

S B O T

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Caro residente,

Este é o **TESTE DE AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA (TARO) 2005**. O objetivo dele é colaborar com o aprendizado. Nas últimas páginas estão relacionadas as referências bibliográficas das questões.

Serão utilizados dois cartões de leitura ótica, já identificados, que não devem ser dobrados em hipótese alguma.

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. Flávio Faloppa

Presidente

Dr. Ney C. Pecegueiro do Amaral

Vice-Presidente

Dr. Wilson Mello A. Jr.

Secretário Executivo

Dr. Arnaldo José Hernandez

Secretário Adjunto

Dr. César Rubens da Costa Fontenelle

Dr. Edilson Forlin

Dr. Jorge Suman Vieira

Dr. Marco Antônio Percopo de Andrade

Dr. Osmar Pedro Arbix de Camargo

Assinale a alternativa escolhida:

BÁSICO

1. A artéria epifisária lateral e a do ligamento redondo, em conjunto, são responsáveis por menos de 50% da circulação da cabeça femoral.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei
2. Os ligamentos cruzados anterior e posterior podem alongar-se até 50% de seu comprimento original antes de sua ruptura.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei
3. O nódulo de RANVIER corresponde ao término de uma célula de SCHWANN e o início de outra e não apresenta bainha de mielina
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei
4. A clavícula é o primeiro osso longo a se ossificar e sua epífise medial é a última a se fundir.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei
5. A vascularização dos meniscos do joelho; ao nascimento compreende toda a sua estrutura, sendo que a partir da adolescência limita-se à sua região periférica.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei
6. A atividade muscular é fator importante na estabilidade articular do ombro.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

7. A consolidação primária, sem formação de calo, acontece nas fraturas metafisárias e epifisárias impactadas.
() Certo () Errado () Não sei
8. O ligamento transvers do atlas corresponde ao prolongamento cranial do ligamento longitudinal posterior da coluna.
() Certo () Errado () Não sei
9. Os ligamentos radioescafolunar, radiolunopiramidal e radiopiramidal dorsal impedem a migração ulnar e volar do carpo.
() Certo () Errado () Não sei
10. A porção anterior do ligamento colateral ulnar do cotovelo insere-se na superfície medial do processo coronóide.
() Certo () Errado () Não sei
11. O nervo ciático na região glútea emerge entre os músculos gêmeo superior e obturador interno.
() Certo () Errado () Não sei
12. As forças incidentes sobre a cabeça femoral são equivalentes no apoio monopodálico e na elevação ativa do membro inferior com o joelho em extensão, e correspondem a três vezes o peso corporal.
() Certo () Errado () Não sei
13. A proporção do braço de alavanca dos abdutores do quadril e da resultante do peso corporal, em relação ao centro da cabeça femoral, é de 1 para 5.
() Certo () Errado () Não sei

14. As artérias ascendentes anteriores do colo do fêmur são ramos da artéria circunflexa femoral lateral.

() Certo

() Errado

() Não sei

15. No úmero da criança, a ossificação do epicôndilo medial precede a da tróclea.

() Certo

() Errado

() Não sei

16. A polia cruciforme 2 dos dedos da mão localiza-se na base da falange média.

() Certo

() Errado

() Não sei

17. As inserções tendinosas do tipo indireto são as mais freqüentes, em função do periósteo mais espesso na região metafisária.

() Certo

() Errado

() Não sei

18. A rotação da coluna cervical ocorre principalmente na articulação atlanto-axial, sendo limitada pelos ligamentos alares.

() Certo

() Errado

() Não sei

19. A articulação acromioclavicular possui movimentos nos eixos coronal, sagital e axial.

() Certo

() Errado

() Não sei

20. Uma fibra muscular não é inervada por dois neurônios motores.

() Certo

() Errado

() Não sei

21. A relação normal de leucócitos e eritrócitos no líquido sinovial é de 5 para 1.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

22. A síndrome pós-torniquete, descrita por BUNNELL, está relacionada à duração da isquemia e raramente evolui com resolução espontânea.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

23. Nos músculos, o frio atua reduzindo a velocidade de disparo das fibras 1A do fuso muscular, diminuindo a dor secundária ao espasmo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

24. A síndrome compartimental na perna é mais freqüente no compartimento posterior profundo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

25. Na ossificação do cotovelo, o côndilo lateral torna-se radiograficamente aparente por volta dos 12 meses de idade.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

PEDIÁTRICA

- 26.** Na escoliose congênita, a malformação do canal vertebral mais freqüente é a diastematomielia.
- () Certo () Errado () Não sei
- 27.** Na mielomeningocele de nível torácico e presença de cifose lombar rígida, progressiva e sintomática, o tratamento cirúrgico constitui-se de ressecção do ápice da curva e artrodese com fixação interna.
- () Certo () Errado () Não sei
- 28.** A síndrome de MCCUNE-ALBRIGHT é a associação de displasia fibrosa óssea, manchas cutâneas e disfunção endócrina.
- () Certo () Errado () Não sei
- 29.** Espondilolistese com escorregamento superior a 50%, em crianças, tem indicação de tratamento cirúrgico, mesmo quando assintomática.
- () Certo () Errado () Não sei
- 30.** A displasia epifisária múltipla compromete predominantemente quadris, ombros e coluna vertebral.
- () Certo () Errado () Não sei
- 31.** Na acondroplasia, as alterações mais comuns são displasia acetabular e joelho valgo progressivo.
- () Certo () Errado () Não sei

32. A doença de KÖHLER (osteocondrose do navicular) ocorre em crianças com idade abaixo de 6 anos e, se não tratada adequadamente, causa o desenvolvimento de pé plano sintomático na vida adulta.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

33. Na artrite séptica do quadril do recém-nascido, o quadro clínico característico é de febre elevada, dor à mobilização e atitude em adução e rotação interna do membro.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

34. A causa mais freqüente de recidiva após cirurgia do pé torto congênito é a liberação insuficiente.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

35. A doença de BLOUNT do adolescente é bilateral em 90% dos casos.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

36. Na artrogripose múltipla congênita, a redução da luxação do quadril é prioritária para a manutenção da capacidade de deambulação.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

37. A sinostose radiulnar proximal em crianças o tratamento indicado é a ressecção da fusão óssea.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

38. Em crianças com amputação congênita no nível da coxa, o uso de prótese com articulação do joelho está indicado após os 3 anos de idade.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

39. No pé plano com a presença de navicular acessório, o sintoma mais comum é a dor plantar ocasionada pela obliquidade acentuada do tálus.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

40. Osteogênese imperfeita é uma doença genética cuja principal anormalidade encontra-se na formação óssea pelos osteoblastos.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

