

S B O T

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Caro(a) Residente,

Esta é a versão 2004 do **TESTE DE AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA (TARO)**. O objetivo desse teste é colaborar com seu aprendizado. Nas últimas páginas, estão relacionadas as referências bibliográficas das questões.

Será utilizado um par de cartões de leitura ótica que não devem, em hipótese alguma, ser dobrados.

Sua identificação já foi feita nos cartões-resposta.

São 250 questões. PREENCHA TOTALMENTE o espaço quadrado referente à alternativa escolhida com CANETA PRETA e não deixe de responder a nenhuma questão.

Devolva somente o cartão-resposta, completamente preenchido e **NÃO DOBRADO**, para correção. O livreto é seu para posterior estudo das questões, com discussão em grupo.

Bom teste!!!

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Dr. Tarcísio Eloy Pessoa de Barros Filho	(Presidente)
Dr. Geraldo Rocha Motta Filho	(Vice-Presidente)
Dr. Wilson Mello A. Jr.	(Secretário Executivo)
Dr. Pedro Péricles Ribeiro Baptista	(Secretário Adjunto)
Dr. Arnaldo José Hernandez	
Dr. Edilson Forlin	
Dr. Flávio Faloppa	
Dr. Jorge Suman Vieira	
Dr. Ney Coutinho Pecegueiro do Amaral	

Assinale a alternativa escolhida:

BÁSICO

1. O nervo interósseo posterior é responsável pela inervação dos seguintes músculos: extensor ulnar do carpo, extensor próprio do dedo mínimo, extensor comum dos dedos, abdutor longo e extensor longo do polegar.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei
2. A anastomose de MARTIN-GRUBER, que comunica o nervo ulnar com o radial, é uma variação anatômica localizada no antebraço.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei
3. A lesão do nervo ulnar leva à paralisia dos músculos intrínsecos da mão, provocando “garra ulnar”, a qual se caracteriza pela flexão das articulações metacarpofalângica e interfalângica dos dedos.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei
4. Os resultados funcionais dos reimplantes dos dedos são piores nas amputações distais à inserção do flexor superficial.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei
5. Na fratura-luxação de GALLEAZZI, necessariamente ocorre ruptura da membrana interóssea.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei
6. A presença de pulso arterial distal à região comprometida não exclui o diagnóstico de síndrome compartimental.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

7. A calcitonina aumenta a reabsorção óssea pelos osteoclastos.
() Certo () Errado () Não sei
8. Na artrodese do tornozelo, a posição ideal é neutra quanto à flexo extensão e com 5 a 10 graus de varismo.
() Certo () Errado () Não sei
9. As amputações transmetatársicas devem ser evitadas por causa da perda de sustentação e impulsão.
() Certo () Errado () Não sei
10. As hastes intramedulares a foco fechado constituem o método de escolha no tratamento cirúrgico das fraturas diafisárias dos membros superiores.
() Certo () Errado () Não sei
11. A hérnia de disco extraforaminal entre L4 e L5 em geral compromete a raiz L4.
() Certo () Errado () Não sei
12. Na marcha normal, os deslocamentos vertical e horizontal do centro de gravidade são praticamente iguais.
() Certo () Errado () Não sei
13. O uso de bengala ipsilateral propicia maior diminuição da carga compressiva sobre o quadril comprometido do que o uso da bengala contralateral.
() Certo () Errado () Não sei

14. No disco intervertebral, os proteoglicanos são os principais responsáveis pela hidratação do núcleo pulposo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

15. No exame de ressonância magnética, o tempo de relaxamento T1 é usado para descrever o retorno dos prótons ao equilíbrio após aplicação e remoção do pulso de radiofrequência.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

16. O ânulo fibroso é originário da notocorda.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

17. O nervo femoral localiza-se medialmente à veia femoral.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

18. A “pata de ganso” é constituída pelos tendões dos músculos sartório, grácil e semimembranoso.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

19. Na síndrome do piriforme, há piora dos sintomas com a hiperextensão do quadril.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

20. O resultado positivo do teste de LACHMAN indica insuficiência do ligamento cruzado anterior.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

21. Na artrite piogênica, ocorre diminuição dos níveis de glicose e aumento das proteínas no líquido sinovial.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

22. O ligamento mais comumente lesado no entorse do tornozelo é o fíbulo talar posterior.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

23. O sinal de JOBE avalia a função do músculo supra-espinal.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

24. A hiperuricemia isolada não estabelece o diagnóstico definitivo de artrite gotosa.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

25. Na região retromaleolar medial do tornozelo, o feixe neurovascular encontra-se entre os tendões dos músculos tibial posterior e flexor longo dos dedos.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

PEDIÁTRICA

- 26.** A instabilidade escapulotorácica ocorre como consequência de distrofias musculares, trauma e siringomielia.
- () Certo () Errado () Não sei
- 27.** A escápula alada ocasiona déficit da elevação ativa do membro superior.
- () Certo () Errado () Não sei
- 28.** Na paralisia obstétrica, o sinal de CLAUDE BERNARD-HORNER está associado com lesão das raízes altas.
- () Certo () Errado () Não sei
- 29.** A artrite séptica de ombro, secundária à osteomielite do úmero proximal, decorre da localização intra-articular da metáfise.
- () Certo () Errado () Não sei
- 30.** As infecções bacterianas da articulação sacroilíaca têm indicação de drenagem.
- () Certo () Errado () Não sei
- 31.** Na artrogripose múltipla congênita com acometimento da mão, a liberação das articulações metacarpofalângicas, realizada nos primeiros anos de vida, resulta em ganho definitivo de movimento.
- () Certo () Errado () Não sei

- 32.** Em pacientes com artrogripose múltipla congênita, a deformidade mais comum do joelho é a hiperextensão.
- () Certo () Errado () Não sei
- 33.** Na mão torta radial, a ausência total do rádio é mais freqüente que a ausência parcial.
- () Certo () Errado () Não sei
- 34.** Quando houver indicação de correção de sinostose radiulnar bilateral, recomenda-se a posição de 30 graus de pronação de um membro e de 30 graus de supinação do contralateral.
- () Certo () Errado () Não sei
- 35.** A clinodactilia é mais freqüentemente bilateral, ocorre no dedo mínimo e pode estar associada com retardo mental.
- () Certo () Errado () Não sei
- 36.** A toxina botulínica tipo A impede a liberação de acetilcolina na junção neuromuscular, causando uma denervação funcional do músculo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 37.** Na paralisia cerebral, a ocorrência de recidiva após alongamento do tríceps sural não tem relação com a idade da criança na época da cirurgia.
- () Certo () Errado () Não sei
- 38.** No tratamento da displasia congênita do quadril com suspensórios de PAVLIK, se a redução não for obtida num prazo máximo de 6 semanas, outra modalidade de tratamento deve ser instituída.
- () Certo () Errado () Não sei

39. Na doença de PERTHES, o quadro clínico mais freqüente é composto de: dor, bloqueio do movimento de flexo-extensão e sinal de TRENDLENBURG positivo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

40. Na doença de PERTHES, a classificação de HERRING ou do pilar lateral tem a vantagem de poder ser utilizada no início da fase de necrose.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

