

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Caro Residente,

Esta é a versão **1999** do **TESTE DE AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA, TARO**, desenvolvido por esta Comissão para, além de treiná-lo na realização de provas, colaborar com seu aprendizado, já que nas últimas páginas estão relacionadas as referências bibliográficas para a solução dos testes.

Como no ano de 1998, será utilizado um cartão de leitura ótica que não deve, em hipótese alguma, ser dobrado.

Sua identificação já foi feita no cartão-resposta.

Nas questões de 1 a 100, preencha totalmente a alternativa escolhida com lápis preto e não deixe de responder a nenhuma questão.

Devolva-nos **somente** o cartão-resposta completamente **preenchido** e **NÃO DOBRADO**, para nossa correção.

O livreto é seu para posterior estudo das questões, com discussão em grupo.

Bom Teste !!!

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Dr. Márcio Malta (Presidente)

Dr. Wilson Roberto Rossi (Secretário Executivo)

Dr. Arlindo Gomes Pardini Júnior

Dr. Ingo Schneider

Dr. João Maurício Barretto

Dr. Rames Mattar Júnior

Dr. Sérgio Luiz Checchia

ORTOPEDIA ADULTO

ASSINALE AS CORRETAS

1. *Com relação à articulação patelo-femoral, é correto afirmar que:*

- a) segundo WIBERG, patela tipo II é aquela em que a faceta medial é côncava e do mesmo tamanho que a faceta lateral;
- b) o teste de apreensão é geralmente pesquisado com o joelho em 30° de flexão;
- c) a maior área de contato entre o fêmur e a patela ocorre entre 60° e 90° de flexão articular;
- d) o músculo reto femoral se torna tendinoso a uma distância de 3 cm. da patela;
- e) o vasto medial faz ângulo de, aproximadamente, 31° com o reto femoral.

2. *Com relação aos fenômenos trombo-embólicos e sua profilaxia em cirurgias ortopédicas, é correto afirmar que:*

- a) a incidência de embolia pulmonar fatal, em pacientes submetidos à artroplastia total do quadril, é a mesma que nos pacientes operados por fratura proximal do fêmur;
- b) a profilaxia medicamentosa reduz de forma significativa a incidência de embolia pulmonar fatal, em pacientes submetidos à artroplastia total nos membros inferiores;
- c) heparina, administrada em baixas doses e por via subcutânea, reduz a incidência de trombose venosa profunda;
- d) compressão pneumática intermitente é medida profilática segura, tanto nas artroplastias totais do quadril, quanto do joelho;
- e) pacientes submetidos à artroplastia total do quadril ou do joelho, sob anestesia geral, têm maior incidência de trombose venosa profunda, do que os operados sob anestesia regional (bloqueio espinal).

3. Com relação à displasia fibrosa do esqueleto, é correto afirmar que:

- a) nas formas polioestóticas graves existe grande atividade osteoclástica;
- b) as fraturas patológicas secundárias a ela são de difícil consolidação;
- c) o comprometimento vertebral é freqüente;
- d) as dosagens de fósforo, cálcio e fosfatase alcalina são, geralmente, normais;
- e) quando tratada por curetagem e enxerto ósseo evolui de forma satisfatória.

4. Com relação ao mieloma múltiplo é correto afirmar que:

- a) a inversão da relação entre albumina e globulina é um dos dados laboratoriais que sugerem seu diagnóstico;
- b) do ponto de vista radiográfico o acometimento vertebral difuso é patognomônico da doença;
- c) acomete principalmente o sexo feminino no período pós-menopausa;
- d) fraturas patológicas, associadas à lesões isoladas, consolidam sem dificuldade;
- e) o prognóstico é o mesmo independente da doença ser monostótica ou difusa.

5. Com relação às lesões associadas com a instabilidade crônica do joelho, é correto afirmar que:

- a) as lesões meniscais mediais são as mais freqüentes;
- b) as lesões condrais na patela assumem importância após o primeiro ano da lesão ligamentar;
- c) as lesões meniscais laterais são as mais freqüentes;
- d) as lesões condrais precedem as lesões meniscais;
- e) as lesões meniscais não são progressivas.

6. *Com relação à retração pós-traumática do cotovelo é correto afirmar que:*

- a)** geralmente é decorrente de hematomas, devido à grande vascularização do músculo braquial;
- b)** ocorre após fraturas, sendo raras como complicações pós-operatórias;
- c)** a redução anatômica das fraturas articulares não diminui a possibilidade desta complicação;
- d)** quando da ossificação heterotópica, a indicação do tratamento cirúrgico é a mais precoce possível;
- e)** somente há indicação de tratamento cirúrgico quando o arco total de movimento for menor que 30 graus.

7. *Com relação às osteotomias, para o tratamento da artrose do joelho, é correto afirmar que:*

- a)** comprometimento radiográfico moderado da articulação patelo-femoral contra-indica o procedimento;
- b)** é necessário flexão de no mínimo 60° do joelho para que se indique osteotomia;
- c)** quando se corrige o genovalgo na tíbia, mantém-se a inclinação da linha articular;
- d)** na osteotomia valgizante da tíbia o ideal é corrigir o eixo anatômico para 5° de valgo fisiológico;
- e)** o local mais apropriado para a correção do genovaro é a metáfise femoral distal.

8. *Com relação à disfunção do tendão do tibial posterior, é correto afirmar que:*

- a)** é a principal causa do pé pronado bilateral, adquirido, não doloroso, do adulto;
- b)** incide preferencialmente na segunda década de vida, sendo unilateral, com valgismo do retropé e abdução do antepé, rapidamente progressivos;
- c)** nas roturas longitudinais, o tendão não perde sua continuidade, permitindo a inversão do calcâneo, quando o paciente se eleva na ponta do pé lesado;
- d)** do ponto de vista fisiopatológico, as lesões poderão se apresentar como tenosinovite, desinserção, roturas longitudinal ou transversa;
- e)** a sintomatologia dolorosa será sempre nas regiões medial do pé e posterior do tornozelo, seguindo o trajeto do tendão, desde sua inserção no navicular.

9. *Com relação ao condrossarcoma, é correto afirmar que:*

- a)** os critérios histológicos de malignidade, embora bem definidos, são de pouco valor prognóstico;
- b)** os aspectos radiográficos são típicos, dispensando os critérios clínicos para estabelecer o diagnóstico;
- c)** os primários são, mais freqüentemente, periféricos;
- d)** independente do fato de ser central ou periférico, o tratamento de escolha é a ressecção completa;
- e)** quimioterapia de terceira geração aumenta a sobrevida dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico.

10. Com relação à rigidez articular do cotovelo, qual das alternativas abaixo melhor correlaciona suas partes:

- a) artrite inflamatória, liberação por acesso lateral, neuropatia ulnar pós-operatória;
- b) rigidez pós-luxação, ossificação heterotópica, liberação capsular artroscópica;
- c) rigidez de causa extrínseca, neuropatia ulnar, acesso na linha média posterior;
- d) osteoartrose, osteófitos na fossa olecraniana e região da apófise coronóide, acesso anterior;
- e) rigidez de causa intrínseca, acesso lateral, instabilidade pós-operatória.

11. Com relação à hanseníase, é correto afirmar que:

- a) as deformidades na mão são devidas às alterações sensitivas, provocadas pela neurite dos nervos mediano e ulnar;
- b) em nenhuma de suas formas (tuberculóide ou virchowiana) ocorre destruição do nervo; as alterações nervosas são devidas à compressão e isquemia;
- c) o uso de corticóide é contra-indicado no seu tratamento;
- d) o nervo radial é freqüentemente acometido;
- e) as correções cirúrgicas estão contra-indicadas devido ao acometimento sensitivo.

12. Com relação à espondilite anquilosante, é correto afirmar que:

- a) acomete pacientes após a quinta década de vida;
- b) acomete predominantemente o sexo feminino;
- c) cerca de 90% dos pacientes apresentam antígeno HLA B27 positivo;
- d) os sintomas se iniciam e ocorrem, preferencialmente, em pequenas articulações;
- e) há acentuação da concavidade anterior dos corpos vertebrais da coluna lombar.

