

S B O T

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Caro Residente,

Este é o **TESTE DE AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA (TARO) 2006**. O objetivo 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

Arnaldo José Hernandez
Marco Antônio Percope de Andrade
Wilson de Mello Alves Júnior
Osmar Pedro Arbix de Camargo
César Rubens da Costa Fontenelle
João Baptista Gomes dos Santos
Jorge Suman Vieira
Renato Brito de Alencastro Graça
Roberto Luiz Sobania

Presidente
Vice-Presidente
Secretário Executivo
Secretário Adjunto

Assinale a alternativa escolhida:

BÁSICO

1. Na articulação tibiofibular distal, o ligamento tibiofibular anterior é mais espesso e resistente que o posterior.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

2. Na fratura diafisária, a extremidade de um fragmento torna-se necrótica devido à interrupção do fluxo sanguíneo dentro dos canais haversianos.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

3. Na osteomielite aguda hematogênica, a velocidade de hemossedimentação não é um indicador confiável de infecção em neonatos ou crianças com anemia falciforme.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

4. Os osteoblastos, sob microscopia eletrônica, aparecem como células multinucleadas contendo até uma dúzia de núcleos.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

5. O tratamento funcional das fraturas pelo método de SARMIENTO baseia-se no princípio da pressão hidrostática gerada nas partes moles por meio de órteses bem moldadas.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

6. No ligamento cruzado anterior, ocorre o tensionamento do feixe ântero-medial durante a extensão e do feixe póstero-lateral durante a flexão do joelho.
☐ Certo ☐ Errado ☐ Não sei

7. A cintilografia óssea com tecnécio não é confiável na detecção de lesões ósseas do mieloma múltiplo.
- () Certo () Errado () Não sei
8. A imagem de ressonância magnética tem vantagens sobre a tomografia computadorizada na delimitação das lesões tumorais ósseas.
- () Certo () Errado () Não sei
9. Na osteossíntese interfragmentária, a maior força de compressão é obtida com a colocação do parafuso perpendicular à diáfise.
- () Certo () Errado () Não sei
10. Na marcha normal, o músculo tibial anterior contrai-se excentricamente no início da fase de apoio.
- () Certo () Errado () Não sei
11. A ação muscular e a forma da glenóide são os fatores mais importantes na estabilidade do ombro submetido a carga intensa.
- () Certo () Errado () Não sei
12. O diclofenaco apresenta toxicidade renal, gastrointestinal e hepática inferior à aspirina.
- () Certo () Errado () Não sei
13. Cerca de 30% do tecido ósseo é formado de fibras colágenas, sendo o restante composto de sais minerais, essencialmente a hidroxiapatita de cálcio.
- () Certo () Errado () Não sei

14. O paratormônio (PTH) estimula os osteoclastos, aumenta a absorção renal do cálcio e diminui a do fosfato.

() Certo

() Errado

() Não sei

15. O médico auditor de um convênio tem o direito de modificar a indicação proposta pelo médico assistente para autorização de procedimento.

() Certo

() Errado

() Não sei

16. As células mesenquimais indiferenciadas dos brotos dos membros se diferenciam para formar a matriz cartilaginosa do osso na quarta semana do desenvolvimento do embrião.

() Certo

() Errado

() Não sei

17. Aproximadamente 70% da superfície articular da cabeça femoral participa da transferência de carga.

() Certo

() Errado

() Não sei

18. Na articulação do ombro, o complexo ligamentar glenoumeral inferior é composto dos feixes anterior e posterior, tendo ambos a mesma importância estabilizadora na posição de hiperabdução e rotação lateral.

() Certo

() Errado

() Não sei

19. No cotovelo, a porção ulnar do ligamento colateral lateral encontra-se tensa tanto na extensão quanto na flexão.

() Certo

() Errado

() Não sei

20. Na biomecânica da mão, os músculos extensores do punho são sinérgicos aos flexores dos dedos.

() Certo

() Errado

() Não sei

21. Na anatomia vascular da mão, o arco palmar superficial é formado principalmente pela artéria radial.

() Certo

() Errado

() Não sei

22. Dentre as estruturas anatômicas que compõem o nervo periférico, o perineuro é o principal responsável por sua resistência à tensão.

() Certo

() Errado

() Não sei

23. Na secção anatômica transversa do punho, os tendões flexores profundos dos dedos passam no mesmo plano do tendão flexor longo do polegar.

() Certo

() Errado

() Não sei

24. Nas articulações interfalângicas da mão, a placa volar possui uma porção mais espessa distalmente e outra mais membranosa proximalmente.

() Certo

() Errado

() Não sei

25. O ligamento pubofemoral é restritor à hiperextensão da articulação do quadril.

() Certo

() Errado

() Não sei

PEDIÁTRICO

26. O osteocondroma raramente ocorre nos ossos carpais ou tarsais, apesar de esses ossos serem pré-formados de cartilagem.
- () Certo () Errado () Não sei
27. Na osteomielite hematogênica aguda proximal do fêmur, a contaminação articular não ocorre pela presença da placa epifisária.
- () Certo () Errado () Não sei
28. Na epifisiólise proximal do fêmur, a fixação profilática contralateral é indicada principalmente em pacientes com alteração endócrina ou metabólica.
- () Certo () Errado () Não sei
29. A criança com geno valgo aumentado, associado à retração do músculo tríceps sural e do trato iliotibial, pisa de modo convergente.
- () Certo () Errado () Não sei
30. Na displasia do desenvolvimento do quadril, a frouxidão ligamentar é um fator etiológico que pode ser influenciado pelo hormônio estrogênio.
- () Certo () Errado () Não sei
31. A malignização do osteocondroma, apesar de rara, quando ocorre é para osteossarcoma.
- () Certo () Errado () Não sei

32. O ângulo de KITE menor do que 20 graus implica em valgismo do retropé.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

33. Na coalizão talocalcânea, o pé é menos rígido e mais plano do que na coalizão calcaneonavicular.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

34. Na paralisia cerebral, a toxina botulínica reduz a espasticidade atuando na junção mioneural, aumentando a liberação de acetilcolina.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

35. Na artrogripose, as deformidades típicas do quadril são: flexão, adução e rotação interna.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

36. Na coalizão óssea talocalcânea medial, com deformidade fixa do retropé em valgo de até 15 graus, o tratamento indicado é a artrodese talonavicular.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

37. Na enfermidade de FREIBERG no adolescente, sem melhora após tratamento não cirúrgico, está indicada a curetagem e enxertia óssea da cabeça do segundo metatarsal.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

38. A osteotomia de SALTER na displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ) não muda a configuração e a capacidade do acetábulo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