41. A alteração hormonal mais freqüentemente relacionada com epifisiólise proximal do fêmur é o hipotireoidismo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

42. Na epifisiólise proximal do fêmur, o escorregamento ocorre na camada proliferativa.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

43. Na artrite séptica do quadril em lactentes, a qual evolui com luxação, é rara a associação com necrose avascular da epífise.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

44. A disseminação de um foco infeccioso na metáfise proximal do fêmur para a articulação do quadril ocorre por causa do padrão circulatório.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

45. Na coxa vara do desenvolvimento, a presença de defeito triangular na região inferior do colo (triângulo de FAIRBANK) é fundamental para o diagnóstico.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

46. A maioria dos quadris instáveis ao nascimento, com manobra de BARLOW positiva, estabiliza-se num prazo máximo de 3 semanas e não requer tratamento.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

47. A torção tibial interna e o pé metatarso varo são as causas mais comuns de marcha em rotação interna em crianças com mais de 4 anos de idade.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

48. A tibia valga pós-traumática em crianças corrige-se espontaneamente com o crescimento.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

49. No tratamento da artrite séptica de joelho, múltiplas punções são mais eficazes que a drenagem por artrotomia.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

50. O menisco discóide tipo WRISBERG caracteriza-se pela ausência da sua inserção posterior.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

51. Na hemofilia, a rigidez do joelho é causada por fibrose da musculatura da coxa, resultante de múltiplos hematomas.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

52. O pé plano flexível que persiste na vida adulta é relacionado com mau desempenho esportivo, pé doloroso, limitação para prática de atividades físicas e lombalgia.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

53. O rabdomiossarcoma mais freqüente nas extremidades em crianças é o tipo alveolar.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

54. A síndrome de ALBRIGHT caracteriza-se pela tríade: displasia fibrosa, manchas café-com-leite e puberdade precoce.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

55. O cisto ósseo aneurismático tem quadro histológico semelhante ao tumor de células gigantes.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

56. Nos osteossarcomas, o sintoma mais comum é a dor noturna.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

57. A presença de três manchas café-com-leite e de pseudartrose congênita de tíbia caracteriza o diagnóstico de neurofibromatose.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

58. O tratamento cirúrgico do navicular acessório consiste em sua retirada e na reconstrução do arco longitudinal medial do pé.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

59. Nos pacientes com síndrome de DOWN, deve ser avaliada a coluna cervical pelo risco de instabilidade C1-C2, presença de os *odontoideum* e instabilidade occipito-C1.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

60. Na escoliose idiopática do adolescente, tipo 2 de KING, com 25 graus e sinal de RISSER I as curvas em geral são progressivas.

() Certo

() Errado

() Não sei

61. Na escoliose idiopática do adolescente, são considerados métodos eficazes de manutenção ou correção da curva: uso de coletes, eletroestimulação, fisioterapia e natação.

() Certo

() Errado

() Não sei

62. As escolioses congênicas são associadas com alterações do canal vertebral em aproximadamente 25% dos casos, sendo a diastematomyelia a mais freqüente.

() Certo

() Errado

() Não sei

63. A cifose de SCHUERMANN é definida como cifose torácica, acima de 30 graus, e acunhamento de 5 ou mais vértebras, acima de 10 graus.

() Certo

() Errado

() Não sei

64. As espondilolisteses ístmicas grau II, pela classificação de MEYERDING e ângulo de escorregamento abaixo de 30 graus, têm caráter progressivo.

() Certo

() Errado

() Não sei

65. A discite primária acomete mais freqüentemente crianças menores de 5 anos de idade e o sintoma mais freqüente é a dificuldade ou a impossibilidade de marcha.

() Certo

() Errado

() Não sei

66. Na acondroplasia, os membros apresentam encurtamento do tipo rizomélico e existe frouxidão ligamentar acentuada.

() Certo

() Errado

() Não sei

67. A artrite reumatóide juvenil de forma pauciarticular ocorre igualmente em meninos e meninas e acomete principalmente quadris, cotovelos e punhos.

() Certo

() Errado

() Não sei

68. Na distrofia muscular de DUCHENNE, a hiperlordose na marcha ocorre para compensar a fraqueza dos extensores do quadril, os quais são precocemente acometidos.

() Certo

() Errado

() Não sei

69. Na correção do pé torto congênito pelo método de PONSETI, o eqüino é corrigido simultaneamente ao cavo e ao varo.

() Certo

() Errado

() Não sei

70. No pé torto congênito tratado cirurgicamente, a causa mais freqüente de persistência da marcha com pés para dentro é a torção interna tibial.

() Certo

() Errado

() Não sei

71. O encurvamento póstero-medial congênito da tíbia predispõe à ocorrência de fraturas.

() Certo

() Errado

() Não sei

72. Pacientes com mielomeningocele apresentam maior incidência de infecções pós-operatórias, alergia ao látex e fraturas, em relação à população geral.

() Certo

() Errado

() Não sei

73. Nas próteses de membros inferiores para crianças mais jovens, está indicado o uso de pé tipo SACH por ser mais durável e simples que o tornozelo multicêntrico.

() Certo

() Errado

() Não sei

74. Em pacientes esqueleticamente imaturos com projeção de discrepância de comprimento final de membros inferiores entre 2 e 6 cm, o método de equalização preferencial é a epifisiodesse.

() Certo

() Errado

() Não sei

75. A plica sinovial suprapatelar é a que mais freqüentemente causa sintomas em adolescentes.

() Certo

() Errado

() Não sei

ADULTO

- 76.** Nas tendinopatias do cotovelo, calcificações observadas na radiografia indicam a necessidade de tratamento cirúrgico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 77.** Nas tenossinovites do tibial posterior com microrrupturas (estágio II para III) e insuficiência do arco plantar, não está indicada cirurgia óssea.
- () Certo () Errado () Não sei
- 78.** A dor na articulação sacroilíaca decorrente de sobrecarga mecânica melhora após artrodese da coluna lombar.
- () Certo () Errado () Não sei
- 79.** Na fasciíte plantar, o tratamento cirúrgico consiste em liberação da fáscia, desinserção dos flexores curtos e ressecção do esporão do calcâneo, estando indicado em 50% dos casos dessa afecção.
- () Certo () Errado () Não sei
- 80.** Na hemofilia, a sinovectomia está indicada quando existe diminuição da espessura e erosão da cartilagem articular.
- () Certo () Errado () Não sei
- 81.** A luxação congênita do quadril é contra-indicação relativa para a realização de artroscopia.
- () Certo () Errado () Não sei

82. A presença de dor em pacientes com quadril em ressaltado costuma ser devida à associação de bursite trocantérica.

() Certo () Errado () Não sei

83. No hálux, a “unha encravada” é preferencialmente tratada com a sua remoção total.

() Certo () Errado () Não sei

84. Na osteomielite crônica, as culturas obtidas da fístula em geral não se correlacionam com aquelas obtidas por biópsia óssea.

() Certo () Errado () Não sei

85. No ombro congelado, a capacidade volumétrica da articulação está diminuída e o líquido sinovial encontra-se alterado na viscosidade e na celularidade.