13. Com relação à artrose avançada trapézio-metacárpica (rizartrose), é correto afirmar que:

- a) não há subluxação lateral do metacarpo em relação ao trapézio;
- b) não há indicação para ressecção do osso trapézio;
- c) o tratamento baseado na artrodese trapézio-metacárpica causa pouca redução da mobilidade do polegar;
- d) a frouxidão ligamentar na articulação trapézio-metacárpica faz parte da anatomia patológica da lesão;
- e) não há envolvimento de articulações vizinhas à trapézio-metacárpica.

14. Com relação à artrose do ombro, é correto afirmar que:

- a) a artroplastia total, em detrimento da parcial, é indicada preferencialmente, na presença de lesão extensa dos tendões do manguito rotador;
- b) a grande ressecção óssea, na artroplastia do ombro, inviabiliza eventual artrodese em um segundo tempo;
- c) quando na presença de grave defeito ósseo na cavidade glenóide, encontrado nas artroses por artrite reumatóide, a artroplastia parcial é preferível à artroplastia total;
- d) a artroplastia do ombro tem sobrevida menor do que as artroplastias do quadril;
- e) a radiografia de perfil axilar não é importante, pois eventuais erosões da cavidade glenóide são facilmente identificadas e corrigidas no ato operatório.

15. Com relação à síndrome do impacto do ombro, é correto afirmar que:

- a) no tratamento cirúrgico, a acromiectomy total está indicada nas lesões graves e extensas dos tendões do manguito rotador;
- b) o tendão do supra-espinhal é o único afetado nesta síndrome;
- c) a presença de lesão completa do tendão do supra-espinhal indica tratamento cirúrgico;
- d) a artrose da articulação acrômio-clavicular não faz parte desta síndrome, sendo o acrômio e o ligamento córaco-acromial os elementos importantes na gênese desta doença;
- e) a transposição do tendão do subescapular é boa opção para o fechamento de lesões graves no manguito rotador.

16. Com relação às osteotomias femorais proximais, para o tratamento da artrose do quadril, é correto afirmar que:

- a) os resultados obtidos são os mesmos que com as artroplastias totais, principalmente no que se refere ao alívio da dor e ao retorno às atividades diárias;
- b) a amplitude mínima de movimento articular que permita sua realização, deve ser avaliada com o paciente anestesiado;
- c) a idade do paciente não deve ser considerada como critério para sua indicação;
- d) na presença de displasia acetabular e cabeça femoral esférica, está indicada a retirada de uma cunha de base lateral na região trocantérica, com o objetivo de medializar o centro de rotação da cabeça femoral;
- e) a medialização da diáfise femoral, como proposta por McMURRAY, é fator mecânico primordial para bom resultado funcional.

17. Com relação à contratura de DUPUYTREN, é correto afirmar que:

- a) ocorre com maior frequência em mulheres;
- b) é mais freqüente na raça negra;
- c) o dedo mais afetado é o indicador, seguido do médio e do anular;
- d) o alongamento dos tendões flexores está indicado quando a contratura da metacarpofalângica é maior que 45 graus;
- e) em 10% dos pacientes ocorre, também, acometimento da fáscia plantar (doença de LEDDERHOSE).

18. Com relação ao tumor de células gigantes, é correto afirmar que:

- a) seu comportamento biológico é determinado pela presença ou não de figuras de mitose;
- b) seu tratamento pela curetagem e preenchimento da cavidade com metilmetacrilato deve ser precedido de radioterapia;
- c) a imagem de ressonância magnética não é fundamental para seu estadiamento;
- d) sua ocorrência na coluna vertebral é mais comum no sexo masculino;
- e) sua origem é metafisária e localização epifisária.

19. Com relação aos adenocarcinomas e suas metástases para o esqueleto, é correto afirmar que:

- a) a sobrevida desses pacientes tem melhorado nos últimos anos, excetuando-se àqueles com tumores da mama e da próstata;
- b) fraturas patológicas são mais comuns nos pacientes cujas metástases são causadas por tumores da mama, do rim, do pulmão e da tireóide, nesta ordem de frequência;
- c) na presença de fratura patológica na diáfise do fêmur, a fixação com placa e parafusos, reforçada com metilmetacrilato, é o método terapêutico de escolha;
- d) a cintilografia é capaz de demonstrar lesões ósseas metastáticas, desde que tenham tamanho mínimo de 5 mm.;
- e) quando houver necessidade de biópsia o material deve ser colhido na área central da lesão.

ASSINALE AS INCORRETAS

20. Com relação à osteoporose, é incorreto afirmar que:

- a) caracteriza-se por diminuição da massa óssea e aumento do risco de fraturas;
- b) a pós-menopausa (tipo I de RIGGS e MILTON) é medida por aumento da atividade de osteoclastos;
- c) associa-se a baixos níveis de fosfatase alcalina e paratormônio;
- d) são tratamentos possíveis: administração de cálcio, vitamina D, estrógeno, calcitonina, bifosfonatos e flúor;
- e) o diagnóstico é definido quando há densidade óssea mineral menor que 2,5 desvios padrões da média de adultos jovens.

21. São possíveis causas de síndrome compressiva do plexo braquial, na região cérvico-torácica, exceto:

- a) hiperabdução do braço que provoca inclinação de 180° nos vasos axilares empurrado-os de encontro ao coracóide e cabeça do úmero;
- b) presença de costela cervical;
- c) consolidação viciosa de fratura de clavícula;
- d) tumor na região superior do tórax;
- e) anomalias musculares no escaleno posterior.

22. Com relação à síndrome de REITER, é incorreto afirmar que:

- a) sua tríade clássica é artrite, conjuntivite e uretrite;
- b) sua incidência é predominante no adulto jovem, do sexo masculino;
- c) em sua sorologia, encontramos índice elevado de HLA-B27, diferenciando-se, assim, da artrite reumatóide;
- d) manifesta-se como poliartralgia simétrica principalmente nos membros inferiores;
- e) os sintomas articulares manifestam-se geralmente, de duas a quatro semanas após uma uretrite gonocócica.

23. Com relação à gota (artrite gotosa), é incorreto afirmar que:

- a) história familiar positiva para a doença é dado freqüente;
- b) a maioria dos pacientes com hiperuricemia não desenvolve a doença;
- c) sua incidência é semelhante para ambos os sexos;
- d) clinicamente, manifesta-se por dor articular súbita, intensa, de ocorrência noturna;
- e) a condrocalcinose articular é o principal diagnóstico diferencial, porém não responde ao tratamento com colchicina.

24. Com relação às tendinites não insercionais do tendão de Aquiles, assinale a alternativa incorreta:

- a) ocorrem geralmente a 4 cm. da inserção, em uma área hipovascular do tendão;
- b) são classificadas em: paratendinites e tendinoses;
- c) as tendinoses apresentam degeneração, fibrose ou ossificação heterotópica intratendinosa por microrotura repetitiva;
- d) incidem com maior freqüência em pacientes idosos, sedentários e obesos;
- e) na paratendinite ocorre espessamento difuso e fusiforme do tendão, doloroso na dorsiflexão e na flexão plantar do pé, tanto ativa quanto passiva.

25. Com relação à estenose do canal vertebral, é incorreto afirmar que:

- a) a partir dos quatro anos de idade, o diâmetro do canal vertebral lombar é praticamente igual ao do adulto jovem normal;
- b) os anões acondroplásicos apresentam canal vertebral de diâmetro menor que a média da população;
- c) o diagnóstico diferencial principal é a insuficiência vascular periférica, sendo a história e o exame físico suficientes para sua elucidação;
- d) a forma mais comum na região lombar é a degenerativa, no sexo masculino, acima dos 50 anos de idade;
- e) o tratamento de escolha é o cirúrgico e os resultados são, na maioria das vezes, gratificantes.

ORTOPEDIA INFANTIL

ASSINALE AS CORRETAS

26. Com relação à artrite reumatóide juvenil, é correto afirmar que:

- a) o genovalgo grave não deve ser corrigido com grampeamento fisário;
- b) quando indicada, a sinovectomia do joelho deve ser feita a céu aberto;
- c) o uso de gessos corretivos, na presença de deformidade em flexão do joelho, não está indicado;
- d) na indicação concomitante de artroplastias do quadril e joelho, a do quadril é prioritária;
- e) nas artroplastias do joelho é recomendada a ressecção dos ligamentos cruzados, para evitar recidivas das sinovites.

