

1. A base anatômica dos movimentos oculares conjugados representa a integração de inúmeros componentes neuronais. A alternativa que não corresponde a essa integração, é:
- núcleo de Edinger-Westphal – fascículo longitudinal medial – trato vestibuloespinal medial – nucleus praepositus – área 8 de Brodmann.
 - núcleo Intersticial de Cajal – fascículo longitudinal medial – campo pontinho – área 8 de Brodmann.
 - núcleo principal do oculomotor – fascículo longitudinal medial – trato vestibuloespinal – campo dos movimentos oculares – área da sacada do olhar.
 - núcleo do abducente – VI nervo – trato vestibuloespinal medial – vias supranucleares e infranucleares.
 - núcleo de Darkschewitsch – núcleo do colículo inferior – fascículo longitudinal medial – núcleo para-abducente.
2. O sistema límbico, descrito por Maclean, é conhecido por representar estruturas de conexões envolvidas com a regulação do comportamento afetivo, bem como o aprendizado e a memória. Com base na estrutura do desenvolvimento evolutivo foi descrita a presença de um circuito conhecido como “Circuito de Papez”, o qual é representado por inúmeras estruturas anatômicas encefálicas conectadas, **EXCETO**:
- formação hipocampal
 - comissura das habenuas
 - comissura do fornix
 - amígdala
 - corpo mamilar
3. A doença de Parkinson é frequente no mundo todo, atingindo indivíduos de todas as idades e etnias. Embora comum e muito estudada, seus mecanismos causais ainda não são plenamente conhecidos e ainda não há tratamento curativo. Atualmente, são conhecidos alguns fatores ambientais e genéticos associados ao desenvolvimento da doença de Parkinson. Dentre os fatores genéticos, foram identificados diversos genes que podem, ou determinar a ocorrência da doença de forma mendeliana (genes principais) de forma dominante ou recessiva, ou apenas aumentar o risco de seu surgimento (genes de suscetibilidade). Com isso, entre os genes dominantes abaixo, o que está mais relacionado com sintomas de início precoce e sintomas que predominam com o tremor, é:
- PARK 3 (2p13)
 - PARK 4 (4p15)
 - PARK 6 (1q35-36)
 - PARK 8 (12cen)
 - PARK 9 (1p32)
4. O exame de neuroimagem que possui maior sensibilidade para o diagnóstico da Doença de Parkinson idiopática e diferencial com Parkinsonismo, é:
- Cintilografia com Trodat (99 mTc).
 - Ultrassonografia transcraniana.
 - Ressonância magnética com sinal da andorinha.
 - SPECT.
 - PET.
5. Sobre o endotélio vascular e substâncias antitrombóticas endógenas em humanos, é correto afirmar que:
- a agregação plaquetária e a formação de trombos geralmente não ocorrem na superfície de um vaso sanguíneo intacto.
 - o fator tecidual é um anticoagulante endógeno.
 - o sulfato de heparana é uma proteína plasmática sintetizada pelas plaquetas.
 - a prostaciclina é um anticoagulante sintetizado pelas células endoteliais.
 - a proteína C e a proteína S são sintetizadas na célula endotelial.
6. O desenvolvimento vascular do sistema nervoso central passa por três estágios, que seguem a respectiva sequência filogenética durante a embriologia:
- embriogênese, ontogênese e maturação fenotípica.
 - embriogênese, vasculogênese e vulnerabilidade segmentar. e
 - vasculogênese, angiogênese e remodelamento. e
 - angiogênese, vasculogênese e remodelamento. e
 - vasculogênese, angiogênese e desenvolvimento. e
7. A artéria de Heubner é remanescente embriológica do vaso:
- Artéria cerebral anterior segmento A1.
 - Artéria cerebral anterior segmento A2.
 - Artéria comunicante anterior.
 - Artéria cerebral média precoce.
 - Artéria cerebral média acessória.