- 39.** A falha de segmentação circunferencial simétrica da coluna vertebral não causa deformidade angular ou rotatória, levando à perda da mobilidade.
- () Certo () Errado () Não sei
- 40.** A luxação congênita da cabeça radial raramente está associada a outras anormalidades congênitas do cotovelo ou antebraço.
- () Certo () Errado () Não sei
- 41.** Na classificação ultra-sonográfica de GRAF do quadril displásico da criança, a luxação inferior, o teto acetabular deficiente e o labrum evertido correspondem ao tipo IV.
- () Certo () Errado () Não sei
- 42.** O sarcoma de EWING e os tumores neuroectodérmicos primitivos (PNET) apresentam a mesma translocação nos cromossomos 11 e 22.
- () Certo () Errado () Não sei
- 43.** O condroblastoma é um tumor benigno da região epifisária que evolui com invasão da articulação, sendo a curetagem o tratamento indicado.
- () Certo () Errado () Não sei
- 44.** Em crianças, o rabdomiossarcoma do subtipo embrionário ocorre preferencialmente nas extremidades.
- () Certo () Errado () Não sei
- 45.** Na doença de PERTHES, os seguintes fatores são relacionados ao prognóstico: idade no início do quadro; fechamento prematuro da placa de crescimento; e grau de acometimento da epífise.
- () Certo () Errado () Não sei

46. Na paralisia cerebral espástica tetraplégica, com limitação da abdução em 20 graus e quadris subluxados (menos de 50%), o tratamento recomendado é a liberação dos músculos adutores e psoas.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

47. Na deficiência focal proximal do fêmur, a coxa apresenta-se em flexão, rotação externa e abdução.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

48. A artrite séptica do quadril em crianças, secundária à osteomielite do colo femoral, é devida aos vasos que cruzam a placa de crescimento.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

49. Na deformidade ântero-lateral congênita da tíbia em crianças, o tratamento recomendado é a osteotomia corretiva com fixação intramedular.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

50. O pé talo vertical é caracterizado por convexidade plantar e equino fixo associados à dorsiflexão e à abdução do mediopé.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

51. No pé cavo, o teste de COLEMAN avalia a flexibilidade do antepé e a necessidade de osteotomia do primeiro metatarsal.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

52. No pé paralítico, com paralisia dos fibulares e do tibial anterior, a transferência indicada é a do músculo tibial posterior pela membrana interóssea.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

53. Na paralisia braquial obstétrica, o acometimento dos músculos paraescapulares é indicativo de mau prognóstico.

() Certo

() Errado

() Não sei

54. Na mão torta radial, a centralização apresenta melhores resultados quando realizada após a idade de 8 anos.

() Certo

() Errado

() Não sei

55. Polidactilia pós-axial na mão, em crianças da raça negra, é caracteristicamente associada a outras malformações.

() Certo

() Errado

() Não sei

56. No joelho varo secundário à displasia fibrocartilaginosa focal da tibia, na fase inicial, o tratamento recomendado é a ressecção da lesão.

() Certo

() Errado

() Não sei

57. Na macrodactilia, observa-se aumento de volume de todas as estruturas, como pele, nervo, tendão e osso que, apesar de hipertróficas, são normais.

() Certo

() Errado

() Não sei

58. No menisco discóide lateral, os sintomas de ressaltado e dor ocorrem após sua ruptura.

() Certo

() Errado

() Não sei

59. Na tibia vara de BLOUNT, em crianças de quatro anos, a osteotomia deve corrigir somente a deformidade angular, pois a rotacional resolve-se com o crescimento.

() Certo

() Errado

() Não sei

60. Em crianças, os cistos poplíteos, quando localizados na região póstero-medial, são indicativos de artrite reumatóide.

() Certo

() Errado

() Não sei

61. A paracoccidiodomicose (blastomicose sul-americana) causa artrite ou osteomielite de forma secundária, sendo que a maioria ocorre até a idade de 20 anos e é raro o acometimento ósseo isolado.

() Certo

() Errado

() Não sei

62. São manifestações do raquitismo: alargamento das grandes articulações, baixa estatura e cifoescoliose.

() Certo

() Errado

() Não sei

63. Na osteogênese imperfeita, o defeito básico está no colágeno dos tipos II e III.

() Certo

() Errado

() Não sei

64. Na osteomielite, a lesão inicial é causada pela produção de prostaglandina E, que estimula a reabsorção óssea pelos osteoclastos.

() Certo

() Errado

() Não sei

65. Os pacientes com síndrome de MORQUIO (mucopolissacaridose tipo IV) apresentam inteligência normal.

() Certo

() Errado

() Não sei

66. Na neurofibromatose do tipo I, a escoliose distrófica apresenta curva acentuada, progressiva e de raio curto.

() Certo

() Errado

() Não sei

67. A displasia epifisária múltipla apresenta epífise femoral semelhante à doença de PERTHES, com presença de cisto, acometimento bilateral assimétrico e alteração acetabular.

() Certo

() Errado

() Não sei

68. As miopatias, ao contrário das neuropatias, comprometem mais acentuadamente os músculos proximais que os distais.

() Certo

() Errado

() Não sei

69. A acondroplasia caracteriza-se por nanismo rizomélico, displasia de quadril e joelho valgo progressivo.

() Certo

() Errado

() Não sei

70. A displasia osteofibrosa da tíbia envolve inicialmente a medular diafisária, e o tratamento, nesta fase, é a curetagem.

() Certo

() Errado

() Não sei

71. No torcicolo congênito tratado por liberação proximal, há risco de lesão do nervo acessório.

() Certo

() Errado

() Não sei

72. Na espondilolistese ístmica L5-S1 em crianças de oito anos, com escorregamento de 30%, há indicação de artrodese, devido à possibilidade de progressão com o crescimento.

() Certo

() Errado

() Não sei

73. Na escoliose secundária à mielomeningocele em crianças entre cinco e dez anos, o tratamento preferencial é conservador com uso de colete tipo TLSO.

() Certo

() Errado

() Não sei

74. Na escoliose idiopática infantil de um paciente de sete meses de idade, com curva de 15 graus, não se recomenda tratamento, pois o prognóstico é de resolução espontânea.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

75. Na escoliose idiopática do adolescente com curva torácica de 25 graus e sinal de RISSER III, a possibilidade de progressão é superior a 60%.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

ADULTO

76. A fratura de estresse do navicular apresenta traço usualmente com orientação sagital.
() Certo () Errado () Não sei
77. Na artroplastia total do quadril, é esperada perda sangüínea de até 1500 ml.
() Certo () Errado () Não sei
78. No tratamento da artrose medial do joelho, a artroplastia unicompartmental propicia um índice de sucesso inicial maior, com menos complicações imediatas, quando comparada à osteotomia.
() Certo () Errado () Não sei
79. Na osteoporose, existe tanto aumento da atividade osteoclástica quanto diminuição da atividade osteoblástica.
() Certo () Errado () Não sei
80. A artro-ressonância do ombro permite identificar a *GLAD lesion*, que é a lesão de BANKART associada à avulsão de fragmento da cartilagem articular da glenóide.
() Certo () Errado () Não sei
81. No hálux valgo, são fatores etiológicos intrínsecos: varismo do primeiro metatarsal, fórmula digital do tipo egípcio e index minus.
() Certo () Errado () Não sei

82. Na síndrome do pronador, o quadro característico é a alteração do movimento de pinça entre o polegar e o indicador, sem alteração da sensibilidade.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