27. Com relação à tuberculose da coluna vertebral, é correto afirmar que:

- a) é sinônimo de mal de POTT;
- b) a coluna vertebral é local de predileção da tuberculose óssea e o segmento torácico alto é o mais freqüentemente acometido;
- c) o foco inicial da infecção é geralmente no osso esponjoso;
- d) clinicamente, existe espasmo muscular paravertebral, de aparecimento vespertino ou noturno;
- e) o primeiro sinal radiográfico é a expansão do corpo vertebral, com borramento de suas bordas.

28. Com relação à mielomeningocele, é correto afirmar que:

- a) ocorre por não fechamento do arco neural anterior;
- b) sua incidência cresce quando existe história familiar entre irmãos;
- c) o ultra-som e a amniocentese, raramente, estabelecem o diagnóstico pré-natal;
- d) a localização preferencial é na porção tóracolombar da coluna vertebral;
- e) os nervos periféricos são acometidos, tanto dentro como fora da dura-máter.

29. Com relação à polidactilia no pé, é correto afirmar que:

- a) dedos supranumerários são comuns, ocorrendo, mais freqüentemente na raça branca;
- b) é geralmente transmitida como caráter ligado ao sexo;
- c) associa-se com hipoplasia ou ausência da tíbia;
- d) a remoção cirúrgica está indicada apenas por razões funcionais;
- e) se associada à metatársico supranumerário, este não deve ser excisado.

30. Com relação ao quadril, na paralisia cerebral, é correto afirmar que:

- a) a luxação paralítica raramente pode ser prevenida;
- b) ao contrário do que ocorre na luxação congênita, não há anteversão excessiva do colo femoral;
- c) a presença de displasia acetabular, na criança mais jovem, sugere subluxação congênita;
- d) na presença de obliquidade pélvica fixa, esta deve ser tratada logo após a correção do quadril luxado;
- e) a luxação anterior é rara e freqüentemente devida à presença de coxa vara.

31. Com relação ao acometimento da coluna vertebral nas mucopolisacaridoses, é correto afirmar que:

- a) na síndrome de HURLER, as alterações displásicas dos corpos vertebrais já são evidentes nos primeiros meses de vida;
- b) na síndrome de MÓRQUIO, um achado radiográfico característico é a hiperplasia do processo odontóide;
- c) na síndrome de MÓRQUIO, a instabilidade atlanto-axial não causa compressão da medula espinhal;
- d) na síndrome de SCHEIE ou mucopolisacaridose V ocorrem as mais graves instabilidades cervicais;
- e) não há risco maior na entubação endotraqueal dos pacientes com mucopolisacaridose IV.

32. Com relação ao escorregamento progressivo na espondilolistese, é correto afirmar que:

- a) é menos freqüente quando se inicia antes dos dez anos de idade;
- b) os defeitos ístmicos favorecem mais ao escorregamento do que os defeitos displásicos;
- c) não tem relação com a frouxidão ligamentar excessiva;
- d) escorregamentos maiores do que 50% não mais progridem;
- e) é mais freqüente no sexo feminino.

33. Com relação ao condroblastoma, é correto afirmar que:

- a) tem como local preferencial a região epifisária da tíbia;
- b) representa cerca de 2% dos tumores ósseos;
- c) o exame radiográfico mostra lesão radioluciente e, geralmente, pequenos focos de calcificação;
- d) associa-se freqüentemente com fratura patológica;
- e) é um tumor benigno e não invade a articulação.

34. Com relação à histiocitose X, é correto afirmar que:

- a) ocorre mais freqüentemente na segunda década de vida;
- b) os ossos mais acometidos são: crânio, corpo vertebral e ilíaco;
- c) as radiografias mostram seqüestro central com grande reação periosteal;
- d) o tratamento consiste de curetagem das lesões;
- e) a lesão básica é no histiócito e a eosinofilia faz o diagnóstico.

35. Com relação ao encondroma, é correto afirmar que:

- a) deve ser ressecado devido ao seu potencial de malignização;
- b) 40% deles acometem os metacárpicos ou metatársicos;
- c) quando múltiplos, caracterizam a síndrome de MAFUCCI;
- d) o diagnóstico radiográfico é feito pela grande reação periosteal e espessamento cortical;
- e) depois das falanges, o fêmur e o úmero são os locais mais freqüentemente acometidos.

36. Com relação às deformidades congênitas das mãos, é correto afirmar que:

- a) a sindactilia é classificada em simples, complexa e complicada;
- b) 75% das sindactilias são bilaterais;
- c) mão em fenda (“cleft hand”) é uma deficiência central e está, freqüentemente associada com mal formação cardíaca;
- d) a deficiência ulnar é mais comum que a deficiência radial;
- e) na deficiência radial a artéria radial está, geralmente, presente.

37. Com relação à doença de CAFFEY, é correto afirmar que:

- a) sua etiologia é viral;
- b) é mais comum ao final da primeira década de vida;
- c) as radiografias mostram reação periostal em falanges e vértebras;
- d) clinicamente, a criança apresenta-se com febre, VHS aumentada e fosfatase ácida elevada;
- e) a mandíbula e a ulna são os ossos mais acometidos.

38. Com relação à osteocondrite dissecante do joelho, é correto afirmar que:

- a) acomete com mais freqüência a borda medial do côndilo lateral;
- b) a lesão é melhor visualizada na incidência radiográfica em axial de patela;
- c) a imagem de ressonância magnética permite avaliar a extensão e a estabilidade da lesão;
- d) o tratamento indicado é o cirúrgico, para prevenir a soltura e o corpo livre;
- e) quanto menor a lesão, pior o prognóstico.

39. Com relação ao genovaro no raquitismo, é correto afirmar que:

- a) ocorre por acometimento da porção medial da linha epifisária;
- b) ocorre mais comumente no raquitismo renal;
- c) ocorre quando a doença se inicia em lactentes;
- d) a torção lateral da tíbia é uma associação freqüente;
- e) ocorre em qualquer faixa etária do crescimento.

40. Com relação ao sarcoma de EWING, é correto afirmar que:

- a) ocorre mais freqüentemente após a quarta década de vida;
- b) acomete mais freqüentemente costelas e vértebras;
- c) as radiografias geralmente mostram destruição óssea irregular e neoformação subperiosteal reativa;
- d) não responde bem à quimioterapia e radioterapia;
- e) o local mais freqüente de metástase é o fígado.

41. Com relação à osteomielite aguda hematogênica, é correto afirmar que:

- a) antibioticoterapia (ATB) deve ser iniciada após o aparecimento radiográfico da lesão óssea;
- b) aspiração óssea, associada à ATB é tratamento eficaz;
- c) inicia-se pela metáfise e o germe mais freqüente é o estreptococo;
- d) nos lactentes os achados laboratoriais são freqüentemente inconclusivos;
- e) o tratamento cirúrgico deve ser realizado em qualquer de suas fases.

42. Com relação à barra tarsal, é correto afirmar que:

- a) ocorre pela incorporação de um osso extranumerário ao osso tarsal adjacente;
- b) é doença familiar autossômica recessiva;
- c) é mais comum entre o calcâneo e o cubóide;
- d) os primeiros sintomas se manifestam quando do início da marcha;
- e) a contratura dos fibulares é o sinal clássico mais comumente encontrado.

43. Com relação à doença de LEGG-CALVÉ-PERTHES, qual dos abaixo é o sinal radiográfico mais precoce?

- a) GAGE;
- b) CATTERALL;
- c) KLEINE;
- d) CAFFEY;
- e) DREHNAN.

44. Com relação à artrite séptica, é correto afirmar que:

- a) é rara a ocorrência de “pseudo paralisia”;
- b) no quadril e no ombro associa-se com a osteomielite;
- c) o tratamento pela aspiração articular é seguro e eficaz;
- d) o *staphylococcus aureus* e a *pseudomonas* são os germes mais freqüentes;
- e) a lesão cartilaginosa decorre de ação direta das bactérias.

45. Com relação às alterações ósseas, ocasionadas pela leucemia, é correto afirmar que:

- a) aproximadamente, 2/3 dos pacientes apresentam lesões osteolíticas, envolvendo os ossos longos ou o crânio;
- b) o aparecimento de novas lesões ósseas durante o tratamento, não tem significado clínico algum;
- c) a desmineralização é pouco freqüente ;
- d) as linhas leucêmicas (linhas rádiotransparentes em regiões metafisárias) são mais freqüentes em crianças entre três e cinco anos de idade;
- e) as lesões blásticas são as mais comuns .

