

S B O T

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Caro Residente,

Esta é a versão 2003 do **TESTE DE AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA (TARO)**. Seu objetivo é colaborar com seu aprendizado. Nas últimas páginas estão relacionadas as referências bibliográficas das questões.

Será utilizado um cartão de leitura ótica que não deve, em hipótese alguma, ser dobrado.

Sua identificação já foi feita nos cartões-resposta.

São 250 questões. PREENCHA TOTALMENTE a alternativa escolhida com CANETA PRETA 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. Tarcísio E. P. de Barros Filho	(Presidente)
Dr. Jair Ortiz	(Secretário Executivo)
Dr. Pedro Péricles R. Baptista	(Secretário Adjunto)
Dr. Edilson Forlin	
Dr. Flávio Faloppa	
Dr. Geraldo Rocha Motta Filho	
Dr. Ney C. Pecegheiro do Amaral	

Assinale as alternativas com: (C) Certo (E) Errado (N) Não sei

(C) Certo

(E) Errado

(N) Não sei

Básico

1. A rotação da coluna cervical é bloqueada em 80% nas artrodeses C1-C2.

() Certo

() Errado

() Não sei

2. A articulação do joelho é do tipo interfixa.

() Certo

() Errado

() Não sei

3. O teste de estiramento do nervo femoral é positivo em casos de hérnia discal central L4-L5.

() Certo

() Errado

() Não sei

4. O disco intervertebral apresenta aumento do conteúdo de proteoglicanos com o envelhecimento.

() Certo

() Errado

() Não sei

5. A coluna vertebral origina-se a partir do mesoderma.

() Certo

() Errado

() Não sei

6. Em condições estáticas existe correlação direta entre o ângulo tíbio-femoral e a distribuição de carga no joelho. Na medida que esse ângulo se torna mais valgo o eixo mecânico e a carga se desviam medialmente.

() Certo

() Errado

() Não sei

7. No cotovelo, o nervo mediano inerva, de proximal para distal, os músculos flexor ulnar do carpo, palmar longo e pronador redondo.

() Certo

() Errado

() Não sei

8. Observando a cabeça umeral lateralmente o tendão do músculo do supra-espinal insere-se entre 10 e 12 horas.

() Certo

() Errado

() Não sei

9. O dedo médio e região palmar da mão correspondem à zona autônoma da raiz de C₇.

() Certo

() Errado

() Não sei

10. A pressão no túnel do carpo em indivíduos assintomáticos varia de 20 a 30 mmHg.
- () Certo () Errado () Não sei
11. Na abordagem anterior do antebraço (acesso de HENRY), o músculo supinador não deve ser liberado do rádio, para evitar lesão do ramo profundo do nervo radial.
- () Certo () Errado () Não sei
12. O suprimento sanguíneo da epífise proximal do fêmur é pela artéria cervical ascendente que cruza a placa epifisária.
- () Certo () Errado () Não sei
13. O nervo ciático, na região glútea, emerge entre os músculos piriforme e gêmeo superior.
- () Certo () Errado () Não sei
14. O tendão do flexor longo do hálux ao passar pelo sustentáculo do tálus se encontra sob a camada profunda do ligamento deltóide.
- () Certo () Errado () Não sei
15. A articulação acromioclavicular é do tipo diartrodial, inicialmente formada por cartilagem hialina que após a segunda década transforma-se em fibrocartilagem.
- () Certo () Errado () Não sei
16. Na artroplastia total do quadril, a perda óssea na região proximal do fêmur (“stress shielding”) é maior com as hastes de fixação distal.
- () Certo () Errado () Não sei
17. O líquido sinovial normal é um ultra-filtrado do plasma, sendo a viscosidade determinada pela quantidade de ácido hialurônico.
- () Certo () Errado () Não sei
18. A abertura da interlinha medial do joelho, no teste de stress em valgo em extensão, indica lesão do ligamento cruzado anterior associada à da cápsula posterior.
- () Certo () Errado () Não sei
19. A alma do parafuso é responsável pela sua resistência ao arrancamento.
- () Certo () Errado () Não sei

20. Na fratura diafisária transversa do fêmur, a placa colocada na cortical lateral atua como banda de tensão.
- () Certo () Errado () Não sei
21. As próteses do quadril com cabeça de 22 mm de diâmetro apresentam arco de movimento aproximado de 90 graus e, as de 32 mm de 110 graus.
- () Certo () Errado () Não sei
22. A reparação e o desenvolvimento do tecido ósseo é estimulada pela proteína morfogenética óssea (BMP), fator de crescimento fibroblástico, fator de transformação de crescimento beta e fator de crescimento tipo-insulina.
- () Certo () Errado () Não sei
23. O método mais eficiente para introduzir material genético em uma célula alvo é utilizando um vetor viral, processo chamado de transdução.
- () Certo () Errado () Não sei
24. O colágeno predominante no osso, tendão, ligamento e pele é do tipo I.
- () Certo () Errado () Não sei
25. A via de SMITH-PETERSEN, empregada para o acesso anterior ao quadril, é realizada entre os músculos tensor da fáscia lata e sartório.
- () Certo () Errado () Não sei

Pediátrica

26. Na criança, o encurvamento da ulna é indicativo de luxação congênita de cabeça do rádio.
- () Certo () Errado () Não sei
27. A deformidade de MADELUNG é transmitida por padrão autossômico dominante e na maioria dos casos não há indicação de tratamento cirúrgico.
- () Certo () Errado () Não sei
28. A complicação mais comum do tratamento cirúrgico da sindactilia na mão é a insuficiência circulatória dos dedos.
- () Certo () Errado () Não sei
29. Na paralisia obstétrica alta, o reflexo de MORO apresenta-se assimétrico e o reflexo de preensão está ausente.
- () Certo () Errado () Não sei
30. Na pioartrite do joelho a drenagem por via posterior deve ser evitada pelo risco de disseminação da infecção pelos planos das fáscias da coxa e perna.
- () Certo () Errado () Não sei
31. As coalizões tarsais se tornam assintomáticas com a ossificação da barra e conseqüente rigidez do pé.
- () Certo () Errado () Não sei
32. Na mielomeningocele com nível de comprometimento L₃-L₄, é rara a luxação do quadril.
- () Certo () Errado () Não sei
33. Na hemimelia da tíbia tipo 1A (classificação de FRANTZ - O` RAHILLY) há luxação da articulação tibiofibular proximal, o que não ocorre na 1B.
- () Certo () Errado () Não sei
34. A distrofia muscular progressiva, tipo DUCHENNE, apresenta pseudohipertrofia das panturrilhas e evolução para óbito antes dos 20 anos de idade, por insuficiência cardiopulmonar.
- () Certo () Errado () Não sei