- 8.** A artéria oftálmica possui 6 estágios durante seu período de amadurecimento, com isso grande vulnerabilidade às variações. Selecione os itens entre verdadeiro (V) e falso (F) e assinale a alternativa correta.
- () As artérias embriológicas que compõem o anel oftálmico no estágio 40mm são: artéria oftálmica dorsal, artéria oftálmica anterior e artéria estapedial.
- () As primeiras artérias que originam a artéria oftálmica do adulto são: artéria oftálmica dorsal, artéria oftálmica ventral e artéria estapedial.
- () Os ramos da artéria estapedial surgem no estágio de 4-8 mm do embrião.
- () A artéria oftálmica dorsal é o remanescente embriológico da artéria cerebral anterior. Enquanto a artéria meníngea média é da artéria estapedial.
- () A artéria estapedial possui três divisões: maxilar, mandibular e supraorbital.
- A sequência correta de cima para baixo, é:
- a** F, V, V, F, V
b V, F, V, V, F
c V, V, F, V, F
d F, V, F, F, V
e F, F, V, V, F
- 9.** Em relação à formação da aterosclerose, é correto afirmar que:
- a** áreas suscetíveis da parede arterial demonstrarão inicialmente espessamento da íntima na idade adulta do adulto jovem.
- b** a entrada de lipoproteínas no espaço subendotelial começa na meia-idade.
- c** a retenção de lipoproteínas pode levar a respostas inflamatórias na década de 20.
- d** a redução da Apolipoproteína B plasmática não pode promover a remoção de componentes aterogênicos já presentes na parede do vaso.
- e** a inibição da resposta inflamatória impedirá o desenvolvimento da aterosclerose.
- 10.** A substância endógena que diminui a pressão arterial, é:
- a** Aldosterona.
b Endotelina.
c Angiotensina II.
d Peptídeo natriurético atrial.
e Óxido nítrico sintase endotelial.
- 11.** A camada íntima das artérias intracranianas normais é revestida com células endoteliais e possui também o seguinte componente abaixo:
- a** Macrófagos.
b Células musculares lisas.
c Matriz extracelular.
d Células adiposas.
e Lâmina elástica interna.
- 12.** A hipertrofia do músculo liso na parede vascular é estimulada a partir da ativação do gene:
- a** Bcl2
b PDGF
c Angiotensina II
d FDGF
e VEGF
- 13.** As correlações anatomo-funcionais são determinadas de acordo com as regiões mapeadas por Brodmann. Com isso as áreas que representam atenção aos movimentos de escuta e compreensão de sons e músicas estão situadas, respectivamente nas áreas:
- a** 40 e 39
b 22 e 37
c 38 e 20
d 21 e 20
e 21 e 37
- 14.** A artéria do segundo espaço faz a comunicação das artérias:
- a** artéria carótida interna e artéria hipoglossal.
b artéria carótida interna e artéria vertebral.
c artéria carótida externa e artéria vertebral.
d artéria carótida externa e artéria basilar.
e artéria carótida interna e artéria do canal de Guyon.
- 15.** O marcador biomoleculares que atua na via da apoptose neuronal (morte celular programada) na isquemia cerebral, é:
- a** Caspases.
b Fator Indutor de Apoptose (AIF).
c Endonucleases.
d Metaloproteinases de Matriz (MMP).
e Bradicinina.
- 16.** A artéria carótida interna possui uma divisão anatômica que permite classificá-la em 7 segmentos. Com base nesta classificação, o segmento C6 é também conhecido como:
- a** Cavernoso
b Supraclinoideo
c Oftálmico
d Comunicante
e Clinoideo

17. Entre as anastomoses fisiológicas carótido basílicas que se desenvolvem no embrião desde os estágios iniciais a que está situada mais cranial no sentido crânio-podal e por conseguinte possui origem em estágios com menor tamanho no embrião, é:

- a) artéria hipoglossal.
- b) artéria trigeminal.
- c) artéria do 1º espaço.
- d) artéria Ótica.
- e) artéria do 2º espaço.