46. Com relação às hipervitaminoses, é correto afirmar que:

- a) as mais freqüentes são as provocadas pelas vitaminas A e C;
- b) não resultam em alterações ósseas;
- c) a intoxicação aguda por vitamina A é normalmente acompanhada por hipercalcemia;
- d) a intoxicação crônica por vitamina A pode causar prurido, lesão cutânea e dor óssea;
- e) as mais freqüentes são as provocadas pelas vitaminas C e D.

47. Com relação à deformidade da parede torácica anterior ou deformidade pectus (*carinatum e excavatum*), é correto afirmar que elas são:

- a) deformidades puramente estéticas e que não merecem tratamento;
- b) passíveis de tratamento, apenas através de intervenção cirúrgica;
- c) causadas por um diafragma anormalmente desenvolvido e distúrbios nas suturas do esterno e no crescimento costal;
- d) causadas por distúrbios nas placas de crescimento;
- e) passíveis de remodelação, pela aplicação de forças corretivas em qualquer idade.

48. Com relação às seqüelas da paralisia obstétrica e seu tratamento, qual das alternativas abaixo melhor correlaciona suas partes:

- a) limitação da rotação lateral do ombro, alterações morfológicas na articulação do ombro, transferência do grande dorsal e redondo maior para os rotadores laterais;
- b) limitação da rotação lateral do ombro, tenotomia do subescapular e peitoral maior, transferência do redondo maior e grande dorsal para os rotadores laterais;
- c) rotação lateral passiva do ombro de 0°, displasia da articulação do ombro, osteotomia de rotação lateral do úmero proximal;
- d) rotação lateral ativa do ombro maior que 20°, ato de levar a mão à boca, sinal do “corneteiro”;
- e) osteotomia de rotação lateral do úmero proximal, capacidade de levar a mão à boca, melhora do movimento de pronação do antebraço.

ASSINALE AS INCORRETAS

49. A coxa vara congênita é doença rara, normalmente diagnosticada após o início da marcha. Dentre os diagnósticos diferenciais, encontram-se todos os abaixo, exceto:

- a) displasia cleidocraniana;
- b) osteodistrofia renal;
- c) displasia metafisária;
- d) doença de MÓRQUIO;
- e) leucemia.

50. Com relação à epifisiolistese proximal do fêmur, é incorreto afirmar que:

- a) em 90% dos casos a dor inicial é especificamente no quadril comprometido;
- b) ao exame físico é freqüente a presença do sinal de DREHNAN;
- c) o sinal de STEEL é achado freqüente na radiografia de bacia;
- d) a maioria dos pacientes são obesos;
- e) nos casos de epifisiólise aguda o tratamento de escolha é a fixação “in situ”.

TRAUMA

ASSINALE AS CORRETAS

51. Com relação às lesões traumáticas do anél pélvico, é correto afirmar que:

- a) radiografias em AP, com ampola inclinada 40° no sentido caudal (“outlet view”), permitem avaliar o desvio vertical da hemi-pelve;
- b) nos casos de instabilidade vertical, a fixação externa com dois pinos, colocados na crista ilíaca posterior é suficiente para garantir estabilidade;
- c) a profilaxia do tromboembolismo deve ser feita com heparina subcutânea, pois o hematoma retroperitoneal não permite a colocação de filtro na veia cava inferior;
- d) nos casos de fratura exposta com ferida perineal, a derivação intestinal deve ser feita de forma eletiva, quando as condições clínicas do paciente estiverem controladas;
- e) quando houver instabilidade rotacional (livro aberto), as lesões posteriores devem ser estabilizadas através de barras trans-ilíacas.

52. Nas fraturas e luxações de metacárpico e falanges da mão, é correto afirmar que:

- a) nas fraturas do colo do 5° metacárpico (“fratura de boxeur”) é aceitável angulação de até 30 graus;
- b) após a redução das fraturas do colo do 5° metacárpico, deve-se imobilizar o dedo com flexão de 90° das articulações metacarpofalângica e interfalângica proximal (90/90);
- c) nas fraturas da falange proximal o desvio é geralmente dorsal (angulação de ápice volar), devido à tração dos tendões flexores;
- d) a fratura-luxação de BENNETT ocorre na base do 1° metacárpico e a redução incruenta é estável, porém a imobilização deve ser feita com o polegar abduzido;
- e) a lesão do ligamento colateral ulnar, da articulação metacarpofalângica do polegar deve ser tratada conservadoramente, com imobilização em posição neutra por seis semanas.

53. Com relação à paralisia do nervo ciático, pós-fratura-luxação do quadril, é correto afirmar que:

- a) o componente fibular é raramente lesado, por se localizar na porção mais profunda do nervo;
- b) na lesão do componente fibular, haverá fraqueza em maior ou menor grau, da musculatura flexora e supinadora do pé;
- c) após o terceiro dia encontraremos hipotrofia importante da musculatura glútea;
- d) usualmente, a lesão consiste de neurotmease, com mau prognóstico de recuperação funcional, em 60-70% dos casos;
- e) no tratamento da seqüela da paralisia fibular, a transferência do tendão do tibial posterior para o dorso do pé, via membrana interóssea, tem bons resultados.

54. Na epífise tibial distal do adolescente, a lesão tipo III de *SALTER-HARRIS* (fratura de *TILLAUX*) forma, com maior frequência, um fragmento do lado:

- a) medial;
- b) lateral;
- c) anterior;
- d) posterior;
- e) póstero-medial.

55. Com relação às luxações traumáticas do joelho, é correto afirmar que:

- a) as anteriores são as mais freqüentes e geralmente produzidas por mecanismo de hiperextensão ;
- b) as mediais são mais freqüentes e o complexo ligamentar medial é o primeiro a se romper na seqüência de lesões;
- c) a incidência de lesões neurológicas é baixa, situando-se em torno de 5% dos casos;
- d) o tratamento cirúrgico das lesões ligamentares se impõe, devendo ser feito na emergência, com reconstrução de todos os ligamentos lesados;
- e) o tratamento conservador geralmente proporciona melhores resultados clínicos a longo prazo, com menor incidência de artrose.

56. Com relação às fraturas da patela, é correto afirmar que:

- a)** as avulsões do polo inferior não são boa indicação de cerclagem, pois o fragmento distal tende a desviar para dentro da articulação;
- b)** as mais complexas geralmente evoluem melhor, quando tratadas com imobilização gessada;
- c)** naquelas sem desvio, a melhor opção é a cerclagem pura, pois permite mobilização articular imediata;
- d)** a patelectomia deve ser realizada quando houver associação com lesão ligamentar do joelho;
- e)** a patelectomia total não tem indicação no tratamento das fraturas da patela.

57. Na lesão aguda do ligamento cruzado anterior, a associação mais freqüente é com:

- a)** lesão do menisco lateral;
- b)** lesão condral do côndilo femoral lateral;
- c)** lesão osteocondral da patela;
- d)** lesão do menisco medial;
- e)** fratura de SEGOND.

58. Com relação às fraturas do pé, é correto afirmar que:

- a) nas fraturas do calcâneo, por compressão vertical direta e afundamento da faceta articular posterior, o método de ESSEX-LOPRESTI, para redução e fixação, está bem indicado;
- b) as fraturas do corpo do talo tem alta incidência de necrose avascular, pela lesão dos ramos oriundos das artérias tibial posterior e dorsal do pé;
- c) as fraturas por avulsão da tuberosidade do quinto metatarso são também conhecidas como fratura de JONES e apresentam bom prognóstico com tratamento conservador;
- d) na fratura concomitante dos colos dos metatarsos centrais (II, III e IV), é preferível a ressecção cirúrgica das cabeças metatarsais à osteossíntese;
- e) na fratura-luxação de LISFRANC, a presença de fratura na base do segundo metatarso ou fratura anterior do cubóide é sugestiva de luxação tarso-metatarsica.