35. O pé torto congênito é de tratamento incruento, sendo o tratamento cirúrgico indicado para os casos em que não houver resposta.
- () Certo () Errado () Não sei
36. O acesso de CINCINNATI para o tratamento do pé torto congênito permite a liberação posteromedial e posterolateral por uma única via.
- () Certo () Errado () Não sei
37. Ângulo metafiso-diafisário proximal da tíbia (LEVINE – DRENNAN) maior do que 11 graus é sugestivo de doença de BLOUNT.
- () Certo () Errado () Não sei
38. No torcicolo congênito a presença de tumor palpável no músculo esternocleidomastóideo em recém nascidos é indicação de cirurgia.
- () Certo () Errado () Não sei
39. A escoliose congênita é causada por defeitos de formação do corpo vertebral e não da sua segmentação.
- () Certo () Errado () Não sei
40. Na acondroplasia a área do canal vertebral esta diminuída, sendo mais freqüente a ocorrência de quadro clínico de estenose na coluna lombar.
- () Certo () Errado () Não sei
41. O valor normal da cifose torácica varia de 15 a 30 graus.
- () Certo () Errado () Não sei
42. A discite nas crianças e adolescentes necessita de tratamento cirúrgico.
- () Certo () Errado () Não sei
43. A pseudo-artrose congênita da tíbia tipo II de BOYD é a mais freqüente.
- () Certo () Errado () Não sei
44. A luxação congênita do joelho manifesta-se clinicamente a partir dos três meses de idade na forma de recurvato progressivo.
- () Certo () Errado () Não sei

45. Na osteocondrite dissecante o trauma e a isquemia não são os únicos fatores etiopatogênicos.
- () Certo () Errado () Não sei
46. O princípio ativo da vitamina D (1-25 dihidroxivitamina D) age no transporte de cálcio pela célula intestinal.
- () Certo () Errado () Não sei
47. Em crianças entre os 2 e 6 anos de idade com pé plano valgo, o uso de palmilhas ortopédicas para elevar o arco longitudinal medial e varizar o calcâneo é efetivo para correção.
- () Certo () Errado () Não sei
48. O comprimento aparente dos membros inferiores é medido da espinha ilíaca ântero-superior à extremidade distal do maléolo medial.
- () Certo () Errado () Não sei
49. As mucopolissacaridoses são doenças de acúmulo nos lisossomas.
- () Certo () Errado () Não sei
50. O genovalgo, a anteversão femoral excessiva e o geno recurvato são fatores predisponentes à instabilidade fêmoro-patelar.
- () Certo () Errado () Não sei
51. A maioria dos pacientes com coxa vara congênita evolui com progressão da deformidade e fratura de stress do colo do fêmur.
- () Certo () Errado () Não sei
52. Condrolise idiopática do quadril atinge preferencialmente meninas da raça negra e evolui com retorno da mobilidade e restauração do espaço articular.
- () Certo () Errado () Não sei
53. “Pé em serpentina” (*skew foot*) é uma forma grave de pé metatarso varo congênito consistindo de adução do antepé, desvio lateral do navicular e tornozelo valgo.
- () Certo () Errado () Não sei
54. Para o diagnóstico de osteocondrite de SEVER é necessária a presença dos seguintes sinais radiográficos: esclerose, fragmentação e irregularidade do núcleo de ossificação do calcâneo.
- () Certo () Errado () Não sei

55. O ângulo de anteversão femoral diminui cerca de 25 graus nos primeiros oito anos de vida.
- () Certo () Errado () Não sei
56. Na displasia do desenvolvimento do quadril, são considerados fatores de risco o sexo feminino, apresentação pélvica, torcicolo congênito, acometimento familiar, hiperelasticidade, primogênito e pé metatarso varo.
- () Certo () Errado () Não sei
57. No tratamento da displasia do desenvolvimento do quadril com o suspensório de PAVLIK a abdução é conseguida pelo tensionamento das tiras posteriores mantendo o quadril em pelo menos 60 graus de abdução.
- () Certo () Errado () Não sei
58. Na epifisiólise proximal do fêmur o tratamento incruento (repouso, fisioterapia e observação) é indicado na fase de pré-deslizamento.
- () Certo () Errado () Não sei
59. Na epifisiólise proximal do fêmur a ocorrência de necrose avascular é complicação do tratamento e rara na evolução natural.
- () Certo () Errado () Não sei
60. Cerca de metade dos pacientes com sinovite transitória do quadril evoluirá para doença de LEGG - PERTHES.
- () Certo () Errado () Não sei
61. Lesão na epífise proximal do fêmur, em pacientes na primeira e segunda décadas da vida, têm como diagnóstico diferencial a artrite séptica e o osteoma osteóide.
- () Certo () Errado () Não sei
62. No tratamento cirúrgico do cisto ósseo simples deve ser evitada a curetagem da parede adjacente à placa cartilaginosa.
- () Certo () Errado () Não sei
63. Os principais diagnósticos diferenciais das lesões ósseas metáfiso-diafisárias em crianças são o sarcoma de EWING, o granuloma eosinófilo e a osteomielite.
- () Certo () Errado () Não sei

64. A vértebra plana de CALVÉ foi descrita em crianças acometidas por tuberculose vertebral.
- () Certo () Errado () Não sei
65. O osteossarcoma, em adolescentes, caracteriza-se radiograficamente como lesão metafisária, com áreas de rarefação óssea entremeadas por áreas de condensação, com limites imprecisos e reação periosteal espiculada.
- () Certo () Errado () Não sei
66. O cisto ósseo aneurismático é uma lesão pseudotumoral que pode ocorrer de forma isolada ou concomitante com outros tumores como: fibroma condromixóide, condroblastoma, tumor gigantocelular e osteossarcoma telangectásico.
- () Certo () Errado () Não sei
67. Artrogripose múltipla congênita é uma síndrome que se caracteriza por articulações com pouca mobilidade, atrofia muscular, membros com forma tubular, inteligência e sensibilidade cutânea normais.
- () Certo () Errado () Não sei
68. A síndrome de ALBRIGHT é a tríade de displasia fibrosa, manchas café com leite e puberdade precoce.
- () Certo () Errado () Não sei
69. Na artrite séptica do quadril, o tratamento conservador com antibióticos só está recomendado na fase inicial (até 48 horas).
- () Certo () Errado () Não sei
70. Na doença de LEGG – PERTHES, o pior prognóstico de acordo com a classificação do pilar lateral (HERRING) ocorre no tipo C, caracterizado pelos seguintes sinais de cabeça em risco: subluxação, sinal de GAGE e cistos metafisários.
- () Certo () Errado () Não sei
71. Na paralisia cerebral, o pé calcâneo geralmente é iatrogênico, causado por hiperalongamento do tendão do músculo tríceps, causando marcha em “agachamento” com flexão do joelho e do quadril.
- () Certo () Errado () Não sei
72. Na paralisia cerebral, a espasticidade associada dos músculos reto anterior e isquiotibiais causa marcha com joelho rígido.
- () Certo () Errado () Não sei

73. Na macrodactilia dos dedos do pé, o tratamento que apresenta melhor resultado, exceto para o hálux, é a ressecção de todo o raio (dedo e osso metatarsal).