18. O tronco ífero lateral possui inúmeras artérias que possuem um papel importante nas anastomoses do sistema carotídeo interno e externo. São ramos deste tronco, **EXCETO**:

- a) artéria oftálmica recorrente superficial
- b) artéria do foramen redondo.
- c) artéria meníngea acessória.
- d) artéria hipofisária inferior.
- e) artéria Marginal Tentorial porção posterior da artéria carótida interna.

19. A localização mais comum dos aneurismas cerebrais, é:

- a) artéria carótida interna
- b) artéria cerebral média.
- c) artéria comunicante anterior.
- d) artéria comunicante posterior.
- e) artéria cerebral anterior.

20. As variações anatômicas mais comuns do complexo comunicante anterior, é:

- a) Ázigos
- b) Fusão
- c) Hipoplásica
- d) Tripla ou acessória
- e) Bi-hemisférica

21. No hematoma subdural crônico (HSDC) uma série de abordagens tem sido considerada como melhor evidência aos pacientes com este achado. Considerando o diagnóstico acima, entre as alternativas abaixo, a que seria inadequada a terapêutica para os casos de uma lesão sem efeito de massa é:

- a) tratamento com corticóide
- b) tratamento com trepanação
- c) tratamento com Artovastatina
- d) tratamento com embolização.
- e) tratamento com IECA.

22. Combine o nível de Fluxo Sanguíneo Cerebral (CBF) aos eventos celulares:

(A) 35-25mL/100g/ min	1. Falha elétrica
(B) 18-25mL/100g/ min	2. Deterioração dos gradientes iônicos
(C) 50-55mL/ 100g/ min.	3. Homeostase
(D) < 10-12mL/100g/ min.	4. Aumento da glicólise

Marque a alternativa que mais se aproxima da associação CORRETA:

- a) A3, B2, C1, D4
- b) A2, B1, C3, D4
- c) A4, B1, C2, D3
- d) A4, B1, C3, D2
- e) A3, B2, C4, D1

23. O papel do glutamato na isquemia cerebral, é:

- a) o glutamato não é liberado no espaço extracelular até que o fluxo sanguíneo cerebral regional (rCBF) caia para 10% do normal (<5mL/ 100g/ min).
- b) o antagonismo de receptores de glutamato em efícaica na neuroproteção.
- c) o glutamato pode mediar a lesão neuronal anóxica e hipoglicêmica do hipocampo e cortical.
- d) a isquemia resulta na liberação de glutamato, que produz dano neuronal pela ativação de canais de K⁺ nos neurônios.
- e) o glutamato tem funções neuroprotetoras.

Leia o caso clínico abaixo para responder a questão 24.

Paciente do sexo feminino, 65 anos de idade, diabética em uso de insulina e com quadro clínico controlado. A mesma passou em consulta com neurologista clínico e informou que há 4 dias antes da consulta apresentava-se com queixas de parestesias na face do lado esquerdo. Uma semana depois da consulta iniciou o tratamento com laser terapia ocular bilateral. Após 14 dias do tratamento oftalmológico apresentou quadro de cefaléia hemcraniana com dor peri-ocular esquerda associada a náuseas e fotofobia, sem melhora com analgesia simples. O quadro apresentou após 1 semana queda palpebral com paresia dos movimentos oculares do III nervo sem dilatação pupilar e melhora da dor após tratamento com infiltração ocular.

24. Considerando o quadro clínico da paciente a melhor hipótese diagnóstica, é:

- a) enxaqueca oftalmoplégica.
- b) Síndrome de Tolosa Hunt.
- c) neuropatia diabética.
- d) aneurisma cerebral da artéria carótida interna.
- e) Doença de Reiter.

Leia o caso clínico abaixo para responder as questões 25 e 26

Uma paciente jovem começou a apresentar dor de cabeça diária de forte intensidade, após a história de queda de moto há 4 semanas sem melhora dos sintomas com analgésicos simples. Apresentou *tinnitus* e redução da acuidade visual, sendo investigada com exames de Tomografia Computadorizada (TC) de crânio e Ressonância Magnética (RM) de encéfalo com padrão dentro da normalidade.