() Certo () Errado () Não sei

86. A osteocondrite dissecante do joelho caracteriza-se por necrose avascular da cartilagem articular com posterior fratura por fadiga do osso subcondral.

() Certo () Errado () Não sei

87. As úlceras plantares do pé diabético são consequência da diminuição da sensibilidade, tendo pouca relação com a hiperpressão.

() Certo () Errado () Não sei

88. A indicação de osteotomia femoral para o tratamento da osteoartrose do quadril independe do arco de movimento articular.

() Certo () Errado () Não sei

- 89.** A tuberculose articular acomete, particularmente, as pequenas articulações das mãos e dos pés.
() Certo () Errado () Não sei
- 90.** Os critérios de indicação de osteotomia do joelho são similares na osteoartrose e na artrite reumatóide.
() Certo () Errado () Não sei
- 91.** Na poliomielite, as células do corno anterior da medula são destruídas na mesma proporção que as do corno posterior.
() Certo () Errado () Não sei
- 92.** Uma característica comum às calcificações periarticulares é a sua capacidade de regressão espontânea.
() Certo () Errado () Não sei
- 93.** Na osteoporose senil, sem fraturas associadas, os níveis séricos de fósforo e cálcio são normais e a fosfatase alcalina está muito elevada.
() Certo () Errado () Não sei
- 94.** A complicação mais freqüente na correção de deformidade em flexão do joelho com fixação externa é a subluxação anterior da tíbia.
() Certo () Errado () Não sei
- 95.** Quanto mais alta a deformidade *pectus*, menor a sua flexibilidade e maior a freqüência da indicação de tratamento cirúrgico.
() Certo () Errado () Não sei

- 96.** A manobra de SPURLING caracteriza-se por piora dos sintomas radiculares ao flexionar lateralmente o pescoço para o lado sintomático quando o examinador pressiona o topo da cabeça.
- () Certo () Errado () Não sei
- 97.** Na estenose do canal lombar com síndrome da cauda eqüina crônica, a descompressão cirúrgica deve ser indicação de urgência para que se possa obter regressão completa das alterações neurológicas.
- () Certo () Errado () Não sei
- 98.** A síndrome do túnel do tarso caracteriza-se por sintomas e sinais de compressão do nervo tibial posterior e dispensa a realização de eletroneuromiografia para o seu diagnóstico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 99.** O cisto de BAKER em adultos é secundário a alterações patológicas intra-articulares do joelho e deve ser ressecado, quando sintomático.
- () Certo () Errado () Não sei
- 100.** A osteocondrite de FREIBERG acomete a cabeça do segundo osso metatarsal.
- () Certo () Errado () Não sei
- 101.** Na artrite reumatóide do adulto, a sinovectomia do cotovelo deve ser ampla e acompanhada da ressecção da cabeça do rádio.
- () Certo () Errado () Não sei

- 102.** Na síndrome do pronador redondo, a sintomatologia pode ser reproduzida quando se solicita ao paciente que faça a pronação do antebraço, sob resistência, com o cotovelo em flexão.
- () Certo () Errado () Não sei
- 103.** Na dissociação escafosemilunar crônica, os achados mais frequentes na radiografia ântero-posterior do punho são: alargamento do espaço escafosemilunar, “sinal do anel”, “encurtamento” do escafóide e colapso do carpo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 104.** Na rizartrose, não há indicação de artrodese trapeziometacárpica nos casos em estágio IV de EATON.
- () Certo () Errado () Não sei
- 105.** Pé plano, inserção anormal do tendão tibial posterior, primeiro raio longo e inclinação excessiva em valgo da superfície articular da cabeça do primeiro metatarsal são fatores predisponentes ao hálux valgo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 106.** No pé reumatóide, há destruição da cartilagem e distensão da cápsula articular enfraquecendo os ligamentos e permitindo a subluxação dorsal da articulação metatarsofalângica.
- () Certo () Errado () Não sei
- 107.** A fratura por estresse da diáfise femoral na doença de PAGET ocorre por causa da diminuição da vascularização local.
- () Certo () Errado () Não sei

- 108.** Na luxação anterior recidivante do ombro, o grau de artrose glenoumeral está diretamente relacionado com o número de luxações.
- () Certo () Errado () Não sei
- 109.** Os sintomas de síndrome do túnel do carpo que ocorrem na gravidez desaparecem após o parto.
- () Certo () Errado () Não sei
- 110.** A bursite trocantérica é de fácil diagnóstico e raramente se confunde com outra afecção.
- () Certo () Errado () Não sei
- 111.** O “quadril em ressalto” é causado por episódios de subluxação coxofemoral em pacientes com frouxidão ligamentar generalizada.
- () Certo () Errado () Não sei
- 112.** A osteotomia de CHIARI tem como objetivo promover o redirecionamento do acetábulo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 113.** As próteses totais do quadril são indicadas em pacientes adolescentes com seqüelas graves de artrite reumatóide juvenil.
- () Certo () Errado () Não sei
- 114.** A hérnia discal cervical C6-C7 leva à radiculopatia C7.
- () Certo () Errado () Não sei

- 115.** O tratamento das discopatias artrósicas cervicais, sem radiculopatia, apresenta ótimo resultado quando se utiliza artrodese cervical anterior.
- () Certo () Errado () Não sei
- 116.** A positividade do HLA-B27 é patognomônica da espondilite anquilosante.
- () Certo () Errado () Não sei
- 117.** A fixação intramedular de fraturas por metástases ósseas é contra-indicada por causa da disseminação de células tumorais deslocadas pela haste.
- () Certo () Errado () Não sei
- 118.** Os sintomas de radiculopatias lombares compressivas por hérnia discal em pacientes diabéticos melhoram com o controle da glicemia.
- () Certo () Errado () Não sei
- 119.** Na doença de DUPUYTREN, a contratura da articulação metacarpofalângica de 40 graus é indicativa de tratamento cirúrgico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 120.** O tumor de células gigantes caracteriza-se por lesão metafisária central de aspecto lítico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 121.** O comprometimento bilateral na osteonecrose do quadril no adulto ocorre em menos de 15% dos casos.
- () Certo () Errado () Não sei

- 122.** Na artrose do joelho, injeções intra-articulares de corticosteróides promovem a remissão dos sintomas e contribuem para a regeneração da cartilagem.
- () Certo () Errado () Não sei
- 123.** Nas infecções pós-artroplastia total do quadril, o diagnóstico é mais difícil de ser realizado no tipo II da classificação de FITZGERALD e colaboradores.
- () Certo () Errado () Não sei
- 124.** No pé diabético, a úlcera plantar entre 1 e 3 cm de diâmetro e bom pulso periférico deve ser tratada com desbridamento e enxertia de pele.
- () Certo () Errado () Não sei
- 125.** No politraumatizado com “ISS” (*Injury Severity Score*) maior que 18, o controle do dano diminui a incidência de síndrome da angústia respiratória do adulto.
- () Certo () Errado () Não sei
- 126.** A discite pós-cirúrgica de hérnia discal pode ser avaliada por ressonância magnética com gadolínio, que é o exame de opção nos casos de recidiva dos sintomas após a cirurgia.
- () Certo () Errado () Não sei
- 127.** Em pacientes com osteoporose, o encunhamento vertebral é sintomático e deve ser tratado como urgência.
- () Certo () Errado () Não sei
- 128.** O tipo de anestesia não interfere no protocolo da prevenção da trombose venosa profunda.
- () Certo () Errado () Não sei