59. Com relação às lesões ligamentares laterais do tornozelo, é correto afirmar que:

- a) as lesões isoladas do ligamento fíbulo-talar anterior são raras;
- b) na radiografia com estresse em inversão, a abertura lateral do ângulo túbio-talar maior que dez graus em relação ao lado contralateral, indica rotura dos ligamentos fíbulo-talar anterior e calcâneo-fibular;
- c) o sinal da gaveta anterior é indicativo de rotura dos ligamentos fíbulo-talar anterior e fíbulo-talar posterior;
- d) o ligamento fíbulo-talar anterior rompe-se nas entorses com o pé em dorsiflexão, por encontrar-se em tensionamento máximo;
- e) de acordo com sua gravidade, as lesões podem ser classificadas em graus I, II ou III, sendo que no grau III é fundamental a concomitância de fratura da base do quinto metatarso.

60. Com relação às fraturas expostas, é correto afirmar que:

- a) as osteossínteses com placas e hastes intramedulares são contra-indicadas;
- b) quando há perda de cobertura cutânea, os fixadores externos circulares são preferidos em relação aos uniplanares;
- c) nas lesões III-B de GUSTILO, com indicação de fixação externa, os uniplanares devem ser utilizados como tratamento de escolha;
- d) durante o desbridamento, fragmentos ósseos devem ser preservados, mesmo que desprovidos de vascularização;
- e) a utilização precoce de enxerto ósseo autólogo é contra os princípios de tratamento.

61. Com relação às fraturas em galho verde, dos ossos do antebraço em crianças, é correto afirmar que:

- a) não necessitam de redução, pois tem grande capacidade de remodelação;
- b) a imobilização deve ser realizada com gesso antebraqu岸o-palmar;
- c) desvios de até 30° entre os fragmentos são aceitos;
- d) a manutenção da cortical íntegra pode causar recidiva da deformidade;
- e) os desvios angulares que causam diminuição do espaço interósseo podem ser aceitos.

62. Com relação à lesão do ligamento colateral ulnar da articulação metacarpofalângica do polegar, é correto afirmar que:

- a) angulação de 30°, na radiografia em estresse indica lesão completa, que deve ser tratada cirurgicamente;
- b) não há indicação de reconstrução ligamentar nas lesões crônicas;
- c) a lesão de STENER caracteriza-se pela interposição da aponeurose do músculo abdutor curto do polegar;
- d) a presença de arrancamento ósseo determina tratamento cirúrgico;
- e) o tratamento não cirúrgico, pela imobilização gessada, proporciona bons resultados, mesmo nas lesões completas.

63. Com relação à fratura do olécrano no adulto, é correto afirmar que:

- a) a ressecção do fragmento proximal está indicada no idoso e não leva nesta faixa etária, à diminuição da força de extensão do cotovelo;
- b) a banda de tensão, como recomenda o grupo AO-ASIF, é o melhor método para o tratamento, independentemente do tipo de fratura;
- c) não está associada à instabilidade do cotovelo;
- d) a pseudartrose é uma das possíveis complicações do tratamento, porém, nem sempre leva à incapacidade funcional;
- e) a imobilização do cotovelo a 90°, por tempo prolongado, raramente leva à limitação da mobilidade articular.

64. Com relação às fraturas supracondíleas do úmero nas crianças, é correto afirmar que:

- a) a deformidade em varo ocorre tardiamente, em decorrência de lesão na região medial da linha epifisária distal do úmero;
- b) a limitação da mobilidade articular não ocorre neste tipo de fratura, pois a capacidade de recuperação funcional da criança é maior que no adulto;
- c) há indicação de correção cirúrgica da seqüela em cúbito varo, mesmo que esta seja apenas estética;
- d) quando tratadas conservadoramente, não ocorre deformidade rotacional;
- e) não há descrição de lesão tardia do nervo ulnar com deformidade em varo.

65. Com relação aos tendões flexores, na face anterior do punho, é correto afirmar que:

- a) estão dispostos em duas camadas lineares, uma dos flexores superficiais, outra dos profundos, com o nervo mediano entre eles;
- b) passam anteriormente ao ligamento volar do carpo;
- c) a lesão tendinosa associada com lesão neurovascular é comum, e o reparo do nervo deve ser feito em um segundo tempo;
- d) quando lesados e suturados evoluem, com frequência, com aderências, sendo comumente necessária a tenolise após quatro a seis meses do reparo;
- e) nas lesões recentes apenas os flexores profundos devem ser suturados.

66. Com relação à fratura avulsão do epicôndilo medial na criança, é correto afirmar que:

- a) está associada com luxação lateral do cotovelo em até 55% dos casos;
- b) é a fratura mais freqüente do cotovelo da criança;
- c) só tem indicação cirúrgica quando o fragmento avulsionado está interposto na articulação;
- d) apresenta freqüentemente lesão nervosa associada;
- e) quando não tratada corretamente, evolui com deformidade em valgo progressiva.

67. Segundo a classificação de ROCKWOOD, para as luxações acrômio-claviculares, é correto afirmar que:

- a) no grau II há rotura dos ligamentos córacio-claviculares, estando íntegros os ligamentos acrômio-claviculares;
- b) no grau III há rotura dos ligamentos acrômio-claviculares, estando íntegros os córacio-claviculares;
- c) no grau IV estão lesados os ligamentos acrômio-claviculares e o ligamento trapezóide, estando íntegro o ligamento conóide;
- d) no grau V há rotura não só dos ligamentos acrômio-claviculares, como, também, dos ligamentos córacio-claviculares;
- e) no grau VI há rotura dos ligamentos acrômio-claviculares, córacio-claviculares e da fásia trapézio-deltóidea, com grande ascensão da clavícula.

68. Com relação à luxação do ombro, é correto afirmar que:

- a) quanto maior for o trauma que determinou a luxação, maior será a possibilidade de recidivas;
- b) quanto mais idade tiver o paciente, maior será a possibilidade de recidivas;
- c) o tendão do músculo subescapular é muito importante na estabilidade anterior do ombro, principalmente na posição de abdução de 90° e rotação lateral máxima;
- d) a lesão de BANKART, considerada como “lesão essencial”, é a rotura do ligamento gleno-umeral médio, junto à sua inserção no úmero;
- e) a lesão de HILLS-SACHS é um defeito na região pósterolateral da cabeça do úmero, decorrente da luxação, não sendo causa primária da instabilidade.

69. Com relação às fraturas da extremidade distal do rádio, é correto afirmar que:

- a) nas fraturas do tipo extensão-compressão (POUTEAU-COLLES), com cominuição dorsal, a imobilização do punho deve ser feita em máxima flexão, desvio ulnar e pronação (posição de COTTON-LODER);
- b) os parâmetros radiográficos normais dos ângulos do rádio distal são: em AP: ângulo de inclinação 25° em direção ulnar e em perfil inclinação volar de 10 graus;
- c) a fratura-luxação marginal anterior do rádio distal (BARTON) deve ser tratada com redução incruenta e imobilização do punho em extensão de 45 graus;
- d) a classificação de FRYKMAN não leva em consideração a associação com fratura do processo estilóide da ulna, por não considerá-la importante na estabilização;
- e) o tratamento de eleição para as fraturas cominutivas é com fixadores externos, que corrigem bem todos os desvios e apresentam baixo índice de complicações.

70. Com relação às lesões ligamentares que produzem instabilidade nos ossos do carpo, é correto afirmar que:

- a) o quadro clínico da dissociação escáfo-semilunar é caracterizado por dor intensa, edema e grande limitação de movimentos;
- b) na subluxação rotatória do escafóide, o sinal do anel neste osso é observado na incidência radiográfica em oblíqua do punho;
- c) tanto nas lesões recentes como nas tardias, o tratamento da subluxação rotatória do escafóide é cirúrgico, através de sutura dos ligamentos rompidos;
- d) a complicação tardia mais freqüente da dissociação escafo-semilunar, é a artrose rádio-semilunar;
- e) nas instabilidades sintomáticas do lado ulnar do carpo, piramidal-semilunar, a artrodese entre estes dois ossos é boa indicação, pois alivia a dor e limita pouco os movimentos.