41. A polidactilia mais freqüente do pé é pré-axial.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

42. No joelho varo fisiológico da infância, o padrão mais freqüente são as rotações interna do fêmur e externa da tíbia.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

43. A distrofia muscular de DUCHENNE apresenta inicialmente diminuição da força da musculatura distal, sendo a deformidade em equino a primeira manifestação clínica.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

44. Na escoliose idiopática do adolescente, do tipo 2 de KING, com curva de 30 graus e sinal de RISSER 4, está indicado o tratamento com colete.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

45. Pacientes com síndrome de MÓRQUIO apresentam inteligência normal, acentuada frouxidão ligamentar, displasia progressiva dos quadris e do processo odontóide.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

- 46.** Na correção do pé torto congênito pelo método de PONSETI, recomenda-se que a imobilização em rotação externa não ultrapasse 50 graus.
- () Certo () Errado () Não sei
- 47.** O menisco lateral discóide tipo completo é o mais comum e, na maioria das vezes, assintomático.
- () Certo () Errado () Não sei
- 48.** Na paralisia obstétrica, a cirurgia de SEVER-L'EPISCOPO consiste na tenotomia dos músculos subescapular e peitoral maior, e na transferência do redondo maior.
- () Certo () Errado () Não sei
- 49.** A sindactilia classificada como completa apresenta fusão das falanges adjacentes.
- () Certo () Errado () Não sei
- 50.** Em crianças portadoras de escoliose idiopática com sinal de RISSER zero, tratadas cirurgicamente, a fixação posterior com parafusos pediculares evita o fenômeno de "crankshaft" (rotação do tronco).
- () Certo () Errado () Não sei
- 51.** Na luxação congênita da cabeça radial, a maioria dos casos apresenta luxação posterior ou pósterio-lateral.
- () Certo () Errado () Não sei
- 52.** Na sindactilia da mão, realiza-se o tratamento cirúrgico antes da criança completar seis meses de idade.
- () Certo () Errado () Não sei

- 53.** A pseudartrose congênita da tíbia apresenta-se ao nascimento com encurvamento pósterolateral e instabilidade do terço distal da perna.
- () Certo () Errado () Não sei
- 54.** No tratamento cirúrgico do polegar em gatilho, na criança, recomenda-se a secção da polia A1.
- () Certo () Errado () Não sei
- 55.** Nas fixações intramedulares das fraturas do fêmur em crianças e adolescentes com hastes por via anterógrada, o ponto de entrada é a fossa piriforme.
- () Certo () Errado () Não sei
- 56.** A coalizão tarsal calcaneonavicular provoca artrose precoce e sua ressecção está indicada mesmo em casos assintomáticos.
- () Certo () Errado () Não sei
- 57.** Na paralisia braquial obstétrica, o acometimento dos músculos paraescapulares é sinal de mau prognóstico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 58.** Na luxação congênita do joelho, o tratamento com aparelho de PAVLIK está indicado quando a flexão é superior a 20 graus.
- () Certo () Errado () Não sei
- 59.** No pé torto congênito tratado pela liberação postero-medial e lateral, deve ser evitada a secção da porção proferida do ligamento deltoide.
- () Certo () Errado () Não sei

60. Na epifisiólise proximal do fêmur, a fixação com parafuso canulado deve atingir a área central ou superior e evitar o quadrante inferior da epífise.

() Certo

() Errado

() Não sei

61. Na displasia congênita do quadril, a principal deficiência acetabular é pósterio-lateral.

() Certo

() Errado

() Não sei

62. Na paralisia cerebral espástica, a cirurgia mais apropriada para a correção da deformidade em varo é a transferência do tendão do tibial posterior através da membrana interóssea.

() Certo

() Errado

() Não sei

63. A pseudartrose congênita da clavícula tem indicação de tratamento cirúrgico devido à limitação da abdução do ombro e instabilidade progressiva.

() Certo

() Errado

() Não sei

64. Na epifisiólise proximal do fêmur unilateral, em menino portador de hipotireoidismo, está indicada a fixação profilática do quadril contralateral.

() Certo

() Errado

() Não sei

65. Em crianças, na osteomielite de calcâneo, secundária a ferimento puntiforme, os germes mais freqüentes são *Stafilococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa*.

() Certo

() Errado

() Não sei

66. A displasia congênita do quadril, tipo I da classificação ultra-sonográfica de GRAF, não necessita acompanhamento ortopédico.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

67. No torcicolo congênito, a melhor idade para a correção cirúrgica é entre 1 e 4 anos.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

68. O pé cavo varo, nas doenças heredo-degenerativas, é causado pela espasticidade dos músculos tibial posterior e anterior.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

69. Na doença de PERTHES, na fase de fragmentação, a perda de mobilidade em abdução é sinal de risco para a extrusão da cabeça femoral.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

70. O tumor de EWING é derivado de células ósseas altamente diferenciadas.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

71. Na doença de PERTHES, o tratamento do grau A de HERRING é conservador, do B é a osteotomia femoral varizante e do C é a osteotomia acetabular.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

72. Na luxação congênita do quadril, em crianças de até 6 meses de idade e manobra de ORTOLANI positiva, o uso adequado do aparelho de PAVLIK é efetivo no tratamento da instabilidade em 95% dos casos.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

73. No pé talo vertical, a deformidade característica é a luxação dorsal do navicular.

() Certo

() Errado

() Não sei

74. Pacientes portadores de osteossarcoma que após o tratamento neoadjuvante apresentam necrose tumoral extensa, têm maior sobrevida.

() Certo

() Errado

() Não sei

75. A localização intra-articular da metáfise favorece a ocorrência de artrite séptica secundária a osteomielite aguda hematogênica. Isto ocorre nos seguintes locais: colo do fêmur, colo do úmero, extremidade proximal do rádio.