- 129.** A síndrome de ALBRIGHT caracteriza-se por associação de displasia fibrosa múltipla com puberdade precoce e pigmentação cutânea.
- () Certo () Errado () Não sei
- 130.** O tratamento cirúrgico na instabilidade provocada pela lesão do ligamento cruzado anterior está indicado para prevenir a artrose pós-traumática.
- () Certo () Errado () Não sei
- 131.** Na pseudogota, os sintomas são mais freqüentes no joelho, mas podem acometer as mãos e simular um quadro de artrite séptica.
- () Certo () Errado () Não sei
- 132.** Na mão reumatóide, o teste de BUNNELL para verificar contratura da musculatura intrínseca permite diagnóstico precoce da deformidade em “pescoço de cisne”.
- () Certo () Errado () Não sei
- 133.** Na paroníquia, a antibioticoterapia oral é o tratamento de escolha.
- () Certo () Errado () Não sei
- 134.** A síndrome de fricção do trato íliotibial é freqüente em corredores e tem como fator predisponente o geno valgo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 135.** Na condrocalcinose, o exame do líquido sinovial mostra a presença de cristais de pirofosfato de cálcio.
- () Certo () Errado () Não sei

136. As tendinopatias de AQUILES apresentam três fases: peritendinite, peritendinite com tendinose e tendinose.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

137. No tratamento da artrose do joelho, a presença de contratura em adução do quadril ipsilateral é contra-indicação para osteotomia varizante.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

138. Na presença de artrose medial do joelho, o objetivo da osteotomia de tíbia é reduzir a sobrecarga do compartimento medial, deslocando o eixo mecânico do membro para o compartimento lateral para um ponto situado aproximadamente a 62,5% da largura da tíbia, partindo da borda medial.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

139. Na artroplastia total do joelho, o corte tibial deve ser ao nível de eventuais defeitos ósseos existentes no planalto, diminuindo a necessidade de enxertia óssea ou o uso de cunhas.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

140. As lesões do menisco medial com até 10 mm de comprimento e que se deslocam 2 a 3 mm na avaliação artroscópica são consideradas estáveis.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

141. Na infecção crônica da artroplastia total do joelho, o protocolo de desbridamento cirúrgico, manutenção da prótese e antibioticoterapia venosa por 6 semanas apresenta bons resultados em 80% dos casos.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

- 142.** As lesões maciças do manguito rotador são tratadas preferencialmente com desbridamento artroscópico.
() Certo () Errado () Não sei
- 143.** A ruptura do tendão longo do bíceps braquial leva à incapacidade funcional, devendo ser reparada de rotina na fase aguda.
() Certo () Errado () Não sei
- 144.** A presença de lesão de HILL-SACHS com comprometimento de 25% ou mais da superfície articular da cabeça umeral é contra-indicação para o tratamento artroscópico nas instabilidades do ombro.
() Certo () Errado () Não sei
- 145.** A lesão do lábio glenoidal do tipo *slap lesion* geralmente se inicia na região posterior dessa estrutura, estendendo-se anteriormente.
() Certo () Errado () Não sei
- 146.** O neuroma de MORTON ocorre mais freqüentemente no segundo espaço intermetatarsal.
() Certo () Errado () Não sei
- 147.** A síndrome do impacto subacromial raramente se associa com instabilidade glenoumeral em pacientes com menos de 40 anos de idade.
() Certo () Errado () Não sei
- 148.** O tratamento com aspiração dos cistos sinoviais no punho é mais eficaz nos dorsais do que nos volares.
() Certo () Errado () Não sei

149. Nas distrofias simpáticas reflexas (SUDECK), o bloqueio simpático é eficaz como tratamento e confirmação diagnóstica.

() Certo

() Errado

() Não sei

150. No tratamento da lombalgia aguda de origem muscular, deve-se orientar repouso no leito por período de até 15 dias.

() Certo

() Errado

() Não sei

TRAUMA

- 151.** No tratamento cirúrgico da luxação pós-traumática da patela, além da reparação do ligamento femoropatelar medial, deve-se realizar liberação retinacular lateral e transferência medial da tuberosidade anterior da tíbia.
- () Certo () Errado () Não sei
- 152.** As suturas de lesões meniscais apresentam melhores resultados quando realizadas nos dois terços internos do menisco.
- () Certo () Errado () Não sei
- 153.** A lesão aguda do tendão quadriciptal ocorre freqüentemente de 0 a 2 cm do pólo superior da patela.
- () Certo () Errado () Não sei
- 154.** Em pacientes com linha epifiseal aberta e lesões do ligamento cruzado anterior, a melhor técnica de tratamento é a sutura imediata do ligamento.
- () Certo () Errado () Não sei
- 155.** As luxações posteriores do joelho apresentam maior incidência de lesão da artéria poplítea que as luxações anteriores.
- () Certo () Errado () Não sei
- 156.** No tratamento cirúrgico das instabilidades crônicas laterais do tornozelo, as técnicas de WATSON-JONES e de EVANS utilizam o tendão fibular curto para reconstruir os ligamentos talofibular anterior e calcaneofibular.
- () Certo () Errado () Não sei

- 157.** Na fixação da articulação tíbiofibular distal, deve-se posicionar o tornozelo em flexão de 30 graus antes de passar o parafuso.
() Certo () Errado () Não sei
- 158.** Após microneurorrafia proximal do nervo ciático, feita nas primeiras 24 horas a partir da lesão, o prognóstico de recuperação motora distal é bom.
() Certo () Errado () Não sei
- 159.** As fraturas da coluna toracolombar com lesão neurológica devem ser tratadas com laminectomia nas primeiras 48 horas.
() Certo () Errado () Não sei
- 160.** Os pacientes tetraplégicos, após fratura da coluna vertebral, apresentam hipotensão arterial associada à taquicardia nas primeiras 24 horas.
() Certo () Errado () Não sei
- 161.** A gangrena gasosa é causada pelo *Clostridium*, que é uma bactéria gram-positiva.
() Certo () Errado () Não sei
- 162.** Com relação à fixação externa das fraturas, em cada fragmento, um pino deve ser colocado próximo ao foco da fratura, e um segundo, o mais distante possível, para conferir maior estabilidade ao sistema.
() Certo () Errado () Não sei
- 163.** O diagnóstico da síndrome de embolia gordurosa é baseado na tríade: hipóxia, confusão mental e petéquias.
() Certo () Errado () Não sei