71. Com relação às fraturas e luxações da coluna cervical, é correto afirmar que:

- a) as fraturas do processo odontóide do tipo I de ANDERSON e D'ALONSO são, na verdade, avulsões do ligamento transversal do atlas;
- b) angulação maior que 11° ou translação maior que 3.5 mm. entre corpos vertebrais adjacentes, vistas em radiografias de perfil, significam rotura dos ligamentos da coluna posterior (DENIS);
- c) luxações unifacetárias são consideradas instáveis após a redução;
- d) a presença do reflexo bulbo cavernoso confirma o choque espinhal;
- e) metilprednizolona, administrada por três semanas, melhora o prognóstico das lesões medulares.

72. Com relação às fraturas e luxações da coluna tóracolumbar, é correto afirmar que:

- a)** aumento da distância interpedicular, visto na radiografia em AP, sugere fratura por compressão do corpo vertebral;
- b)** as do tipo “cinto de segurança” (fratura de CHANCE) são instáveis e, portanto, devem ser tratadas por fixação interna;
- c)** quando fixadas com hastes de HARRINGTON os ganchos devem ser colocados três vértebras acima e duas abaixo da lesão;
- d)** as artrodeses usadas no seu tratamento devem incluir toda a área da instrumentação;
- e)** nas fraturas do tipo explosão (“burst”), eventual laminectomia não afeta a estabilidade vertebral.

73. Com relação à vascularização da epífise femoral proximal e às fraturas do colo do fêmur na criança, é correto afirmar que:

- a)** nas fraturas do tipo I (trans-epifisárias) redução e fixação interna são obrigatórias, independente da idade da criança;
- b)** nas fraturas do tipo II (transcervicais) redução anatômica e fixação interna rígida diminuem a incidência de necrose avascular da epífise femoral proximal;
- c)** quando desviadas, as fraturas do tipo II e III (cérvico-trocantéricas) cursam com a mesma incidência de complicações e resultados insatisfatórios;
- d)** entre os quatro e nove anos de idade, a artéria do ligamento redondo nutre cerca de 50% da epífise femoral proximal;
- e)** necrose avascular da epífise femoral proximal e fechamento da placa fisária proximal do fêmur são fenômenos distintos e não relacionados entre si.

74. Com relação às fraturas trocantéricas do adulto, é correto afirmar que:

- a) as de traço invertido, tipo V da classificação de TRONZO são instáveis, em razão da tração do glúteo médio sobre o fragmento proximal
- b) sua redução é conseguida colocando-se o membro inferior em abdução e rotação medial;
- c) nas instáveis, a fixação com placa angulada e pino deslizante, associada à osteotomia de medialização da diáfise femoral é o tratamento de escolha;
- d) a fixação interna será mais rígida quando o pino deslizante for colocado na porção ântero-superior da cabeça femoral;
- e) quando tratadas com o dispositivo intramedular haste GAMMA, é comum a ocorrência de fratura da diáfise femoral no período pós-operatório.

75. Com relação às fraturas-luxações do tornozelo, causadas por mecanismo de pronação e rotação lateral, é correto afirmar que:

- a) a primeira estrutura a ser lesada é o ligamento deltoíde;
- b) primeiramente, ocorre fratura oblíqua do maléolo medial que se inicia no ângulo articular medial e se estende à metáfise tibial;
- c) a fratura do “maléolo posterior” é característica deste mecanismo de lesão;
- d) a sindesmose é a primeira estrutura a se romper, caracterizando este mecanismo de produção de fraturas;
- e) a lesão que ocorre primeiro é a fratura oblíqua do maléolo lateral.

BÁSICO

ASSINALE AS CORRETAS

76. O teste de PHALEN, que consiste em manter os punhos fletidos por um a dois minutos, é utilizado para se detectar a presença de:

- a) alterações vasculares na mão (falência das artérias radial e ulnar);
- b) tenossinovite no primeiro túnel osteofibroso (DE QUERVAIN);
- c) compressão do nervo mediano (síndrome do túnel do carpo);
- d) instabilidade dos ossos do carpo;
- e) síndrome do desfiladeiro torácico.

77. O nervo mediano inerva:

- a) pronadores do antebraço, flexor radial do carpo, palmar longo, flexor superficial dos dedos e flexor profundo do indicador e médio;
- b) todos os flexores dos dedos, flexor radial do carpo e músculos interósseos;
- c) pronadores do antebraço, flexor superficial dos dedos, adutor e abductor curto do polegar e interósseos;
- d) flexor ulnar do carpo, musculatura hipotenar, adutor e flexor curto do polegar e interósseos;
- e) flexor radial do carpo, interósseos do lado ulnar (4° e 5°), oponente e flexor curto do polegar.

78. Com relação à distrofia simpático reflexa, é correto afirmar que:

- a) não existem alterações radiográficas típicas;
- b) a doença é auto-resolutiva, retornando os tecidos ao normal, espontaneamente em torno de seis meses de evolução;
- c) no estágio inicial a dor é de pequena intensidade, sendo proporcional à gravidade da lesão determinante;
- d) a doença é mais freqüente em homens e geralmente relacionadas com traumatismo de nervo;
- e) nas fases iniciais, o quadro clínico mais comum é hiperhidrose, vermelhidão, aumento de temperatura local e edema da extremidade.

79. Com relação à anatomia do ombro, é correto afirmar que:

- a) o músculo redondo maior é um dos responsáveis pela rotação lateral do ombro;
- b) o músculo infra-espinhal é innervado pelo nervo supra-escapular;
- c) o músculo peitoral maior tem sua origem no esterno e articulação esternoclavicular;
- d) o nervo axilar passa junto a escápula, pelo espaço triangular;
- e) no processo coracóide, inserem-se os tendões dos músculos braquial e peitoral menor.

80. Com relação à embriologia do membro superior, é correto afirmar que:

- a) no feto de oito semanas já há separação dos dedos e do polegar e o membro superior já está formado e diferenciado;
- b) os defeitos congênitos surgem na fase de concepção (origem genética) ou até o oitavo mês de gestação (origem teratogênica);
- c) a saliência do membro superior só surge no feto na quinta semana de gestação;
- d) a mão é a primeira estrutura a se desenvolver, seguida do antebraço e, finalmente, o braço;
- e) na quarta semana de vida o feto já apresenta diferenciação da musculatura no antebraço.

81. Com relação à infecção pós-operatória em cirurgia ortopédica eletiva e sua profilaxia, é correto afirmar que:

- a) quando indicada, a profilaxia com antibioticoterapia deve começar 12 horas antes do início da operação;
- b) bactérias da pele começam a recolonizar 30 minutos após o local da cirurgia ter sido preparado com agentes antissépticos;
- c) devido à sua alta incidência em cirurgias de substituição articular total, é recomendável a utilização de cimento com antibiótico, como medida profilática;
- d) cateterização vesical, mesmo que a curto prazo, aumenta a possibilidade de infecção no pós-operatório imediato de cirurgia ortopédica;
- e) o uso de material de síntese é indicação formal de antibioticoterapia no pós-operatório.

82. Com relação ao nervo supra-escapular, é correto afirmar que:

- a) origina-se do tronco médio do plexo braquial - raiz C7;
- b) inerva os músculos redondo maior e menor;
- c) a luxação anterior do ombro é um dos mecanismos de sua lesão;
- d) na síndrome compressiva, o local característico de compressão localiza-se na incisura infraglenoidal;
- e) sua lesão provoca a escápula alada.

83. Com relação à homeostase do cálcio e fósforo, é correto afirmar que:

- a) há aumento da excreção de paratormônio (PTH), com o aumento da calcemia;
- b) o PTH aumenta a excreção tubular de cálcio;
- c) o cálcio é mais solúvel e melhor absorvido em meio alcalino;
- d) dieta rica em fósforo aumenta a absorção intestinal de cálcio;
- e) a calcitonina age diminuindo a calcemia, inibindo a liberação óssea deste íon.

84. A Academia Americana (AAOS) publicou recentemente, uma estatística mostrando que, no período de Jan/85 a Dez/95, foram movidos 331 processos contra ortopedistas, por uma mesma reclamação. Pela ordem, os procedimentos que geraram essas queixas foram: artroscopia, cirurgias do pé, fraturas proximais do fêmur, escorregamento epifisário proximal do fêmur, cirurgias do punho e mão, retirada de material de síntese e osteotomias. Assinale a alternativa que você acredita ter sido a causa dos 331 processos:

- a) infecção pós-operatória;
- b) deiscência da ferida cirúrgica;
- c) rigidez articular precoce;
- d) cirurgia no lado errado ou na articulação errada;
- e) ocorrência de complicações vasculares, não previamente colocadas ao paciente.