() Certo

() Errado

() Não sei

ADULTO

76. A hérnia de disco com compressão da raiz de C7 provoca paresia dos extensores do cotovelo, flexores do punho e extensores dos dedos.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

77. Na artrose do joelho com deformidade angular associada, o tratamento com desbridamento articular artroscópico está contra-indicado.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

78. Na fixação da coluna vertebral, os parafusos pediculares devem atingir a cortical anterior.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

79. A incidência de lesão do menisco medial nas lesões crônicas do ligamento cruzado anterior é menor do que nas agudas devido à cicatrização espontânea.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

80. Nas fraturas toracolombares por osteoporose, a indicação de vertebroplastia depende da integridade da cortical posterior da vértebra.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

81. A espondilite anquilosante caracteriza-se por comprometimento das articulações sacroilíaca e atlantoaxial.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

82. Na coluna torácica, considera-se normal a cifose entre 20 e 55 graus.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

83. A osteossíntese biológica consiste na redução indireta para as fraturas diafisárias de ossos longos, com obtenção do alinhamento axial e manutenção através de fixação com estabilidade absoluta, preservando a vascularização dos fragmentos ósseos e partes moles.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

84. Nas lombalgias, a discografia é útil na investigação da dor de origem radicular.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

85. A epicondilite medial do cotovelo acomete principalmente o pronador redondo e os flexores radiais do carpo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

86. No joelho, a osteonecrose acomete principalmente o côndilo femoral medial e tem incidência maior em homens obesos, acima de 55 anos de idade.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

87. As síndromes compressivas dos nervos periféricos do tipo III da classificação de SUNDERLAND caracterizam-se por distúrbio da anatomia fascicular e degeneração “walleriana”.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

88. Pacientes portadores de artrite reumatóide, com subluxação atlantoaxial e intervalo atlanto-odontóide posterior menor que 10 milímetros está indicado tratamento cirúrgico independentemente do quadro neurológico.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

89. Na insuficiência do tendão do tibial posterior, a presença de deformidade fixa, estágio III de JOHNSON e STROM, é indicação de tratamento cirúrgico com transferência tendinosa e correção do valgo do calcâneo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

90. A osteocondrite dissecante do joelho sintomática, no adulto e na criança, necessita de tratamento cirúrgico.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

91. As contraturas de partes moles no ombro congelado são responsáveis pela síndrome do impacto do tipo “nonoutlet”, por translação superior excessiva da cabeça umeral.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

92. O emprego de antiinflamatórios não hormonais nos pacientes idosos é limitado devido à velocidade de filtração glomerular mais baixa.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

93. Na necrose avascular da cabeça do fêmur do paciente jovem, a artrodese do quadril está indicada.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

94. Na marcha normal, o centro de gravidade está localizado na altura de L4.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

95. A síndrome da cauda eqüina caracteriza-se por parestesia e paresia nos membros inferiores, parestesia perineal, dor retal e paralisia esfinteriana.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

96. Os graus I, II e III da classificação de SINGH para osteoporose são considerados patológicos.

() Certo

() Errado

() Não sei

97. Na mão reumatóide, a deformidade em pescoço de cisne com teste de BUNNELL positivo indica lesão da placa volar.

() Certo

() Errado

() Não sei

98. A neuropatia diabética em sua forma motora gera deformidades principalmente na região do antepé.

() Certo

() Errado

() Não sei

99. A lesão parcial do tendão flexor na zona II da mão necessita de reparo cirúrgico.

() Certo

() Errado

() Não sei

100. No segmento lombar da coluna, o amarrilho sublaminar tipo LUQUE proporciona fixação mais rígida em comparação à fixação pedicular.

() Certo

() Errado

() Não sei

101. Nas artroplastias do quadril infectadas, as bactérias mais frequentemente encontradas são *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis*.

() Certo

() Errado

() Não sei

- 102.** Na epicondilite lateral do cotovelo, o local para a realização de infiltração com corticóide, quando indicada, é no extensor radial longo do carpo, na região anterior e distal ao epicôndilo.
() Certo () Errado () Não sei
- 103.** Nas osteotomias de adição da tíbia tipo PUDDU, não é necessária a osteotomia da fíbula, diminuindo a ocorrência de complicações como lesão do nervo fibular é síndrome compartimental.
() Certo () Errado () Não sei
- 104.** A lesão de HILL-SACHS é melhor visualizada nas radiografias em AP com rotação interna, e as deficiências ósseas da glenóide nas incidências axilar e oblíqua apical de GARTH.
() Certo () Errado () Não sei
- 105.** No cisto sinovial dorsal do punho, o tratamento cirúrgico consiste na sua ressecção, acompanhada de parte da cápsula, que não deve ser suturada.
() Certo () Errado () Não sei
- 106.** A instabilidade femoropatelar mais comum é a que apresenta desvio lateral da patela no final da extensão e luxação na flexão.
() Certo () Errado () Não sei
- 107.** Na síndrome da cauda eqüina, o sinal de BABINSKI está presente.
() Certo () Errado () Não sei

108. Na artroplastia total do joelho, a correção da deformidade angular deve ser feita no corte tibial, o que diminui a incidência da soltura dos componentes.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

109. Na embolia gordurosa, são importantes sinais diagnósticos: hipoxia, depressão do sistema nervoso central, petéquias cutâneas, bradicardia e edema pulmonar.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

110. Pacientes com artrose de joelho submetidos à artroplastia total têm restauração parcial da função articular, que permite prática de esportes, como golfe, tênis, caminhadas e corridas leves (“jogging”).

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

111. A tendinite calcárea do manguito rotador, nas imagens de ressonância magnética em T1, apresenta-se como área de diminuição da intensidade do sinal, e em T2, como área focal de sinal alto compatível com edema.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

112. Na artroscopia do joelho, o portal transpatelar é útil para observação das estruturas posteriores utilizando ótica de 70 graus.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

113. Na doença de KIENBÖCK, no estágio IV de LICHTMANN, as alterações degenerativas na cabeça do capitato são contra indicação para a carpectomia da fileira proximal.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

- 114.** No hálux valgo, sem alterações degenerativas, a osteotomia proximal do primeiro metatarsal está indicada quando houver deformidade moderada e grave, com ângulo articular metatarsal distal menor que 15 graus.
- () Certo () Errado () Não sei
- 115.** Na tendinite de DE QUERVAIN, o tratamento com infiltração de corticosteróide é contra-indicado.
- () Certo () Errado () Não sei
- 116.** O resultado da cirurgia de reconstrução do ligamento cruzado anterior está relacionado ao tipo de enxerto empregado, sendo a melhor alternativa o terço central do tendão patelar autógeno.
- () Certo () Errado () Não sei
- 117.** A ocorrência de doença de FREIBERG em ambos os pés é maior que 50%.
- () Certo () Errado () Não sei
- 118.** A principal indicação para osteotomia valgizante e extensora do fêmur é a osteoartrose do quadril com flexão menor do que 60 graus.
- () Certo () Errado () Não sei
- 119.** A osteoartrose primária do quadril apresenta ritmo de progressão mais acelerado do que a secundária.
- () Certo () Errado () Não sei
- 120.** A rizartrose associada a frouxidão ligamentar deve ser tratada por artroplastia com ressecção do trapézio.
- () Certo () Errado () Não sei