- 164.** O tratamento do choque hemorrágico consiste em restaurar o volume intravascular e a capacidade de transporte do oxigênio.
() Certo () Errado () Não sei
- 165.** O tratamento funcional dinâmico (técnica de SARMIENTO) da fratura diafisária da tíbia é indicado em fraturas com encurtamento inferior a 15 mm.
() Certo () Errado () Não sei
- 166.** Na síndrome compartimental anterior da perna, os dois principais sinais são dor e alterações do nervo fibular comum.
() Certo () Errado () Não sei
- 167.** As fraturas por estresse da tíbia não apresentam alterações radiográficas nas primeiras duas semanas.
() Certo () Errado () Não sei
- 168.** O *laser* de baixa energia acelera o processo de consolidação das fraturas fechadas da tíbia.
() Certo () Errado () Não sei
- 169.** O tratamento das fraturas da extremidade distal da clavícula, associadas com lesão dos ligamentos coracoclaviculares, é cirúrgico com fixação óssea e reparo ligamentar.
() Certo () Errado () Não sei
- 170.** O descolamento epifisário proximal do úmero, ocasionado por manobra de parto, é devido à hiperextensão e à rotação do braço.
() Certo () Errado () Não sei

- 171.** A escápula alada pode ocorrer após trauma na região superior do ombro, por causa de lesão do nervo torácico longo.
() Certo () Errado () Não sei
- 172.** No tratamento cirúrgico da luxação esternoclavicular a fixação deve ser feita com fios de KIRSCHNER, transarticular.
() Certo () Errado () Não sei
- 173.** Na síndrome do impacto, a dor é devida à lesão do manguito rotador, causada pelo impacto da superfície articular da cabeça do úmero contra a porção ântero-inferior do acrômio.
() Certo () Errado () Não sei
- 174.** A luxação acromioclavicular graus III e IV da classificação de ROCKWOOD apresenta lesão dos ligamentos acromioclavicular, coracoclavicular, e da inserção clavicular distal do músculo deltóide.
() Certo () Errado () Não sei
- 175.** Nas fraturas, em três partes, da extremidade proximal do úmero existe acometimento das duas tuberosidades e da cabeça do úmero.
() Certo () Errado () Não sei
- 176.** Na luxação anterior do ombro, a cabeça umeral encontra-se com maior frequência na posição subcoracóide.
() Certo () Errado () Não sei
- 177.** A fratura transversa fechada do terço médio do úmero com paralisia do nervo radial não tem indicação cirúrgica para exploração do nervo.
() Certo () Errado () Não sei

- 178.** A diminuição da força de rotação externa do ombro é característica das rupturas maciças do manguito rotador, sendo a diminuição de força na elevação um achado menos consistente.
- () Certo () Errado () Não sei
- 179.** São critérios de estabilidade nas fraturas da extremidade distal do rádio o desvio angular e a diminuição da cortical dorsal.
- () Certo () Errado () Não sei
- 180.** Na fratura-luxação de LISFRANC, o desvio entre a base do primeiro e segundo metatarsal inferior a 3 mm é considerado aceitável.
- () Certo () Errado () Não sei
- 181.** As fraturas do pilão tibial ocorrem por forças axiais e de rotação ou flexão simultâneas, ocasionando lesão na margem posterior da epífise distal da tíbia, se o pé estiver em flexão dorsal.
- () Certo () Errado () Não sei
- 182.** Nas luxações acromioclaviculares graus III e V de ROCKWOOD, o sinal da tecla está presente.
- () Certo () Errado () Não sei
- 183.** Na luxação subtalar, o ligamento calcaneonavicular permanece intacto, enquanto os ligamentos talonavicular e talocalcaneanos sofrem ruptura.
- () Certo () Errado () Não sei
- 184.** As fraturas do sacro na zona I da classificação de DENIS produzem compressão da raiz L4, e as da zona II da raiz, L5.
- () Certo () Errado () Não sei

- 185.** Na hemartrose pós-traumática do joelho, a presença de gotículas de gordura no líquido resultante da punção, sugere fratura osteocondral.
- () Certo () Errado () Não sei
- 186.** De acordo com GUSTILO e ANDERSON, a classificação das fraturas expostas deve ser feita no per-operatório.
- () Certo () Errado () Não sei
- 187.** As luxações do joelho podem ocorrer com um dos ligamentos cruzados intactos.
- () Certo () Errado () Não sei
- 188.** A expansão aponeurótica do músculo semimembranáceo reforçando a cápsula articular na região do canto póstero-medial forma o ligamento oblíquo posterior.
- () Certo () Errado () Não sei
- 189.** Na fratura do colo do fêmur no adulto, a qualidade da redução é o fator determinante para a estabilidade e o restabelecimento do suplemento sanguíneo à cabeça femoral.
- () Certo () Errado () Não sei
- 190.** Nas pseudartroses atróficas, o tecido mesenquimatoso adjacente ao foco tem capacidade de produção óssea em ambiente de estabilidade absoluta.
- () Certo () Errado () Não sei
- 191.** A fratura de TILLAUX é descrita como avulsão do tubérculo anterior da fíbula pelo ligamento talofibular anterior.
- () Certo () Errado () Não sei

- 192.** As fraturas do tálus do tipo IV, descritas por CANALE, caracterizam-se por apresentarem as mesmas lesões do tipo III associadas à luxação da cabeça do tálus.
- () Certo () Errado () Não sei
- 193.** As fraturas do planalto tibial do tipo V de SCHATZKER caracterizam-se por depressão na superfície articular.
- () Certo () Errado () Não sei
- 194.** Nas fraturas expostas, é recomendável, no atendimento inicial, deixar as feridas abertas, pois, entre outras vantagens, evita a mionecrose clostridial.
- () Certo () Errado () Não sei
- 195.** Por causa da ocorrência freqüente de infecções em fraturas expostas não tratadas com antibióticos, é melhor considerar seu uso como terapêutico em vez de profilático.
- () Certo () Errado () Não sei
- 196.** As fraturas bicondilares do fêmur são classificadas como do tipo C de acordo com a AO.
- () Certo () Errado () Não sei
- 197.** A haste intramedular maciça, não fresada, utilizada no tratamento de fraturas diafisárias de fêmur apresenta maior risco de embolia gordurosa.
- () Certo () Errado () Não sei

198. O aumento da rotação interna da tíbia em relação ao fêmur, com a articulação em 90 graus de flexão, sugere lesão ligamentar combinada do canto póstero-lateral e do ligamento cruzado posterior.

() Certo

() Errado

() Não sei

199. Um paciente de 12 anos de idade, com fratura exposta da perna, cuja última dose de vacina antitetânica foi administrada aos 5 anos de idade, não deveria receber soro antitetânico, mas sim reforço da vacina.

() Certo

() Errado

() Não sei

200. O acesso de SMITH-PETERSEN ao quadril utiliza o espaço entre os músculos tensor da fáscia lata e reto femoral.

() Certo

() Errado

() Não sei

201. As lesões do plexo braquial por projéteis de arma de fogo são totais e irreversíveis por causa do efeito de queimadura dos tecidos perineurais.

() Certo

() Errado

() Não sei

202. Na fratura do olécrano associada à cabeça do rádio, o tratamento é a osteossíntese do olécrano e a ressecção da cabeça do rádio.