- 25.** Considerando o quadro clínico acima, a melhor hipótese diagnóstica e outro exame que poderia ser realizado para esclarecer o quadro e melhor auxiliar nas opções de tratamento, são:
- trombose do seio cavernoso e ressonância magnética com contraste.
 - pseudotumor cerebri e angioressonância fase venosa.
 - hematoma subdural crônico e repetir a tomografia computadorizada de crânio.
 - hipertensão intracraniana benigna e ultrassonografia da bainha do nervo óptico.
 - fístula carótido-cavernosa e angiografia cerebral por subtração digital.
- 26.** Com base no diagnóstico e seus possíveis achados do caso clínico anterior a conduta terapêutica definitiva, é:
- derivação ventrículo peritoneal.
 - oclusão da fístula com balões destacáveis.
 - anti-coagulação plena.
 - drenagem do hematoma subdural.
 - angioplastia com Stent no seio dural.
- 27.** Os critérios são avaliados pelo escore do Phases, quanto a taxa de sangramento em aneurismas intracranianos não rotos, é:
- idade, tamanho do aneurisma, topografia do aneurisma, história de hemorragia intraventricular.
 - idade, tamanho do aneurisma, história de hemorragia cerebral intra-parenquimatosa e hipertensão arterial sistêmica.
 - idade, localização do aneurisma, origem do país do paciente, hipertensão arterial sistêmica e antecedentes de hemorragia meníngea.
 - idade, tabagismo, localização do aneurisma cerebral e etnia da população.
 - idade, topografia de aneurisma, tamanho do aneurisma, história de sangramento de aneurisma prévio e etnia da população.

Leia o caso clínico abaixo para responder a questão 28.

Paciente sexo feminino, 49 anos de idade apresentou quadro de cefaleia de forte intensidade e sonolência de início súbito, acompanhada de hemiparesia esquerda e escala de coma de Glasgow com 10 de pontuação foi admitida no pronto atendimento de um grande hospital da capital. Submetida a fundoscopia de olho com os seguintes achados na figura 1, assim como a TC de crânio da admissão demonstrando os respectivos achados na figura 2:

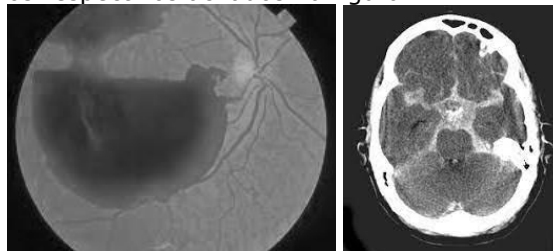


Figura 1

Figura 2

- 28.** Considerando o caso clínico acima, o diagnóstico provável com base na Tomografia Computadorizada (TC) de crânio, na fundoscopia do olho o prognóstico do quadro com base nas figuras 1 e 2, respectivamente são:
- hemorragia subaracnóidea difusa; hemorragia intraconal; fundo de olho demonstra gravidade corticalidade de 13% e TC de crânio com hemorragia subaracnóidea difusa Fisher III com risco de vasoespasmos de 33%.
 - hemorragia subaracnóidea difusa; hemorragia intraocular; fundo de olho demonstra gravidade moderada com achados em apenas 2% dos pacientes e TC de crânio demonstra hemorragia meníngea com Fisher IV com risco de vasoespasmos de 40%.
 - hemorragia meníngea difusa; hemorragia retiniana; fundo de olho demonstra moderada gravidade do caso com mortalidade até 10% e TC de crânio com hemorragia meníngea Fisher III com risco de vasoespasmos de 30%.
 - Hemorragia meníngea difusa; hemorragia subhialóide; fundo de olho demonstra alta gravidade do caso com mortalidade até 28% e TC de crânio com hemorragia meníngea Fisher III com risco de vasoespasmos de 30%.
 - hemorragia subaracnoidea difusa; hemorragia subintraocular; fundo de olho demonstra alta gravidade do caso com mortalidade de até 1/3 e TC de crânio com hemorragia meníngea Fisher IV com risco de vasoespasmos de 20%.

Leia o caso clínico para responder às questões 29 e 30.