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

74. No tratamento da desigualdade dos membros inferiores, a epifisiodesse é o método de escolha para discrepâncias finais projetadas entre 2 a 5 cm.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

75. Na osteomielites agudas hematogênicas, a indicação de tratamento cirúrgico ocorre após o aparecimento de levantamento periosteal visível na radiografia.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

Adulto

76. O ligamento glenoumeral médio é o principal estabilizador anterior estático do ombro.
- () Certo () Errado () Não sei
77. Nas artroplastias do ombro a cabeça deve ser fixada em retroversão e acima das tuberosidades.
- () Certo () Errado () Não sei
78. A principal limitação funcional na mão em garra decorre da perda da flexão da articulação metacarpofalângica.
- () Certo () Errado () Não sei
79. No dedo em martelo agudo, com queda maior que 30 graus, o tratamento ideal é redução aberta associada à fixação percutânea com fio de KIRSCHNER.
- () Certo () Errado () Não sei
80. Os pacientes com anemia falciforme são mais susceptíveis às infecções por Salmonella.
- () Certo () Errado () Não sei
81. Nas lesões do nervo ulnar acima do cotovelo a garra ulnar está ausente.
- () Certo () Errado () Não sei
82. Nas lesões da inserção do tendão supra-espinhal, são considerados fatores que interferem na cicatrização: tração causada pelo peso do braço e pelos músculos supra-espinhal, infra-espinhal e subescapular.
- () Certo () Errado () Não sei
83. A acromioplastia total está indicada em pacientes atletas jovens, que necessitam rápido retorno ao esporte.
- () Certo () Errado () Não sei
84. A etiologia do pé cavo é contratura idiopática dos músculos intrínsecos do pé.
- () Certo () Errado () Não sei
85. A insuficiência do músculo tibial posterior acarreta o pé plano assimétrico, caracterizado pelo valgo do retro-pé, abdução do médio-pé e pronação do ante-pé.
- () Certo () Errado () Não sei

86. Na síndrome do túnel do tarso anterior ocorre compressão do nervo fibular profundo.
- () Certo () Errado () Não sei
87. As deformidades em “colo de cisne” tipo III (NALEBUFF) devem ser tratadas com liberação das bandas laterais e da pele dorsal.
- () Certo () Errado () Não sei
88. O esporão do calcâneo é a causa mais freqüente de fascite plantar.
- () Certo () Errado () Não sei
89. A condromatose sinovial apresenta três fases clínicas: 1. inicial (condrometaplasia sinovial, sem corpos livres); 2. transicional (doença sinovial ativa com corpos livres) e 3. tardia (corpos livres sem doença sinovial).
- () Certo () Errado () Não sei
90. O melhor tratamento para osteoblastoma da coluna cervical é a radioterapia, pois a tentativa da ressecção nesta região resulta em grande instabilidade.
- () Certo () Errado () Não sei
91. O cordoma é uma neoplasia maligna que pode ocorrer em qualquer nível da coluna vertebral, preferencialmente no sacro.
- () Certo () Errado () Não sei
92. No mieloma múltiplo é comum o aumento acentuado na velocidade de hemossedimentação, hipercalcemia e hipergamaglobulinemia.
- () Certo () Errado () Não sei
93. Os cistos sinoviais do dorso do punho podem ser tratados por pressão digital até a ruptura, ou pelo golpeamento do punho flexionado com um livro.
- () Certo () Errado () Não sei
94. A ruptura ou avulsão distal do tendão do biceps braquial, tratada incruentamente, pode resultar num decréscimo de 60% tanto da força de flexão do cotovelo quanto da pronação do antebraço.
- () Certo () Errado () Não sei

95. Pacientes com idade inferior a 45 anos, com artrose do quadril devido à espondilite anquilosante, devem ser tratados preferencialmente com artrodese.
- () Certo () Errado () Não sei
96. Na mielopatia cervical, a flexo-extensão do pescoço gera dor aguda irradiada, com formigamento para tronco e membros (sinal de LHERMITTE).
- () Certo () Errado () Não sei
97. A osteoporose transitória idiopática é mais freqüente em homens de meia idade e em mulheres grávidas, provocando dor, claudicação e atrofia muscular local, podendo ocasionar fratura por stress do quadril ou ramos púbicos.
- () Certo () Errado () Não sei
98. No tratamento do hálux rígido, a cirurgia de artrodese preconizada por KELLER é indicada para pacientes jovens.
- () Certo () Errado () Não sei
99. Na artrite reumatóide a sinovite erosiva da articulação subtalar e/ou talonavicular causa deformidade em valgo do calcâneo.
- () Certo () Errado () Não sei
100. O local mais comum de compressão do nervo radial é na arcada de FRÖHSE que é uma banda fibrosa localizada na borda proximal do pronador redondo.
- () Certo () Errado () Não sei
101. A espondilolistese do tipo ístmico é mais freqüente entre L4 e L5.
- () Certo () Errado () Não sei
102. Na artrite reumatóide, o acometimento do cotovelo é geralmente tardio, após 5 anos da manifestação da doença, e o tratamento de escolha é a artroplastia.
- () Certo () Errado () Não sei
103. Paciente com artrose tricompartimental sintomática do joelho, com varo de 10 graus, tem indicação de osteotomia valgizante da tíbia.
- () Certo () Errado () Não sei

104. A doença de FREIBERG ou osteocondrite da cabeça do 2º metatarsal, acomete preferencialmente mulheres, e o melhor tratamento na fase aguda é a cirurgia de ressecção do osso necrótico com enxertia.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

105. Na artrose monocompartimental medial do joelho, tratadas por osteotomia valgizante o posicionamento em valgo de 5 a 7 graus acima do fisiológico, apresenta os melhores resultados a longo prazo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

106. A melhor indicação para tratamento de paciente jovem com osteoartrose glenoumeral é a artrodese.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

107. A maioria das tendinites calcáreas do ombro são assintomáticas.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

108. A Síndrome do túnel do carpo que ocorre durante a gravidez em geral se resolve completamente após o parto.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

109. Rupturas tendinosas na mão reumatóide levam a incapacidade significativa necessitando de tratamento cirúrgico.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

110. Na mão reumatóide, as articulações mais freqüentemente acometidas são as metacarpofalângicas e interfalângicas.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

111. A síndrome do piriforme faz parte do diagnóstico diferencial da hérnia discal L3 - L4.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

112. Na avaliação da soltura de prótese total do quadril, os exames laboratoriais pré-operatórios normais são suficientes para excluir infecção.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

113. A indicação de artrodese do quadril independe da presença de artrose lombar.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

114. Na cirurgia de pacientes portadores de anemia falciforme manter a oxigenação adequada previne a ocorrência de falcização.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

115. Paraplegia secundária ao Mal de POTT apresenta bom resultado ao tratamento cirúrgico se tratada até seis meses da sua instalação.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

116. A metanálise é empregada como método de estudo de uma questão específica avaliando grupos de trabalhos relevantes publicados sobre determinado assunto.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

117. Nas hérnias de disco torácicas, o acesso por via posterior (laminectomia) é mais seguro que o acesso anterior ou postero-lateral.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

118. Na densitometria, a osteoporose caracteriza-se por diminuição da massa óssea acima de 2,5 desvios-padrão.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

119. A estenose do canal do tipo foraminal caracteriza-se por quadro clínico de claudicação neurogênica.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

120. A hérnia de disco de disco lombar extrusa é indicação de tratamento cirúrgico.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

121. Para diagnóstico da dor discogênica é necessário a realização do exame de discografia.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

122. A tibia em sabre é característica da sífilis primária.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

123. Na necrose avascular da cabeça femoral do tipo 1 e 2 de FICAT, a indicação cirúrgica mais adequada é a artroplastia total do quadril.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

124. Na psóite o tratamento indicado é o incruento, com repouso e antibiótico de largo espectro.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

125. A necrose óssea observada no mergulhador é decorrente de alteração da coagulação provocada pela despressurização.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

126. O esquema profilático recomendado em artroplastia total do quadril é a utilização de cefalosporina de quarta geração por uma semana.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

127. A escoliose degenerativa, em pacientes na terceira idade, com mais de 20 graus de curvatura, necessita de tratamento cruento com artrodese e instrumentação para evitar-se déficit neurológico.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

128. Nas lesões condrais da patela existe uma correlação entre a intensidade dos sintomas e a extensão da lesão.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

129. Existe uma relação direta entre a intensidade da atividade física e o desenvolvimento de artrose no joelho.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

130. Na epicondilite medial, o tendão mais freqüentemente acometido é o do músculo flexor ulnar do carpo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

131. São diagnósticos diferenciais da pioartrite a doença de LYME, a artrite reumatóide juvenil, a leucemia aguda e a púrpura de HENoch-SHÖNLEIN.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

132. Na artrite reumatóide juvenil, as articulações do tornozelo e do joelho são mais freqüentemente acometidas do que os quadris.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

133. No joelho, as lesões meniscais radiais completas localizadas na área vermelha cicatrizam em torno de 10 semanas.

☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

134. Após as meniscectomias as alterações degenerativas do joelho são diretamente proporcionais a quantidade de menisco removido.

☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

135. As próteses totais de joelho, tipo "plataforma móvel" recriam a cinemática normal do joelho e aumentam a área de contato, porém aceleram o desgaste do polietileno.

☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

136. Na neuropatia ulnar causada pelo mal de HANSEN, os melhores resultados são obtidos pela transposição do nervo ulnar associada a epicondilectomia.

☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

137. Osteoporose transitória proximal do fêmur se apresenta como "edema ósseo" na ressonância magnética e em geral tem bom prognóstico.

☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

138. As lesões líticas no esqueleto apendicular, secundárias ao mieloma múltiplo, devem ser fixadas profilaticamente pois respondem muito mal ao tratamento clínico.

☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

139. Na doença de PAGET a primeira fase é caracterizada por lesões osteolíticas no crânio e ossos longos.

☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

140. Os testes clínicos para avaliação do manguito rotador são: flexão passiva forçada proposto por NEER e o de HAWKINS que consiste de rotação interna passiva com o ombro em 90 graus de abdução.

☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

141. A osteocondrite dissecante do cotovelo compromete o capítulo e é mais freqüente em adolescentes do sexo masculino.

☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

142. Na rizoartrose, no estágio IV de EATON e LITTLER há indicação de artrodese trapézio-metacárpica.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

143. A osteoartrose dos dedos da mão é mais freqüente nas articulações interfalângicas proximais com o aparecimento de nódulos chamados de HEBERDEN.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

144. A artropatia gotosa ocorre por deposição de cristais de urato nos tecidos moles e articulações e a pseudogota por cristais de pirofosfato de cálcio.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

145. O túnel do tarso é limitado pelo retináculo dos flexores e existindo compressão nervosa será do nervo tibial posterior

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

146. A deformidade em garra dos dedos dos pés caracteriza-se por deformidade em flexão das interfalângicas e em dorsiflexão das metatarso-falângicas, ocorrendo por alteração do balanço entre as forças musculares intrínsecas e extrínsecas.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

147. A neuropatia periférica diabética apresenta acometimento das divisões sensitiva, motora e autônoma, sendo as manifestações sensitivas as primeiras a aparecerem e progridem em de forma de bota.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

148. Na artrose da coluna cervical as raízes posteriores são mais susceptíveis a compressão do que as anteriores explicando a predominância dos sintomas sensitivos sobre os motores.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

149. A embolia pulmonar ocorre em 20 a 50% dos pacientes que apresentam trombose venosa profunda na coxa, sendo rara quando a trombose ocorrer isolada na perna.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

150. As pseudartroses hipertróficas ocorrem por falha na estabilização.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

Trauma

151. Na instabilidade crônica piramidal-hamato o estalo característico ocorre quando é feito desvio do punho de radial para ulnar.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
152. Na fixação intramedular da tíbia a incisão parapatelar diminui a incidência de dor anterior do joelho comparada à transtendão patelar.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
153. O tratamento de fratura cominutiva distal do úmero (tipo “saco de ossos”) com tipóia e movimentação ativa imediata deve ser reservado a pacientes idosos.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
154. A miosite ossificante pós traumática no cotovelo ocorre mais comumente na região anterior e envolve a massa muscular do bíceps braquial.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
155. Em crianças, na redução incruenta das fraturas supracondilianas do úmero, com desvio postero-lateral, a imobilização do antebraço deve ser em pronação.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
156. Nas seqüelas das fraturas de MONTEGGIA, em geral, não é necessária a osteotomia da ulna, pois a redução aberta da luxação da cabeça do rádio e a reconstrução do ligamento anular são suficientes.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
157. Fratura de MALGAIGNE consiste na fratura dos ramos superior e inferior do púbis e na fratura da pelve, posterior ao acetábulo ou luxação da sacroilíaca.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
158. Nas fraturas do acetábulo, a determinação do arco do teto acetabular (ângulo de MATTA) é importante para orientar no tratamento.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
159. A instabilidade da fratura transtrocanteriana no paciente adulto é determinada pelo desvio inicial dos fragmentos.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei

160. A fratura femoral periprotética do quadril, com desvio, exige tratamento cirúrgico independente do nível.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

161. As fraturas do colo do fêmur em crianças são causadas por traumas de alta energia.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

162. A fratura da patela fixada com banda de tensão pela técnica AO deve ser tratada com flexão ativa de imediato.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

163. As fraturas da eminência intercondilar (espinha da tíbia) da tíbia do tipo III de MEYERS e MCKEEVER devem ser tratadas com aspiração da hemartrose e hiperextensão do joelho com perneira gessada.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

164. Fraturas do planalto tibial com desvios de até 4 mm são de tratamento conservador.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

165. A fratura triplanar distal da tíbia ,no adolescente, é uma lesão epifisária do tipo IV de SALTER-HARRIS.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

166. No paciente com mielomeningocele, o diagnóstico diferencial das fraturas é com a osteomielite hematogênica aguda.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

167. As osteotomias intertrocantéricas no tratamento da artrose do quadril exigem bom arco de movimento pré-operatório.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

168. No diagnóstico da fratura do escafóide, a cintilografia é o exame mais sensível, mas o menos específico.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

169. A fratura do rádio distal com desvio, associada à lesão do ligamento escafo-semilunar, deve ser tratada com fixação externa.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

170. Após a redução e estabilização com placa de uma fratura de GALEAZZI, se a articulação radioulnar estiver reduzida e estável, não é necessária fixação cirúrgica da mesma.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

171. Após a redução incruenta da luxação transescafo perilunar do carpo, a deformidade mais freqüente é o desvio volar da fileira proximal e do polo proximal do escafoide (posição de VISI).