83. São contra-indicações de prótese unicompartmental de joelho: contratura em flexão de 5 graus ou mais; arco de movimento pré-operatório menor que 90 graus; deformidade angular maior que 15 graus; e deficiência do ligamento cruzado anterior.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

84. No mieloma múltiplo, o tratamento clássico é a quimioterapia, com bom prognóstico.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

85. No tratamento cirúrgico do osteoma osteóide, recomenda-se a ressecção em bloco envolvendo o nicho e o tecido esclerótico circundante.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

86. O tumor de células gigantes é benigno, com agressividade local e sem risco de metástase pulmonar.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

87. No condrossarcoma tratado cirurgicamente, a característica avascular do tecido cartilaginoso favorece a recidiva local.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

88. Metástases ósseas de origem desconhecida são mais provavelmente devidas a tumor de pulmão ou de rim.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

- 89.** Nas metástases ósseas localizadas distalmente ao cotovelo e ao joelho, o tumor primário mais provável é o de pulmão.
() Certo () Errado () Não sei
- 90.** Na osteonecrose do quadril, a técnica de descompressão diminui a pressão intra-óssea, melhora a vascularização e impede a progressão da doença.
() Certo () Errado () Não sei
- 91.** A osteotomia intertrocantérica de valgização, no tratamento da osteoartrose do quadril, desloca o centro de rotação do quadril lateralmente, reduzindo a área de carga na cabeça femoral.
() Certo () Errado () Não sei
- 92.** A principal causa da síndrome do piriforme é a variação anatômica desse músculo.
() Certo () Errado () Não sei
- 93.** A coxartrose secundária ao acetábulo protruso (OTTO *pelvis*) ocorre com mais frequência bilateralmente e em mulheres jovens.
() Certo () Errado () Não sei
- 94.** Na suspeita de infecção após artroplastia total do quadril, a cintilografia óssea com gálio 67 ou índio 111 define se a infecção é profunda ou superficial.
() Certo () Errado () Não sei
- 95.** A lesão labral no quadril do atleta é mais freqüente na região anterior.
() Certo () Errado () Não sei

96. A artroplastia total do quadril para conversão de artrodese proporciona melhores resultados em pacientes mais jovens, e com menor tempo entre os procedimentos.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

97. Na artroplastia total do quadril, o aumento do *offset* predispõe à fratura ou à soltura da haste, e sua diminuição, à luxação da prótese.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

98. No pé reumático, o comprometimento da articulação interfalângica distal é indicativo de espondiloartropatia soronegativa.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

99. A protetização com pé do tipo SACH está indicada em adultos que possuem músculo quadríceps femoral forte e ausência de contratura em flexão do joelho.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

100. Na artrodese do quadril, o joelho ipsilateral é o segmento com mais sobrecarga e sintomas dolorosos a longo prazo.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

101. A osteocondrite dissecante lateral do tálus é de etiologia traumática.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

102. No pé diabético, a neuroartropatia de padrão hipertrófico é mais freqüente no tornozelo que no pé.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

- 103.** Na fase de médio apoio da marcha normal, a ação do músculo solear é excêntrica, desacelerando a dorsiflexão do tornozelo.
() Certo () Errado () Não sei
- 104.** No hálux rígido, a queilectomia é indicada quando existe preservação do espaço articular.
() Certo () Errado () Não sei
- 105.** O ângulo de valgismo interfalângico do hálux é considerado normal até 15 graus.
() Certo () Errado () Não sei
- 106.** Na lesão do plexo braquial, a síndrome de CLAUDE-BERNARD HORNER resulta da interrupção das fibras simpáticas pré ganglionares no nível das raízes de C8 e T1.
() Certo () Errado () Não sei
- 107.** As lesões parciais do tendão do supra-espinal são mais frequentes em sua face articular, apesar de ser menor a vascularização na face bursal.
() Certo () Errado () Não sei
- 108.** Na artroplastia do ombro, a lesão maciça irreparável do manguito rotador é contra-indicação relativa para a substituição da superfície da glenóide.
() Certo () Errado () Não sei
- 109.** Na instabilidade glenoumeral anterior tratada cirurgicamente, a presença do sinal do sulco é indicação para o fechamento do espaço dos rotadores.
() Certo () Errado () Não sei

- 110.** Nas lesões SLAP do tipo II, o tendão da porção longa do bíceps braquial está lesado, sendo seu reparo necessário juntamente com o da lesão labral.
- () Certo () Errado () Não sei
- 111.** O quadro clínico do tumor glômico caracteriza-se por hiperalgesia difusa no dedo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 112.** No ombro, o procedimento de TIKHOFF-LINBERG consiste na ressecção da clavícula e do terço proximal do úmero, com preservação da escápula.
- () Certo () Errado () Não sei
- 113.** Na artrodese glenoumeral, a presença de processo degenerativo na articulação acromioclavicular é indicação de sua fusão concomitante.
- () Certo () Errado () Não sei
- 114.** Na rizartrose, a trapezectomia apresenta resultados insatisfatórios devido à instabilidade resultante.
- () Certo () Errado () Não sei
- 115.** No tratamento cirúrgico aberto da síndrome do túnel do carpo, existe o risco de lesão do nervo sensitivo palmar do mediano, que se localiza medialmente ao tendão do palmar longo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 116.** No exame clínico da tenossinovite infecciosa da mão, observam-se dedos em posição de extensão e dor à palpação da bainha flexora.
- () Certo () Errado () Não sei

117. Na doença de KIENBÖCK, estágio I de LICHTMAN, o tratamento não cirúrgico com imobilização por cerca de três meses apresenta bom resultado.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

118. A deformidade de MADELUNG é mais freqüente no sexo feminino e apresenta limitação da extensão do punho e supinação do antebraço.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

119. Na mão reumatóide, quando ocorre a ruptura simultânea dos tendões extensores dos dedos médio, anular e mínimo, está contra-indicada a transposição do flexor superficial.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

120. A artroplastia total do joelho está contra-indicada em pacientes patelelectomizados.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

121. Na artroplastia total do joelho, realizada após osteotomia tibial de subtração, necessita-se maior ressecção óssea para facilitar a colocação dos implantes.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

122. Na contratura de DUPUYTREN, o comprometimento do cordão lateral causa contratura em flexão da articulação interfalângica distal.