() Certo

() Errado

() Não sei

203. Na osteossíntese de fratura multifragmentar do olécrano, é fundamental preservar o comprimento da ulna para evitar a sobrecarga na cabeça do rádio.

() Certo

() Errado

() Não sei

- 204.** O tratamento das fraturas do epicôndilo medial com fragmento intra-articular deve ser cirúrgico, devendo-se ter o cuidado, na via de acesso, de proteger o nervo mediano.
- () Certo () Errado () Não sei
- 205.** A fratura do processo coronóide tipo III de REGAN-MORREY requer tratamento cirúrgico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 206.** O diagnóstico diferencial entre a epicondilite lateral do cotovelo e a síndrome do nervo interósseo posterior é definido pela eletroneuromiografia.
- () Certo () Errado () Não sei
- 207.** Nas fraturas dos ossos do antebraço, é indicada a utilização de enxerto ósseo quando o contato cortical for inferior a 60%.
- () Certo () Errado () Não sei
- 208.** A fratura por arrancamento do processo estilóide da ulna, associada à fratura da extremidade distal do rádio, em qualquer nível, não necessita ser fixada.
- () Certo () Errado () Não sei
- 209.** As fraturas marginais volares da extremidade distal do rádio são tratadas por osteossíntese com placa de apoio.
- () Certo () Errado () Não sei
- 210.** As pseudartroses no terço médio do escafoide, com encurtamento, são tratadas utilizando-se enxerto ósseo vascularizado da região distal do rádio.
- () Certo () Errado () Não sei

- 211.** No tratamento das fraturas-luxações transescafooperilunares do carpo, a manobra de redução da luxação entre o radio e o semilunar deve preceder a fixação da fratura do escaféide.
() Certo () Errado () Não sei
- 212.** As fraturas da base do segundo e terceiro metacárpicos são instáveis por causa da ação dos músculos extensores radiais do carpo.
() Certo () Errado () Não sei
- 213.** Nas lesões agudas dos tendões flexores da mão na zona IV, onde também estão lesados os nervos mediano e ulnar, deve-se reparar os tendões deixando-se as neurorrafias para um segundo tempo.
() Certo () Errado () Não sei
- 214.** As fraturas cominutivas da falange distal dos dedos produzem hematoma subungueal doloroso, estando indicada a exérese da unha para drenagem.
() Certo () Errado () Não sei
- 215.** A luxação da articulação metacarpofalângica do indicador costuma ser irreduzível por manobra incruenta devido à interposição da placa volar.
() Certo () Errado () Não sei
- 216.** Nas lesões traumáticas dos tendões flexores dos dedos da mão na zona II, em crianças, deve-se reparar somente o flexor profundo.
() Certo () Errado () Não sei

- 217.** Na mão, o “dedo em martelo” agudo, sem lesão óssea e com queda da falange distal de 45 graus, tem melhor prognóstico quando tratado pela fixação percutânea com fio de KIRSCHNER.
() Certo () Errado () Não sei
- 218.** A lesão de STENER caracteriza-se pela interposição da aponeurose do músculo adutor do polegar nas rupturas do ligamento colateral ulnar da articulação metacarpofalângica.
() Certo () Errado () Não sei
- 219.** Os pacientes com espasmos da artéria ulnar, por traumatismo de repetição, devem ser tratados com ligadura dessa artéria desde que a sua correspondente artéria radial esteja funcionalmente íntegra.
() Certo () Errado () Não sei
- 220.** Nos “desenluvamentos” de dedos, por anel, a pele lesada deve ser suturada no seu leito de origem.
() Certo () Errado () Não sei
- 221.** A técnica de fixação cirúrgica adotada no tratamento das fraturas diafisárias desviadas dos ossos do antebraço é a mesma para adultos e adolescentes.
() Certo () Errado () Não sei
- 222.** No tratamento incruento das fraturas proximais do antebraço, a imobilização gessada deve ser realizada em pronação.
() Certo () Errado () Não sei
- 223.** No tratamento das fraturas diafisárias do fêmur, em crianças, a redução anatômica geralmente ocasiona sobrecrecimento.
() Certo () Errado () Não sei

- 224.** Nas fraturas do calcâneo o restabelecimento do ângulo de BÖHLER é necessário para a manutenção da força propulsora do tríceps.
- () Certo () Errado () Não sei
- 225.** Quando indicada a artrodese no tratamento da rizartrose, a articulação trapeziometacárpica deve ser fixada em 40 graus de oposição.
- () Certo () Errado () Não sei
- 226.** No tratamento de fraturas múltiplas de colo dos ossos metatarsais, o desvio dorsal não acarreta incapacidade, sendo o tratamento cirúrgico indicado apenas nos desvios plantares.
- () Certo () Errado () Não sei
- 227.** Na síndrome compartimental incipiente o membro afetado deve ser elevado para se evitar edema.
- () Certo () Errado () Não sei
- 228.** Após entorse cervical em crianças com 6 anos de idade a constatação radiográfica de subluxação C2-C3 requer ressonância magnética para indicação de artrodese posterior.
- () Certo () Errado () Não sei
- 229.** Em crianças, o enrugamento da pele no teste de imersão em água, usado para avaliação de lesão neurológica periférica dos membros, indica integridade dos nervos.
- () Certo () Errado () Não sei

- 230.** Em crianças, as fraturas supracondilianas do úmero, do tipo GARTLAND III, apresentam-se na maioria dos casos desviadas pósteromedialmente.
- () Certo () Errado () Não sei
- 231.** A pronação dolorosa ocorre com mais frequência em meninas e do lado esquerdo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 232.** Na fratura de MONTEGGIA, o nervo interósseo posterior está em risco nos desvios ântero-laterais da cabeça radial.
- () Certo () Errado () Não sei
- 233.** Em crianças, as fraturas da espinha da tíbia, mesmo após redução anatômica, associam-se frequentemente à frouxidão do ligamento cruzado anterior.
- () Certo () Errado () Não sei
- 234.** O descolamento epifisário distal do fêmur, do tipo SALTER HARRIS II, raramente leva à deformidade do membro.
- () Certo () Errado () Não sei
- 235.** As fraturas do processo odontóide com desvio posterior apresentam maior incidência de pseudartrose que aquelas com desvio anterior.
- () Certo () Errado () Não sei
- 236.** Na luxação facetária unilateral da coluna cervical, o deslocamento anterior da vértebra superior é inferior a 25%.
- () Certo () Errado () Não sei

- 237.** Um paciente com fratura-luxação T12-L1, com déficit neurológico parcial tipo FRANKEL C (ASIA C), cuja lesão ocorreu há 12 horas, deve receber pulsoterapia com metilprednisolona.
() Certo () Errado () Não sei
- 238.** A tração com halo craniano não está indicada nas lesões cervicais por mecanismo de distração-flexão (vértebra flutuante).
() Certo () Errado () Não sei
- 239.** A vertebroplastia é a primeira opção de tratamento nas fraturas do corpo vertebral por osteoporose em pacientes acima de 60 anos de idade.
() Certo () Errado () Não sei
- 240.** A lesão medular pós-traumática, sem alterações na radiografia ou na tomografia computadorizada da coluna, é característica da criança.
() Certo () Errado () Não sei
- 241.** Nas fraturas de CHANCE (“cinto de segurança”), o uso de instrumental de distensão é mais eficiente que o de compressão.
() Certo () Errado () Não sei
- 242.** A via de acesso anterior para a coluna cervical pelo lado esquerdo apresenta menor probabilidade de lesão do nervo laríngeo recorrente.
() Certo () Errado () Não sei
- 243.** Em fraturas expostas da tíbia, tipo III-B de GUSTILLO e ANDERSON, a enxertia óssea deve ser realizada nos primeiros 10 dias após o tratamento inicial.
() Certo () Errado () Não sei