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

172. Na lesão múltipla dos tendões flexores e nervos digitais na mão, a conduta indicada é o reparo secundário.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

173. Nas lesões do plexo braquial por arma de fogo, a exploração cirúrgica está indicada após quatro semanas se não houver melhora espontânea do déficit neurológico.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

174. A lesão de STENER consiste na ruptura total do ligamento colateral ulnar do polegar, na sua inserção metacárpica, e interposição da fáscia do adutor.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

175. A fratura de BENNETT é articular e o desvio ocorre por ação do músculo abdutor curto do polegar.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

176. Na luxação dorsal da interfalângica proximal dos dedos da mão, com lesão total da placa volar e ligamento colateral, o tratamento indicado é a redução cruenta.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

177. Na paralisia obstétrica alta, a osteotomia do úmero é indicada para crianças com subluxação do ombro.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

178. Na lesão tipo botoeira ocorre lesão do ligamento retinacular oblíquo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

179. O tratamento do dedo em martelo crônico com a técnica de tenodermodese associada à fixação da interfalângica distal com fio de Kirschner leva a bons resultados.
- () Certo () Errado () Não sei
180. Após tenorrafia dos tendões flexores da mão na zona II em criança com idade inferior a oito anos, devido a rápida regeneração tecidual, o tempo de imobilização deve ser de 2 semanas.
- () Certo () Errado () Não sei
181. Na fratura do côndilo umeral lateral da criança o retardo de consolidação está associado ao tratamento conservador.
- () Certo () Errado () Não sei
182. Em paciente com dor crônica pós-traumática no punho, que apresenta piora do sintoma quando se empurra a cabeça da ulna para baixo e o carpo para cima, sugere lesão do ligamento pirâmido-semilunar.
- () Certo () Errado () Não sei
183. A posição do punho na artrodese pós-traumática radiocárpica unilateral, é de 20 graus de extensão.
- () Certo () Errado () Não sei
184. Nos casos de luxação do cotovelo, cujo diagnóstico tenha sido feito após três semanas, é indicado o tratamento cruento.
- () Certo () Errado () Não sei
185. As pseudo-artroses após fratura de clavícula ocorrem geralmente no terço médio e não se relacionam com a modalidade de tratamento realizado.
- () Certo () Errado () Não sei
186. Fraturas da clavícula de causa obstétrica devem ser imobilizadas com aparelho tipo Velpeaux por um período de 3 semanas.
- () Certo () Errado () Não sei
187. As luxações esterno-claviculares anteriores são instáveis após redução.
- () Certo () Errado () Não sei

188. No tratamento das fraturas expostas o uso de solução com detergente é mais eficiente que a solução salina para a limpeza óssea.

() Certo () Errado () Não sei

189. A lesão do tipo SLAP refere-se à desinserção da reborda superior do labrum e ocorre mais freqüentemente em adultos jovens.

() Certo () Errado () Não sei

190. Nas fraturas proximais do úmero em 4 partes (classificação de NEER), pelo alto risco de necrose avascular, a indicação é de artroplastia, sendo contra-indicada a fixação.

() Certo () Errado () Não sei

191. Pacientes que apresentam luxação traumática do ombro com grande lesão do manguito rotador ou da cartilagem glenoidal tem maior chance de desenvolver instabilidade.

() Certo () Errado () Não sei

192. Na fratura de JEFFERSON a indicação do tipo de tratamento independe da integridade do ligamento transversos.

() Certo () Errado () Não sei

193. Nas fraturas da coluna tóraco-lombar, por compressão axial em pacientes idosos e com osteoporose, a imobilização gessada consiste no tratamento de escolha.

() Certo () Errado () Não sei

194. Nas fraturas da coluna lombar associadas a déficit neurológico, a descompressão está indicada quando houver presença de fragmentos ósseos comprimindo mais de 50% do canal vertebral.

() Certo () Errado () Não sei

195. Após redução por meio de tração craniana de luxação unilateral da coluna cervical não associada a fratura, não é necessária estabilização.

() Certo () Errado () Não sei

196. Em crianças, traumatismo da coluna cervical causados por forças externas podem lesar a medula sem causar lesões ósseas perceptíveis ao exame radiográfico (SCIWORA).

() Certo () Errado () Não sei

197. Espondilolistese espondilolítica aguda traumática tende a ser instável e a progredir.

() Certo () Errado () Não sei

198. O diagnóstico diferencial da hemartrose pós traumática do joelho inclui: lesão do ligamento cruzado anterior, lesão do ligamento cruzado posterior, fratura osteocondral e fratura intrarticular.

() Certo () Errado () Não sei

199. A dor da hérnia discal lombar no adulto é intermitente, piora com a atividade e na posição sentada, podendo ser aliviada com repouso.

() Certo () Errado () Não sei

200. Na discite em crianças de 2 a 7 anos o espasmo muscular paravertebral é o principal achado de exame físico.

() Certo () Errado () Não sei

201. Na lesão medular traumática, quanto maior for a preservação das funções motoras e sensitivas distais à lesão, maior será a recuperação esperada.

() Certo () Errado () Não sei

202. Não existe evidência conclusiva na literatura que a descompressão imediata das fraturas vertebrais e sua estabilização melhore a recuperação neurológica do paciente.

() Certo () Errado () Não sei

203. Em paciente com lesão medular incompleta por projétil de arma de fogo, localizado no interior do canal vertebral, está indicada a remoção cirúrgica do mesmo.

() Certo () Errado () Não sei

204. A lesão em livro aberto da bacia é classificada por TILE como do tipo B2, rotacionalmente instável e verticalmente estável.

() Certo () Errado () Não sei

205. O componente fibular do nervo ciático é o mais comumente afetado após luxação posterior do quadril.

() Certo () Errado () Não sei

206. O mecanismo de ruptura do tendão distal do bíceps ocorre por um episódio traumático inadvertido de extensão do cotovelo que se encontrava em flexão.

() Certo () Errado () Não sei

207. As estruturas responsáveis pela estabilidade da articulação radioulnar distal são: a fibrocartilagem triangular, o pronador quadrado, o extensor ulnar do carpo, a membrana interóssea e a articulação radiocarpal.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
208. O nervo interósseo posterior está localizado 2 centímetros distalmente à cabeça radial no bordo do músculo supinador. Desta forma, a supinação do antebraço é a posição de escolha para a sua proteção na osteossíntese com placas da cabeça radial pelo acesso posterior.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
209. Nas lesões pélvicas com instabilidade vertical a fixação anterior da articulação sacro-ilíaca com placas coloca em risco a raiz de L4.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
210. A necrose avascular é a principal complicação da fratura do colo do fêmur na criança sendo a tipo I de RATLIFF a que envolve todo o fragmento proximal.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
211. Na Síndrome Compartimental a fasciotomia está indicada quando a pressão intra-compartimental atingir 20 mmHg abaixo da pressão arterial diastólica em pacientes que apresentem piora dos sinais clínicos de isquemia.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
212. A classificação de SANDERS para as fraturas do calcâneo baseia-se no número e localização dos traços de fratura que existam em sua faceta posterior.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
213. O sinal radiográfico precoce de necrose pós fratura do tálus corresponde ao aparecimento de área de esclerose em sua cúpula.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
214. Na Síndrome de DOWN a frouxidão ligamentar pode ocorrer em mais de um nível da coluna cervical, sendo mais freqüente no nível C1 – C2.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
215. A ocorrência de tetraparesia cervical traumática em atletas é mais freqüente quando o índice de TORG for inferior a 0,8.
- (☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei

