UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

RESIDÊNCIA MÉDICA 2014

Neurologia Ano Opcional

Gabarito da Prova realizada em 2/nov/2013

QUESTÃO 1

Síndrome de Guillain Barré ou Polirradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante aguda. É idiopática pós infecciosa, imunomediada, em 70% dos casos. Infecção por CMV (citomegalovírus), Epstein-Bar e Campilobacter jejuni são os agentes infeciosos mais comuns e a fisiopatologia da doença é creditada ao mimetismo molecular entre as proteínas dos agentes infecciosos e as proteins da mielina. Os exames laboratoriais necessários para o diagnóstico é a eletroneuromiografia onde se observa alteração da velocidade de condução nervosa, às vezes com bloqueio de condução e comprometimento do reflexo H. Quando há comprometimento axonal o prognóstico é pior

O exame de líquor ou LCR, por punção lombar, é fundamental, pois, demonstra a dissociação proteino ou albumino citológica, com celularidade baixa (no máximo 10-20 células, com predomínio linfomonocitário) e aumento dos níveis de proteína no líquor (40 mg/dL). Para tratamento o paciente deve ser internado emantido em observação em UTI pelo risco de insuficiência respiratória. O tratamento é plasmaferese 5 sessões em duas semanas ou imunoglobulina endovenosa humana 2g/kg em 2 a 5 dias.

QUESTÃO 2

O paciente está em estado de mal epiléptico ou status epilpticus, que se caracteriza por uma crise epiléptica de duração superior a 5 minutos. As primeiras condutas são avaliar vias aéreas, determinar se há ou não colapso cardiovascular para que as medidas de suporte sejam tomadas, determinar a glicemia capilar, pegar um acesso venoso, iniciar reposição de fluidos, tiamina e glicose. Para tratar o status epilepticus incia-se primeiramente, benzodiazepínico (diazepam 10 mg EV ou lorazepam 5 mg EV), caso acha necessidade essa conduta pode ser repetida e o paciente, se necessário, deverá receber suporte ventilatório. Após a primeira medicação, podemos utilizar fenitoína na dose de 20 mg/KG diluída em solução salina que deve ser administrada em uma hora e não ultrapassar a velocidade de 50mg/minuto. Caso não haja melhora, uma dose adicional de feintoína pode ser feita – 5 a 10 mg/kg. Se necessário podemos, na sequencia iniciar fenobarbital injetável, diluído em solução salina na dose de 20 mg/kg, não ultrapassando 50 a 100 mg/min.

Outra droga que pode ser utilizada é o valproato de sódio endovenoso na dose de 20-40 mg/kg endovenoso ou levetiracetam 1 a 3 gr endovenoso (medicação não disponível no Brasil).

Na eventualidade do paciente não responder às medicações de segunda linha, o paciente pode ser ainda medicado com midazolam contínuo na dose de 0,2mg/kg (bolus) seguido de 0,1 a 0,4 mg/kg/hora ou propofol de 3 a 5mg/kg (bolus), seguido por 5 a 10 mg/kg/hora.

Se for necessário utilizar as medicações de terceira linha o paciente deve ser colocado em unidade de terapia intensiva.
Se necessário alguns exames laboratoriais devem ser solicitados: triagem metabólica, triagem para intoxicação exógena, gaso venosa, tomografia de crânio e exame de líquor.
Devemos solicitar assim que possível um eletroencefalograma ou realizar a monitorização contínua através d o eletroencefalograma para podermos avaliar a evolução do estado de mal e a resposta às medidas terapêuticas.

QUESTÃO 3

O paciente apresenta um quadro opticomedular, compatível com neuromielite óptica ou doença de Devic. que é uma doença inflamatória autoimune e desmielinizante. O quadro se caracteriza por comprometimento preferencial do nervo óptico e da medula espinhal. O exame de LCR com 50% de neutrófilo corrobora a suspeita diagnóstica, mas que esse diagnóstico seja confirmado é necessário o exame de ressonância magnética (RM) do neuro eixo (encéfalo, medula cervical e torácica), o teste do anticorpo antiaquaporina-4. Na neuromielite óptica a RM de encéfalo não preenche critérios para esclerose múltipla, mas pode ter lesões periaquedutais e diencefálicas, as RMs de medula cervical e torácica devem apresentar uma lesão medula extensa, maior que três corpos vertebrais. Além disso, o paciente pode ter o teste para o anticorpo antiaquaporina-4 positivo. É importante realizar exames para o diagnóstico diferencial: sorologias para vírus HIV, hepatite B e C e os testes para doenças reumatológicas, que no caso da doença de Devic devem ser negativos. O paciente deve ser tratado, cos surtos com metilprednisolona endovenosa 1 gr por dia, de três a cinco dias e deve receber como tratamento preventivo imunossupressor, como a azatioprina na dose de 1 a 2 mg/kg ou micofenolato de mofetila, na dose de 2 gr/dia.

QUESTÃO 4

Etiologia mais frequente é um acidente vascular encefálico provocado pela oclusão da porção intracraniana da artéria vertebral ou da artéria cerebelar póstero inferior. A síndrome de Wallenberg se caracteriza por: síndrome cerebelar (ataxia, dismetria), síndrome de horner, paresia do palato e diminuição da sensibilidade da hemiface homolateral à lesão e de diminuição da sensibilidade no dimidio ou hemicorpo contralateral à lesão.
Na síndrome de Wallenberg a topografia é a região lateral do bulbo, com comprometimento do trato espinotalâmico, dos núcelos do X, IX , XII e V nervos cranianos, das fibras descendentes optico simpáticas e da porção inferior do cerebelo.