

## GABARITO COMENTADO:

1. **B:** No AVC suspeito, o primeiro passo é a estabilização e a TC sem contraste é usado para diferenciar evento isquêmico de hemorragia.
2. **C:** O sinal de Brudzinski é a flexão das pernas ao fletir o pescoço; Kernig é a dor/resistência ao estender a perna com a coxa fletida.
3. **B:** O padrão de 3 Hz (ciclos por segundo) ponta-onda generalizado é patognomônico da Crise de Ausência.
4. **B:** Hematoma extradural tem forma de lente biconvexa e o intervalo lúcido é clássico devido à origem arterial (rápida expansão após compensação inicial).
5. **A:** São os sintomas motores clássicos da via nigroestriatal afetada.
6. **B:** As bandas oligoclonais indicam produção intratecal de anticorpos, fundamental nos critérios de McDonald.
7. **C:** A Síndrome de Wallenberg (oclusão da PICA ou artéria vertebral) afeta o bulbo lateral, poupando a via piramidal (por isso não há déficit motor de força).
8. **B:** A xantocromia (cor amarelada) resulta da degradação da hemoglobina em bilirrubina, ocorrendo horas após uma HSA.
9. **A:** Diferente do Tipo I (geralmente assintomático), o Chiari II quase sempre vem acompanhado de defeitos do fechamento do tubo neural (mielo).
10. **B:** A janela do rtPA é 4,5h. A trombectomia mecânica revolucionou o tratamento com janelas estendidas até 24h (estudos DAWN e DEFUSE 3).
11. **B:** A questão descreve uma **Trombose Venosa Cerebral (TVC)**. O sinal do "delta vazio" na prensa de Herófilo é clássico. Curiosamente, a anticoagulação plena é o tratamento de escolha, **mesmo se houver infarto venoso hemorrágico**, pois ela interrompe o processo patológico de oclusão venosa que gera o sangramento.
12. **B:** O diagnóstico de ELA requer a combinação de sinais de 1º neurônio (espasticidade, hiperreflexia) e 2º neurônio (atrofia, fasciculação) em diferentes segmentos corporais. O critério de "Definida" exige 3 das 4 regiões (Bulbar, Cervical, Torácica e Lombar).
13. **C:** A **Encefalite Herpética** tem predileção pelos lobos temporais (sistema límbico), o que explica os sintomas comportamentais e crises epiléticas. O LCR costuma ser hemorrágico devido à necrose tecidual. O tratamento com Aciclovir deve ser iniciado o mais precocemente possível.
14. **B:** Enquanto a EM causa lesões medulares curtas, o NMOSD (frequentemente associado ao anticorpo Anti-Aquaporina 4) causa lesões extensas que ultrapassam 3 corpos vertebrais (MTLE), além de neurites ópticas frequentemente bilaterais e graves.
15. **B:** Na Síndrome de Brown-Séquard, as fibras motoras (corticospinal) e de sensibilidade profunda (propriocepção e vibração) já cruzaram ou cruzam acima da medula, logo o déficit é **ipsilateral**. As fibras de dor e temperatura (espinotalâmicas) cruzam na medula logo após entrar, logo o déficit é **contralateral**.