- 121.** Na contratura de DUPUYTREN, o ligamento de CLELAND não está comprometido.
- () Certo () Errado () Não sei
- 122.** A liberação de ambas as inserções do adutor e da cabeça lateral do flexor curto do hálux resulta em hálux varo do tipo dinâmico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 123.** Na paralisia do músculo trapézio por lesão do nervo acessório, o paciente apresenta depressão do ombro, e a escápula encontra-se com seu ângulo inferior rodado lateralmente.
- () Certo () Errado () Não sei
- 124.** A supinação excessiva da articulação subtalar é um fator predisponente para a tendinopatia do “Aquiles”.
- () Certo () Errado () Não sei
- 125.** A luxação aguda intra-articular da patela com desvio horizontal deve ser submetida a tratamento cirúrgico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 126.** Na artroplastia do quadril com suspeita de infecção tardia, a presença de neoformação óssea na junção metáfiso-diafisária do fêmur, ao exame radiográfico, confirma o diagnóstico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 127.** Nas lesões maciças do manguito rotador submetidas à reconstrução cirúrgica, há risco de lesão do nervo supra-escapular quando as dissecções se estenderem de 1,5 a 2,0 centímetros medialmente à margem da glenóide.
- () Certo () Errado () Não sei

- 128.** Na paralisia alta irreversível do nervo radial, o tratamento é a transposição do músculo flexor ulnar do carpo para extensores dos dedos, e do braquiorradial para extensor longo do polegar.
() Certo () Errado () Não sei
- 129.** No hálux rígido do adulto, o tratamento cirúrgico preferencial para grau leve ou moderado é a queilectomia.
() Certo () Errado () Não sei
- 130.** Na indicação de artroplastia total do ombro, é necessário haver integridade do manguito rotador e glenóide não concêntrica.
() Certo () Errado () Não sei
- 131.** Na artroplastia total do quadril, os defeitos segmentares de até 30% do diâmetro do fêmur devem ser corrigidos com enxerto ósseo estrutural.
() Certo () Errado () Não sei
- 132.** O colete de “Milwaukee”, pelas características da sua almofada de apoio, não deve ser usado no tratamento da doença de SCHEUERMANN.
() Certo () Errado () Não sei
- 133.** A osteonecrose da cabeça femoral no estágio I de ARLET e FICAT tem melhores resultados quando tratada com restrição à carga.
() Certo () Errado () Não sei
- 134.** No hálux varo, o sintoma mais comum é a dor causada pelo atrito do calçado sobre o dorso da articulação interfalângica.
() Certo () Errado () Não sei

- 135.** Na síndrome do túnel do carpo crônica, a melhor conduta terapêutica é a microneurólise do nervo mediano.
() Certo () Errado () Não sei
- 136.** No tratamento cirúrgico do hálux valgo, a osteotomia tipo “chevron” é mais instável e produz encurtamento maior do que a osteotomia do tipo MITCHELL.
() Certo () Errado () Não sei
- 137.** Nas lesões completas do manguito rotador, a presença de dor na região anterior está associada à lesão do subescapular ou tendão do bíceps e na região ântero-lateral, com a do supra-espinal.
() Certo () Errado () Não sei
- 138.** Na artroplastia total do quadril, a cabeça com maior diâmetro diminui o torque friccional e a pressão por unidade de superfície, em comparação com a de menor diâmetro.
() Certo () Errado () Não sei
- 139.** Nas artropatias hemofílicas, o envolvimento é usualmente bilateral e simétrico.
() Certo () Errado () Não sei
- 140.** O condrossarcoma secundário à exostose óssea ocorre na sua região central enquanto que o secundário ao condroma ocorre na porção periférica.
() Certo () Errado () Não sei
- 141.** Na osteocondromatose múltipla, as lesões com maior risco de malignização são as localizadas nos ossos longos dos membros inferiores.
() Certo () Errado () Não sei

- 142.** O osteossarcoma extracompartmental, sem a presença de metástase, é classificado como IIB, segundo ENNEKING.
() Certo () Errado () Não sei
- 143.** O tumor de células gigantes é considerado de malignidade intermediária pela possibilidade de metástases pulmonares.
() Certo () Errado () Não sei
- 144.** A osteotomia varizante do quadril com medialização da diáfise relaxa a musculatura abduutora e o psoas, diminuindo a pressão na articulação e aumentando a área de apoio.
() Certo () Errado () Não sei
- 145.** No tumor de células gigantes, a utilização de nitrogênio líquido como adjuvante à curetagem tem como complicações fraturas patológicas e lesões nervosas.
() Certo () Errado () Não sei
- 146.** O defeito fibroso cortical é de localização metafisária, provoca dor noturna, e o seu tratamento é a curetagem.
() Certo () Errado () Não sei
- 147.** Na artroplastia total do quadril, a cabeça metálica de 22 milímetros apresenta menor taxa de desgaste linear do polietileno acetabular.
() Certo () Errado () Não sei
- 148.** Nas artroplastias do quadril, as hastes femorais de maior diâmetro e as de fixação distal produzem mais “stress shielding”.
() Certo () Errado () Não sei

149. O diagnóstico do osteoma osteóide localizado no colo do fêmur e na coluna vertebral é mais difícil, pois não apresenta a reação óssea densa característica.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

150. A dor na bursite trocantérica piora na rotação externa e na artrose do quadril, na rotação interna.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

TRAUMA

- 151.** Fraturas do processo coronóide tipo II de REAGAN-MORREY não acarretam instabilidade do cotovelo e, portanto, não necessitam de fixação interna.
- () Certo () Errado () Não sei
- 152.** As fraturas luxações toracolombares causadas por flexodistração são caracterizadas por lesão das três colunas de DENIS.
- () Certo () Errado () Não sei
- 153.** A luxação facetária unilateral caracteriza-se por desvio entre 25 e 50% do corpo vertebral nas radiografias em perfil.
- () Certo () Errado () Não sei
- 154.** Na fratura da cabeça do rádio em crianças, a manobra de redução deve ser realizada com o membro em tração e o cotovelo em valgo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 155.** Nas fraturas da extremidade distal do úmero tipos CII e CIII da classificação AO, a fixação ideal para reconstrução da superfície articular é aquela que utiliza o parafuso tipo esponjoso de 4 milímetros.
- () Certo () Errado () Não sei
- 156.** Na criança, o traumatismo raquimedular sem lesão óssea aparente (SCIWORA) deve-se a menor resistência da medula espinal.
- () Certo () Errado () Não sei

157. Na lesão medular por arma branca ou de fogo, a pulsoterapia com metilprednisolona não está indicada.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

158. Nas fraturas da cabeça do rádio, a fixação com placas e parafusos deve respeitar a chamada “zona de segurança”, com o objetivo de preservar o nervo interósseo posterior.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

