



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

CONCURSO PÚBLICO

CARGO 27: MÉDICO

Aplicação: 10/8/2008

CADERNO DE PROVAS – PARTE II
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ESPECIALIDADE:
NEUROPEDIATRIA

ATENÇÃO!

- » Leia atentamente as instruções constantes na capa da Parte I do seu caderno de provas.
- » Nesta parte do seu caderno de provas, que contém os itens relativos à prova objetiva de Conhecimentos Específicos, confira os seus dados pessoais e a sua opção de especialidade médica transcritos acima bem como o seu nome e a sua especialidade médica no rodapé de cada página numerada desta parte do caderno de provas.

AGENDA (datas prováveis)

- I **12/8/2008**, após as 19 h (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares das provas objetivas: Internet — www.cespe.unb.br.
- II **13 e 14/8/2008** – Recurso (provas objetivas): no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet, mediante instruções e formulários que estarão disponíveis nesse sistema.
- III **3/9/2008** – Resultado final das provas objetivas, convocação para a entrega dos documentos para a avaliação de títulos e convocação para a perícia médica: Diário Oficial do Estado do Espírito Santo e Internet.

OBSERVAÇÕES

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o item 12 do Edital SESAn.º 1/2008.
- Informações adicionais: telefone 0(XX)61 3448-0100; Internet — www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução do caderno de provas (partes I e II) apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

CADERNO DE PROVAS – PARTE II

De acordo com o comando a que cada um dos itens de **86 a 120** se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção das suas provas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Os achados clínicos de hipertensão intracraniana (HIC) em crianças e adolescentes dependem da idade e da velocidade desse aumento. Acerca desse tema, julgue os itens a seguir.

- 86** As estruturas intracranianas se acomodam quando o aumento da pressão é lento. Mudanças rápidas são pouco toleradas e, dependendo da idade, podem causar problemas. Crianças com mais de 10 anos de idade, com HIC de rápida evolução, costumam apresentar cefaléia, náuseas, vômitos e diplopia, podendo ocorrer também alterações no nível de consciência e macrocefalia.
- 87** Em lactentes que cursem com HIC de evolução subaguda ou crônica, pode haver fontanela tensa ou abaulada, sinal do sol poente, choro estridente e aumento do perímetro cefálico, entre outros achados ao exame físico.
- 88** O crescimento normal da cabeça não descarta a presença de HIC. A hidrocefalia pós-hemorragica é um exemplo em que a dilatação ventricular pode preceder o aumento do perímetro cefálico.
- 89** Os médicos estão abandonando a palpação da tensão da fontanela anterior porque o choro e o edema de escalpo comumente confundem o examinador e levam a diagnósticos errôneos.
- 90** O papiledema é um indicador freqüente de casos de HIC em lactentes com meningites bacterianas.
- 91** A HIC aguda em adolescentes pode ser causada por hemorragia subaracnóide. No Brasil, entre as causas desse sangramento, a doença de Moyamoya é cada vez mais comum, superando, em muito, o uso de cocaína.
- 92** A tomografia computadorizada com resultado normal exclui a suspeita de hemorragia subaracnóide.
- 93** A presença de síndrome de HIC associada a um quadro infeccioso justifica a coleta de liquor cefalorraquidiano e o início de antibioticoterapia e administração de corticóides com o intuito de evitar agressões aos pares cranianos III e VIII.

Uma paciente de 11 anos de idade vem apresentando, há meses, episódios de contrações musculares, na hemiface e no membro superior esquerdo, de rápida duração e com preservação da consciência. Ela comentou esse fato com os pais, que acreditaram tratar-se de brincadeira. Porém, em certa tarde, a mãe flagrou as alterações motoras no dimídio esquerdo, seguidas de crise convulsiva. A menor foi levada ao pronto-socorro e, após a recuperação, a pediatra de plantão observou sutil hemiparesia esquerda, de predomínio braquial. Foi realizado exame de neuroimagem, a partir do qual a hipótese de lesão estrutural foi descartada.

Em relação ao quadro clínico acima descrito, julgue os itens subseqüentes.

- 94** Caso o exame neurológico evidencie hemiparesia esquerda, mesmo sem sintomas infecciosos, a realização de coleta de liquor cefalorraquidiano torna-se imperativa.
- 95** A hemiparesia pode indicar apenas uma paresia pós-crítica transitória (paralisia de Todd), sem lesão neoplásica associada.
- 96** O eletroencefalograma pode sugerir epilepsia rolândica na presença de surtos de pontas e ondas agudas em região frontocentral, bilateralmente, de forma síncrona, ou, ainda, de forma alternada, comprometendo as regiões esquerda e direita.
- 97** A epilepsia parcial motora descrita para essa paciente indica a necessidade de monitorização videoeletroencefalográfica com eletrodos subdurais para possibilitar a abordagem neurocirúrgica ideal.
- 98** A manifestação clínica descrita não sugere epilepsia de ausência infantil.