85. Com relação ao exame físico do joelho, é correto afirmar que:

- a) o teste de LACHMAN é positivo quando existe hemartrose e anteriorização da tibia de 2 a 3 mm;
- b) no “jerk test” ocorre subluxação do planalto tibial lateral sobre o côndilo femoral lateral, quando se estende o joelho;
- c) o teste de abdução (estresse em valgo), para avaliar o complexo ligamentar medial, é melhor realizado com o joelho em extensão;
- d) o teste mais confiável, para diagnóstico de lesão do ligamento cruzado anterior, é o da gaveta;
- e) o teste da gaveta posterior, para avaliação do ligamento cruzado posterior, deve ser realizado com o joelho em 30° de flexão.

86. Com relação à via de acesso posterior à região proximal do rádio (via de THOMPSON), é correto afirmar que:

- a)** a incisão deve ser realizada com o antebraço supinado e o cotovelo fletido;
- b)** deve-se afastar os músculos extensor comum dos dedos para lateral e o extensor ulnar do carpo para medial e entrar neste espaço;
- c)** o abdutor longo do polegar deve ser desinserido e afastado para o lado radial;
- d)** deve-se desinsere subperiostealmente o músculo supinador, tomando-se cuidado para não lesar o nervo interósseo posterior;
- e)** o músculo pronador redondo é desinserido subperiostealmente e afastado para o lado medial, tomando-se o cuidado para não lesar o nervo interósseo anterior.

87. Com relação à marcha, é correto afirmar que:

- a)** o período de desprendimento (saída de calcâneo) faz parte da fase de apoio;
- b)** a rotação pélvica durante a marcha é de 18° para cada lado;
- c)** o músculo tibial anterior tem seu pico máximo de contração excêntrica na fase de balanço;
- d)** a inclinação da pelve não existe na marcha normal, apenas na de TRENDLENBURG;
- e)** independentemente da velocidade da marcha, a fase de duplo apoio não se altera.

88. Com relação à biomecânica do joelho, é correto afirmar que:

- a) o movimento do joelho é fundamentalmente de flexo-extensão, sendo que a rotação e a translação são secundárias;
- b) a flexo-extensão do joelho é realizada basicamente por rolamento do fêmur sobre a tíbia, sem movimento de translação;
- c) o joelho apresenta centro de rotação fixo, localizado no eixo trans-epicondilar femoral distal;
- d) o centro de rotação do joelho varia de acordo com a flexão, determinando uma rotação policêntrica;
- e) durante a fase de balanço da marcha o joelho apresenta cerca de 45° de flexo-extensão.

89. Em um paciente com dor lombar e irradiação para a face posterior da coxa e lateral da perna direita, a pesquisa do sinal de LASÉGUE no membro inferior esquerdo, exacerbou a dor no membro inferior direito. Este dado deve ser considerado:

- a) sugestivo de hérnia discal bilateral;
- b) indicativo de irritação meníngea;
- c) sem importância para avaliação diagnóstica;
- d) patognomônico de hérnia discal à direita;
- e) sugestivo de compressão medular.

90. Com relação aos princípios de osteossíntese, é correto afirmar que:

- a) orifícios menores que 30% do diâmetro de um osso longo não afetam sua resistência;
- b) o vitalium é mais resistente que o aço, porém possui incidência maior de corrosão;
- c) o titânio possui alto módulo de elasticidade, mas é difícil de ser manipulado pelo cirurgião;
- d) uma indicação para cerclagem é sua utilização, combinada com síntese intramedular, para controle da instabilidade rotacional;
- e) o local ideal para colocação de placa é na superfície côncava de um osso longo.

91. Com relação à morfogênese do esqueleto axial, é correto afirmar que:

- a)** os esclerótomos mesenquimais são separados por artérias intersegmentares;
- b)** o núcleo pulposo do disco é formado por resquícios do tecido mesenquimal intervertebral;
- c)** as artérias intersegmentares persistem na vida adulta e nutrem o anel fibroso do disco intervertebral;
- d)** os centros de ossificação da vértebra, a partir da sétima semana de vida embrionária, são em número de três, sendo dois no corpo vertebral e um no arco;
- e)** o crescimento do corpo vertebral ocorre por ossificação membranosa.

92. Com relação à semiologia do cotovelo, é correto afirmar que:

- a)** a palpação da cabeça do rádio deve ser realizada com o cotovelo em extensão;
- b)** o teste em valgo, para instabilidade medial, deve ser feito com o cotovelo em ligeira flexão;
- c)** para o diagnóstico da epicondilite lateral (cotovelo do tenista) os músculos testados são os flexores do punho;
- d)** o cotovelo possui um ângulo de carga em valgo de aproximadamente 20 graus;
- e)** à inspeção, o olécrano e os epicôndilos (medial e lateral) formam um triângulo isósceles quando o cotovelo está em extensão.

93. Com relação às forças que atuam na articulação do quadril, é correto afirmar que:

- a) a carga do peso corporal atua sobre o braço de alavanca, que vai desde o centro de gravidade do corpo, até a inserção do glúteo médio no trocanter maior;
- b) para manter o equilíbrio da pelve durante o apoio monopodal, o glúteo médio deve exercer sua força através do braço de alavanca que vai, desde o centro de rotação da cabeça femoral, até o centro de gravidade do corpo;
- c) durante a marcha antálgica o centro de gravidade do corpo é desviado no sentido do quadril afetado;
- d) a transferência distal do grande trocanter aumenta o braço de alavanca do glúteo médio;
- e) durante corrida a carga sobre a articulação do quadril equivale a três vezes o peso corporal.

94. Com relação ao tratamento incruento das fraturas, é correto afirmar que:

- a) quando há interposição de tecidos moles, a redução pode ser obtida pelo aumento do desvio dos fragmentos ósseos, para então reduzir a fratura;
- b) quando há interposição de tecidos moles, a tração deve ser bastante forte para permitir a redução;
- c) quando há integridade dos tecidos moles, ao redor do foco de fratura, a redução por tração não é efetiva;
- d) a redução das fraturas é obtida pela manipulação do fragmento proximal em relação ao distal;
- e) a presença de grandes hematomas, pelo aumento da pressão local, facilita a redução das fraturas pela tração.

95. Com relação à doença de SPRENGEL, é correto afirmar que:

- a)** outras malformações congênicas não estão associadas a esta doença;
- b)** uma vez feito o diagnóstico, a cirurgia deve ser prontamente realizada;
- c)** o osso omovertebral está presente em 80% dos casos;
- d)** as cirurgias visam alinhar as bordas inferiores das escápulas;
- e)** nas deformidades graves deve-se realizar múltiplas múltiplas osteotomias da clavícula, para prevenir compressão do plexo braquial.

ASSINALE AS INCORRETAS

96. Com relação à fixação externa, qual das alternativas abaixo não otimiza mecanicamente a montagem?

- a) instalação da montagem principal do plano sagital;
- b) colocação dos fios justa-fraturários o mais perto possível do foco;
- c) criação de dois planos em fixadores unilaterais;
- d) instalação de barra de conexão o mais distante possível do osso;
- e) instalação de duas barras de conexão paralelas.

97. Podem fazer parte do quadro clínico do raquitismo, exceto:

- a) hipocalcemia;
- b) doenças do aparelho digestivo (intestinal, hepática);
- c) aumento do PTH;
- d) produção insuficiente de 1,25 dihidroxi calciferol;
- e) diminuição da reabsorção tubular de fósforo.

98. Com relação ao exame físico do pé, assinale a alternativa que não correlaciona adequadamente suas partes:

- a) prova da redutibilidade das garras / manobra de DUCROQUET-KELIKIAN / retrações cápsuloligamentares M-F;
- b) compressão látero-lateral do pé / manobra de MULDER / neuroma de MORTON;
- c) sinal “dos muitos dedos”/ pronação e abdução do antepé / insuficiência do tendão do tibial posterior;
- d) subluxação M-F / sinal da gaveta anterior / instabilidade traumática ou inflamatória da M-F;
- e) teste dos blocos de COLEMAN / alinhamento do retropé / deformidade em calcâneoalvo.

