

# CADERNO DE QUESTÕES



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS

**EDITAL N° 03/2022**

DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

Cargo de Nível Superior

**PS 16 - MÉDICO I**  
(Neurocirurgia)

	MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO	
	Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada	

## ATENÇÃO

Transcreva no espaço apropriado da sua FOLHA DE RESPOSTAS (Folha Óptica), com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

**Os olhos são a janela da alma.**

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_

Inscrição n°: \_\_\_\_\_

DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

## HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

### EDITAL Nº 03/2022 DE PROCESSOS SELETIVOS

#### GABARITO APÓS RECURSOS

##### PROCESSO SELETIVO 16

##### MÉDICO I (Neurocirurgia)

01.	<b>C</b>	11.	<b>D</b>	21.	<b>C</b>
02.	<b>A</b>	12.	<b>D</b>	22.	<b>B</b>
03.	<b>B</b>	13.	<b>C</b>	23.	<b>E</b>
04.	<b>D</b>	14.	<b>D</b>	24.	<b>A</b>
05.	<b>C</b>	15.	<b>D</b>	25.	<b>A</b>
06.	<b>C</b>	16.	<b>C</b>		
07.	<b>E</b>	17.	<b>B</b>		
08.	<b>D</b>	18.	<b>A</b>		
09.	<b>D</b>	19.	<b>E</b>		
10.	<b>E</b>	20.	<b>C</b>		

# INSTRUÇÕES

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 O candidato que comparecer para realizar a prova **não deverá, sob pena de ser excluído do certame**, portar armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, telefones celulares, *pen drives* ou quaisquer outros tipos de aparelhos eletrônicos, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, próteses auditivas, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, **exceto em situações autorizadas pela Comissão do Concurso e/ou em situações determinadas em lei, como o uso recomendado de máscaras, em virtude da pandemia do Coronavírus. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, régua, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.15.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não será permitida nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.15.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá utilizar os sanitários nas dependências do local de prova se for autorizado pela Coordenação do Prédio e se estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.15.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (conforme subitem 7.15.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.

**01.** A hemorragia intraventricular é a complicação neurológica mais grave em recém-nascidos prematuros. Um recém-nascido com idade gestacional de 28 semanas realizou uma ecografia de crânio transfontanelar demonstrando uma hemorragia intraventricular com dilatação ventricular moderada.

Como você classificaria o grau dessa hemorragia, de acordo com a classificação de Papile?

- (A) Grau 1.
- (B) Grau 2.
- (C) Grau 3.
- (D) Grau 4.
- (E) Grau 5.

**02.** Um menino de 2 anos de idade se apresenta com cefaleia progressiva, vômitos e ataxia de marcha. A Ressonância Magnética do encéfalo demonstra um tumor do quarto ventrículo. A investigação com neuroimagem do neuroeixo demonstra 2 lesões na superfície pial da medula com captação de gadolínio, com tamanho de 5 mm no nível T2-T3 e de 7 mm no nível T10. Foi submetido à cirurgia da fossa posterior com ressecção grosseira total. O exame anatomopatológico mostrou meduloblastoma do tipo clássico, e o exame do líquor, 3 semanas após a cirurgia, foi positivo para células malignas. Qual o próximo tratamento adjuvante indicado?

- (A) Somente quimioterapia.
- (B) Somente radioterapia cranioespinal.
- (C) Quimioterapia e radioterapia espinal concomitante.
- (D) Quimioterapia e radioterapia cranioespinal concomitante.
- (E) Somente quimioterapia intratecal.

**03.** O fechamento precoce da sutura metópica pode ocasionar um formato triangular da cabeça conhecido como trigonocefalia. Em qual idade a sutura metópica tipicamente se fecha?

- (A) 1 a 2 meses.
- (B) 3 a 9 meses.
- (C) 10 a 18 meses.
- (D) 24 meses.
- (E) 36 meses.

**04.** Sobre os resultados do estudo clínico randomizado sobre o manejo da mielomeningocele com cirurgia intraútero (MOMS) publicado em 2011, mostrando evidência de benefício do procedimento, considere as afirmações abaixo em relação ao grupo operado intraútero em comparação ao grupo operado após o nascimento.

- I - A taxa de colocação de derivação ventriculoperitoneal foi reduzida à metade.
- II - O achado de Chiari tipo II foi reduzido de forma significativa.
- III - Não houve diferença em relação à taxa de deambuladores nos dois grupos.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) I, II e III.