216. A avulsão da tuberosidade isquiática resulta de movimento em flexão exagerada do quadril com o joelho em extensão máxima.
- () Certo () Errado () Não sei
217. São fatores predisponentes da lesão muscular do quadríceps: a maior percentagem de fibras tipo II e prática de esporte de alta velocidade.
- () Certo () Errado () Não sei
218. A lesão muscular do quadríceps durante a corrida ocorre na fase excêntrica da contração, quando o quadríceps atua como um limitador primário da flexão do joelho e não como um potente extensor.
- () Certo () Errado () Não sei
219. São considerados fatores de risco para ocorrência de lesão do ligamento cruzado anterior em mulheres: o menor diâmetro da fossa intercôndilar e a fase ovulatória do ciclo menstrual.
- () Certo () Errado () Não sei
220. No tratamento da fratura da tuberosidade da tíbia no adolescente, a fixação com parafuso está contra-indicada devido à possibilidade de fechamento precoce da linha epifisial.
- () Certo () Errado () Não sei
221. Na lesão isolada do ligamento cruzado posterior, o tratamento cirúrgico é reservado para os casos de arrancamento ósseo ou instabilidade crônica sintomática.
- () Certo () Errado () Não sei
222. Na instabilidade crônica do tornozelo, o tratamento cirúrgico está indicado para diminuir a incidência da artrose do tornozelo.
- () Certo () Errado () Não sei
223. O tratamento da lesão isolada do ligamento colateral medial do joelho é conservador, sendo o tratamento cirúrgico reservado para os atletas.
- () Certo () Errado () Não sei
224. Na luxação aguda da patela é observado, no exame de ressonância magnética, contusão do côndilo lateral femoral e contusão da face articular medial da patela.
- () Certo () Errado () Não sei

225. A taxa de sucesso do reparo meniscal é maior nas lesões associadas à reconstrução do ligamento cruzado anterior do que nas isoladas.
- () Certo () Errado () Não sei
226. Na sutura meniscal, a técnica “all-inside” está indicada para as lesões instáveis verticais, longitudinais e periféricas do corno anterior do menisco.
- () Certo () Errado () Não sei
227. O melhor exame para se diagnosticar a lesão do labrum no quadril é a artro-ressonância magnética.
- () Certo () Errado () Não sei
228. Após a redução de luxação traumática do quadril, a presença de fragmento na região da fôvea, mesmo que pequeno, é indicação para tratamento cirúrgico.
- () Certo () Errado () Não sei
229. A neuropraxia do nervo fibular comum, após artroplastia total do quadril, está associada a presença no pré-operatório de contratura biplanar em flexão e alinhamento em valgo maior que 20 graus.
- () Certo () Errado () Não sei
230. A síndrome do desfiladeiro torácico pós-traumática é provocada pela compressão do plexo braquial pelo fragmento medial da clavícula com desvio posterior e inferior.
- () Certo () Errado () Não sei
231. Na instabilidade multidirecional do ombro tipo involuntária observa-se subluxação inferior da articulação gleno-umeral na radiografia em stress.
- () Certo () Errado () Não sei
232. Na fratura do colo do rádio em crianças, se após a redução incruenta o desvio angular for maior que 45 graus, a melhor indicação é redução aberta e fixação com fio de KIRSCHNER transcapitular.
- () Certo () Errado () Não sei
233. A fratura do olécrano é considerada estável quando o desvio for menor que 2 mm e não aumentar com a flexo-extensão de zero a 90 graus do cotovelo.
- () Certo () Errado () Não sei

234. A sinfisite crônica é a complicação mais freqüente nas fraturas do anel pélvico com consolidação viciosa em hemiascenção.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

235. No tratamento das fraturas dos ossos da perna pelo método de SARMIENTO deve-se limitar a extensão do joelho e estimular carga precoce.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

236. As fraturas por stress da tíbia são mais freqüentes no terço médio e acometem principalmente a cortical anterior.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

237. O ligamento calcâneo-fibular encontra-se mais tenso com a extensão do pé.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

238. Na fratura-luxação aguda da articulação de LISFRANC a dificuldade na redução pode ocorrer pela interposição do tendão do músculo tibial posterior entre o primeiro e segundo metatarsos.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

239. A escápula alada pós-traumática é decorrência da lesão do nervo supraescapular, próximo à sua emergência do plexo braquial.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

240. A medida profilática mais eficiente para evitar a gangrena gasosa é a antibioticoterapia de quarta geração.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

241. Na fratura exposta tipo III-B de GUSTILO-ANDERSON, deve-se fazer o desbridamento, manter o ferimento aberto e realizar a cobertura cutânea em segundo tempo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

242. O paciente politraumatizado adequadamente compensado apresenta débito urinário mínimo de 50 ml por hora.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

243. O óbito por choque hemorrágico no politraumatizado, causado por fratura do anel pélvico, ocorre em menos de 20% dos casos.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

244. No politraumatizado, o sinal clínico mais importante para o diagnóstico precoce da embolia gordurosa é o aparecimento de petéquias.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

245. No trauma raquimedular o nível C5 é considerado intacto quando há presença de flexão ativa do cotovelo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

246. Na luxação traumática do coxofemural, a necrose aséptica da cabeça do fêmur é mais comum nas luxações posteriores do que nas anteriores

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

247. Na fratura do rádio distal viciosamente consolidada, a ruptura mais comum é a do abdutor longo do polegar.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

248. Na avaliação radiográfica das fraturas do acetábulo, a incidência em oblíqua externa ou alar evidencia a borda anterior do acetábulo, a espinha ilíaca e incisura isquiática.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

249. Na fratura do úmero, com lesão do nervo radial (lesão de HOLSTEIN-LEWIS) a exploração imediata do nervo é o tratamento de escolha.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

250. Nas fraturas expostas do fêmur é contra-indicada a fixação intramedular.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

Referências Bibliográficas

Básico

1. Sizinio Hebert, 3ª edição, capítulo 42
2. Rockwood, 4ª edição, capítulo 28
3. Exame Físico em Ortopedia, Tarcísio Barros, capítulo 3
4. Campbell, 7ª edição, capítulo 84
5. Sizinio, 3.ed, p. 114.
6. JAAOS, Vol. 1, nº 1, p. 1, 1993
7. PARDINI, p. 22, 3ª edição
8. CAMPBELL, p. 1850
9. TARCISIO & LECH, p. 201
10. CAMPBELL, p. 3696
11. CAMPBELL, p. 114
12. Clinica Ortopédica, 2001, p. 12
13. Campbell's Operative orthopaedics - Surgical Techinques and Approaches - Andrew Crenshaw, Jr. - V.1, Cap. 2, p. 93, Ninth Edition, 1998.
14. Charles Rockwood Jr. and David P. Green - Fractures in adults. Fractures and Dislocations of the Ankle. V. 2 - Frank C. Wilson. Cap.18. p. 1668, Second Edition, 1975.
15. Rockwood 2a, p. 1157
16. Campbell's Operative Orthopaedics - Arthroplasty of hip. James W. Harkess - V.1. Cap. 7, p.308, Ninth Edition, 1998.
17. Ref.: JAAOS 2000, 8 ,p. 227
18. Campbell, 10ª edição, p. 2203
19. Campbell, 10ª edição, p. 2696.
20. Campbell, 10º edição, p. 2696
21. Campbell 10º edição. p. 323
22. JBJS - A 2002, p. 1032
23. JBJS - A 2002, p. 1046
24. Lovell e Winter, p. 139, 4ª edição,
25. Campbell, p. 64

Pediátrica

26. TACHDJIAN, p.187
27. CAMPBELL, p. 3678
28. CAMPBELL, p. 3643
29. Sizinio, p. 410
30. CAMPBELL, p. 162 (8º edição)
31. W & L, 4ª edição, p. 1093
32. CAMPELL, p. 2631
33. CAMPBELL, p. 2259
34. Lovell e Winter, 2ª edição, p. 269
35. Campbell, 10ª edição, p. 993
36. Campbell, 10ª edição, p. 995.
37. JAAOS, 1995, 3, p. 329
38. Campbell, 7ª edição, p. 2203-220
39. Sizinio Hebert, 3ª edição, capítulo 8
40. Campbell, 7ª edição, p. 3839
41. Campbell, 7ª edição, p. 3860
42. Campbell, 7ª edição, p. 3800
43. Campbell, 10ª edição, p. 1011
44. Atualizações em Conhecimentos Ortopédicos: Ortopedia Pediátrica, p. 195
45. Tachdjian - Ortopedia Pediátrica, vol.4, p. 2629, 2ª edição, 1995.
46. Lovell e Winter, p. 143, 4ª edição
47. W & L, 4ª edição, p. 1085
48. Tachdjian - Ortopedia Pediátrica, vol.1, p. 27-32, 2ª edição, 1995.
49. Tachdjian - Ortopedia Pediátrica, vol. 2, p. 1633, segunda edição, 1995.