99. Ao solicitarmos a um paciente normal que se eleve na ponta dos pés (“prova da ponta dos pés”), notamos inversão do calcâneo (varização do retropé). A simples constatação deste evento nos permite todas as conclusões abaixo, exceto:

- a) competência do tríceps sural e do tendão tibial posterior;
- b) articulação subtalar livre;
- c) competência da fásia plantar, exercendo sua função de tirante;
- d) articulação de CHOPARD livre, permitindo o bloqueio do médio-pé;
- e) integridade da raiz L5.

100. Com relação ao atrito no quadril e suas artroplastias, é incorreto afirmar que:

- a) o quadril humano normal apresenta coeficiente de atrito que varia de 0.008 a 0.02;
- b) o coeficiente de fricção metal-metal é de 0.8;
- c) o coeficiente de fricção metal-poliétileno de alta densidade é de 0.02;
- d) o torque friccional diminui com o aumento do tamanho da cabeça;
- e) o torque friccional é transmitido para o componente acetabular, para a haste femoral e para a interface cimento-osso.

BIBLIOGRAFIA DAS PERGUNTAS DO TARO - 1999

1. Campbell, 7ª ed., pg. 2173
2. JBJS: vol. 76-A, pg. 1239-1250, agosto de 1994.
JBJS: vol. 78-B, pg. 863-860, novembro de 1996.
JBJS: vol. 79-B, pg. 889-890, novembro de 1997.
3. Turek.
JBJS: vol. 77-A, nº 11, pg. 1756-1782, novembro de 1995.
4. Turek.
5. Campbell, pg. 2371.
6. RBO, vol. 30, nº 9, pg. 627-632, setembro de 1995.
7. Campbell, 7ª ed., pg. 1022.
8. Sizinio, 2ª ed., pg. 302.
9. JBJS: vol. 78-A, nº 1, pg. 141-149, janeiro de 1996.
10. JBJS: vol. 80-A, nº 11, pg. 1603-1615, novembro de 1998.
11. Pardini, Cirurgia da Mão, Lesões Não Traumáticas, pg. 281-321.
12. Turek, 4ª ed., vol. 2, pg. 1570-1571.
13. Campbell, 9ª ed., vol. 4, pg. 3687-3698.
14. Campbell, 8ª ed., espanhol, pg. 587.
15. Campbell, 8ª ed., espanhol, pg. 1631.
16. JBJS: vol. 80-A, nº 10, pg. 1428-1438, outubro de 1998.
17. Pardini, Cirurgia da Mão, Lesões Não Traumáticas, pg. 119-136.
18. JBJS: vol. 77-A, nº 11, pg. 1756-1782, novembro de 1995.
19. JBJS: vol. 79-A, nº 6, pg. 917-932, junho de 1997.
JBJS: vol. 81-B, nº 1, pg. 1-2, janeiro de 1999.
20. JBJS: vol. 78-A, nº 4, pg. 618-632, abril de 1996.
21. Turek, 4ª ed., vol. 2, pg. 890-919.
22. Turek, 4ª ed., pg. 434.
23. Turek, 4ª ed., pg. 246.
24. JBJS: vol. 80-A, pg. 1814, dezembro de 1998.
25. Sizinio, 2ª ed., pg. 107 e 110.
26. Tachdjian, 2ª ed., português, pg. 1486-1488.
27. Tachdjian, 2ª ed., português, pg. 1451-1453.
28. Tachdjian, 2ª ed., português, pg. 1773-1777.
29. Tachdjian, 2ª ed., português, pg. 2659
30. Tachdjian, 2ª ed., português, pg. 1646-1648.
31. Tachdjian, 2ª ed., português, pg. 868-881.
32. Tachdjian, 2ª ed., português, pg. 2276.
33. Lovell & Winter, 4ª ed., pg. 443-444.

34. Lovell & Winter, 4ª ed., pg. 448.
35. Lovell & Winter, 4ª ed., pg. 440.
36. Lovell & Winter, 4ª ed., pg. 797-806.
37. Lovell & Winter, 4ª ed., pg. 176.
38. Lovell & Winter, 4ª ed., pg. 1065-1067.
39. Tachdjian, 2ª ed., pg. 807.
40. Campbell, 8ª ed., pg. 807.
41. Lovell & Winter, 2ª ed., pg. 442.
42. Lovell & Winter, 4ª ed., pg. 1094.
43. Lovell & Winter, 2ª ed., pg. 753.
44. Lovell & Winter, 2ª ed., pg. 442.
45. Lovell & Winter, 2ª ed., pg. 193.
46. Lovell & Winter, 2ª ed., pg. 133.
47. Sydney A. Haje.
48. JBJS: vol. 80-A, nº 10, pg. 1477-1483, outubro de 1998.
49. Lovell & Winter, 2ª ed., pg. 738.
50. Lovell & Winter, 2ª ed., pg. 74.
51. Rockwood, 4ª ed., vol. 2, pg. 1575-1615.
52. Pardini, Traumatismos da Mão, pg. 319-354.
53. Rockwood, 2ª ed., pg. 1319.
54. Rockwood, 2ª ed., pg. 1020.
55. Campbell, 7ª ed., pg. 2468.
56. Rockwood, 4ª ed., vol. 2, pg. 1959-1970.
57. Campbell, 7ª ed., pg. 2328.
58. Sizinio, 2ª ed., pg. 710-728.
59. JBJS: vol. 76-A, pg. 1103, julho de 1994.
60. Campbell, 8ª ed., pg. 768-770.
61. Tachdjian, 1ª ed., vol. 2, espanhol, pg. 1618-1625.
Tachdjian, 1ª ed., vol. 2, inglês, pg. 1631-1634.
62. Campbell, 9ª ed., vol. 4, pg. 3389-3395.
63. Rockwood, 4ª ed., vol. 3, pg. 985-995.
64. Rockwood, 4ª ed., vol. 3, pg. 732-741.
65. Pardini, Traumatismos da Mão, pg. 169-199.
66. Rockwood, 4ª ed., vol. 3, pg. 801-818.
67. Campbell, 8ª ed., espanhol, pg. 1278.
68. Campbell, 8ª ed., espanhol, pg. 1325.
69. Pardini, Traumatismos da Mão, pg. 237-287.
70. Pardini, Traumatismos da Mão, pg. 289-317.
71. Rockwood, 4ª ed., vol. 2, capítulo 22.
72. Rockwood, 4ª ed., vol. 2, capítulo 23.

73. JBJS: vol. 76-A, nº 2, pg. 283-293, fevereiro de 1994.
74. Rockwood, 4ª ed., vol. 2, pg. 1715-1739.
75. Rockwood, 4ª ed., vol. 2, pg. 2214-2217.
76. Pardini, Cirurgia da Mão, Lesões Não Traumáticas, pg. 345.
77. Pardini, Traumatismos da Mão, pg. 23
78. Rockwood, 2ª ed., pg. 268.
79. Sobota, 20ª ed., vol. 1, pg. 187.
80. Pardini, Cirurgia da Mão, Lesões Não Traumáticas, pg. 35-38.
81. JBJS: vol. 78-A, pg. 458-471, março de 1996.
82. Campbell, 8ª ed., vol. 4, pg. 2252-2253.
83. Lovell & Winter, 4ª ed., vol. 1, pg. 141-146.
84. JBJS: vol. 80-A, pg. 463, abril de 1998.
85. Campbell, 7ª ed., pg. 2330.
86. Campbell, 8ª ed., vol. 1, pg. 104-105.
87. Tachdjian, 2ª ed., português, pg. 8-17.
88. Campbell, 7ª ed., pg. 1153.
89. Campbell, 7ª ed., vol. 1, pg. 3289-3294.
90. Rockwood, 4ª ed., pg. 4-19 e 159-214.
91. Turek, 4ª ed., pg. 6-8.
92. Hoppenfeld, pg. 35.
93. Campbell, 7ª ed., vol. 2, pg. 1218-1224.
94. Rockwood, 4ª ed., vol. 1, pg. 30.
95. Campbell, 7ª ed., vol. 4, pg. 2762.
96. Rockwood, 4ª ed., vol. 1, pg. 229-242.
97. Turek, 3ª ed., pg. 181-184.
98. Sizinio, Pé do Adulto, pg. 301.
99. Rockwood, 2ª ed., vol. 2, 1711.
100. Campbell, 7ª ed., pg. 1225.