**05.** Paciente de 59 anos, masculino, queixa-se de perda auditiva unilateral de caráter progressivo recente. A audiometria mostra perda auditiva em frequências altas, com discriminação preservada. A Ressonância Magnética (RM) mostra um tumor Koos tipo 2. Dentre as alternativas terapêuticas, sugere-se:

- (A) simples observação, com exame de neuroimagem anualmente.
- (B) acompanhamento anual com audiometria.
- (C) realização de avaliação audiométrica e por imagem, a cada 12 meses, ou antes, havendo progressão dos sintomas.
- (D) tratamento cirúrgico de imediato, pois é maior a oportunidade de cura com baixa morbidade.
- (E) radioterapia estereotáxica dose única ou fracionada, pela maior possibilidade de preservação da audição.

**06.** Uma paciente feminina, 72 anos, queixa-se de visão dupla há 6 meses. O exame neurológico mostra paresia do reto externo direito. A Ressonância Magnética (RM) mostra uma neoplasia que se impregna homogeneamente pelo contraste na porção medial da asa do esfenóide, com envolvimento do seio cavernoso.

Considerando-se o potencial tratamento ao paciente, assinale a alternativa que apresenta a melhor opção para este caso.

- (A) Remoção completa da lesão de imediato, mesmo com possível comprometimento dos nervos 3º, 4º e 6º, por ser a única alternativa de cura.
- (B) Observação por RM a cada 6/12 meses, e decidir tratamento com base nos sintomas do paciente.
- (C) Havendo evidência radiológica de progressão da lesão, remoção subtotal da lesão, seguida, eventualmente, de radioterapia estereotáxica, em caso de progressão da lesão residual.
- (D) Independentemente da evidência de possível progressão tumoral, tratamento radioterápico focal, pois estes tumores são altamente radiosensíveis e curáveis com a técnica.
- (E) Dada a idade do paciente e a discreta alteração neurológica, propor de imediato radioterapia estereotáxica em dose única.

**07.** Um paciente de 37 anos, com história de quadro progressivo de aumento de extremidades, apresenta-se com hipertensão arterial e diabetes melito em tratamento. O exame neurológico mostra estigmas típicos de acromegalia, e as dosagens hormonais mostram aumento significativo de GH e IGF-1. A Ressonância Magnética demonstra um adenoma intrasselar de 15 mm Knosp 3. Considerando-se este relato, assinale a alternativa que apresenta a melhor recomendação terapêutica.

- (A) Tratamento medicamentoso inicial com análogos da somatostatina, seguido de tratamento radioterápico.
- (B) Tratamento radioterápico focal, considerando-se ser um tumor grau III de Knosp.
- (C) Tratamento com análogos da somatostatina, somente considerando tratamento alternativo na evidência de crescimento tumoral.
- (D) Tratamento cirúrgico por via endonasal e acompanhamento com exame de imagem, independentemente do grau de ressecção cirúrgica.
- (E) Tratamento cirúrgico por via endonasal seguido de tratamento radioterápico, no caso de remoção subtotal.

**08.** Um paciente de 14 anos de idade queixa-se de cefaleia há seis meses. Pela persistência dos sintomas, é investigada. O exame neurológico mostra apenas hemianopsia bitemporal, confirmada pela campimetria. A Tomografia Computadorizada (TC) e a Ressonância Magnética (RM) mostram lesão sólido-cística selar com grande extensão suprasselar, com compressão do quiasma óptico e possível invasão do hipotálamo. Com relação a este caso, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais indicada.

- (A) Colocação de reservatório de Ommaya e simples aspiração da porção cística.
- (B) Colocação de reservatório de Ommaya e instilação de Interferon.
- (C) Craniotomia pterional e ressecção completa da lesão, com o objetivo de cura.
- (D) Craniotomia pterional e ressecção subtotal da lesão, com acompanhamento por imagem da lesão residual, seguida ou não de radioterapia focal.
- (E) Abordagem endoscópica endonasal, com decompressão do quiasma, seguida de imediato tratamento radioterápico focal.

**09.** Com relação aos astrocitomas encefálicos, considere as afirmações abaixo.

- I - Astrocitomas difusos são passíveis de degeneração maligna. Setenta e cinco por cento dos tumores, em adultos, progridem para astrocitoma anaplásico IDH-mutante e, a partir desse ponto, para glioblastoma IDH-mutante. Astrocitomas difusos em pacientes menores de 20 anos (astrocitomas difusos pediátricos) não apresentam IDH-mutante e raramente evoluem com degeneração maligna.
- II - O tratamento cirúrgico de gliomas grau III e IV (OMS) tem como objetivos principais: material tecidual para estudo histológico e molecular, citoredução seguido por tratamento radioterápico e quimioterápico. Com relação ao tempo livre de progressão e sobrevida média pós-tratamento cirúrgico, há uma relação inversamente proporcional ao volume residual tumoral, com estudos demonstrando os melhores resultados com ressecções acima de 97%.
- III- Astrocitomas anaplásicos, grau III da OMS, IDH-mutantes podem crescer "de novo" ou, menos comumente, evoluir de um astrocitoma grau II (OMS). Possuem um comportamento mais agressivo que o astrocitoma anaplásico sem mutação no IDH (IDH "selvagem").