50. Marczyk, L.R.S. et al. RBO - V. 35, 8, p. 275-81, Agosto, 2000.
51. Lovell Winter, 4ª edição, p. 1027
52. Lovell Winter, 4ª edição, p. 1038
53. Lovell Winter, 4ª edição, p. 1081
54. Sizinio, 3ª edição, p. 537
55. Lovell Winter, 4ª edição, p. 1050
56. Sizinio, 3ª edição, p. 279
57. Clinica Ortopédica, 2001, p. 48
58. Clinica Ortopédica, 2001, p. 105
59. Clinica Ortopédica, 2001, p. 107
60. Clinica Ortopédica, 2001, p. 121
61. Campbell, p. 254
62. Campbell, p. 251
63. Sizinio, 2ª edição, p. 375
64. Sizinio, 2ª edição, p. 373
65. Sizinio, 2ª edição, p. 373
66. Sizinio, 2ª edição, p. 372
67. Lovell e Winter, p. 262, 4ª edição
68. Lovell e Winter, p. 446, 4ª edição
69. Clinica Ortopédica, 2001, p. 152
70. Atualizações em Conhecimentos Ortopédicos: Ortopedia Pediátrica, p. 188
71. Sizinio, p. 49
72. Sizinio, p. 792
73. JBJS - A 2002, p.1189
74. Lovell Winter, 4ª edição, p. 876
75. Lovell Winter, 4ª edição, p. 579

Adulto

76. CAMPBELL, p. 1505
77. CAMPBELL, p. 676
78. CAMPBELL, p. 3494
79. Sizinio **et al**, p. 1125
80. CAMPBELL, p. 543
81. CAMPBELL, p. 3508
82. Campbell, p. 1852
83. SIZÍNIO, p. 138
84. TACHDJIAN, p. 2673
85. CAMPBELL, p. 3065
86. CAMPBELL, p. 2989
87. CAMPBELL, p. 3555
88. SIZÍNIO, p. 301
89. Campbell, 8ª edição, p. 315
90. Campbell, 8ª edição, p. 4151
91. Campbell, 8ª edição, p. 278
92. Campbell, 8ª edição, p. 292
93. Campbell, 8ª edição, p. 3727
94. Campbell, 8ª edição, p. 2065
95. Campbell, 8ª edição, p. 544
96. Campbell, 8ª edição, p. 4025
97. Campbell, 8ª edição, p. 2197
98. Campbell, 8ª edição, p. 2884
99. Campbell, 8ª edição, p. 2963
100. Sizinio, 3ª edição, p. 234
101. Campbell, 7ªed, capítulo 86
102. JAAOS, 2003, p. 100
103. Sizinio, 3ª edição, p. 469
104. Sizinio, 3ª edição, p. 538

105. JBJS - A, Março 2003, p. 469
106. David J. Clare et al. Current Concepts Review - Shoulder arthrodesis. JBJS, v. 83-A, 4, p. 595, Abril 2001.
107. Sizinio Hebert e col. Ortopedia e Traumatologia - Princípios e Prática. Ombro e cotovelo. Osvandré Lech e Antônio Severo, Cap. 11, p. 228, Terceira Edição, 2003.
108. Campbell's Operative Orthopaedics. Carpal Tunnel and Ulnar Tunnel Syndromes and Stenosing Tenosynovitis. Phillip E. Wright II. Vol. 4., Cap. 77, p. 3685. Ninth edition, 1998.
109. Campbell's Operative Orthopaedics. Arthritic hand. Phillip E. Wright II. Vol. 4. , Cap. 74, p. 3629. Ninth edition, 1998.
110. Sizinio, 3ª edição, p. 264
111. Campbell's Operative Orthopaedics. Peripheral Nerve Injuries. Mark t. Jobe and lip E. Wright II, p. 3881. Ninth edition, 1998.
112. Sizinio Hebert e col. Ortopedia e Traumatologia - Princípios e Prática. Revisão de próteses do quadril. Rudelli Sergio Andrea Aristide e Sérgio Apaulo Viriato. Cap. 16, p. 396, 3ª edição, 2003.
113. Campbell's Operative Orthopaedics. Arthrodesis of Ankle, Knee and Hip. Claiborne A . Christian and Brian G. Donley. Vol. 4., Cap. 74, p. 175. Ninth edition, 1998.
114. Campbell's Operative Orthopaedics. Arthroplasty of Hip. James W. Harkess. Vol. 1, Cap. 7, p. 379. Ninth edition, 1998.
115. Campbell's Operative Orthopaedics. Infections of Spine. George W. Wood II. Vol. 1, Cap. 7, p. 3106. Ninth edition, 1998.
116. RBO Março 2002 51
117. Sizinio, 3ª edição, p. 158
118. Sizinio, 3ª edição, p. 763
119. Sizinio, 3ª edição, p. 152
120. Sizinio, 3ª edição, p. 159
121. Sizinio, 3ª edição, p. 159.
122. Sizinio, 3ª edição, p. 159.
123. Sizinio, 3ª edição, p. 372
124. Campbell, 7ªed, p. 3808-10
125. Sizinio, 3ª edição, p. 369
126. Sizinio, 3ª edição, p. 386
127. Sizinio, 2ª edição, p.96
128. Clínica Ortopédica. Vol. 3/3, setembro 2002, p. 561
129. JAAOS, 1999, 7, p. 389
130. Clínica Ortopédica, vol. 3/1, março 2002, p. 132
131. JAAOS, 1997, 5, p. 253
132. JAAOS, 1977, 5, p. 333
133. Campbell, 10ª edição, p. 2185
134. Campbell, 10ª edição, p. 2191
135. JAAOS, 2001, 9, p. 355
136. Sizinio Herbert, 3ª edição, p. 234
137. Campbell's Operative Orthopaedics - Nontraumatic Disorders - Andrew H. Crenshaw, Jr -V.1., Cap. 22, p. 839-40, Ninth Edition, 1998.
138. Ponte, F.M. da, et al - Avaliação do Tratamento Ortopédico no Mieloma Múltiplo. Ver. Bras. Ortop. V.37, 5, p.162-70, Maio 2002.
139. JAAOS, Vol. 3 ,Nº 6, p.339, 1995
140. JAAOS, Vol. 7, Nº 1, p. 34,1999
141. Turek, 4ª edição, 1984, Vol. 2, p. 982
142. Hand Surgery Update 2: American Academy of Orthopaedic Surgeons, p. 329,1999.
143. Sizinio, 1ª edição, p. 114
144. JAAOS, Hand Surgery Upadate - p. 342-343, 1999
145. JAAOS, Vol. 5, Nº 5, p. 262, 1999
146. JAAOS, vol. 3, nº 3, p.169, 1995
147. JAAOS, Vol. 3, Nº 4, p. 218, 1995
148. Turek, 4ª edição, 1984, Vol. 2, p. 855
149. JAAOS, Vol. 6 ,Nº 6, p. 333, 1998

