

S B O T

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Caro Residente,

Este é o **TESTE DE AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA (TARO) 2007**. 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.

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

São 100 questões de múltipla escolha com apenas uma alternativa correta.

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

Marco Antônio Percope de Andrade	Presidente
César Rubens da Costa Fontenelle	Vice-presidente
Wilson de Mello Alves Júnior	Secretário Executivo
Osmar Pedro Arbix de Camargo	Secretário Adjunto
Francisco Carlos Salles Nogueira	
João Baptista Gomes dos Santos	
Renato Brito de Alencastro Graça	
Roberto Luiz Sobania	
Rui Maciel de Godoy Jr.	

1. O exame de imagem “padrão ouro” para diagnóstico da fratura oculta do escafóide é a
 - a) radiografia simples.
 - b) ultra-sonografia.
 - c) tomografia computadorizada.
 - d) ressonância magnética.

2. Após a reparação de uma lesão nervosa, a primeira percepção sensorial que retorna é
 - a) a dor.
 - b) o estímulo vibratório.
 - c) o toque estático.
 - d) o toque em movimento.

3. Na epicondilite lateral do úmero, o tendão mais comumente acometido é o
 - a) extensor ulnar do carpo.
 - b) extensor comum dos dedos.
 - c) extensor radial longo do carpo.
 - d) extensor radial curto do carpo.

4. Na artroplastia total do quadril, a diminuição do módulo de elasticidade da haste femoral diminui
 - a) o estresse na haste.
 - b) o estresse no terço proximal da massa de cimento.
 - c) o estresse no osso.
 - d) a massa óssea proximal.

5. Um projétil de arma de fogo alojado no colo do fêmur, em comunicação com a articulação, sem contato com a superfície condral e sem prejuízo da mobilidade deve ser removido devido à possibilidade de
- a) fratura secundária.
 - b) infecção.
 - c) migração.
 - d) toxicidade do chumbo.
6. Na fratura distal do fêmur do tipo C2 da classificação AO, os princípios a serem obedecidos na escolha do tratamento são de estabilidade
- a) relativa na fratura articular e absoluta na fratura metafisária.
 - b) absoluta na fratura articular e relativa na fratura metafisária.
 - c) relativa em ambas as fraturas.
 - d) absoluta em ambas as fraturas.
7. Na insuficiência do tendão do tibial posterior, as deformidades encontradas são:
- a) retropé varo, abdução do mediopé e supinação do antepé.
 - b) retropé valgo, adução do mediopé e supinação do antepé.
 - c) retropé varo, adução do mediopé e pronação do antepé.
 - d) retropé valgo, abdução do mediopé e pronação do antepé.

- 8.** Na fratura da coluna toracolumbar causada por flexão-distração, o fulcro da flexão está situado
- a) anteriormente ao ligamento longitudinal anterior.
 - b) no ligamento longitudinal anterior.
 - c) posteriormente ao ligamento longitudinal anterior.
 - d) no ligamento longitudinal posterior.
- 9.** Na deformidade de SPRENGEL,
- a) o acometimento é mais freqüentemente bilateral.
 - b) o osso omovertebral está sempre presente.
 - c) o sexo masculino é o mais acometido.
 - d) o trapézio é o músculo mais freqüentemente comprometido.
- 10.** Na tíbia vara de BLOUNT, ocorre torção
- a) medial da tíbia e joelho recurvado.
 - b) lateral da tíbia e joelho recurvado.
 - c) medial da tíbia e joelho flexo.
 - d) lateral da tíbia e joelho flexo.
- 11.** Entre as fraturas abaixo, a de melhor indicação para o tratamento com fios de KIRSCHNER percutâneos é a do tipo AO 23
- a) B3.
 - b) C1.
 - c) C2.
 - d) C3.