☐ Certo

☐ Errado

☐ Não sei

- 123.** lesão do menisco medial, do tipo vertical na zona vermelha vermelha, com menos de 10 mm de extensão, visualizada durante a reconstrução do ligamento cruzado anterior, deve ser suturada.
() Certo () Errado () Não sei
- 124.** A osteonecrose espontânea do côndilo femoral medial é causada por fratura subcondral por estresse.
() Certo () Errado () Não sei
- 125.** Na dor femoropatelar com presença de osteófitos e aumento da tensão do retináculo patelar lateral, indica-se a liberação retinacular.
() Certo () Errado () Não sei
- 126.** Na reconstrução do ligamento cruzado anterior, o túnel tibial deve se localizar no sítio de inserção do feixe pósterio-lateral.
() Certo () Errado () Não sei
- 127.** Nas lesões isoladas do ligamento cruzado posterior, o aumento da rotação lateral da tíbia acima de 10 graus, em relação ao joelho normal, está presente tanto a 30 como a 90 graus de flexão.
() Certo () Errado () Não sei
- 128.** Na luxação do joelho há, necessariamente, ruptura dos dois ligamentos cruzados.
() Certo () Errado () Não sei
- 129.** Na osteocondrite dissecante da patela, a cintilografia óssea auxilia no diagnóstico diferencial com o defeito dorsal da patela.
() Certo () Errado () Não sei

- 130.** A lesão aguda do ligamento cruzado anterior está associada mais freqüentemente à lesão periférica longitudinal do menisco medial.
- () Certo () Errado () Não sei
- 131.** O tromboembolismo pulmonar é diagnosticado adequadamente, antes do óbito, em menos da metade dos casos.
- () Certo () Errado () Não sei
- 132.** Na tuberculose óssea da coluna, a cultura do material retirado do disco envolvido é positiva em cerca de 10% dos casos.
- () Certo () Errado () Não sei
- 133.** Na osteoporose, a massa óssea é mantida por até um ano após a suspensão do tratamento com alendronato, possibilitando a terapia cíclica de longo prazo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 134.** Na pseudartrose, a estimulação elétrica influencia a proliferação celular e a produção de tecido ósseo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 135.** As fraturas patológicas secundárias a metástases de tumor do pulmão acontecem na fase terminal da doença.
- () Certo () Errado () Não sei
- 136.** Pacientes HIV-positivos, sem evidências clínicas de síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), submetidos à cirurgia ortopédica com uso de implantes apresentam risco de infecção pós-operatória similar aos pacientes soronegativos.
- () Certo () Errado () Não sei

- 137.** Na infecção osteoarticular, a cintilografia com gálio 67 é mais específica devido a sua captação pelos granulócitos e pelas bactérias.
- () Certo () Errado () Não sei
- 138.** São indicações primárias de enxerto ósseo vascularizado no fêmur: a osteonecrose da cabeça do fêmur e a pseudartrose infectada.
- () Certo () Errado () Não sei
- 139.** No tratamento da fratura exposta do fêmur, a haste intramedular fresada está indicada.
- () Certo () Errado () Não sei
- 140.** O arco funcional do cotovelo, segundo MORREY, é de 30 a 130 graus de flexoextensão e 50 graus em cada direção na pronossupinação.
- () Certo () Errado () Não sei
- 141.** Na artrite reumatóide juvenil, a iridociclite é característica da forma poliarticular.
- () Certo () Errado () Não sei
- 142.** Pacientes portadores de lombalgia têm incidência similar de espinha bífida, vértebra de transição e nódulos de SCHMORL, quando comparados à população normal assintomática.
- () Certo () Errado () Não sei
- 143.** Na artrodese vertebral intersomática pósterio-lateral (PLIF), a desvantagem é a impossibilidade de excisão de todo o disco intervertebral.
- () Certo () Errado () Não sei

- 144.** Na epicondilite lateral do cotovelo, o tratamento com infiltração de corticóide é contra-indicado.
- () Certo () Errado () Não sei
- 145.** A estenose sintomática do canal vertebral lombar ocorre mais frequentemente nos canais em forma de trevo, pois estes possuem menor área de secção transversal.
- () Certo () Errado () Não sei
- 146.** Na hérnia de disco cervical, o nível mais frequentemente acometido é o C5-C6, onde existe maior mobilidade intervertebral nos planos sagital e coronal.
- () Certo () Errado () Não sei
- 147.** Na hérnia de disco lombar com indicação cirúrgica, a retirada da herniação deve ser associada à artrodese vertebral.
- () Certo () Errado () Não sei
- 148.** O colágeno dos tendões está alinhado em forma circular, independentemente da direção da contração muscular.
- () Certo () Errado () Não sei
- 149.** Na discite infecciosa, o microrganismo se instala inicialmente na placa terminal do corpo vertebral, invadindo secundariamente o disco.
- () Certo () Errado () Não sei
- 150.** Na espondilite anquilosante, o sítio primário de acometimento vertebral é a interface corpo-disco.
- () Certo () Errado () Não sei

TRAUMA

- 151.** A pronação dolorosa tem maior incidência entre os seis e os oito anos de idade.
() Certo () Errado () Não sei
- 152.** No tratamento da fratura da diáfise do fêmur em criança, o uso da placa induz maior hipercrecimento do que a fixação intramedular.
() Certo () Errado () Não sei
- 153.** Na fratura transcervical do fêmur, a taxa de necrose avascular é mais alta na criança do que no adulto.
() Certo () Errado () Não sei
- 154.** Na fratura da cabeça do rádio com angulação acima de 30 graus, em criança, o tratamento é a redução aberta com fixação interna.
() Certo () Errado () Não sei
- 155.** Na fratura do côndilo lateral do úmero com três semanas de evolução e desvio dos fragmentos, em criança, o tratamento indicado é a redução aberta e a fixação.
() Certo () Errado () Não sei
- 156.** Na fratura do epicôndilo medial do úmero associada à luxação do cotovelo, a manobra de redução é a causa da interposição intra articular do fragmento.
() Certo () Errado () Não sei

- 157.** Na fratura da região proximal da diáfise da tíbia em crianças, a seqüela mais freqüentemente encontrada é a deformidade em valgo.
() Certo () Errado () Não sei
- 158.** Na fratura do colo do fêmur em criança, a necrose avascular do tipo III de RATLIFF tem o pior prognóstico.
() Certo () Errado () Não sei
- 159.** A fratura triplanar do tornozelo em criança tem aspecto de SALTER-HARRIS do tipo III na radiografia ântero-posterior, e do tipo II na incidência em perfil.
() Certo () Errado () Não sei
- 160.** A luxação glenoumeral no indivíduo esqueleticamente imaturo é rara, pois a placa fisária proximal do úmero é parcialmente intracapsular.
() Certo () Errado () Não sei
- 161.** Na fratura da extremidade lateral da clavícula em crianças, a lesão dos ligamentos coracoclaviculares é rara.
() Certo () Errado () Não sei
- 162.** O descolamento epifisário na falange distal da mão provoca deformidade em flexão da interfalângica distal, como no dedo em martelo.
() Certo () Errado () Não sei
- 163.** A reconstrução extra-articular do ligamento cruzado anterior em indivíduo esqueleticamente imaturo é a melhor indicação de tratamento.
() Certo () Errado () Não sei

- 164.** O descolamento epifisário distal do fêmur do tipo II de SALTER HARRIS raramente causa seqüelas fisárias definitivas.
() Certo () Errado () Não sei
- 165.** O médico deve notificar somente casos confirmados de maus tratos, conforme determinação do Estatuto da Criança e do Adolescente.
() Certo () Errado () Não sei
- 166.** Nos descolamentos epifisários dos tipos II, III e IV de SALTER HARRIS, ocorre comprometimento de todas as camadas da placa fisária, o que não é observado no tipo I.
() Certo () Errado () Não sei
- 167.** Na síndrome de VOLKMANN decorrente de fratura do antebraço em crianças, os músculos flexores radial e ulnar do carpo são os mais gravemente acometidos.
() Certo () Errado () Não sei
- 168.** No tratamento não cirúrgico das fraturas da diáfise dos ossos do antebraço em crianças, o restabelecimento do arco de movimento de 50 graus de pronação a 50 graus de supinação não é aceitável.
() Certo () Errado () Não sei
- 169.** Na fratura diafisária em “galho verde” dos ossos do antebraço com angulação dorsal, o tratamento com manutenção da integridade da cortical não-fraturada deve ser feito com o antebraço em supinação máxima.
() Certo () Errado () Não sei