159. A fratura do processo odontóide tipo III de ANDERSON e D'ALONZO apresenta risco mínimo de pseudartrose, independentemente do grau de desvio e angulação.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

160. A fratura do processo odontóide é mais freqüente que a espondilolistese traumática do axis.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

161. O efeito de banda de tensão é obtido posicionando-a no lado côncavo do osso.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

162. A fratura do odontóide em criança corresponde ao descolamento epifisário tipo I de SALTER-HARRIS.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

163. A lesão posterior de MONTEGGIA, quando associada à instabilidade umeroulnar pósterolateral rotatória, apresenta lesão do complexo ligamentar medial.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

- 164.** Nas fraturas do olécrano, a técnica da banda de tensão caracteriza-se por compressão estática pela ação do material de síntese e dinâmica pela força de extensão do tríceps.
- () Certo () Errado () Não sei
- 165.** A luxação posterior glenoumeral provoca limitação da rotação interna, da abdução e da elevação do ombro.
- () Certo () Errado () Não sei
- 166.** Na fratura supracondiliana do úmero, a redução e imobilização em pronação visam corrigir a deformidade em varo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 167.** Nas fraturas toracolumbares com lesão medular, quando ocorre preservação sacral (“sacral sparing”), o paciente mantém sensibilidade perianal, tônus retal e capacidade de fletir o hálux.
- () Certo () Errado () Não sei
- 168.** Na fratura do acetábulo, as lesões associadas de ambas as colunas com congruência secundária com pequeno desvio da coluna posterior, o tratamento é não cirúrgico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 169.** Na fratura do epicôndilo medial do úmero no adulto, é freqüente o desvio do fragmento e sua interposição articular.
- () Certo () Errado () Não sei
- 170.** Nas fraturas diafisárias do fêmur tratadas com haste intramedular, o bloqueio estático aumenta a incidência de pseudartrose.
- () Certo () Errado () Não sei

- 171.** Na fratura da diáfise umeral, o canal medular alargado não é contra-indicação para a fixação com haste intramedular.
() Certo () Errado () Não sei
- 172.** O ato de sacudir violentamente uma criança, segurando-a pelo tórax, é agente causal do surgimento de hematomas subdurais.
() Certo () Errado () Não sei
- 173.** No estudo radiográfico da pronação dolorosa, a incidência ântero posterior deverá ser feita com o antebraço supinado.
() Certo () Errado () Não sei
- 174.** No tratamento da fratura de tíbia em pacientes alcoólatras e psiquiátricos, é contra-indicado a fixação com placa e parafuso.
() Certo () Errado () Não sei
- 175.** No retardo de consolidação da fratura diafisária do fêmur tratada inicialmente com haste intramedular bloqueada e que apresenta instabilidade, a conduta indicada é a dinamização.
() Certo () Errado () Não sei
- 176.** Após a redução da luxação do cotovelo, a lesão do ligamento colateral lateral produz instabilidade, que é mais evidente com o antebraço em pronação completa.
() Certo () Errado () Não sei
- 177.** Nos enxertos autógenos, apenas as células da periferia do osso sobrevivem e mantêm a capacidade osteogênica.
() Certo () Errado () Não sei

178. A instabilidade aguda do cotovelo é avaliada pelos testes do estresse em varo e valgo, que são realizados com o cotovelo em aproximadamente 10 graus de flexão para relaxar a cápsula anterior e liberar o processo coronóide e olécrano de suas respectivas fossas.

() Certo

() Errado

() Não sei

179. Na maioria das vezes, as lesões do nervo axilar após luxação escapuloumeral são classificadas como axoniotmese.

() Certo

() Errado

() Não sei

180. Na pseudartrose do úmero tratada com haste intramedular bloqueada, a fresagem e troca por haste de maior calibre não está indicada.

() Certo

() Errado

() Não sei

181. Na lesão do tendão distal do bíceps, a complicação potencial do reparo cirúrgico com acesso único é a paralisia radial e naquele que utiliza duas incisões é a sinostose radiulnar.

() Certo

() Errado

() Não sei

182. Nas fraturas diafisárias multifragmentárias do fêmur, a osteossíntese com placa tem por objetivo a estabilidade absoluta com compressão interfragmentária.

() Certo

() Errado

() Não sei

183. No descolamento epifisário tipo V de SALTER-HARRIS, o prognóstico é bom quando a redução é realizada nas primeiras horas após o trauma.

() Certo

() Errado

() Não sei

- 184.** As fraturas expostas diafisárias podem ser mantidas abertas, enquanto que nas articulares essa conduta é contra-indicada devido ao risco de artrite piogênica.
- () Certo () Errado () Não sei
- 185.** No joelho flutuante, quando uma das fraturas é tratada conservadoramente, existe maior incidência de complicações, tais como: embolia, limitação do movimento articular, pseudartrose e morte.
- () Certo () Errado () Não sei
- 186.** Nas fraturas supracondilianas do úmero tipo III de GARTLAND, a lesão do nervo mediano é mais comum quando o desvio é pósterio-lateral.
- () Certo () Errado () Não sei
- 187.** Na fratura-luxação de GALEAZZI, o mecanismo de lesão é a queda sobre a mão espalmada com o antebraço em supinação.
- () Certo () Errado () Não sei
- 188.** Numa criança de 5 anos de idade com fratura da diáfise do fêmur tratada com gesso imediato, aceita-se encurtamento de até 2 centímetros e desvio em varo de até 15 graus.
- () Certo () Errado () Não sei
- 189.** Na pseudartrose hipertrófica, o tecido encontrado no foco é essencialmente fibrocartilaginoso.
- () Certo () Errado () Não sei
- 190.** Na lesão traumática da membrana interóssea com lesão irreparável da cabeça do rádio, a fixação do rádio à ulna com fio de KIRSCHNER, por 6 a 8 semanas, não impede a migração tardia proximal do rádio (lesão de ESSEX-LOPRESTI).
- () Certo () Errado () Não sei

- 191.** Nas fraturas de MONTEGGIA tipo I de BADO, em crianças, a redução deve ser realizada com o antebraço em pronação e o cotovelo em extensão.
- () Certo () Errado () Não sei
- 192.** Após a redução da luxação do cotovelo são sinais radiográficos de instabilidade pósterio-lateral: aumento do espaço articular umeroulnar e translação anterior da cabeça radial.
- () Certo () Errado () Não sei
- 193.** Na fratura de GALEAZZI, o principal fator de irredutibilidade da articulação radiulnar distal é a interposição do tendão extensor ulnar do carpo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 194.** Nas fraturas da diáfise do úmero, a utilização de hastes intramedulares flexíveis apresenta mais complicações do que as rígidas.
- () Certo () Errado () Não sei
- 195.** Na fratura diafisária do úmero, encurtamento de até 3 centímetros, desvios em varo de até 30 graus e rotacional de até 15 graus não causam alterações na função do membro.
- () Certo () Errado () Não sei
- 196.** Na mão, a lesão da porção central do tendão extensor na região da articulação interfalângica proximal, acarreta deformidade em “botoeira”.
- () Certo () Errado () Não sei