Paciente do sexo masculino, 41 anos de idade, admitido no pronto atendimento com quadro de cefaleia de forte intensidade, cursou com quadro de sonolência (CGS 10) e com rigidez de nuca 3+/4+. No momento, submetido a investigação e identificado os exames de imagem:

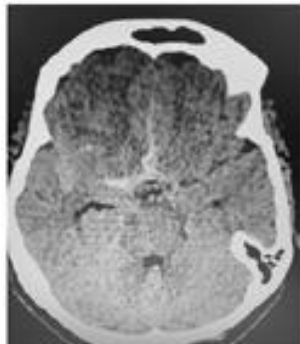


Figura 1

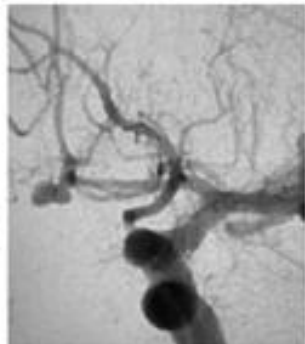


Figura 2

29. De acordo com as figuras 1 e 2 acima, marque a alternativa que expressa o resultado dos exames.

- Ⓐ Fisher modificada I na tomografia de crânio, Aneurisma no complexo comunicante anterior na angiografia cerebral com vasoespasmo.
- Ⓑ Fisher modificada III na tomografia de crânio, Aneurisma no complexo comunicante anterior na angiografia cerebral sem vasoespasmo.
- Ⓒ Fisher modificada II na tomografia de crânio, Aneurisma no complexo comunicante anterior na angiografia cerebral sem vasoespasmo.
- Ⓓ Fisher modificada IV na tomografia de crânio, Aneurisma no complexo comunicante anterior na angiografia cerebral sem vasoespasmo.
- Ⓔ Fisher modificada III na tomografia de crânio, Aneurisma no complexo comunicante anterior na angiografia cerebral com vasoespasmo.

30. Em relação ao caso clínico anterior, seria possível graduar o caso conforme a gravidade, quanto as escalas: Hunt Hess, WFNS e Vasograde. Sendo assim a alternativa correta é:

- Ⓐ Hunt Hess 3, WFNS II, Vasograde Amarela.
- Ⓑ Hunt Hess 2, WFNS III, Vasograde Amarelo.
- Ⓒ Hunt Hess 3, WFNS IV, Vasograde Vermelho.
- Ⓓ Hunt Hess 2, WFNS IV, Vasograde Verde.
- Ⓔ Hunt Hess 3, WFNS III, Vasograde Vermelho.

31. Sobre o Fator de Crescimento Endotelial Vascular (VEGF), é correto afirmar que:

- Ⓐ afeta vasos sanguíneos, mas não neurônios ou células gliais e não desempenha papel na neurogênese.
- Ⓑ não possui papel em doenças do sistema nervoso periférico.
- Ⓒ está mitigado por hipóxia através do fator i transcrição.
- Ⓓ promove a angiogênese, a diferenciação de angioblastos em células endoteliais para formar vasos sanguíneos de novo.
- Ⓔ possui um efeito deletério recuperação de isquemia cerebral.

32. Sobre Edema citotóxico após isquemia cerebral, é correto afirmar que:

- Ⓐ é um marcador de morte celular.
- Ⓑ é causado pela quebra da barreira hematoencefálica.
- Ⓒ é uma característica de apoptose.
- Ⓓ não é visto na imagem ponderada de difusão por MRI (DWI).
- Ⓔ é causada pela perda de Trifosfato de Adenosina (ATP) na área isquêmica.

