

Questão 1

Uma mulher de 28 anos, hipertensa, procura atendimento ambulatorial com história de cefaleia recorrente há 3 anos. Relata que já apresentou mais de dez episódios idênticos ao longo desse período. As crises atuais são mensais, de início unilateral, caráter pulsátil e intensidade moderada a forte, frequentemente associadas a náuseas e intolerância à luz e sons. A paciente refere que as dores duram cerca de 24 horas e pioram significativamente ao subir lances de escada. O exame neurológico e o fundo de olho são normais. O diagnóstico clínico mais provável é:

- a) Cefaleia do tipo tensional
- b) Cefaleia trigeminal
- c) Cefaleia em salvas
- d) Migrânea sem aura

Questão 2

Homem de 52 anos, previamente hígido, procura o serviço de emergência por quadro de cefaleia súbita e excruciante, iniciada há 1 hora. O paciente relata ser a pior dor de cabeça de sua vida, enfatizando que a intensidade máxima foi atingida em menos de um minuto após o início. Nega febre ou episódios semelhantes no passado. Ao exame físico, encontra-se vigil, porém com fácies álgica, apresentando vômitos em jato e rigidez de nuca/.

Diante dos sinais apresentados, a principal hipótese diagnóstica é:

- a) Migrânea com aura atípica
- b) Cefaleia em salvas
- c) Hemorragia subaracnóidea
- d) Arterite temporal

Questão 3

Homem de 35 anos apresenta crises de dor excruciante, estritamente unilateral e localizada na região periorbitária direita, com duração média de 45 minutos. As crises ocorrem diariamente há 2 semanas, frequentemente o despertando na madrugada sempre no mesmo horário. Durante os episódios, os familiares notam que o paciente apresenta extrema agitação psicomotora, não conseguindo permanecer parado, além de intenso lacrimejamento e congestão nasal ipsilaterais à dor.

Com base nos critérios diagnósticos, a hipótese mais provável é:

- a) Migrânea sem aura
- b) Cefaleia em salvas**
- c) Neuralgia do trigêmeo
- d) Cefaleia tensional

Questão 4

Uma paciente de 30 anos, com diagnóstico clínico estabelecido de migrânea sem aura, procura o ambulatório relatando crises mensais incapacitantes que a impedem de exercer suas atividades laborais. O exame físico é normal e ela não apresenta comorbidades cardiovasculares. Considerando as diretrizes atuais, qual a opção farmacológica é tratamento abortivo específico de primeira linha para estas crises moderadas a graves?

- a) Propranolol
- b) Sumatriptano**
- c) Amitriptilina
- d) Topiramato

Questão 5

Mulher de 24 anos é avaliada em consulta de rotina queixando-se de cefaleia bilateral com sensação de peso e intensidade leve. Refere que esses episódios ocorrem há cerca de 5 anos, mantendo um padrão clínico estável e inalterado desde o início. Nega vômitos, despertares noturnos pela dor ou quaisquer outros sintomas sistêmicos. O exame neurológico detalhado é normal. Considerando as diretrizes de investigação de cefaleias, a conduta inicial mais adequada neste momento é:

- a) Solicitar ressonância magnética de encéfalo
- b) Solicitar tomografia de crânio com contraste
- c) Solicitar tomografia de crânio sem contraste
- d) Não solicitar exames de neuroimagem de rotina

Questão 6

Paciente de 22 anos apresenta episódios súbitos de desconexão do meio, olhar fixo e automatismos orais, com duração de 1 a 2 minutos, seguidos de confusão pós-ictal. Durante os episódios, os familiares relatam que o paciente apresenta total ausência de responsividade a comandos verbais e, posteriormente, demonstra amnésia completa para o evento. Não há evolução bilateral tônico clônica.

Segundo a classificação da International League Against Epilepsy (atualização 2025), a crise descrita é classificada como:

- A) Crise generalizada de Ausência típica
- B) Crise focal com preservação da consciência
- C) Crise focal com comprometimento da consciência**
- D) Crise generalizada motora tônico clônica

Questão 7

Homem de 68 anos, sem história prévia de crises epiléticas, apresenta um episódio de crise tônico clônica bilateral 24 horas após ser admitido por um acidente vascular cerebral isquêmico extenso no território da artéria cerebral média.

Segundo a classificação etiológica da ILAE, o evento neurológico paroxístico deste paciente é classificado como:

- A) Crise sintomática aguda
- B) Epilepsia estrutural
- C) Crise não provocada de etiologia estrutural
- D) Epilepsia de reflexa

Questão 8

De acordo com a definição prática de epilepsia preconizada pela ILAE, o diagnóstico clínico da doença pode ser estabelecido de forma inequívoca quando o paciente apresenta:

- A) Uma única crise não provocada associada a exame neurológico e neuroimagem normais
- B) Duas crises não provocadas (ou reflexas) ocorrendo no mesmo dia, separadas por um intervalo de 12 horas
- C) Presença de atividade epileptiforme no eletroencefalograma sem crise prévia
- D) Duas crises não provocadas (ou reflexas) ocorrendo com um intervalo superior a 24 horas entre elas

Questão 9

Homem de 28 anos é trazido ao ambulatório após apresentar sua primeira crise tônico clônica generalizada não provocada. A ressonância magnética de encéfalo evidencia esclerose mesial temporal à direita. O eletroencefalograma interictal revela descargas epileptiformes temporais ipsilaterais. O exame neurológico atual é normal.

Considerando os critérios diagnósticos práticos da ILAE, a conduta clínica mais adequada para este caso é:

- A) Aguardar a ocorrência de uma segunda crise clínica para confirmar o diagnóstico
- B) Firmar o diagnóstico de epilepsia e iniciar tratamento farmacológico, visto que o risco de recorrência é igual ou superior a 60%
- C) Repetir a neuroimagem em 48 horas para descartar artefatos de técnica
- D) Manter o paciente em observação sem medicação, pois a normalidade do exame neurológico afasta a necessidade de tratamento

Questão 10

O conhecimento do perfil de efeitos adversos dos fármacos anticrise é fundamental para a individualização do tratamento ambulatorial. Assinale a alternativa que apresenta a associação correta entre o medicamento e seu potencial efeito adverso:

- A) Valproato associado à perda ponderal importante
- B) Carbamazepina associada à hiponatremia induzida**
- C) Lamotrigina associada a ganho de peso e hipertensão arterial
- D) Levetiracetam associado a alopecia e hiperplasia gengival