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) I, II e III.

**10.** Com relação às metástases cerebrais, considere as afirmações abaixo.

- I - Os fatores associados a um melhor prognóstico, com qualquer tipo de tratamento são: Karnofsky > 70, idade < 60 anos, ausência de metástases sistêmicas, doença primária ausente ou controlada, tempo de doença primária (prévio ao diagnóstico da metástase cerebral) < 1 ano e gênero feminino.
- II - Quando indicada no diagnóstico de meningite carcinomatosa, a punção lombar, para pesquisa de células malignas, pode ser utilizada, desde que sejam observados alguns aspectos: requer mais de 10mL de líquor para adequada avaliação e, se negativa no primeiro exame, deve ser repetida até 6 vezes para aumentar a chance de positividade.
- III- A maior incidência de metástases cerebrais situa-se em uma região posterior à cisterna silviana, correspondendo, topograficamente, a uma região onde os lobos temporal, parietal e occipital se "juntam". Isso se dá, possivelmente, devido à disseminação embólica através dos ramos terminais da artéria cerebral média.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.  
 (B) Apenas II.  
 (C) Apenas III.  
 (D) Apenas I e II.  
 (E) I, II e III.

**11.** A falha óssea da espondilolistese espondilolítica L5-S1 localiza-se:

- (A) entre o pedículo e o corpo vertebral.  
 (B) na porção média do pedículo.  
 (C) entre o pedículo e a lâmina.  
 (D) entre as apófises articulares superior e inferior.  
 (E) entre o pedículo e o processo transversal.

**12.** Considerando-se os parâmetros espinopélvicos, Lordose Lombar (LL), Incidência Pélvica (IP), Inclinação Sacral (IS) e Versão Pélvica (VP), assinale a relação correta.

- (A)  $IP = IS - VP$   
 (B)  $IP + IS + VP + LL = 360^\circ$   
 (C)  $IP + IS + VP = LL$   
 (D)  $IS + VP = IP$   
 (E)  $LL = (IP + IS + VP) / 2$

**13.** São achados clínico-radiológicos comuns da Doença de Scheuermann, **EXCETO**:

- (A) hiperlordose lombar compensatória com espondilólise.  
 (B) acunhamento anterior de pelo menos 5° (cinco graus) em 3 vértebras adjacentes.  
 (C) siringomielia oligo ou assintomática em medula dorsal.  
 (D) cifose dorsal maior que 40°.  
 (E) irregularidades dos platôs vertebrais com nódulos de Schmorl.

**14.** Sobre as alterações discais de Modic na Ressonância Magnética, assinale a alternativa correta.

- (A) Modic 1 consiste em alterações escleróticas do platô vertebral.  
 (B) Modic 1 é caracterizado por hipossinal em T1 e T2.  
 (C) Modic 3 é caracterizado por hipersinal em T1 e T2.  
 (D) Modic 2 consiste em degeneração gordurosa do platô vertebral.  
 (E) Modic 2 é caracterizado por hipointensidade em T1 e hiperintensidade em T2.

**15.** Paciente feminina, 52 anos, profissional doméstica, destra, tabagista e obesa, recebe atendimento ambulatorial com queixas de há três meses ter iniciado com formigamento nos dedos médio, indicador e polegar de ambas as mãos, com piora noturna, que interferem na qualidade do sono, com necessidade de movimentação dos punhos, mãos e dedos para alívio dos sintomas. Durante sua atividade laboral encontra dificuldades para abrir vidros e garrafas, e deixa cair objetos das mãos com frequência. É portadora de diabetes melito em tratamento irregular com metformina 500 mg duas vezes ao dia. Ao exame neurológico apresenta Sinal de Tinel, Phalen e Durkan em ambos os punhos. Diante do quadro relatado acima é correto afirmar que:

- (A) os locais mais comuns de compressão do nervo mediano são, predominantemente, o terço superior do antebraço pelo músculo pronador redondo, seguido pelo punho, causada pelo ligamento transversal do carpo (síndrome do túnel do carpo).  
 (B) as raízes que contribuem para a formação do nervo mediano são C6, C7 e T1.  
 (C) nos quadros de compressão do nervo mediano no punho, o Sinal de Tinel apresenta 80% de sensibilidade, enquanto o Sinal de Phalen apresenta 60% de sensibilidade.  
 (D) nos casos sem resposta ao tratamento conservador, com duração de mais de um ano ou com déficits neurológicos e/ou sensitivos graves, o tratamento cirúrgico é indicado.  
 (E) o exame de eletroneuromiografia não é útil para o diagnóstico e nem como indicação de tratamento.