- 12.** Na lesão de GALEAZZI, o achado radiográfico que sugere ruptura da articulação radiulnar distal é
- a) a fratura da ponta do processo estilóide da ulna.
 - b) a sobreposição da ulna distal com o rádio na incidência ântero-posterior.
 - c) o encurtamento do rádio maior que 5 mm na incidência ântero-posterior.
 - d) o desvio angular da diáfise do rádio na incidência em perfil.
- 13.** Na rigidez do cotovelo,
- a) a manipulação sob anestesia é a primeira opção de tratamento, independentemente do tempo de contratura.
 - b) a melhor indicação para liberação artroscópica é a de causa intrínseca com destruição articular.
 - c) o tratamento por artroplastia de distração, com ou sem interposição fascial, está indicado se houver aderência intra-articular extensa.
 - d) a via de acesso lateral isolada NÃO deve ser usada, se forem necessárias liberações anterior e posterior.
- 14.** Na gonartrose tratada por desbridamento artroscópico, o fator pré-operatório que está relacionado à expectativa de bom resultado é
- a) a presença de sintomas mecânicos.
 - b) a dor em repouso.
 - c) o início insidioso.
 - d) a longa duração dos sintomas.

15. Na fratura do colo do fêmur fixada com placa e parafuso deslizante, para se alcançar estabilidade rotacional e melhor suporte, um parafuso adicional cranial deve ser inserido, especialmente quando houver fragmentação
- a) inferior.
 - b) anterior.
 - c) superior.
 - d) posterior.
16. No pé plano valgo flexível,
- a) o antepé está pronado em relação ao retropé.
 - b) o ligamento interósseo talocalcâneo está tenso.
 - c) a porção anterior do calcâneo está deslocada no sentido lateral e plantar.
 - d) a cabeça do tálus está deslocada no sentido lateral.
17. A principal estrutura que impede a redução da luxação metacarpofalangiana do indicador é
- a) o ligamento transverso superficial.
 - b) o músculo lumbrical.
 - c) a placa volar.
 - d) o tendão flexor.
18. Na síndrome compartimental do antebraço, os músculos mais acometidos são os flexores
- a) superficial dos dedos e radial do carpo.
 - b) superficial dos dedos e longo do polegar.
 - c) profundo dos dedos e longo do polegar.
 - d) profundo dos dedos e radial do carpo.

- 19.** Na fratura em duas partes do colo cirúrgico do úmero, a angulação anterior da fratura é causada pelo músculo
- a) deltóide.
 - b) grande dorsal.
 - c) bíceps braquial.
 - d) peitoral maior.
- 20.** Na biomecânica do joelho, o torque máximo exercido pelo quadríceps para estender o joelho ocorre entre
- a) 60 graus e 45 graus.
 - b) 45 graus e 30 graus.
 - c) 30 graus e 15 graus.
 - d) 15 graus e 0 grau.
- 21.** Na osteossíntese intramedular das fraturas diafisárias, o material de síntese com maior possibilidade de infecção é a haste
- a) sólida em aço.
 - b) canulada em aço.
 - c) sólida em titânio.
 - d) canulada em titânio.
- 22.** Na metástase óssea de origem desconhecida, os tumores primários mais prováveis são os de:
- a) mama e próstata.
 - b) tireóide e estômago.
 - c) intestino e pâncreas.
 - d) pulmão e rim.

- 23.** Na lesão do anel pélvico, segundo a classificação de YOUNG-BURGESS, a fratura em crescente da asa do íliaco corresponde ao mecanismo de
- a) compressão lateral, estágio I.
 - b) compressão lateral, estágio II.
 - c) compressão ântero-posterior, estágio I.
 - d) compressão ântero-posterior, estágio II.
- 24.** Na hérnia de disco lombar, o bom resultado após infiltração epidural de corticóide está relacionado à presença prévia de
- a) dor ciática subaguda ou crônica.
 - b) alterações motoras.
 - c) alterações de reflexos.
 - d) mielografia positiva.
- 25.** Na epifisiólise proximal do fêmur,
- a) a zona hipertrófica aumenta, podendo ocupar até 80% da espessura da placa epifisária.
 - b) a zona de repouso geralmente está hipocelular.
 - c) a placa epifisária é freqüentemente hipercelular.
 - d) as fibras de colágeno estão aumentadas na zona hipertrófica.
- 26.** A coalizão subtalar mais freqüente é a que acomete, no calcâneo, a faceta articular
- a) anterior.
 - b) média.
 - c) lateral.
 - d) posterior.