- 170.** As fraturas diafisárias dos ossos do antebraço em crianças têm menor potencial de remodelação quanto mais proximal for a lesão.
() Certo () Errado () Não sei
- 171.** Na fratura-luxação de MONTEGGIA em crianças, o tipo II de BADO deve ser tratado preferencialmente com redução fechada e imobilização do membro superior com o cotovelo a 90 graus de flexão.
() Certo () Errado () Não sei
- 172.** O cúbito valgo progressivo é a seqüela mais comum da pseudartrose das lesões fisárias do côndilo lateral do úmero.
() Certo () Errado () Não sei
- 173.** A síndrome de SCIWORA é encontrada em crianças e ocorre pelo fato de a elasticidade do conjunto disco-vértebra ser maior que a da medula espinhal.
() Certo () Errado () Não sei
- 174.** A subluxação rotatória atlantoaxial do tipo III de FIELDING HAWKINS, em crianças, apresenta desvio anterior superior a 5 mm e risco de lesão neurológica.
() Certo () Errado () Não sei
- 175.** A instabilidade C1-C2 em criança é rara, sendo mais freqüente em condições patológicas, tais como na artrite reumatóide e nas síndromes de DOWN, REITER e LARSEN.
() Certo () Errado () Não sei
- 176.** A fratura da diáfise do fêmur deve ser tratada com haste intramedular bloqueada dinâmica, pelo maior risco de retardo na consolidação, quando se utiliza o bloqueio estático.
() Certo () Errado () Não sei

- 177.** Na dissociação escafolunar aguda, a lesão típica do ligamento interósseo é a avulsão no escaféide.
- () Certo () Errado () Não sei
- 178.** Na luxação do cotovelo, a ausência de pulsos distais contra-indica a redução fechada.
- () Certo () Errado () Não sei
- 179.** Na fratura cominutiva da cabeça do rádio, sua excisão isolada é contra-indicada se houver associação com ruptura do ligamento colateral medial do cotovelo ou com a lesão de ESSEX LOPRESTI.
- () Certo () Errado () Não sei
- 180.** No tratamento da fratura do colo do fêmur, a prótese bipolar apresenta menor incidência de luxação e de protrusão, em relação à unipolar.
- () Certo () Errado () Não sei
- 181.** Na fixação da fratura diafisária do úmero com placa, a via de acesso posterior oferece exposição mais direta do nervo radial, com menos risco de paralisia intra-operatória.
- () Certo () Errado () Não sei
- 182.** A ressecção ulnar em *wafer* é técnica indicada para o tratamento da artrose radiulnar distal.
- () Certo () Errado () Não sei
- 183.** A consolidação viciosa da diáfise do úmero com desvio angular de até 30 graus, encurtamento de 2 a 3 cm e rotação de 15 graus, é bem tolerada, com um mínimo de comprometimento funcional.
- () Certo () Errado () Não sei

- 184.** Na fratura metafisária da tíbia tratada por haste bloqueada, a dinamização resulta em aumento da incidência de quebra por fadiga do material de síntese e da perda da redução da fratura.
() Certo () Errado () Não sei
- 185.** A fratura de BARTON equivale ao tipo 23-B1 da classificação AO.
() Certo () Errado () Não sei
- 186.** A escala GLASGOW para pacientes em coma usa como parâmetros a abertura dos olhos, a resposta motora e a resposta verbal.
() Certo () Errado () Não sei
- 187.** Na luxação aguda da patela, o tratamento cirúrgico com realinhamento distal não é recomendado porque aumenta o risco de artrofibrose e limitação da mobilidade.
() Certo () Errado () Não sei
- 188.** Na fratura da coluna toracolumbar descrita por CHANCE, o ligamento longitudinal anterior está lesado.
() Certo () Errado () Não sei
- 189.** Na lesão de MONTEGGIA tipo III de BADO, a fratura da ulna é mais proximal do que nos tipos I e II.
() Certo () Errado () Não sei
- 190.** Na fratura dos ossos do carpo, o risco de necrose avascular é maior no escafoide e no capitato porque possuem suprimento vascular único.
() Certo () Errado () Não sei

- 191.** No traumatismo da pelve, a presença de fratura por avulsão do processo transverso de L5 é indicativa de lesão instável.
() Certo () Errado () Não sei
- 192.** Na fratura subtrocanterica do fêmur, a força resultante da ação muscular leva a encurtamento e varismo.
() Certo () Errado () Não sei
- 193.** A fratura-explosão da coluna toracolumbar, estável, com invasão de 40% do canal medular, sem lesão neurológica, deve ser tratada com imobilização em hiperextensão.
() Certo () Errado () Não sei
- 194.** Na fratura ou pseudartrose infectada, a fixação estável é fator primordial no controle e resolução da infecção.
() Certo () Errado () Não sei
- 195.** Na fratura da diáfise do úmero, deve-se evitar a fixação com haste intramedular bloqueada, quando o diâmetro da medular for menor que 9 mm ou na paralisia do nervo radial.
() Certo () Errado () Não sei
- 196.** A fratura odontóide do tipo II de ANDERSON e D'ALONZO está associada a alta taxa de pseudartrose com o tratamento não-cirúrgico.
() Certo () Errado () Não sei
- 197.** Nos traumatismos da coluna, o paciente em choque medular deve ser avaliado nas primeiras 24 horas após a lesão, para uma melhor previsão de sua recuperação funcional.
() Certo () Errado () Não sei

- 198.** A lesão do ligamento colateral medial associada à fratura do planalto lateral da tíbia, se não tratada, tem mau prognóstico, porque causa instabilidade.
- () Certo () Errado () Não sei
- 199.** Na fratura do colo do tálus, o diagnóstico radiográfico de necrose asséptica (sinal de HAWKINS) é feito entre a 6ª e a 8ª semanas após o trauma.
- () Certo () Errado () Não sei
- 200.** Na fratura da patela fixada por banda de tensão, os fios de KIRSCHNER devem ser colocados no lado de tensão do osso, ou seja, na sua face cortical posterior.
- () Certo () Errado () Não sei
- 201.** A pseudartrose de tíbia é com frequência multifatorial, sendo a neuropatia um dos fatores causadores.
- () Certo () Errado () Não sei
- 202.** Na síndrome compartimental anterior da perna, ocorre diminuição da sensibilidade no primeiro espaço interdigital.
- () Certo () Errado () Não sei
- 203.** O tratamento funcional dinâmico (SARMIENTO) é contra-indicado para fraturas da tíbia com desvio de mais de um terço do diâmetro da diáfise, devido ao retardo de consolidação.
- () Certo () Errado () Não sei
- 204.** No paciente politraumatizado com fratura proximal da tíbia, a tração transesquelética é uma forma inaceitável de tratamento.
- () Certo () Errado () Não sei