Um bebê de 5 meses de idade, do sexo masculino, foi levado ao seu pediatra pela genitora; esta informou que a criança estava doente, mas não sabia explicar claramente o problema. Dizia que, desde que o bebê começara a ter “sustos” várias vezes ao dia, tinha ficado mais “molinho”, apático e chorava bastante. Negou sinais e sintomas que sugerissem doenças infecciosas. O quadro havia iniciado fazia quatro semanas, e a criança já tinha sido levada à emergência duas vezes, onde a mãe recebeu orientação dietética e receita de medicação para cólica. Esta seguiu as orientações, mas nada fez efeito. Enquanto conversava com a mãe, o pediatra observou as alterações citadas e, em 20 minutos, o médico identificou mais de trinta movimentos que pareciam espasmos.

Acerca desse quadro clínico e de aspectos relacionados ao tema nele tratado, julgue os itens que se seguem.

- 99 Caso o eletroencefalograma seja normal, o diagnóstico de síndrome de West deve ser afastado.
- 100 Se o eletroencefalograma desse lactente apresentar um traçado anormal, a droga de primeira escolha será a fenitoína.
- 101 Eletroencefalograma evidenciando um ritmo de base de alta amplitude, continuamente anormal e caótico, com descargas epileptiformes multifocais e generalizadas não é comum na epilepsia mioclônica benigna.
- 102 A idade do paciente e a apresentação das crises não são compatíveis com a encefalopatia epiléptica infantil precoce com períodos de supressão, ou síndrome de Ohtahara.
- 103 O uso de vigabatrina em pacientes com síndrome de West se justifica mesmo com o risco de retinopatia, sendo prudente a avaliação oftalmológica periódica.

Um bebê de 2 meses de idade, do sexo masculino, foi internado no pronto-socorro de sua cidade com o diagnóstico de pneumonia e insuficiência respiratória, necessitando de assistência ventilatória mecânica. Apesar da melhora dos exames hematológicos e de imagem, a criança mantinha dificuldades em respirar espontaneamente, sucção débil e pouca mobilidade no leito. A genitora informou que, desde o nascimento, o filho já vinha com dificuldades para sustentar a cabeça e sugar.

Quanto às possibilidades diagnósticas relativas ao caso clínico acima descrito, julgue os itens a seguir.

- 104 A progressão da hipotonia e da fraqueza dos músculos proximais dos membros respiratórios, bulbares e paravertebrais, associada à arreflexia osteotendínea, pode sugerir um quadro de amiotrofia espinhal do tipo I, ou doença de Werdnig-Hoffmann.
- 105 Nesse caso, o exame de DNA possibilita a pesquisa de amiotrofia espinhal hereditária e pode poupar a criança da realização de uma biópsia muscular.
- 106 A miastenia neonatal transitória, em geral, está associada à transferência passiva de anticorpos contra os receptores de acetilcolina da genitora — quando esta é portadora de miastenia grave — para o feto. A persistência do quadro miastênico após o segundo mês de vida é obrigatória para esse diagnóstico.

107 A forma infantil da doença de Pompe, causada por deficiência de carnitina com repercussão na musculatura esquelética, respiratória e cardíaca, deve ser considerada no diagnóstico diferencial.

108 A presença de fasciculações e hiper-reflexia favorece a possibilidade de doença do corno anterior da medula.

109 A forma neonatal da distrofia nemalínica é condizente com o caso descrito e sua confirmação pode ser feita por meio de biópsia muscular, que permite identificar os corpos nemalínicos — estruturas em forma de bastões na região sarcoplásmica. A biópsia é essencial, também, para afastar a possibilidade de neuropatia de Fukuyama.

110 O comprometimento inflamatório-desmielinizante agudo de raízes nervosas e nervos periféricos é improvável na faixa etária do paciente em questão.

A anormalidade dos movimentos oculares pode indicar uma doença no sistema nervoso central ou periférico. A respeito desse tema, julgue os seguintes itens.

111 A oftalmoplegia internuclear é uma síndrome resultante de patologia que compromete o fascículo longitudinal medial.

112 Oftalmoparesia bilateral assimétrica com remissão espontânea e recidiva, ptose palpebral e reação pupilar à luz preservada sugerem a hipótese de doença infiltrante de tronco cerebral.

113 Nistagmo, quando associado a ataxia de marcha em criança usuária de fenitoína, pode indicar concentração alta ou tóxica dessa medicação.

114 Fístula carótida cavernosa e trombose do seio cavernoso são duas causas de oftalmoplegia por envolvimento dos nervos que são responsáveis pela motricidade ocular.

Acerca de doenças adquiridas que cursam com fraqueza da musculatura esquelética, julgue os próximos itens.

115 O botulismo infantil pode causar fraqueza nas musculaturas facial e faríngea e cursar com insuficiência respiratória.

116 A infecção pelo *Clostridium botulinum* compromete a junção neuromuscular, devido a um bloqueio à liberação de acetilcolina na membrana pós-sináptica, e pode ser confundida com a síndrome de Eaton-Lambert.

117 O uso de antibióticos aminoglicosídeos que interferem na junção neuromuscular pode agravar doenças como miastenia grave e botulismo.

118 A doença de Lyme, causada pela bactéria *Borrelia burgdorferi*, pode apresentar doença neurológica na mesma topografia que a síndrome de Guillain-Barré.

119 Já erradicada no mundo, a poliomielite é um exemplo de doença infecciosa que acomete principalmente o corno anterior da medula e o gânglio da raiz dorsal.

120 A forma infantil precoce da dermatomiosite e da polimiosite tem início, em geral, com sintomas de fraqueza muscular, sem envolvimento sistêmico.