- 197.** No atendimento do paciente politraumatizado com ISS (*Injury Severity Score*) maior que 29 e trauma torácico, a osteossíntese imediata definitiva está indicada.
- () Certo () Errado () Não sei
- 198.** As fraturas da cavidade glenoidal do tipo III (classificação de IDEBERG) são aquelas em que o traço ocorre através da fossa, prolongando-se até a borda superior da escápula.
- () Certo () Errado () Não sei
- 199.** Na ruptura do tendão patelar, o tratamento cirúrgico tardio leva a limitação da flexão, fraqueza e atrofia persistente do quadríceps.
- () Certo () Errado () Não sei
- 200.** Na luxação acromioclavicular tratada através de amarrilho coracoclavicular os pontos de fixação são junto à base do processo coracóide e a metade anterior da clavícula.
- () Certo () Errado () Não sei
- 201.** Na luxação anterior do joelho, a lesão da artéria poplítea ocorre quando a hiperextensão é maior que 50 graus.
- () Certo () Errado () Não sei
- 202.** Na lesão do plexo braquial, a paralisia do músculo serrátil é indicativa de lesão do fascículo lateral.
- () Certo () Errado () Não sei
- 203.** Na lesão isolada da fibrocartilagem triangular do carpo, o tratamento inicial é imobilização por quatro semanas.
- () Certo () Errado () Não sei

- 204.** Na fratura do planalto tibial tipo III de SCHATZKER ocorre com frequência lesão do LCA e do ligamento colateral medial.
(☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
- 205.** Nas fraturas da extremidade proximal do úmero em quatro partes (classificação de NEER), as que não apresentam desvio lateral da diáfise são aquelas com menor probabilidade de necrose avascular do segmento articular.
(☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
- 206.** Na fratura da metáfise proximal da tíbia com desvio em varo, em crianças, em que se obtém uma redução anatômica estável, ou com um discreto desvio em varo, está indicada redução aberta.
(☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
- 207.** No tratamento da fratura-luxação transescaposssemilunar do carpo, a fixação da articulação entre o semilunar e o piramidal não é necessária.
(☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
- 208.** A redução da luxação metacarpofalângica dorsal do indicador em crianças é obtida pela tração longitudinal.
(☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
- 209.** Fraturas osteocondrais do joelho em adolescentes são mais frequentemente causadas por luxação da patela.
(☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei
- 210.** Na mão, a deformidade em martelo com arrancamento ósseo (tipo B) e angulação de 20 graus deve ser tratada com fixação com fio de KIRSCHNER.
(☐) Certo (☐) Errado (☐) Não sei

- 211.** As fraturas supracondilares do fêmur do tipo B3 da classificação AO/OTA ocorrem no plano coronal (fratura de HOFFA).
() Certo () Errado () Não sei
- 212.** No reimplante de dedos, a ordem do tratamento deve ser: desbridamento, estabilização óssea, tenorrafias, neurorrafias, sutura venosa e arterial.
() Certo () Errado () Não sei
- 213.** A fratura do escafoide com desvio de 1 a 3 milímetros não indica instabilidade carpal, sendo passível de tratamento não cirúrgico.
() Certo () Errado () Não sei
- 214.** Na patelectomia parcial, a reinserção do tendão patelar deve ser distante da superfície articular para aumentar o braço de alavanca.
() Certo () Errado () Não sei
- 215.** A fratura da extremidade distal do rádio, tipo “die-punch”, apresenta rotação palmar do osso semilunar, ocasionando instabilidade cárpica tipo VISI.
() Certo () Errado () Não sei
- 216.** No descolamento epifisário do tipo VI (lesão do anel pericondral), tende a ocorrer formação de ponte óssea que resulta em deformidade angular.
() Certo () Errado () Não sei
- 217.** Nas lesões de nervos periféricos, as alterações que ocorrem no corpo celular do neurônio são conhecidas como cromatólise.
() Certo () Errado () Não sei

218. A fratura de BENNETT corresponde ao tipo I da classificação de GREEN.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

219. A fratura da patela sem desvio é tratada cirurgicamente devido ao alto índice de complicações relacionadas ao tratamento com imobilização.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

220. Na fratura da extremidade distal do rádio, a anestesia do foco de fratura é a melhor técnica anestésica para a redução não cirúrgica.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

221. Nas fraturas da falange distal dos dedos da mão, a drenagem do hematoma subungueal está contra-indicada pelo risco de infecção.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

222. No tratamento das lesões da articulação radiulnar distal com comprometimento da fibrocartilagem triangular, a técnica da hemirressecção da ulna (BOWERS) apresenta melhores resultados funcionais que o seu encurtamento.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

223. Nas luxações do joelho, a lesão do nervo fibular comum é mais freqüente que a da artéria poplítea.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

224. As fraturas laterais da clavícula tipo II de NEER caracterizam-se por traço fraturário medial à origem dos ligamentos coracoclaviculares.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

- 225.** No tratamento da fratura do tálus, a diminuição da densidade óssea subcondral é sinal de necrose avascular.
- () Certo () Errado () Não sei
- 226.** Nas fraturas do tornozelo em supinação-rotação externa, a fratura da fíbula é oblíqua de ântero-superior para pósterio-inferior.
- () Certo () Errado () Não sei
- 227.** Na fratura-luxação da pelve tipo crescente, os ligamentos sacroilíacos posteriores estão íntegros no lado acometido.
- () Certo () Errado () Não sei
- 228.** Na fratura diafisária do fêmur tratada com haste intramedular bloqueada, a ruptura da haste ocorre mais freqüentemente no mais distal dos dois orifícios proximais de bloqueio.
- () Certo () Errado () Não sei
- 229.** Nas fraturas da eminência intercondilar da tíbia grau III de MEYERS e MCKEEVER, a interposição do menisco medial é freqüente, sendo indicado o tratamento cirúrgico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 230.** Na fratura do planalto tibial do tipo IV de SCHATZKER, com desvio de até 4 milímetros, não está indicado o tratamento cirúrgico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 231.** Na fratura do colo do fêmur na criança, tipo IV de DELBET-COLONNA, a complicação mais freqüente é o desvio em varo.
- () Certo () Errado () Não sei