- 244.** Nas fraturas acetabulares, segundo os critérios de MATTA, o tratamento conservador deve ser considerado quando o arco do teto acetabular for de, no mínimo, 45 graus nas três incidências de JUDET.
- () Certo () Errado () Não sei
- 245.** As lesões em “livro aberto” da pelve, do tipo B1 de TILE, frequentemente requerem estabilização cirúrgica.
- () Certo () Errado () Não sei
- 246.** Fraturas da espinha ílica ântero-superior, ocorridas em atletas, são consideradas arrancamentos musculares instáveis e necessitam de estabilização cirúrgica.
- () Certo () Errado () Não sei
- 247.** No choque hemorrágico secundário à fratura da pelve há indicação de compressão da cintura pélvica para estabilização hemodinâmica, quando houver abertura do anel pélvico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 248.** Na fixação de fraturas transtrocanterianas instáveis que utilizam parafuso deslizante os resultados são melhores quando se associa a osteotomia de medialização.
- () Certo () Errado () Não sei
- 249.** As artroplastias totais do quadril, no tratamento das fraturas do colo femoral, apresentam piores resultados do que aquelas para tratamento da artrose.
- () Certo () Errado () Não sei
- 250.** Nas luxações traumáticas do quadril, a tomografia computadorizada é o exame de eleição para verificar obstáculos à redução concêntrica da articulação.
- () Certo () Errado () Não sei

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 3536-38
2. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 3536-38
3. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 3260-64
4. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 613
5. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 5^a ed., p. 893-98
6. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 5^a ed., p. 331
7. Siziño Hebert e Colaboradores, 3^a ed., p. 744-52
8. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 155-177
9. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 565-566
10. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 216-220
11. Siziño Hebert e Colaboradores, 3^a ed., p. 158-9
12. Siziño Hebert e Colaboradores, 3^a ed., p. 35-43
13. Siziño Hebert e Colaboradores, 3^a ed., p. 378
14. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 1957-1961
15. Siziño Hebert e Colaboradores, 3^a ed., p. 85-91
16. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 1859
17. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 58-72
18. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 35-58
19. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 2942
20. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 5^a ed., p. 1897-99
21. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 687
22. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 5^a ed., p. 2078
23. Exame Físico em Ortopedia, cap. 6, p. 130
24. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 3692-93
25. Campbell's Operative Orthopaedics, 10^a ed., p. 30
26. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4^a ed., p. 71
27. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4^a ed., p. 71
28. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4^a ed., p. 831
29. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4^a ed., p. 584
30. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4^a ed., p. 603
31. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4^a ed., p. 870
32. Siziño Hebert e Colaboradores, 3^a ed., p. 871
33. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4^a ed., p. 788
34. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4^a ed., p. 803
35. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4^a ed., p. 813

36. RBO, 2003; p. 41
37. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 488
38. Sízínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 280
39. Sízínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 308
40. Sízínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 310
41. Sízínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 322
42. Sízínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 323
43. Sízínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 337
44. Sízínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 334
45. Sízínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 295
46. Sízínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 276
47. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 1050
48. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 1061
49. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 600
50. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 1068
51. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 374
52. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 1085
53. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 458
54. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 446
55. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 450
56. JBJS, 2000; p. 667
57. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 256
58. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 1100
59. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 273
60. AAOS/SBOT - Pediátrica, p. 118
61. AAOS/SBOT - Pediátrica, p. 122
62. AAOS/SBOT - Pediátrica, p. 140
63. AAOS/SBOT - Pediátrica, p. 145
64. AAOS/SBOT - Pediátrica, p. 153
65. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 601
66. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 206
67. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 394
68. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 541
69. Sízínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 508
70. Sízínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 515
71. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 1070
72. AAOS/SBOT - Pediátrica, p. 77
73. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4ª ed., p. 1170

74. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4^a ed., p. 877
75. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 4^a ed., p. 1216
76. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 232
77. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 581
78. Campbell's Operative Orthopaedics, 2003; p. 1976
79. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 557
80. Campbell's Operative Orthopaedics, 2003; p. 1172
81. Campbell's Operative Orthopaedics, 2003; p. 2602
82. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 389
83. Campbell's Operative Orthopaedics, 2003; p. 4173
84. Campbell's Operative Orthopaedics, 2003; p. 667
85. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 223
86. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 440
87. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 652
88. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 378
89. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 739
90. Campbell's Operative Orthopaedics, 2003; p. 920
91. Campbell's Operative Orthopaedics, 2003; p. 1282
92. Campbell's Operative Orthopaedics, 2003; p. 893
93. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 764
94. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 706
95. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 172
96. Exame Físico em Ortopedia, 2001; p. 15
97. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 154
98. Campbell's Operative Orthopaedics, 2003; p. 4129
99. Sízínio Hebert e Colaboradores, 2003; p. 471
100. Campbell's Operative Orthopaedics, 2003; p. 1145
101. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8^a ed., vol. 3 , p. 2161
- 102 . Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8^a ed., vol. 4 , p. 2431
103. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8^a ed., vol. 5 , p. 3389
104. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8^a ed., vol. 5 , p. 3429
105. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8^a ed., vol. 4 , p. 2895
106. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8^a ed., vol. 4 , p. 2963
107. Rockwood, C.A. e Col., 1993; vol. 1, 3^a ed., p. 428
108. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8^a ed., vol. 2, p. 1519
109. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8^a ed., vol. 5, p. 3695
110. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8^a ed., vol. 3, p. 2090
111. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8^a ed., vol. 3, p. 2080

112. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8ª ed., vol. 3, p. 2116
113. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8ª ed., vol. 1, p. 467
114. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8ª ed., vol. 5, p. 4023
115. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8ª ed., vol. 5, p. 4024
116. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8ª ed., vol. 1, p. 542
117. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 1993; 3ª ed., vol. 1, p. 428
118. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8ª ed., vol. 5, p. 4042
119. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8ª ed., vol. 5, p. 3865
120. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8ª ed., vol. 1, p. 265
121. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8ª ed., vol. 1, p. 540
122. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8ª ed., vol. 3, p. 2163
123. Campbell's Operative Orthopaedics, 1996; 8ª ed., vol. 1, p. 504
124. Campbell's Operative Orthopaedics, 10ª ed., p. 4115
125. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 4ª ed., p. 137
126. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 159
127. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 764
128. Campbell's Operative Orthopaedics, p. 282
129. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, p. 446
130. Clínica Ortopédica, setembro 2000; vol. 1/3, p. 555
131. Campbell's Operative Orthopaedics, p. 3643
132. Campbell's Operative Orthopaedics, p. 3640
133. Campbell's Operative Orthopaedics, p. 3811
134. JBJS, 1975; vol. 57, p. 1110-1111
135. Turek's Orthopaedics, p. 192
136. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 574
137. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 347
138. Clínica Ortopédica, set. 2000; vol. 1/3, p. 513
139. Campbell's Operative Orthopaedics, p. 273
140. Clínica Ortopédica, setembro 2000, vol. 1/3, p. 567
141. Campbell's Operative Orthopaedics, p. 282
142. Sizínio Hebert e Colaboradores, p. 219, 3ª ed.
143. Campbell's Operative Orthopaedics, p. 2480
144. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 246
145. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 250
146. Campbell's Operative Orthopaedics, p. 4135
147. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 212
148. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 267
149. Rockwood, C.A. e Colaboradores, p. 485

150. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 159
151. Rockwood and Green - Fractures in Adults. 2ª ed., p. 1497
152. Browner, Jupiter, Levine e Trafton, 2ª ed., p. 2135
153. Browner, Jupiter, Levine e Trafton, 2ª ed., p. 2106
154. Clínica Ortopédica, set. 2000; vol. 1/3, p. 545
155. Campbell's Operative Orthopaedics, 8ª ed., p. 1611
156. Campbell's Operative Orthopaedics, 8ª ed., p. 1568
157. Campbell's Operative Orthopaedics, 8ª ed., p. 1565
158. Campbell's Operative Orthopaedics, 8ª ed., p. 2440
159. Clínica Ortopédica, dez. 2000; vol. 1/4, p. 906
160. Clínica Ortopédica, set. 2000; vol. 1/4, p. 728
161. Browner, Jupiter, Levine e Trafton, 2ª ed., p. 398
162. Browner, Jupiter, Levine e Trafton, 2ª ed., p. 277
163. Browner, Jupiter, Levine e Trafton, 2ª ed., p. 544
164. Rockwood and Green - Fractures in Adults. 2ª ed., p. 220
165. Browner, Jupiter, Levine e Trafton, 2ª ed., p. 2223
166. Rockwood and Green - Fractures in Adults. 2ª ed., p. 1646
167. Rockwood and Green - Fractures in Adults. 2ª ed., p. 1630
168. RBO, 2001; vol. 36, p. 177
169. Campbell's Operative Orthopaedics, 8ª ed., p. 1058
170. Rockwood and Wilkins - Fractures in Adults. 5ª ed., p. 742
171. Campbell's Operative Orthopaedics, 8ª ed., p. 2419
172. Campbell's Operative Orthopaedics, 8ª ed., p. 1449
173. Sizínio Hebert e Colaboradores, 2ª ed., p. 131
174. Campbell's Operative Orthopaedics, 8ª ed., p. 1451
175. Campbell's Operative Orthopaedics, 8ª ed., p. 1064
176. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., vol. 2, p. 1024
177. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., vol. 2, p. 846
178. JAAOS, 2004; vol. 2, nº 1, p. 35
179. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., vol. 1, p. 581
180. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., vol. 2, p. 2109
181. AAOS/SBOT - Trauma, 1998; p. 181
182. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., vol. 2, p. 1172
183. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., vol. 2, p. 2055
184. AAOS/SBOT - Trauma, 1998; p. 362
185. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., vol. 2, p. 1696
186. JAAOS, 2003, vol. 11, nº 3, p. 218
187. AAOS/SBOT - Trauma, Alan Levine, 1998; p. 146

188. Sizínio Hebert e Colaboradores, 2ª ed, p. 683
189. AAOS/SBOT - Trauma, 1998; p. 115
190. AAOS/SBOT - Trauma, 1998; p. 31
191. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., vol. 2, p. 1948
192. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., vol. 2, p. 2032
193. AAOS/SBOT - Trauma, 1998; p. 160
194. JAAOS, 2003; vol. 11, nº 3, p. 215
195. JAAOS, 2003; vol. 11, nº 3, p. 213
196. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., p. 1974
197. AAOS/SBOT - Trauma, 1998; p. 128
198. AAOS/SBOT - Trauma, 1998; p. 146
199. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 1993; 3ª ed., vol. 1, p. 368
200. Browner, Jupiter, Levine e Trafton, vol. 2, p. 1762
201. Browner, Jupiter, Levine e Trafton, 1ª ed., p. 370
202. JAAOS, vol. 8, nº 4, p. 266
203. Rockwood and Green, 1996; vol. 1, p. 993
204. Rockwood and Green, 1996; vol. 1, p. 996
205. JAAOS, vol. 6, nº 1, p. 20
206. JAAOS, vol. 2, nº 1, p. 3
207. Rockwood and Green, 1996; vol. 1, p. 882
208. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 1110
209. Rockwood and Green, 1996; vol. 1, p. 789
210. JAAOS, vol. 10, nº 3, p. 210
211. Rockwood and Green, 1996; vol. 1, p. 811
212. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 1129
213. JAAOS, vol. 3, nº 1, p. 144
214. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 1129
215. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 1129
216. JAAOS, vol. 3, nº 1, p. 144
217. JAAOS, vol. 5, nº 2, p. 59
218. JAAOS, vol. 5, nº 4, p. 244
219. JAAOS, vol. 10, nº 6, p. 405
220. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 1114
221. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 1089
222. JAAOS, vol. 6, nº 3, p. 146
223. JAAOS, vol. 3, nº 4, p. 213
224. Sizínio Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 1435
225. Campbell's Operative Orthopaedics, p. 3727

- 226. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 2ª ed., p. 1808
- 227. Browner, Jupiter, Levine e Trafton, 1ª ed., p. 307
- 228. Siziño Hebert e Colaboradores, 3ª ed., p. 909
- 229. Campbell's Operative Orthopaedics, 10ª ed., p. 3233
- 230. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 2ª ed., vol. 3, p. 387
- 231. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 2ª ed., vol. 3, p. 559
- 232. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., p. 720
- 233. JAAOS, 2002; 10, p. 352
- 234. JAAOS, 2002; vol. 10, p. 346
- 235. AAOS/SBOT - Trauma, p. 324
- 236. Browner, Jupiter, Levine e Trafton, 1ª ed., p. 714
- 237. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., p. 1377
- 238. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., p. 1334
- 239. Campbell's Operative Orthopaedics, 10ª ed., p. 1567
- 240. JAAOS, 1998; vol. 6, p. 204
- 241. AAOS/SBOT - Trauma, p. 353
- 242. Campbell's Operative Orthopaedics, 10ª ed., p. 1579
- 243. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., p. 254
- 244. JAAOS, 2001; vol. 9, p. 18
- 245. JAAOS, 1996; vol. 4, p. 152
- 246. JAAOS, 1996; vol. 4, p. 160
- 247. JAAOS, 1996; vol. 4, p. 154
- 248. Rockwood, C.A. e Colaboradores, 3ª ed., p. 1548
- 249. JAAOS, 1994; vol. 2, p. 146
- 250. AAOS/SBOT - Trauma, p. 282