**16.** A paralisia do nervo fibular produz perda dos movimentos de dorsiflexão do pé, de eversão do pé e déficit sensitivo na parte lateral da panturrilha e do dorso do pé. Em relação à paralisia do nervo fibular, é correto afirmar que

- (A) o comprometimento do nervo fibular comum é menos frequente.
- (B) o exame de eletroneuromiografia poderá revelar alterações até 7 dias após o início do quadro.
- (C) a ocorrência de degeneração retrógrada no exame de eletroneuromiografia indica mau prognóstico.
- (D) a melhora após a descompressão do nervo fibular do joelho poderá ocorrer após 8 meses do tratamento cirúrgico.
- (E) a lesão do nervo fibular ao nível da nádega possui melhor prognóstico.

**17.** Nas lesões do plexo braquial, o exame neurológico inicial possui o objetivo de diferenciar as lesões pré-ganglionares das pós-ganglionares. São características de lesões pré-ganglionares:

- (A) síndrome de Horner, paralisia da flexão do cotovelo e escápula alada.
- (B) paralisia dos músculos romboides, paralisia do músculo serrátil anterior e detecção de pseudomeningoceles no exame de ressonância magnética.
- (C) escápula alada, síndrome de Horner e paralisia da extensão do punho.
- (D) déficit da extensão do cotovelo, perda sensitiva do membro superior afetado e dor neuropática.
- (E) síndrome de Horner, anidrose do membro superior afetado e dor neuropática.

**18.** Como forma de tratamento da doença de Parkinson refratária ao manejo medicamentoso, a utilização do eletrodo cerebral de profundidade no núcleo subtalâmico mostra-se como uma alternativa já consolidada. No procedimento cirúrgico para a implantação deste sistema, podemos observar diferentes respostas neurológicas através da técnica de macroestimulação. Qual das alternativas abaixo melhor correlacionaria a alteração neurológica apresentada pelo paciente com sua localização topográfica, levando em consideração o núcleo subtalâmico, e qual a melhor conduta a ser adotada pelo neurocirurgião-assistente?

- (A) Parestesias no hemicorpo contralateral / posteromedial / mover o eletrodo dois milímetros lateralmente.
- (B) Contração dos músculos da face contralateral / anterolateral / suspender o procedimento.
- (C) Desvio conjugado do olhar / posterior / estimular outro contato em direção cranial.
- (D) Contração dos músculos da face ipsilateral / posteromedial / mover o eletrodo dois milímetros lateralmente.
- (E) Desvio conjugado do olhar / inferior / suspender o procedimento.

**19.** Qual das alternativas abaixo está **INCORRETA** em relação ao tratamento de dor crônica refratária?

- (A) O uso da técnica de neuroestimulação do córtex motor está indicado para pacientes com dor neuropática, lateralizada e limitada a um ou, no máximo, dois segmentos contíguos do corpo.
- (B) Em pacientes com dor abdominal bilateral refratária de origem nociceptiva, preferencialmente oncológicos, pode ser indicada a mielotomia comissural toracolombar como forma de tratamento.
- (C) A estimulação medular através de técnica epidural localizada na coluna torácica poderá ser utilizada em casos selecionados de pacientes com angina cardíaca refratária.
- (D) A estimulação medular epidural não deve ser indicada para o controle da dor crônica refratária nos pacientes que não possuem sensibilidade nas áreas dolorosas a serem tratadas.
- (E) Na técnica de cordotomia deve-se ter atenção quando a posição do ligamento for denteado, pois lesões anteriores ao ligamento podem resultar em diminuição de força abaixo do nível tratado, em decorrência de lesão do tracto corticoespinal.

**20.** Paciente J. M. S, 62 anos, iniciou com dor em hemiface esquerda há seis meses, tipo choque, acometendo as regiões supraorbitárias e maxilar. O médico-assistente chegou ao diagnóstico de neuralgia trigeminal envolvendo os ramos de V1 e V2, e prescreveu como tratamento a Carbamazepina. Após resposta inicial satisfatória durante o primeiro ano, a dor retornou com maior intensidade. Desta vez, o médico aumentou a dose da medicação e também associou o uso de Amitriptilina. Atualmente, o paciente faz uso destas duas medicações em altas doses, e mesmo assim não se consegue um controle adequado dos sintomas. Qual das condutas abaixo seria a **MENOS** adequada a ser tomada pelo médico-assistente?