33. Sobre a degeneração Walleriana após Acidente Vascular Cerebral da Artéria Cerebral Média maior (ACM), é correto afirmar que:

- Ⓐ degeneração Walleriana é detectada na ressonância magnética em 4 semanas por um sinal hiperintenso na imagem ponderada em T2 (T2WI) no trato corticoespinal com atrofia do tronco cerebral.
- Ⓑ Wallerian ocorre mais frequentemente nos tratos espinotalâmicos após um acidente vascular cerebral.
- Ⓒ a técnica mais sensível para a detecção de degeneração Walleriana após um acidente vascular cerebral é a imagem de ressonância magnética por tensor de difusão.
- Ⓓ quatro meses após um acidente vascular cerebral, a degeneração Walleriana aparece como um sinal hipointenso na ponte em T2WI.
- Ⓔ este é um processo degenerativo, que ocorre após "bater na parede" ao correr uma maratona.

- 34.** Considerando os critérios de sonologia no Doppler transcraniano para vasoespasmismo encefálico, as artérias que possuem maiores índices percentuais quanto a sensibilidade e a especificidade são:
- artéria carótida interna e artéria cerebral anterior
 - artéria cerebral média e artéria vertebral
 - artéria cerebral anterior e artéria basilar
 - artéria cerebral posterior e artéria cerebral anterior.
 - artéria basilar e artéria cerebral média.
- 35.** Na hemorragia subaracnoidea espontânea aneurismática, é considerado vasoespasmismo moderado sem hiperemia, os seguintes critérios do estudo hemodinâmico com Doppler transcraniano:
- insonação da Artéria Cerebral Média (ACM) com velocidade de fluxo médio da ACM 100 cm/s, com índice de Lindegaard 6.
 - insonação da ACM com velocidade de fluxo 120 cm/s, com índice de Lindegaard 5-6.
 - insonação da Artéria Cerebral Média (ACM) cm/s, com índice de Lindegaard 5.
 - insonação da Artéria Cerebral Média (ACM) com velocidade de fluxo médio da ACM 200 cm/s, com índice de Lindegaard 6.
 - insonação da Artéria Cerebral Média (ACM) com velocidade de fluxo médio da ACM 100 cm/s, com índice de Lindegaard 5-6.
- 36.** Os critérios de progressão para o vasoespasmismo encefálico na avaliação da Artéria Cerebral Média (ACM) através do Doppler transcraniano, é correto afirmar que:
- Velocidade > 120 (aumento rápido de 10% em relação a um exame anterior ou > 50 cm/s /dia); índice de Lindengaard ≥ 6 e índice de pulsatilidade > 1.
 - Velocidade > 180 (aumento rápido de 20% em relação a um exame anterior ou > 80 cm/s /dia); índice de Lindengaard ≥ 4 e índice de pulsatilidade > 1,2.
 - Velocidade ≥ 180 (aumento rápido de > 20% em relação a um exame anterior ou ≥ 65 cm/s /dia); índice de Lindengaard ≥ 6 e índice de pulsatilidade $\geq 1,2$.
 - Velocidade ≥ 120 (aumento rápido de > 50% em relação a um exame anterior ou ≥ 45 cm/s /dia); índice de Lindengaard ≥ 5 e índice de pulsatilidade $\geq 1,2$.
 - Velocidade ≥ 80 (aumento rápido de > 20% em relação a um exame anterior ou ≥ 65 cm/s /dia); índice de Lindengaard 6 e índice de pulsatilidade $\geq 2,2$.
- 37.** Sobre Arteriopatia Cerebral Autossômica Recessiva com Infartos Subcorticais e Leucoencefalopatia (CARASIL), é correto afirmar que:
- CARASIL está relacionado à perda prematura de cabelo e dor nas costas.
 - CARASIL é mais comum que CADASIL.
 - A idade de início do CARASIL é de 50-60 anos de idade.
 - Problemas cognitivos são raros.
 - A patologia vascular inclui deposições ultraestruturais de material granular.
- 38.** Entre os biomarcadores genéticos descritos com relação ao prognóstico do vasoespasmismo encefálico pós-rotura de aneurisma, a alternativa que não está relacionada a piora do quadro, é:
- Haptoglobina
 - eNOS
 - Endotelina A
 - PAR1
 - Endogolina
- 39.** O gene que está associado com a enxaqueca hemiplégica familiar tipo 1 (FHM1), é:
- CACNA1A
 - ATP1A276
 - SCN1A
 - PRRT2
 - NOTCH4
- 40.** Na primeira coluna, constam parâmetros de estudos de perfusão e hemodinâmica cerebral. Na segunda coluna, existem características específicas a estes parâmetros. Correlacione as colunas.
- | | |
|-------------------------|--|
| 1. CBV < 2,0 mL / 100g | () indicativo de ausência de isquemia. |
| 2. MTT > 6 segundos | () parâmetro do método de declive máximo. |
| 3. TTP < 8 segundos | () parâmetro do método de deconvolução. |
| 4. CBF < 10,0 mL / 100g | () discriminante do core de infarto. |
| 5. TTP | () indicativo de hipoperfusão. |
| 6. MTT | () limiar de morte neuronal. |
- A alternativa que correlaciona corretamente as colunas, e representa a sequência correta, é:
- 3 - 6 - 5 - 1 - 2 - 4
 - 4 - 5 - 6 - 1 - 2 - 3
 - 2 - 6 - 5 - 4 - 3 - 1
 - 3 - 5 - 6 - 1 - 2 - 4
 - 2 - 5 - 6 - 4 - 3 - 1

