

GABARITO DA PROVA DE ENMG – 25-11-25

Questão 1

Gabarito

1. Não. Pede para complementar com neurocondução do mediano com estímulo na palma e captação no APB e dedo 2:
Preston. Páginas 333, 334 e 335
2. Neuropatia desmielinizante focal, com bloqueio de condução, do nervo mediano direito no punho (sem lesão axonal concomitante).
3. Sim, seria possível a correlação clínica pois, muitos pacientes com STC referem parestesias fora do território do mediano (em luva).
4. Ondas positivas e ou recrutamento neurogênico crônico no ACP
SNAP com amplitude baixa com estímulo na palma e captação no terceiro ou segundo dedos.
CMAP com amplitude baixa com estímulo na palma e captação no ACP.

Questão 2

Gabarito:

- Síndrome de Guillain-Barré, variante Miller-Fisher com paralisia facial.
- 4 membros + face: Condução motora: mediano, ulnar, fibular e tibial com onda F. Condução sensitiva: mediano, ulnar, radial, fibular e sural. Reflexo H tibial. Condução motora dos faciais + blink reflex. Opcional: estimulação repetitiva
- Achados esperados. Considerando a variante Miller Fisher e 3 dias de evolução, as anormalidades esperadas são discretas. Ausência do reflexo H e comprometimento sensitivo axonal não comprimento dependente. Alterações na condução motora dos faciais e alteração do piscamento.
- LCR : dissociação proteino citológica. Anti GQ1b +. Opcional RM de encéfalo

Questão 3

Gabarito

Figura 1	PAMC duplo com incremento mais acentuado no 2º potencial	MG congênita tipo canal lento
Figura 2	Decremento >10% em baixa frequência com facilitação e exaustão	MG generalizada
Figura 3	Incremento significativo >400% após esforço máximo de 10 segundos/ Incremento em alta frequência	Eaton-Lambert
Figura 4	PER normal Jitter anormal no orbicular olho	MG ocular

Questão 4

Gabarito

- Miopatia; Polineuropatia (aceito sensitiva ou sensitivo-motora); possível STC (**adormecimento intermitente nas mãos, de predomínio noturno.**)

- Algum teste para melhor definir o quadro de neuropatia dos medianos nos punhos diante de uma PNP. Obs: foi aceito EMG em outros músculos e estimulação repetitiva desde que justificada.

- Exame complementar (sangue) relacionados com os traçados obtidos na eletromiografia: CK / CPK (principal), LDH, Mioglobina...

Questão 5

Gabarito

- 1) Síndrome de hiperexcitabilidade do nervo periférico; síndrome de Isaacs
- 2) "Afterdischarges". Neuromiotonia (síndrome de Isaacs) e síndrome câibra-fasciculação.

- 3) Definitivamente não se trata de mioquimias, caracterizadas por frequência intraburst na faixa entre 20 e 60 Hz (raramente acima de 100 Hz; nunca acima de 150 Hz). No presente caso, ocorrem “multiplets”, os análogos de breveduração das descargas neuromiotônicas, com frequências intraburst na faixa 150 a 300 Hz.
- 4) Pesquisa de anticorpos contra uma proteína transmembrana (CASPR2) do complexo de canais de potássio sensíveis à voltagem (especialmente Kv1).
- 5) A síndrome de Isaacs é potencialmente paraneoplásica, requerendo extensa pesquisa de neoplasias, começando pelo timo.

Questão 6

Gabarito

- a. Atrofia muscular bulbo-espinhal ou doença de Kennedy
- b. Dupla neuronopatia (sensitiva e motora)
- c. Afecção do gânglio da raiz dorsal.
- d. Teste molecular com sequenciamento do gene de receptor de andrógeno (AR) no cromossomo X com expansões CAG maiores que 35 repetição

Questão 7

Gabarito

- Instalação subaguda; ataxia sensitiva desproporcional à fraqueza; pseudoatetose; arreflexia; perda de sensibilidade não length-dependent (assimétrica, proximal e distal); dissociação sensitivo-motora (força preservada).
- O alvo é o corpo neuronal sensitivo no GRD (gânglio sensitivo dorsal); axônio motor e junção neuromuscular ficam poupados, mantendo CMAPs e latências motoras normais.
- Potenciais sensitivos ausentes/gravemente reduzidos de forma assimétrica e não comprimento dependente, inclusive em nervos proximais/superiores precocemente. Na PNP axonal o acometimento é comprimento dependente.

Questão 8

Gabarito:

1. Afecção de plexo braquial direito, de evolução crônica/sequelar de padrão axonal, comprometendo o tronco superior e médio, com sinais de reinervação crônica e de grau moderado/acentuado.
 - Neuropatia mielínica, puramente sensitiva, do nervo mediano, distalmente no punho bilateral, de grau leve.
2. Paciente com histórico de lesão de plexo braquial direito por causas obstétricas e seus achados neurofisiológicos crônicos não permite uma melhor caracterização de radiculopatias motoras crônicas ou outras neuropatias crônicas associadas ao quadro prévio.
3. Se apresentasse desnervação ativa em determinado miótomo.
4. Novo exame de imagem por exemplo USG de punho/antebraço com avaliação do nervo radial.