- 27.** Comparado ao enxerto de pele total, o enxerto parcial
- a) tem integração mais difícil.
 - b) é mais maleável após a cicatrização.
 - c) tem maior tendência à retração.
 - d) deixa menos seqüela na área doadora.
- 28.** Na complicação da fratura em galho verde no antebraço, a refratura
- a) ocorre em média três meses após a fratura inicial.
 - b) é mais comum em crianças acima de 12 anos de idade.
 - c) é mais comum na extremidade distal do que na diáfise.
 - d) ocorre principalmente na junção do calo ósseo com o osso normal.
- 29.** Na fratura da extremidade distal da clavícula, segundo a classificação de NEER e ROCKWOOD,
- a) o tipo I corresponde à manutenção dos ligamentos conóide e trapezóide no fragmento proximal.
 - b) o tipo IIA corresponde à lesão do ligamento conóide, com o ligamento trapezóide preso ao fragmento distal.
 - c) o tipo IIB corresponde à manutenção dos ligamentos conóide e trapezóide no fragmento distal.
 - d) o tipo III corresponde a luxação acromioclavicular.

- 30.** Na fratura do colo do fêmur da criança,
- a) o tipo I deve ser tratado cirurgicamente, independentemente da idade e do desvio da fratura.
 - b) o tipo II se desviado, deve ser tratado com redução e fixação com parafusos.
 - c) o tipo III é preferencialmente tratado apenas com imobilização gessada.
 - d) o tipo IV de DELBET é preferencialmente tratado com redução e fixação.
- 31.** Na osteomielite hematogênica aguda, a velocidade de hemossedimentação em comparação com a proteína C reativa
- a) é mais específica.
 - b) é menos sensível.
 - c) normaliza-se mais precocemente com o tratamento.
 - d) tem os seus valores elevados mais precocemente.
- 32.** Na rizartrose, segundo EATON e LITTLER, destruição articular, cistos e esclerose subcondrais e osteófito maior que 2 mm são sinais indicativos do estágio
- a) I.
 - b) II.
 - c) III.
 - d) IV.

- 33.** Na fratura do capítulo do úmero, a complicação mais freqüente é a
- a) pseudartrose.
 - b) limitação do movimento articular.
 - c) consolidação viciosa.
 - d) osteonecrose.
- 34.** Na luxação do joelho com ausência de pulsos distais após a redução, a conduta mais bem indicada é
- a) a exploração imediata para reparo vascular.
 - b) fazer um DOPPLER do membro afetado na emergência.
 - c) fazer arteriografia imediata do membro afetado.
 - d) a observação clínica, considerando-se a alta probabilidade de espasmo vascular.
- 35.** Na osteonecrose da cabeça do fêmur no adulto,
- a) a retirada de apoio com muletas, nas fases iniciais, não é uma forma eficaz de tratamento.
 - b) a descompressão da cabeça na fase III de FICAT e ARLET detém a progressão da doença.
 - c) a osteotomia rotacional de SUGIOKA está indicada quando o envolvimento da cabeça é de até 50%.
 - d) os resultados com a hemiartroplastia de superfície da cabeça do fêmur são superiores aos da artroplastia total do quadril.
- 36.** No reparo cirúrgico do tendão calcâneo, devem ser respeitados os múltiplos vasos do mesotendão situados na superfície tendinosa
- a) lateral.
 - b) medial.
 - c) anterior.
 - d) posterior.

- 37.** A espondilite anquilosante
- a) afeta as mulheres com mais frequência, geralmente nas segunda e terceira décadas de vida.
 - b) progride atingindo vértebras de situação mais cefálica, em direção às vértebras caudais.
 - c) está associada com o antígeno HLA-B27, na grande maioria dos casos.
 - d) provoca deposição óssea no corpo vertebral.
- 38.** A artropatia do ombro, conseqüente à lesão maciça do manguito rotador, tem como sinais radiográficos característicos:
- a) sinal da sobancelha, osteófito inferior na cabeça umeral e diminuição do espaço articular.
 - b) subluxação inferior da cabeça umeral, sinal da sobancelha e osteófito inferior na cabeça umeral.
 - c) diminuição do espaço articular, subluxação inferior da cabeça umeral e sinal da sobancelha.
 - d) osteófito inferior na cabeça umeral, diminuição do espaço articular e subluxação inferior da cabeça umeral.
- 39.** Na escoliose idiopática, a órtese está indicada
- a) somente durante o dia.
 - b) em curva de 45 graus.
 - c) se o sinal de RISSER for de no máximo 3.
 - d) se a cartilagem trirradiada estiver fechada.