- 205.** No tratamento da fratura do terço proximal da tíbia com haste intramedular, é comum ocorrer deformidade em valgo e recurvato.
() Certo () Errado () Não sei
- 206.** No tratamento da fratura metafisária da tíbia, a haste intramedular leva a maior incidência de pseudartrose do que a placa.
() Certo () Errado () Não sei
- 207.** Na luxação traumática do quadril com lesão do nervo ciático, transferências tendinosas não devem ser realizadas antes de um ano de evolução.
() Certo () Errado () Não sei
- 208.** Na fratura intertrocantérica com obliquidade reversa, a placa e o parafuso deslizante de 135 graus conferem estabilidade, sem necessidade de osteotomia.
() Certo () Errado () Não sei
- 209.** No tratamento cirúrgico da lesão aguda do tendão do calcâneo, o reforço da sutura com o tendão fibular, com o plantar delgado ou com o próprio gastrocnêmio leva a menor índice de re-ruptura do que a sutura simples do tendão.
() Certo () Errado () Não sei
- 210.** A fratura por impacção da cabeça do fêmur ocorre com a luxação anterior do quadril, do tipo inferior.
() Certo () Errado () Não sei
- 211.** Na fratura distal (baixa) da coluna anterior do acetábulo, o tratamento é não cirúrgico.
() Certo () Errado () Não sei

- 212.** A fratura do tálus com consolidação viciosa do colo em varo resultará num antepé rígido e supinado.
() Certo () Errado () Não sei
- 213.** Na fratura do tornozelo por supinação e rotação externa, o primeiro elemento a falhar é o ligamento tibiofibular anterior.
() Certo () Errado () Não sei
- 214.** Na fratura-luxação de LISFRANC, o tratamento indicado para a 4ª e a 5ª articulações tarsometatarsais é a redução cirúrgica e a fixação com parafusos.
() Certo () Errado () Não sei
- 215.** Na luxação acromioclavicular do tipo IV de ROCKWOOD, a melhor avaliação radiográfica é pela incidência de “ZANCA”.
() Certo () Errado () Não sei
- 216.** Na fratura do pilão tibial, o desbridamento da flictena aumenta a taxa de complicações.
() Certo () Errado () Não sei
- 217.** A fratura do colo anatômico do úmero, sem desvio, associada à luxação, deve ser fixada profilaticamente antes da redução da articulação, pois isso previne a necrose avascular da cabeça umeral.
() Certo () Errado () Não sei
- 218.** A fratura da extremidade proximal do úmero em quatro partes apresenta melhores resultados quando tratada por meio de redução aberta e fixação interna.
() Certo () Errado () Não sei

219. Na fratura do colo da escápula, desvios angulares acima de 40 graus tendem a converter as forças compressivas exercidas pelo manguito rotador em forças de cisalhamento.

() Certo

() Errado

() Não sei

220. Na lesão do tendão extensor da mão na zona VI, a preservação da extensão do dedo ocorre pela presença das lâminas interdigitais.

() Certo

() Errado

() Não sei

221. Na lesão por arrancamento do tendão flexor digital profundo, a tenodese está indicada na impossibilidade de enxerto tendinoso.

() Certo

() Errado

() Não sei

222. Na fratura do terço médio da clavícula tratada não cirurgicamente, a frequência de pseudartrose depende principalmente do grau de desvio inicial.

() Certo

() Errado

() Não sei

223. Na luxação aguda da cabeça do rádio, está indicada a reconstrução do ligamento anular.

() Certo

() Errado

() Não sei

224. Na lesão do nervo mediano, a polpa do indicador apresenta sudorese até duas semanas após o trauma.

() Certo

() Errado

() Não sei

225. Na Fratura-Luxação de BENNETT, o desvio do metacarpal ocorre pela tração divergente dos músculos abdutor longo e adutor do polegar.

() Certo

() Errado

() Não sei

- 226.** No dedo em martelo tratado pela técnica cirúrgica de BROOKS GRANER, os melhores resultados ocorrem nas lesões com até 20 dias.
- () Certo () Errado () Não sei
- 227.** Na fratura da extremidade distal do rádio tratada pelo método de ULSON, o fio lateral deve ser introduzido no processo estilóide do rádio, e o medial, no tubérculo de LISTER.
- () Certo () Errado () Não sei
- 228.** Na luxação do joelho com lesão da artéria poplítea, o cirurgião deve limitar as reparações das lesões ligamentares àquelas visíveis pela via de acesso para a abordagem vascular.
- () Certo () Errado () Não sei
- 229.** Na deformidade em botoeira, a tensão aumentada nos tendões extensores laterais é responsável pela hiperextensão da articulação interfalângica distal.
- () Certo () Errado () Não sei
- 230.** Na lesão condral traumática do joelho, os condrócitos viáveis originam agrupamentos de novas células que migram para o local da lesão, produzindo nova matriz que preenche o defeito existente, sem restaurar a cartilagem em seu estado original.
- () Certo () Errado () Não sei
- 231.** Na fratura supracondiliana aberta do fêmur, a exposição óssea ocorre com maior frequência na região pósteromedial da coxa.
- () Certo () Errado () Não sei

- 232.** Nos casos de politrauma com traumatismo crânio-encefálico grave, a osteossíntese dos ossos longos e da pelve está indicada se a pressão intracraniana estiver estável e entre 30 e 40 mmHg.
- () Certo () Errado () Não sei
- 233.** Na fratura por avulsão da tuberosidade anterior da tíbia, deslocada, o tratamento não cirúrgico está indicado nos casos com déficit de extensão ativa de até 20 graus.
- () Certo () Errado () Não sei
- 234.** A fratura exposta do tipo III de GUSTILLO e ANDERSON deve ser submetida a um novo desbridamento 36 a 72 horas após o procedimento inicial.
- () Certo () Errado () Não sei
- 235.** Na fratura do fêmur por projétil de arma de fogo de baixa energia, a limpeza dos planos profundos é obrigatória.
- () Certo () Errado () Não sei
- 236.** A amputação aberta circular é preferível à amputação com retalho cutâneo invertido por favorecer o fechamento secundário.
- () Certo () Errado () Não sei
- 237.** A fratura provocada por projétil de arma de fogo de alta velocidade à “queima-roupa” deve ser submetida a lavagem, desbridamento, fixação provisória e fechamento de pele, postergando-se a osteossíntese definitiva.
- () Certo () Errado () Não sei
- 238.** Na fratura da diáfise do fêmur tratada com placas ortogonais, a retirada deve ser realizada em dois tempos, com seis meses de intervalo.
- () Certo () Errado () Não sei

