Trata-se de miastenia gravis generalizada, evidenciada pela paresia facial bilateral; o tratamento é feito com piridostigmina.

Resposta comentada — 32ª questão Síndrome de Guillain-Barré

Gabarito: alternativa B

Alternativa B – Correta. A infecção prévia (*Campylobacter*), a fraqueza simétrica ascendente com **arreflexia**, a diplegia facial, o déficit sensitivo leve e a **dissociação albuminocitológica** (proteína > 45 com < 10 células) caracterizam a **SGB**. Indica-se tratamento quando o paciente não anda sem ajuda: **IgIV 2 g/kg** (0,4 g/kg/dia por 5 dias) ou plasmaférese, com eficácia semelhante (combinar não ajuda). Pela regra 20/30/40, CVF < 20 mL/kg indica UTI e intubação sem esperar a gasometria. Corticoide não tem benefício.

Alternativa A – Incorreta. O corticoide é ineficaz na SGB, e a combinação de IgIV com plasmaférese não acrescenta benefício.

Alternativa C – Incorreta. A pólio é febril, assimétrica e com sensibilidade normal; o líquor mostra pleocitose, não dissociação.

Alternativa D – Incorreta. A miastenia é flutuante e fatigável, com reflexos preservados, ptose e diplopia, sem alteração sensitiva nem dissociação no líquor.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Síndrome de Guillain-Barré e outras neuropatias imunomediadas). BACHESCHI, L. A.; NITRINI, R. A neurologia que todo médico deve saber. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

33ª QUESTÃO

Homem, 58 anos, apresenta há 14 meses fraqueza e atrofia progressivas da mão direita, com dificuldade para abotoar a camisa. Posteriormente surgiram câimbras, fasciculações nos braços e na língua e disfagia leve. Ao exame: atrofia de interósseos, reflexos vivos nos quatro membros, sinais de Hoffmann e de Babinski bilaterais, sensibilidade normal, esfíncteres preservados e movimentos oculares normais. A eletroneuromiografia mostra desnervação ativa e crônica em múltiplos segmentos, com condução sensitiva normal.
Assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica, curável com imunoglobulina endovenosa.

B) Trata-se de mielopatia cervical compressiva, e as fasciculações de língua são explicadas pela compressão medular alta, com indicação de descompressão cirúrgica.

C) Trata-se de poliomielite, que lesa o corno anterior e produz simultaneamente sinais de neurônio motor superior e inferior, com isolamento do vírus nas fezes.

D) Trata-se de esclerose lateral amiotrófica, com sinais de neurônio motor superior e inferior em múltiplas regiões, poupando sensibilidade, esfíncteres e motricidade ocular; o riluzol, de ação antiglutamatérgica, prolonga modestamente a sobrevida, e o cuidado deve ser multidisciplinar e paliativo desde o diagnóstico, com ventilação não invasiva e gastrostomia conforme a evolução.

Resposta comentada — 33ª questão Esclerose lateral amiotrófica

Gabarito: alternativa D

Alternativa D – Correta. A **ELA** associa sinais de **NMI** (atrofia, fasciculações, câimbras) e de **NMS** (hiper-reflexia, Hoffmann, Babinski) em regiões diferentes (cervical e bulbar), com progressão. Poupa sensibilidade, esfíncteres e oculomotricidade. A ENMG mostra desnervação difusa com condução sensitiva normal. O **riluzol** (antiglutamatérgico) prolonga a sobrevida em meses. O cuidado é multidisciplinar e paliativo, com VNI (CVF < 50%) e gastrostomia precoce.

Alternativa A – Incorreta. A PDIC tem arreflexia, alteração sensitiva e condução desmielinizante, e não sinais de NMS.

Alternativa B – Incorreta. A mielopatia cervical não explica fasciculações de língua nem disfagia (território bulbar acima da lesão) e costuma ter alteração sensitiva.

Alternativa C – Incorreta. A pólio é aguda e febril e lesa apenas o NMI. Não gera hiper-reflexia nem Babinski.

Referências: LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Esclerose lateral amiotrófica e outras doenças do neurônio motor). BACHESCHI, L. A.; NITRINI, R. A neurologia que todo médico deve saber. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

34ª QUESTÃO

Mulher, 45 anos, teve infecção de vias aéreas superiores há 1 semana. Acordou com vertigem rotatória intensa e contínua há 18 horas, com náuseas e vômitos, sem zumbido, hipoacusia, diplopia, disartria ou fraqueza. Ao exame: nistagmo horizontal-torcional unidirecional batendo para a esquerda, que diminui com a fixação visual; teste do impulso cefálico (head impulse) com sacada corretiva ao girar a cabeça para a direita; teste de skew sem desvio vertical; tendência à queda para a direita; ausência de dismetria.
Assinale a alternativa correta.

A) O quadro é compatível com vertigem posicional paroxística benigna de canal posterior, que deve ser confirmada pela manobra de Dix-Hallpike e tratada com a manobra de Epley.