- 40.** Na fratura supracondiliana do úmero em criança, do tipo III de GARTLAND, com ausência do pulso distal, a primeira medida a ser tomada é a
- a) imobilização do cotovelo em posição neutra.
 - b) arteriografia de urgência.
 - c) redução fechada imediata e fixação.
 - d) redução aberta por acesso anterior.
- 41.** A mielomeningocele
- a) tem sua incidência reduzida pela ingestão diária de ácido fólico por gestantes, a partir do terceiro mês.
 - b) apresenta lesão neurológica de caráter não-progressivo.
 - c) apresenta maior incidência de medula presa, quando é torácica.
 - d) está associada à reação alérgica ao látex.
- 42.** Na doença de KIENBÖCK, a associação correta entre o estágio de LICHTMAN e o tratamento mais adequado é:
- a) estágio I – osteotomia de encurtamento do rádio.
 - b) estágio II – prótese de silicone.
 - c) estágio III – ressecção do semilunar.
 - d) estágio IV – artrodese triescafóide.
- 43.** Nas fraturas cominutivas da cabeça do rádio no adulto, a ressecção isolada da cabeça está contra-indicada na presença de ruptura
- a) da cápsula anterior.
 - b) do ligamento colateral lateral radial.
 - c) do ligamento colateral lateral ulnar.
 - d) do ligamento colateral medial.

- 44.** Na ruptura aguda do tendão patelar na junção osteotendinosa proximal, a forma mais indicada de tratamento é a sutura direta com pontos transósseos
- a) sem reforço biológico.
 - b) associada a reforço com os tendões flexores.
 - c) associada a reforço com o tendão do quadríceps.
 - d) associada a reforço com o tendão calcâneo homólogo.
- 45.** Na artrose do quadril, a osteotomia proximal de valgização do fêmur está indicada
- a) nas deformidades fixas em abdução.
 - b) quando a amplitude de flexão mínima é de 45 graus.
 - c) quando existe maior congruência da cabeça no acetábulo com o quadril em abdução.
 - d) quando se objetiva a transferência do centro de rotação do quadril medialmente.
- 46.** Na fratura do calcâneo com depressão articular, a incidência radiográfica em perfil mostrará ângulos de GISSANE e BÖHLER normais, se o afundamento ocorrer na metade
- a) lateral da faceta anterior.
 - b) medial da faceta anterior.
 - c) lateral da faceta posterior.
 - d) medial da faceta posterior.
- 47.** Na artroplastia total do joelho, para centralização do trilhamento patelar, o componente
- a) patelar deve estar posicionado mais lateralmente.
 - b) tibial deve estar posicionado em rotação lateral.
 - c) femoral deve estar posicionado mais medialmente.
 - d) femoral deve estar posicionado em rotação medial.

- 48.** O restritor estático primário da translação posterior do ombro é o ligamento
- a) glenoumeral inferior.
 - b) glenoumeral médio.
 - c) glenoumeral superior.
 - d) coracoumeral.
- 49.** Na síndrome de GRISEL,
- a) a criança freqüentemente está afebril.
 - b) não existe espasmo muscular.
 - c) a subluxação ocorre entre a segunda e a terceira vértebras cervicais.
 - d) a redução espontânea ocorre na maioria das vezes.
- 50.** O retardo de consolidação da fratura do côndilo lateral do úmero na criança
- a) é provocado pela tração dos músculos flexores do antebraço.
 - b) ocorre com maior freqüência nos casos tratados cirurgicamente.
 - c) geralmente é devido à interposição da cápsula articular.
 - d) tem relação com a presença do líquido sinovial que inibe a formação de fibrina.

51. No raquitismo

- a) por osteodistrofia renal, os níveis de fosfatase alcalina no sangue estão normais.
- b) por osteodistrofia renal, os níveis de cálcio na urina estão elevados.
- c) por deficiência de vitamina D, os níveis de cálcio e fósforo no sangue estão diminuídos.
- d) por deficiência de vitamina D, a reabsorção tubular de fosfatos está aumentada.