- 239.** Na pseudartrose infectada da diáfise do fêmur com perda óssea, a utilização de apenas uma fíbula vascularizada apresenta alto risco de refratura.
- () Certo () Errado () Não sei
- 240.** Na fratura segmentar do rádio, é indicada a fixação intramedular, quando não houver placa suficientemente longa para a osteossíntese.
- () Certo () Errado () Não sei
- 241.** Na pseudartrose de um dos ossos do antebraço com perda de substância, o tratamento indicado é o encurtamento do osso íntegro e a osteossíntese de ambos.
- () Certo () Errado () Não sei
- 242.** Na pseudartrose da diáfise do fêmur tratada com haste intramedular, a primeira indicação de tratamento é a sua troca por outra de diâmetro maior.
- () Certo () Errado () Não sei
- 243.** No tratamento cirúrgico da instabilidade rotatória pósterio-lateral crônica do cotovelo, é necessária a reconstrução da porção ulnar do ligamento colateral lateral.
- () Certo () Errado () Não sei
- 244.** Na fratura multifragmentária da extremidade distal do úmero, a técnica do saco de ossos (*bag of bones*) causa rigidez do cotovelo.
- () Certo () Errado () Não sei
- 245.** Considera-se que até 80% de ressecção do olécrano não traz prejuízo da estabilidade articular, desde que o processo coronóide e as estruturas anteriores estejam intactos.
- () Certo () Errado () Não sei

- 246.** No segmento C3 a C7 da coluna cervical, a luxação bifacetária é provocada por mecanismo de distração-flexão, ocorrendo subluxação anterior de aproximadamente 50% do corpo vertebral.
- () Certo () Errado () Não sei
- 247.** No traumatismo raquimedular, a “preservação sacral” indica que não houve lesão medular completa.
- () Certo () Errado () Não sei
- 248.** Na ressecção da cabeça do rádio após fratura, deve ser realizado o teste de estresse em valgo com o cotovelo a 30 graus de flexão, para avaliar as condições do ligamento colateral medial.
- () Certo () Errado () Não sei
- 249.** Na fratura cominutiva da cabeça do rádio associada à fratura do capítulo, a excisão tardia da cabeça (após seis semanas) proporciona melhores resultados do que quando realizada precocemente.
- () Certo () Errado () Não sei
- 250.** Na espondilolistese traumática do eixo (fratura de HANGMAN), o tipo II de LEVINE e EDWARDS deve ser tratado com haloveste (halocolete), estando contra-indicada a tração cervical.
- () Certo () Errado () Não sei

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª edição, p. 1950.
2. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott/Manole. 4ª edição, vol. I, p. 58.
3. Atualização em conhecimentos ortopédicos. Ortopedia pediátrica. AAOS/SBOT. p. 393.
4. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott/Manole. 4ª edição, vol. I, p. 44.
5. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 1378.
6. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 2001. 5ª edição, Chap. 45, p. 1897.
7. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 735.
8. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 735.
9. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 187.
10. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 1ª edição, p. 6.
11. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 1203.
12. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1994; p. 255.
13. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 26.
14. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. p.198.
15. Código de Ética Médica. Art. 81.
16. Salter R.B., Harris W.R. p. 4.
17. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, vol. II, p. 1751.
18. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, vol. II, p. 1551.
19. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, vol. III, p. 2434.
20. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 2ª edição, p. 15.
21. Sobotta - Atlas de Anatomia Humana. 19ª edição, vol. 1, p. 265.
22. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. July / August 2000; vol. 8, nº 4, p. 243.
23. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 2ª edição, p. 35.
24. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 2ª edição, p. 342.
25. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, vol. II, p. 1715.
26. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, p. 1169.
27. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 729.
28. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. July / August 2000; vol. 8, nº 4, p. 243.
29. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 2ª edição, p. 35.
30. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 2ª edição, p. 342.
31. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, vol. II, p. 1715.
32. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, p. 1169.
33. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 729.

28. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 331.
29. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, p. 2843.
30. Atualização em conhecimentos ortopédicos. Ortopedia pediátrica. AAOS/SBOT. p. 193.
31. Atualização em conhecimentos ortopédicos. Ortopedia pediátrica. AAOS/SBOT. p. 66.
32. Atualização em conhecimentos ortopédicos. Ortopedia pediátrica. AAOS/SBOT. p. 235.
33. Atualização em conhecimentos ortopédicos. Ortopedia pediátrica. AAOS/SBOT. p. 249.
34. Atualização em conhecimentos ortopédicos. Ortopedia pediátrica. AAOS/SBOT. p. 23.
35. Atualização em conhecimentos ortopédicos. Ortopedia pediátrica. AAOS/SBOT. p. 92.
36. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, vol. 4, p. 2600.
37. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, vol. 2 p. 1008.
38. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. p. 424.
39. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, p. 2197.
40. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, p. 184.
41. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, p. 325.
42. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 5ª edição, p. 542.
43. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 4ª edição, p. 443.
44. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 5ª edição, p. 593 (port.).
45. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 4ª edição, p. 968.
46. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. vol. 2/1.
47. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 327.
48. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi; 2001. vol. 2/1, p. 149.
49. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 4ª edição, p. 324.
50. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 4ª edição, p. 1090.
51. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 612.
52. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, p. 1940.
53. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, p. 2013.
54. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 254.
55. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 4ª edição, p. 820.
56. Revista Brasileira de Ortopedia. Abril 2005; p. 215.
57. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. p. 172.
58. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 4ª edição, p. 324.
59. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 4ª edição, p. 1057.
60. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 4ª edição, p. 1065.
61. Revista Brasileira de Ortopedia. Maio 2005; p. 288.
62. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 749.

63. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 757.
64. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 3ª edição, p. 584.
65. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 4ª edição, p. 292.
66. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, p. 1296.
67. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 4ª edição, p. 233.
68. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 3ª edição, p. 538.
69. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 4ª edição, p. 206.
70. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 5ª edição, p. 447.
71. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 4ª edição, p. 753.
72. Atualização em conhecimentos ortopédicos. Ortopedia pediátrica. AAOS/SBOT. p. 150.
73. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 848.
74. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 4ª edição, p. 640.
75. Atualização em conhecimentos ortopédicos. Ortopedia pediátrica. AAOS/SBOT. p. 118.
76. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª edição, p. 2099.
77. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 346.
78. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi; vol. 6/2, p. 338.
79. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott/Manole. vol I, p. 296.
80. Revista Brasileira de Ortopedia. Novembro / Dezembro 2005; vol. 40, nº 11-12, p. 631.
81. Revista Brasileira de Ortopedia. Junho 2005.
82. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 236.
83. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, vol. 1, p. 261.
84. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 846.
85. Hebert Sízínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 777.
86. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 813.
87. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 835.
88. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 735.
89. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 848.
90. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 948.
91. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 936.
92. Journal Bone & Joint Surgery. July 1999;81:941-949.
93. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 375.
94. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 427.
95. Journal Bone & Joint Surgery. May 2005;87(A):1137-1145.
96. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p.193.
97. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 320.