41. A Síndrome de Hiperperfusão Cerebral (SHC) é uma complicação rara e grave da revascularização da carótida, após endarterectomia ou angioplastia e colocação de stent carotídeo. Autoregulação cerebral prejudicada e alterações pós-revascularização na hemodinâmica cerebral são os principais mecanismos envolvidos no desenvolvimento da síndrome. Nesse contexto é importante que sejam identificados fatores de risco associados ao desenvolvimento da SHC. A alternativa que apresenta fatores de risco mais associados, é:
- a) estenose intracraniana concomitante, isquemia cerebral recente, rica circulação colateral.
 - b) isquemia cerebral prévia, hipercolesterolemia, diabetes mellitus tipo II, estenose moderada.
 - c) idade avançada, estenose carotídea moderada, pobre circulação colateral.
 - d) isquemia cerebral recente, rica circulação colateral, uso de anticoagulantes, estenose carotídea maior que 90%.
 - e) estenose da artéria carótida ipsilateral maior que 90%, hipertensão arterial sistêmica, oclusão da carótida contralateral.
42. A veia que habitualmente conecta a veia basal com o sistema venoso infratentorial, é:
- a) Labbé
 - b) Pré-central
 - c) Tálamo-estriada
 - d) Mesencefálica lateral
 - e) Vermiana inferior
43. São considerados inibidores da função plaquetária que atuam no receptor ADP, **EXCETO**:
- a) Tirofiban
 - b) Clopidogrel
 - c) Ticlopidina
 - d) Prasugrel
 - e) Iicagrelor
44. Sobre a embriologia da vascularização medular, é correto afirmar que:
- a) a artéria de Adamkiewicz surge a partir da regressão e fusão de artérias segmentares do nível cervical.
 - b) durante o período de desenvolvimento embrionário, ocorrerá formação de 62 artérias metaméricas, agrupadas em 31 pares, que por sua vez originarão uma correspondente quantidade de artérias radiculares, as quais sofrerão diminuição de número na vida extra-uterina.
 - c) as artérias ventrais do cordão neural se fundem para formar uma artéria medular posterior.
 - d) as artérias ventrais do cordão neural, quando não se fundem, levarão à presença de duas artérias paralelas póstero-laterais.
 - e) as anastomoses entre as artérias vertebrais e o sistema carotídeo se desenvolvem após o nascimento.
45. Em relação à anatomia arterial espinhal, é correto afirmar que:
- a) a artéria medular posterior é bem definida na angiografia, com aspecto retilíneo.
 - b) a lei de Chipault auxilia na definição do nível da cauda equina a partir de um determinado processo espinhoso.
 - c) as artérias radiculomedulares são a única fonte segmentar de suprimento do eixo espinhal ventral.
 - d) cada artéria radicular emite um ramo para nutrição do disco intervertebral.
 - e) após uma injeção arterial em uma artéria radiculomedular dominante, o sistema venoso deve aparecer entre 25 e 45 segundos.
46. Sobre a anatomia vascular medular, é correto afirmar que:
- a) a origem da artéria de Adamkiewicz varia muito: em 85% dos casos, se origina entre T12 e L2 à esquerda.
 - b) a artéria de Adamkiewicz dá origem ao eixo longitudinal do suprimento ventral da medula que se localiza na linha média, sendo considerado anormal qualquer deslocamento.
 - c) as artérias perfurantes radiais se originam da artéria medular anterior e constituem o sistema vascular centrífugo de Adamkiewicz.
 - d) as artérias sulcais são originárias da rede pial dorsal e constituem o sistema centrípeto de Adamkiewicz.
 - e) ao contrário das artérias, as veias de drenagem medular se acumulam radialmente em um território axial quase igualmente distribuído.