- 232.** Na fratura do colo do fêmur, a redução é considerada aceitável quando o ângulo de GARDEN se encontra entre 125 e 140 graus.
() Certo () Errado () Não sei
- 233.** A luxação palmar da cabeça da ulna ocorre com o antebraço forçado em supinação.
() Certo () Errado () Não sei
- 234.** Na fratura subtrocantérica com comprometimento da fossa piriforme, a utilização de osteossíntese intramedular está contra-indicada.
() Certo () Errado () Não sei
- 235.** A pseudartrose ocorre em até 50% dos casos com o tratamento não cirúrgico das fraturas segmentares da tíbia.
() Certo () Errado () Não sei
- 236.** No tratamento não cirúrgico da fratura diafisária da tíbia, a presença da fíbula íntegra propicia maior ocorrência de desvios e falta de consolidação.
() Certo () Errado () Não sei
- 237.** Na fratura do colo do tálus, a ocorrência de necrose avascular tem relação direta com maus resultados clínicos.
() Certo () Errado () Não sei
- 238.** Na fratura exposta do antebraço grau IIIC de GUSTILO e ANDERSON, se uma das artérias estiver pérvia, a outra pode ser ligada.
() Certo () Errado () Não sei

- 239.** Na fratura complexa do acetábulo, do tipo coluna anterior com hemitransversa posterior, a melhor via de acesso para o tratamento cirúrgico é a de KOCHER-LANGENBECK.
- () Certo () Errado () Não sei
- 240.** Na criança vítima de maus tratos físicos, as fraturas diafisárias isoladas são raras.
- () Certo () Errado () Não sei
- 241.** Na classificação de TSCHERNE para lesões de partes moles associadas a fraturas fechadas da tíbia, a ocorrência de síndrome compartimental aguda é rara no grau CII.
- () Certo () Errado () Não sei
- 242.** As fraturas do calcâneo tipo II de SANDERS acometem a faceta posterior e apresentam três subtipos.
- () Certo () Errado () Não sei
- 243.** Na fratura segmentar da diáfise do úmero, o tratamento indicado é a redução cirúrgica e osteossíntese.
- () Certo () Errado () Não sei
- 244.** Na fratura do colo do fêmur, no adulto fixada com parafusos, a maior estabilidade é obtida com dois parafusos centrais e paralelos.
- () Certo () Errado () Não sei
- 245.** Nas fraturas extra-articulares da base do quinto metatarsiano, na zona I, independentemente do tamanho do fragmento, o tratamento é não cirúrgico.
- () Certo () Errado () Não sei

- 246.** No tratamento da fratura intertrocantérica, a osteotomia de medialização tipo DIMON-HUGHSTON apresenta resultados melhores do que a redução anatômica.
- () Certo () Errado () Não sei
- 247.** As fraturas triplanares do tornozelo representam descolamento epifisário tipo III de SALTER-HARRIS, e a complicação mais grave é a interrupção do crescimento da epífise distal da tíbia.
- () Certo () Errado () Não sei
- 248.** Na fratura diafisária da tíbia com 50% de contato cortical está contra-indicado o uso de haste intramedular com bloqueio dinâmico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 249.** Nos arrancamentos ósseos da tuberosidade isquiática com mais de 2 centímetros de desvio está indicado o tratamento cirúrgico.
- () Certo () Errado () Não sei
- 250.** No fixador externo uniplanar com quatro pinos, a montagem mais estável é quando dois pinos são colocados próximos e dois distantes do foco de fratura.
- () Certo () Errado () Não sei

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BÁSICO

1. Atualizações em conhecimentos ortopédicos: trauma. AAOS/ SBOT. P. 113.
2. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 2078.
3. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 9ª ed., p. 3830.
4. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1996; 4:268-278.
5. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 2005.
6. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 1203.
7. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., 1996 / Rockwood in Adults, p. 275.
8. Atualizações em conhecimentos ortopédicos: trauma. AAOS/ SBOT. P. 307.
9. Atualizações em conhecimentos ortopédicos: trauma. AAOS/ SBOT. P. 84.
10. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 932.
11. Barros Filho TEP, Lech O. Exame físico em ortopedia. São Paulo: Sarvier. P. 220.
12. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., vol. I, p. 318.
13. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 9ª ed., p. 300.
14. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 523.
15. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., 2001 / Rockwood in Children, p. 564.
16. Barros Filho TEP, Lech O. Exame físico em ortopedia. São Paulo: Sarvier. P. 181.
17. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 35.
18. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. P. 915.
19. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. Clínica Ortopédica - Atualização em Cirurgia do Ombro, p. 50.
20. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 50.
21. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott. 2ª ed., p. 1412.
22. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p. 5.
23. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. P. 964.
24. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. P. 1387.
25. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 565.

PEDIÁTRICA

26. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 670.
27. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 519.
28. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., 2001 / Rockwood in Children, p. 171.
29. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 787.

30. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 270.
31. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 4^a ed., p. 206.
32. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 1204.
33. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 4^a ed., p. 606.
34. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 1161.
35. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. P. 346.
36. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 298 - on line.
37. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 857.
38. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 1261 - on line.
39. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 1182 - on line.
40. Revista Brasileira de Ortopedia. Vol. 37, nº 8, ano 2002.
41. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 4^a ed., p. 1128.
42. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 1078.
43. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 637.
44. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 699.
45. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 325.
46. Journal Bone Joint Surgery. JBJS - Am, 86 A, p. 22-27, jan. 2004.
47. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 1310.
48. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3^a ed., p. 835.
49. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3^a ed., p. 257.
50. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 54.
51. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 854.
52. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 4^a ed., p. 808.
53. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 1085.
54. Revista Brasileira de Ortopedia. Vol. 39, junho 2004, p. 309.
55. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 1213.
56. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5^a ed., p. 1185.
57. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2^a ed., p. 213.

58. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed., p. 426.
59. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 1265 (tradução).
60. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 1005.
61. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 934.
62. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 585.
63. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª ed., p. 168.
64. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., cap. 25, p. 1026 - on line
65. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 614.
66. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª ed., p. 325.
67. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 813.
68. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 658 - on line.
69. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 984 - on line.
70. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 543.
71. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 983 - on line.
72. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 926.
73. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 1174.
74. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. P. 246.
75. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 584.

Adulto

76. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p.1985.
77. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 2002; 10: 356-363.
78. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p. 1661.
79. Revista Brasileira de Ortopedia. Vol. 34, nº 11/12, nov/dez 1999, p. 569.
80. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p. 1646.
81. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p. 2099.
82. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 744.
83. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 2000; 8:211-216.
84. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p. 1977.
85. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1994; 2:1-8.
86. Revista Brasileira de Ortopedia. Vol. 38, nº 3, março 2003, p. 73.
87. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1998; 6:378-386.
88. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p.2099.
89. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. Clínica Ortopédica - Atualização em Cirurgia do Pé e Tornozelo. p. 258.

90. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. Vol. 3, nº 4, p. 242, 1995.
91. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1997; 5:130-140.
92. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 160.
93. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., 374.
94. Barros Filho TEP, Lech O. Exame físico em ortopedia. São Paulo: Sarvier. P. 85.
95. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p. 1998.
96. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. P. 745.
97. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. Vol. 5/1: p. 104, 2004.
98. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed., p. 652.
99. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª ed., p. 335.
100. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p. 1656.
101. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. P. 386.
102. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1994; 2:1-8.
103. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. Clínica Ortopédica. vol. 1/3, setembro 2000, p. 512.
104. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1993; 1:24-32.
105. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 8ª ed., p. 3727.
106. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. Clínica Ortopédica. vol. 3/3, setembro 2002, p. 525.
107. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. Vol. 8, nº 3, p. 163, 2000.
108. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott. P. 603.
109. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: 2ª ed., p. 544.
110. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed., p. 469.
111. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1997; 5:183-191.
112. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 8ª ed. vol. 3, p. 1793.
113. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. Vol. 9, nº 2, março/abril 2001, p. 135.
114. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed., p. 601.
115. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 8ª ed., p. 3700.
116. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. Clínica Ortopédica. vol. 1/3, setembro 2000, p. 573.
117. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed., p. 538.
118. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. P. 937.
119. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. P. 935.
120. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. P. 3143.
121. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 8ª ed., p. 3686.
122. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 7ª ed., vol. 2, p. 845.
123. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1995; 3:319 325.
124. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed., p. 571.
125. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. P. 3169.
126. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. Vol. 3, nº 5, p. 251, 1995.

127. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1994; 2:87-95.
128. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 8ª ed., p. 3505.
129. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p. 3998.
130. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1998; 6:337 348.
131. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. P. 460.
132. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Arte Médicas. 3ª ed., 2003, p. 383.
133. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. Vol. 7, nº 4, p. 260, 1999.
134. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p. 3986.
135. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 8ª ed., p. 3697.
136. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p. 3938.
137. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1995; 3:159 165.
138. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed., 2003, p. 383.
139. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. Vol. 12, nº 4, p. 235.
140. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. P. 1401.
141. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 442.
142. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. Vol. I, 10ª ed., p. 737.
143. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. P. 265.
144. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p. 935.
145. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., vol. I, p. 814.
146. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 535.
147. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 9ª ed., p. 308.
148. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 10ª ed., p. 327.
149. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 519.
150. Journal Bone Joint Surgery. Br. 1999; 81 (Suppl II):240.

Trauma

151. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1996; 4:117-128.
152. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. Vol. 5, p. 1414.
153. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. Vol. 5, p. 1382.
154. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed., p. 1055.
155. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1996; 4:336 344.
156. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. Clínica Ortopédica - Traumatismo da Coluna Vertebral. p. 924.
157. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. Vol. 5, p. 1408.
158. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1997; 5:1-10.
159. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: 2ª ed., p. 877.
160. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., 2001, p. 1335.
161. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 171.
162. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 831 - on line.
163. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1998; 6:215 224.
164. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 2000; 8:266 275.
165. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª ed., p. 1030 (tradução).
166. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 1593.
167. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. Vol. 5, p. 1406.
168. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª ed., p. 1427 (tradução).

169. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., 2001 / Rockwood in Children, p. 627.
170. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 7ª ed., p. 1847.
171. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., 2001, p. 982.
172. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., 2001 / Rockwood in Children, p. 245.
173. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., 2001 / Rockwood in Children, p. 733.
174. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª ed., vol. 2, p. 1903.
175. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: P. 1627.
176. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1998; 6:15-23.
177. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 281.
178. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1996; 4:117-128.
179. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 1245.
180. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 1042.
181. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1999; 7:199-207.
182. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: P. 1590.
183. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 97.
184. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. P. 343.
185. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: P. 1560.
186. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 607.
187. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., vol.1, p. 905.
188. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 944.
189. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: 2ª ed., p. 628.
190. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., Rockwood in Adults, p. 948.
191. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 539.
192. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1998; 6:15-23.
193. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: 2ª ed., p. 1440.
194. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. P. 3003.
195. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: 2ª ed., p. 1542.
196. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott. P. 165.
197. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 138.
198. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1995; 3:22-33.
199. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1996; 4: 287-296.
200. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1997; 5:11-18.
201. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: 2ª ed., p. 2123.
202. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª ed., p. 405.
203. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª ed., p. 117.
204. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., 2001, p. 1808.
205. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 2000; 8:373-382.
206. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª ed., p. 1083 (tradução).
207. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. Vol. 5/2: p. 508, 2004.
208. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 366.
209. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed., p. 1304.
210. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª ed., p. 358.
211. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., Rockwood in Adults, p. 1973.

212. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª ed. p. 602.
213. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª ed., p. 484.
214. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., Rockwood in Adults, p. 1963.
215. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª ed., 463.
216. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 848.
217. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª ed., p. 383.
218. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed., 2003, p. 1133.
219. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: 2ª ed., p. 2103.
220. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. Vol. 5/2: p. 437, 2004.
221. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 282.
222. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby. 8ª ed., p. 3385.
223. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 2114.
224. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1995; 3:22-33.
225. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: 2ª ed., p. 2410.
226. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 2214.
227. Atualizações em conhecimentos ortopédicos: trauma. AAOS/SBOT. P. 271.
228. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 1852.
229. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Arte Médicas. 3ª ed., p. 1302.
230. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 1935.
231. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 1376.
232. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª ed., p. 1678.
233. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 850.
234. Atualizações em conhecimentos ortopédicos: trauma. AAOS/SBOT. P. 141.
235. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 2177.
236. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed., 2003, p. 1383.
237. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 2307.
238. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 901.
239. Atualizações em conhecimentos ortopédicos: trauma. AAOS/SBOT. P. 250.
240. Morrissy RT, Weinstein SL. Lowell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 1432.
241. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. Vol. 2, nº 2, março-abril 2004, p. 102.
242. Hebert S. et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas. 3ª ed., p. 1435.
243. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 1031.
244. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª ed., p. 1681.
245. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 2380.
246. Atualizações em conhecimentos ortopédicos: trauma. AAOS/SBOT. P. 127.
247. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., p. 1161.
248. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 2159.
249. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons, 6: 248, 1998.
250. Rockwood CA. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 330.