- (A) Solicitação de ressonância magnética do encéfalo.
- (B) Indicação de tratamento com uso de neuroablação trigeminal por técnica percutânea com balão.
- (C) Indicação de tratamento com uso de rizotomia trigeminal por técnica percutânea com radiofrequência.
- (D) Indicação de tratamento com uso de neuroablação por técnica percutânea com glicerol.
- (E) Indicação de tratamento através de microcirurgia e descompressão neurovascular intracraniana do nervo trigeminal.

**21.** Epilepsia é definida como estado de crises convulsivas recorrentes e não provocadas. Pode ocorrer em qualquer idade, muito embora determinadas síndromes sejam específicas para algumas faixas etárias. Estima-se que, em torno de 75% dos casos, o controle será atingido com o uso de medicações antiepilépticas. Do restante, considerados refratários, muitos serão candidatos a determinados procedimentos neurocirúrgicos como forma de tratamento. A técnica cirúrgica de transecção subpial múltipla está indicada em qual dos casos de epilepsia refratária abaixo?

- (A) Síndromes epilépticas tipo *drop attacks*.
- (B) Encefalite de Rasmussen.
- (C) Foco epileptogênico localizado em área eloquente.
- (D) Síndrome de West.
- (E) Síndrome de Lennox-Gastaut.

**22.** Com relação à anatomia vascular cerebral, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) As artérias coroídeias anteriores são ramos originados das artérias carótidas internas, após a origem da artéria comunicante posterior, projetando-se posteriormente.
- (B) As artérias coroídeias anteriores são ramos para vascularizar a cabeça do núcleo caudado e braço anterior da cápsula interna.
- (C) As artérias coroídeias anteriores suprem a vascularização para o lobo temporal medial, e alguns de seus ramos mediais suprem uma porção do mesencéfalo e do tálamo.
- (D) A artéria cerebelar superior é dividida anatomicamente em quatro segmentos anatômicos: pontomesencefálico anterior, pontomesencefálico lateral, cerebelomesencefálico e cortical.
- (E) O triângulo de Parkinson (ou infratroclear) do seio cavernoso tem como limites: em sua borda superior, IV nervo craniano; em sua borda inferior, V1.

**23.** Fazem parte do escore de hemorragia intracerebral (ICH *score*) as seguintes variáveis, **EXCETO**:

- (A) idade.
- (B) escores de coma de Glasgow.
- (C) presença de sangue ventricular.
- (D) volume do hematoma.
- (E) presença de reflexo pupilar.

**24.** Com relação aos aneurismas cerebrais, é correto afirmar que:

- (A) pacientes com aneurismas de artéria comunicante posterior que se apresentam sem paralisia do terceiro nervo ou nos quais a angiografia revela o aneurisma projetado lateralmente à artéria carótida interna têm maior chance de possuir fundo aneurismático aderente ao lobo temporal.
- (B) para os aneurismas da bifurcação basilar situados 1 cm acima da clinoide posterior, pode ser considerada como a melhor escolha uma abordagem subtemporal/transtentorial.
- (C) o déficit visual provocado pelos aneurismas da artéria carótida interna/ofthalmica pode apresentar-se inicialmente com perda do campo visual bitemporal devido à compressão do quiasma óptico.
- (D) na abordagem infratentorial supracerebelar para a região da Pineal, a veia basal de Rosenthal frequentemente é sacrificada (coagulada durante o procedimento).
- (E) os aneurismas da artéria hipofisária superior na sua variante parasselar projetam-se inferiormente em direção à sela, no cavo carotídeo, e na maioria dos casos apresentam-se com hemorragia subaracnoide, predominantemente na cisterna quiasmática.

**25.** Em relação às malformações arteriovenosas encefálicas, pode-se afirmar que:

- (A) a oclusão da malformação após radiocirurgia ocorre por meio de dano no endotélio do vaso, levando à proliferação da camada muscular e fechamento progressivo da luz.
- (B) por se tratarem de lesões durais, sua irrigação ocorre somente por ramos das artérias carótidas externas.
- (C) a hemorragia subaracnoide é a forma mais comum de apresentação.
- (D) para as malformações tipo Spetzler V, o tratamento de baixo risco com cirurgia é o mais indicado.
- (E) frequentemente estão associadas a anomalias do desenvolvimento venoso.