- 47.** Com relação ao estudo ARUBA, é correto afirmar que:
- a) foi um estudo multicêntrico que comparou o manejo intervencionista com o manejo conservador no tratamento de malformações arteriovenosas assintomáticas e sintomáticas.
 - b) os pacientes foram randomizados para abstenção de tratamento ("manejo conservador") ou foram randomizados para dois tipos de tratamento isolado: cirurgia e embolização.
 - c) o desfecho principal foi composto das taxas de Acidente Isquêmico Transitório (AIT), AVC sintomático e morte.
 - d) o grupo com abstenção de tratamento ("manejo médico") apresentou resultados superiores ao grupo tratamento intervencionista, na análise que levou em consideração como os pacientes foram randomizados.
 - e) a modalidade de tratamento mais empregada foi a embolização isolada e a menos empregada foi a cirurgia isolada.
- 48.** Sobre às fístulas arteriovenosas durais espinhais, é correto afirmar que:
- a) as fístulas arteriovenosas durais espinhais com refluxo para veias medulares são mais comuns em crianças e adultos jovens e frequentemente têm a apresentação inicial com hemorragia medular.
 - b) o tratamento dessas lesões consiste em ocluir a artéria nutridora da FAV, poupando a transição arteriovenosa.
 - c) o quadro clínico está associado a hipertensão venosa, ocorrendo em geral de forma insidiosa e progressiva a paraparesia e distúrbios esfinterianos.
 - d) o sítio mais comum de ocorrência é o cervical.
 - e) devido ao seu aspecto angiográfico com nidus esparso e difusamente distribuído, a cirurgia possui baixas taxas de sucesso, estando indicada se houver falha na técnica endovascular.
- 49.** A Angioarquitetura das Malformações Arteriovenosas (MAV) representa um dos critérios para se predizer o risco de sangramento e, por conseguinte, a indicação de tratamento. Considerado o critério isolado de maior risco percentual de sangramento, neste caso, é:
- a) veia na profundidade
 - b) ectasia venosa
 - c) nidus pequeno
 - d) aneurisma intranidal
 - e) veia de drenagem única
- 50.** A definição moderna da Malformação Arteriovenosa da Veia de Galeno (MAVG) postula que se trata embriologicamente, da persistência da veia mediana do prosencéfalo. Considerando os aspectos angioarquiteturais, marque a alternativa correta.
- a) Existe uma diferença angioarquitetural clara entre as MAVG e as malformações arteriovenosas que drenam para a veia de Galeno já formada, conquanto ectasiada/dilatada.
 - b) O suporte arterial das MAVG envolve usualmente as artérias coroideas, com exceção das aferências da rede subependimária.
 - c) As artérias tálamo-perfurantes são comumente recrutadas e esse fato é grosseiramente subestimado na literatura.
 - d) A persistência do arco arterial límbico é observada em quase metade dos casos de neonatos diagnosticados com MAVG.
 - e) As artérias cerebelares podem contribuir para a nutrição da zona shunt por intermédio de aferências durais diretas.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROCESSO SELETIVO UNIFICADO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA 2023

Grupo F Pré-Requisito: Neurologia, Neurocirurgia, Radiologia-Diagnóstico por imagem
Especialidades: Medicina Intensiva

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	