150. Rockwood, 4ª edição, p. 279

Trauma

151. Pardini, p. 516
152. JBJS - A 2002, p. 580
153. Fractures in adults - Charles Rockwood and David Green - Fractures and Dislocations of the Elbow - Jesse C. DeLee et al., Cap. 9, p. 578, Second Edition, 1984.
154. Fractures in adults - Charles A .Rockwood Jr. and David Green - Fractures and Dislocations of the Elbow - Jesse C. DeLee et al., Cap.9, p. 613, Second Edition, 1984.
155. Fraturas em crianças - Charles A . Rockwood Jr. et al. - Fractures and Dislocations of the Elbow Region - Kaye E. Wilkins. Cap. 6, p. 411, Second Edition, 1984.
156. Fraturas em crianças - Charles A . Rockwood Jr. et al. - Fractures and Dislocations of the Elbow Region - Richard E. King, Cap. 5, p. 330, Second Edition, 1984.
157. Fractures in adults - Charles Rockwood and David Green - Fractures of the Pelvis. WilliamJ. Kane. Cap. 13, p. 1133, Second Edition, 1984.
158. Sizínio Hebert e col. Ortopedia e Traumatologia - Princípios e Prática. Sérgio Nogueira Drumond e Edson Barreto Paiva. Fraturas do acetábulo. Cap. 57, p. 1206, 3ª edição, 2003.
159. Campbell's Operative Orthopaedics. Fractures of Hip, Acetabulum and Pelvis. James L. Guyton. Vol. 3, Cap. 48, p. 2184, Ninth edition, 1998.
160. Campbell's Operative Orthopaedics. Arthroplasty of Hip. James W. Harkess. Vol. 1, Cap. 7, p. 397. Ninth edition, 1998.
161. Sizínio Hebert e col. Ortopedia e Traumatologia - Princípios e Prática. Fraturas e luxações do quadril na criança e no adolescente. Sizínio Hebert. Cap. 58, p. 1229, 3ª edição, 2003.
162. Sizínio Hebert e col. Ortopedia e Traumatologia - Princípios e Prática. Lesões traumáticas do joelho. Gilberto Luis Camanho e Arnaldo José Hernandez. Cap.65, p.1335, 3ª edição, 2003.
163. Sizínio Hebert e col. Ortopedia e Traumatologia - Princípios e Prática. Lesões traumáticas do joelho na criança. Evando J.A . Góis e Edilson Forlin. Cap. 63, p. 1302, 3ª edição, 2003.
164. Sizínio Hebert e col. Ortopedia e Traumatologia - Princípios e Prática. Lesões traumáticas do joelho. Gilberto L. Camanho e Arnaldo José Hernandez. Cap. 63, p. 1337, 3ª edição, 2003.
165. Campbell's Operative Orthopaedics. Fractures and Dislocations in Children. S. Terry Canale. Vol.3, Cap. 50, p. 2505, Ninth edition, 1998.
166. Tachdjian. Ortopedia Pediátrica. Mielomeningocele. Cap.5, p.1854, 2ª edição, primeira edição brasileira, 1995.
167. Sizínio Hebert e col. Ortopedia e Traumatologia - Princípios e Prática. Osteotomias ao nível do quadril. Marco Aurélio Telöken. Cap. 14.8, p. 347, 3ª edição, 2003.
168. Rockwood, p. 629
169. Rockwood, p. 585
170. Rockwood, p. 613
171. Rockwood, p. 722
172. PARDINI, p. 332
173. CAMPBELL, 8ª edição, p. 2412
174. CAMPBELL, p. 3304
175. Rockwood, p. 486
176. Rockwood, p. 492
177. SIZÍNIO, p. 414
178. PARDINI, 3ª edição, p. 363
179. PARDINI, 3ª edição, p. 361
180. PARDINI, p. 336
181. Rockwood, p. 765
182. Rockwood, p. 593
183. CAMPBELL, p. 3386
184. CAMPBELL, p. 1480
185. Sizínio, p. 954
186. Sizínio, p. 952
187. Sizínio, p. 952
188. JBJS - A 2001, p. 413
189. Sizinio, p. 986

190. JBJS - A, p. 1919, 2002
191. JBJS - A, p. 1552, 2002
192. Rockwood, 4ª edição, p. 1482
193. Coluna Vertebral - Diagnóstico e Tratamento das Principais Patologias, p. 181
194. Rockwood, 4ª edição, p. 1533
195. Rockwood, 4ª edição, p. 1497
196. Rockwood, 4ª edição, p. 1069, volume 3
197. Rockwood, 4ª edição, p. 1565
198. Rockwood, 4ª edição, p. 2078
199. Campbell, 7ª edição, p. 3753
200. Tachdjian, p. 1413
201. Campbell, 8ª edição, p. 3521
202. Campbell, 8ª edição, p. 3554
203. Rockwood, 4ª edição, p. 1501
204. Rockwood, 4ª edição, p. 1592
205. Rockwood, 4ª edição, p. 1787
206. JAAOS, Vol. 7, Nº 3, p. 200, 1999
207. JAAOS, Vol. 3, Nº 2, 97, 1995
208. JAAOS, Vol. 5, Nº 1, p. 7, 1997
209. JAAOS, Vol. 4, Nº 3, p. 159, 1996
210. Atualizações em Conhecimentos Ortopédicos: Ortopedia Pediátrica, p. 265
211. JAAOS Vol. 4, Nº 4, p. 210, 1996
212. Atualizações em Conhecimentos Ortopédicos: Trauma, p. 197/199
213. Atualizações em Conhecimentos Ortopédicos: Trauma, p. 196/197
214. JAAOS, Vol. 6, Nº 4, p. 211, 1998
215. JAAOS, Vol. 7, Nº 5, 1999
216. JAAOS, 1998, 6, p. 242
217. JAAOS, 1999, 7, p. 263
218. JAAOS, 1999, 7, p. 263
219. JAAOS, 2000, 8, p. 144
220. JAAOS, 1995, 3, p. 67
221. JAAOS, 2001, 9, p. 297
222. JAAOS, 1994, 2, p. 273.
223. JAAOS, 1995, 3, p. 12
224. JAAOS, 1997, 5, p. 53
225. JAAOS, 2002, 10, p. 177
226. JAAOS, 2002, 10, p. 181
227. JAAOS, 1995, 3, p. 117
228. JAAOS, 1997, 5, p. 32
229. JAAOS, 1999, 7, p. 321
230. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 1134
231. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 1303
232. Fracture in Children Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 602
233. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 986
234. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 1612
235. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 2139
236. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 2192
237. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 2250
238. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 2370
239. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 998
240. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 461
241. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 343
242. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 432
243. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 426
244. Fracture in Adults Rockwood C.A. 4ª edição, Lippincott-Raven, p. 425
245. Rockwood, 2ª edição, p. 1288
246. Rockwood, p. 1771

- 247. Sizinio, p. 1112
- 248. Rockwood, 4ª edição, p. 1629
- 249. Rockwood, 2ª edição, p. 1669
- 250. JBJS, 73-A, Nº 10, dez. 1991, p. 1562