98. Hebert Sizínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 640.
99. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 5ª edição, p. 1262.
100. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 188.
101. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, vol. 2, p. 1524.
102. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 1999; vol. 7, nº 1, p. 9.
103. Hebert Sizínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 41.
104. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 7ª edição, vol. II p. 886.
105. Hebert Sizínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 595.
106. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, vol. II, p. 1703.
107. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. January / February 1999; vol. 7, nº 1, p. 33.
108. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, vol. I, p. 490.
109. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, vol. III, p. 2405.
110. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. September / October 1998; vol. 5, nº 5, p. 308.
111. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 2ª edição, p. 387.
112. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 749.
113. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, vol. I, p. 207.
114. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 8ª edição, p. 3575.
115. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 8ª edição, p. 3697.
116. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 8ª edição, p. 3745.
117. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 8ª edição, p. 3382.
118. Morrissy RT, Weinstein SL. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott Manole. 4ª edição, p. 825.
119. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 8ª edição, p. 3567.
120. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 2003, p. 260.
121. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 2003, p. 279.
122. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 8ª edição, p. 3686.
123. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 2001. 5th Edition, chap. 45, p. 1881.
124. Journal Bone & Joint Surgery. June 2000; 82-A (6):858-866.
125. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 2003, p. 2317.
126. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 2003, p. 2262.
127. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 2003, p. 2211.
128. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 2113.
129. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 2003, p. 1159-1161.
130. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 2003, p. 2255.
131. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 454.
132. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 715.
133. Journal Bone & Joint Surgery. April 2001; 83-B(3):316-323.
134. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 283.
135. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 849.

136. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. November / December 1996; vol. 4, nº 6, p. 299.
137. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, p. 570.
138. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 365.
139. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. May / June 2003; vol. 11, nº 3, p. 216.
140. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. Março de 2002. vol. 3/1, p. 1.
141. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 907.
142. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott/Manole. 5th Edition, p. 482.
143. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. May / June 1995; vol. 3, nº 3, p. 135.
144. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 2362.
145. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. July / August 1999; vol. 7, nº 4, p. 139.
146. Hebert Sizínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 156.
147. Hebert Sizínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 159.
148. Hebert Sizínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 29.
149. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott/Manole. 5ª edição, p. 141.
150. Weinstein SL, Buckwalter JA. Turek's orthopaedics: principles and their application. Philadelphia: Lippincott/Manole. 5ª edição, p. 173.
151. Hebert Sizínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 1059.
152. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª edição, p. 1120.
153. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª edição, p. 1027.
154. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª edição, p. 724.
155. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, vol. 4, p. 3111.
156. Tachdjian MO. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª edição, p. 3133.
157. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª edição, p. 1081.
158. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª edição, p. 925.
159. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª edição, p. 1130.
160. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª edição, p. 784.
161. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª edição, p. 762.
162. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª edição, p. 281.
163. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª edição, p. 1052.
164. Hebert Sizínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª edição, p. 1300.
165. Código de Ética Médica. Artigo 102 e Estatuto da Criança e do Adolescente.
166. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª edição, p. 93, 97.
167. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. July / August 1996; vol. 4, nº 4, p. 217.
168. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. May / June 1998; vol. 6, nº 3, p. 147.
169. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª edição, p. 452.

170. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. May / June 1998; vol. 6, nº 3, p. 147.
171. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5th Edition, p. 546.
172. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5th Edition, p. 637.
173. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5th Edition, p. 822.
174. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5th Edition, p. 836.
175. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5th Edition, p. 836.
176. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, p. 1967.
177. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª edição, p. 604.
178. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª edição, p. 770.
179. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, p. 1463.
180. Atualização em conhecimentos ortopédicos: Trauma. AAOS/ SBOT. Levine, p. 116.
181. Atualização em conhecimentos ortopédicos: Trauma. AAOS/ SBOT. Levine, p. 30.
182. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª edição, p. 473.
183. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, p. 1542.
184. Atualização em conhecimentos ortopédicos: Trauma. AAOS/ SBOT. p. 174.
185. Atualização em conhecimentos ortopédicos: Trauma. AAOS/ SBOT. p. 71.
186. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 1996. 4th Edition, Chap. 2, Table 2-5, p. 129.
187. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 1996. 4th Edition, Chap. 29.
188. Atualização em conhecimentos ortopédicos: Trauma. AAOS/ SBOT. p. 340.
189. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 1996. 4th Edition, Chap. 13, Pictures 13-46, p. 915.
190. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 1996. 4th Edition, Chap. 12, Pictures 12-11, p. 757.
191. Atualização em conhecimentos ortopédicos: Trauma. AAOS/ SBOT. p. 216.
192. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 1996. 4th Edition, Chap. 26.
193. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, vol. 2, p. 1545.
194. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, vol. 3, p. 2707.
195. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª edição, Chap. 30, p. 1138.
196. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, vol. 2, p. 1485.
197. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, vol. 2, p. 1533.
198. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, vol. 3, p. 2792.
199. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, vol. 2, p. 2305.
200. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª edição, vol. 2, p. 1734.
201. Atualização em conhecimentos ortopédicos: Trauma. AAOS/ SBOT. p. 176.
202. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, vol. II, p. 2204.
203. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, vol. II, p. 2223.
204. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, vol. II, p. 2180.
205. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. Dezembro 2004. vol. 5/4, p. 932.
206. Atualização em conhecimentos ortopédicos: Trauma. AAOS/ SBOT. p. 176.

207. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 1ª edição, vol. II, p. 1744.
208. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 1724.
209. Journal Bone & Joint Surgery. July 1999;81-A(7):1019-1036.
210. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 1763.
211. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 1634.
212. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 2005; vol. III, nº 1, p. 22.
213. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, vol. II p. 2349.
214. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 2003; vol. I, nº 3, p. 171.
215. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. January / February 1997; vol. 5, nº 1, p. 12.
216. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. July / August 2000; vol. 8, nº 4, p. 256.
217. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, vol. III, p. 2991.
218. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, vol. III, p. 2992.
219. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, vol. II, p. 1660.
220. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª edição, p. 369.
221. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 8ª edição, p. 3274.
222. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, vol. II, p. 1683.
223. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 8ª edição, p. 1456.
224. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 8ª edição, p. 3344.
225. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 8ª edição, p. 3296.
226. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª edição, p. 361.
227. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª edição, p. 435.
228. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 2003, p. 2303.
229. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª edição, p. 363.
230. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 2001. 5ª edição, cap. 8, p. 265.
231. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 2001. 5ª edição, p. 1733.
232. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 142.
233. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 3ª edição, p. 1722 (Port.).
234. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, cap. 50, p. 2684.
235. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 321.
236. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 544.
237. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, cap. 50, p. 2677.
238. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 2829.
239. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 365.
240. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, p. 1420.
241. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 3157.
242. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, p. 3147.
243. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi. Março de 2002. vol. 3/1, p. 109.
244. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 4ª edição, p. 946.
245. Rockwood CA et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 2002. 5ª edição, vol. 1, p. 939.

- 246. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, vol. II, p. 1629.
- 247. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, vol. II, p. 1598.
- 248. Atualização em conhecimentos ortopédicos: Trauma. AAOS/ SBOT. 1998, p. 53.
- 249. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª edição, p. 1463.
- 250. Canale ST. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª edição, vol. II, p. 1627.