B) O quadro é compatível com doença de Ménière, tratada com restrição de sal e betaistina, e o nistagmo bate para o lado da lesão por se tratar de quadro irritativo.

C) O quadro é compatível com AVC de fossa posterior, pois a sacada corretiva no impulso cefálico indica lesão central, sendo indicadas ressonância magnética e trombólise.

D) O quadro é compatível com neurite vestibular direita, com HINTS de padrão periférico; o tratamento envolve corticoide nos primeiros dias, sintomáticos (antivertiginosos e antieméticos) por curto período e reabilitação vestibular precoce.

Resposta comentada — 34ª questão

Vertigens

Gabarito: alternativa D

Alternativa D – Correta. Síndrome vestibular aguda contínua (dias), pós-viral, sem sintomas auditivos ou neurológicos. O nistagmo é unidirecional, inibido pela fixação, com fase rápida para a esquerda (a fase lenta aponta para o lado lesado, a direita). O impulso cefálico é **anormal** (sacada corretiva) para a direita, o skew é negativo e há queda para o lado da lesão. É um **HINTS periférico**, compatível com **neurite vestibular direita**. Conduta: corticoide precoce, sintomáticos por poucos dias (o uso prolongado atrasa a compensação) e reabilitação vestibular.

Alternativa A – Incorreta. Na VPPB, as crises duram segundos e são desencadeadas por mudança de posição, sem vertigem contínua por horas.

Alternativa B – Incorreta. A doença de Ménière tem crises de 20 min a 12 h, com hipoacusia flutuante, zumbido e plenitude aural.

Alternativa C – Incorreta. No HINTS, a sacada corretiva indica lesão **periférica**. O impulso cefálico **normal** em paciente com vertigem aguda é que sugere AVC.

Referências: KATTAH, J. C. et al. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome. Stroke, v. 40, n. 11, 2009. LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Tontura e vertigem).

35ª QUESTÃO

Mulher, 62 anos, hipermetrope, saiu de uma sessão de cinema queixando-se de dor ocular intensa à direita, cefaleia frontal, náuseas e vômitos, além de visão embaçada com halos coloridos ao redor das luzes. Ao exame: olho direito vermelho, com hiperemia perilímbica, córnea de aspecto acinzentado, pupila em média midríase pouco reativa, câmara anterior rasa e globo ocular endurecido à palpação.
Assinale a alternativa correta.

A) Trata-se de uveíte anterior aguda, caracterizada por pupila em média midríase e olho endurecido, tratada com colírio de corticoide e cicloplégico.

B) Trata-se de crise de glaucoma agudo de ângulo fechado, por bloqueio pupilar com abaulamento da íris; é uma emergência, devendo-se reduzir a pressão intraocular (acetazolamida, timolol, manitol e pilocarpina) e realizar iridotomia periférica a laser, evitando-se o uso de midriáticos.

C) Trata-se de glaucoma primário de ângulo aberto, de evolução crônica, cujo tratamento inicial é o análogo de prostaglandina em colírio, sem caráter de urgência.

D) Trata-se de conjuntivite viral por adenovírus, tratada com compressas frias e lágrimas artificiais.

Resposta comentada — 35ª questão

Distúrbios oculares

Gabarito: alternativa B

Alternativa B – Correta. Hipermetrope (câmara rasa) exposta à penumbra (midríase) desenvolve dor intensa, olho vermelho, halos coloridos, córnea edemaciada, **pupila em média midríase fixa**, **olho duro** e náuseas: **crise de glaucoma agudo de ângulo fechado**. O mecanismo é o bloqueio pupilar com íris abaulada (*íris bombé*) fechando o ângulo. É emergência: reduzir a PIO (acetazolamida, timolol, manitol, pilocarpina) e realizar **iridotomia periférica a laser**. Midriáticos são proscritos.

Alternativa A – Incorreta. Na uveíte anterior a pupila é pequena (miótica) e irregular, e a PIO costuma não estar tão elevada.

Alternativa C – Incorreta. O GPAA é crônico, indolor e assintomático até a perda de campo periférico.

Alternativa D – Incorreta. A conjuntivite tem hiperemia difusa, sem dor intensa, com visão e pupila normais.

Referências: KANSKI, J. J.; BOWLING, B. Oftalmologia clínica: uma abordagem sistemática. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. LOSCALZO, J. et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024 (cap. Distúrbios oculares).

Gabarito resumido

1 – C	**2** – C	**3** – B	**4** – B	**5** – A	**6** – C	**7** – C
8 – A	**9** – A	**10** – D	**11** – A	**12** – D	**13** – D	**14** – D
15 – B	**16** – A	**17** – C	**18** – C	**19** – D	**20** – B	**21** – A
22 – C	**23** – B	**24** – C	**25** – C	**26** – B	**27** – B	**28** – D
29 – A	**30** – A	**31** – A	**32** – B	**33** – D	**34** – D	**35** – B