52. Na doença de DUPUYTREN, são estruturas que formam a corda espiral:

- a) banda pré-tendinosa, bainha digital lateral e ligamento de GRAYSON.
- b) ligamento transverso superficial, banda pré-tendinosa e bainha digital lateral.
- c) banda pré-tendinosa, ligamento transverso superficial e ligamento de GRAYSON.
- d) ligamento de GRAYSON, bainha digital lateral e ligamento transverso superficial.

53. Na fratura do olécrano, está contra-indicada a osteossíntese com banda de tensão se

- a) a fratura for por avulsão.
- b) o traço de fratura for oblíquo.
- c) houver fratura associada do rádio.
- d) a superfície articular estiver multifragmentada.

- 54.** Na fratura da espinha tibial da criança, a principal implicação da consolidação viciosa é a
- a) limitação da extensão.
 - b) instabilidade anterior.
 - c) dor persistente.
 - d) artrofibrose.
- 55.** No tratamento cirúrgico da fratura do planalto tibial, o controle radiográfico peroperatório na incidência em perfil deve mostrar
- a) a linha do planalto lateral convexa e do medial côncava.
 - b) a linha do planalto lateral côncava e do medial convexa.
 - c) ambas as linhas dos planaltos convexas.
 - d) ambas as linhas dos planaltos côncavas.
- 56.** Na lesão da LISFRANC, uma das causas de irredutibilidade da luxação é a interposição do tendão
- a) tibial anterior no espaço entre o primeiro e o segundo metatarsais.
 - b) tibial posterior no espaço entre o primeiro e o segundo metatarsais.
 - c) tibial anterior no espaço entre o segundo e o terceiro metatarsais.
 - d) tibial posterior no espaço entre o segundo e o terceiro metatarsais.
- 57.** Na capsulite adesiva do ombro, a perda de movimento inicia-se comumente pela
- a) flexão.
 - b) extensão.
 - c) rotação medial.
 - d) rotação lateral.

- 58.** No ombro, a incidência radiográfica que melhor identifica o lábio ântero-inferior da glenóide é a
- a) de STRYKER.
 - b) de WEST POINT.
 - c) apical oblíqua.
 - d) ântero-posterior com rotação medial do úmero.
- 59.** Na doença de SCHEUERMANN, a escoliose associada geralmente apresenta curva de
- a) 10 a 20 graus, que progride rapidamente.
 - b) 10 a 20 graus, que progride raramente.
 - c) 20 a 40 graus, que progride rapidamente.
 - d) 20 a 40 graus, que progride raramente.
- 60.** Na sinostose radiulnar proximal congênita tratada por osteotomia, há maior risco de síndrome compartimental quando
- a) a osteotomia for distal ao sítio da sinostose.
 - b) houver derrotação acima de 60 graus.
 - c) a osteotomia for fixada com placa e parafusos.
 - d) for utilizada imobilização gessada.
- 61.** Na pseudartrose congênita da tíbia, segundo BOYD, o tipo III apresenta
- a) fratura ao nascimento.
 - b) constrição em ampulheta da tíbia.
 - c) neurofibroma intra-ósseo.
 - d) cistos ósseos.

- 62.** Segundo a teoria da instabilidade perilunar progressiva de MAYFIELD, a luxação do semilunar em relação ao rádio ocorre no estágio
- a) I.
 - b) II.
 - c) III.
 - d) IV.
- 63.** Na compressão do nervo radial na bifurcação em ramos superficial e profundo, poupa o músculo
- a) supinador.
 - b) extensor ulnar do carpo.
 - c) extensor radial longo do carpo.
 - d) extensor dos dedos.
- 64.** Na avaliação radiográfica do cotovelo da criança,
- a) o ângulo de BAUMANN é formado pelas linhas da diáfise do úmero e da superfície articular.
 - b) o ângulo metáfiso-diafisário é formado pelas linhas da diáfise do úmero e da placa epifisária do côndilo lateral.
 - c) o ângulo úmero-ulnar corresponde à expressão radiográfica do ângulo de carregamento do cotovelo.
 - d) a linha umeral anterior, traçada na radiografia em perfil, deve passar na porção anterior do centro de ossificação do côndilo lateral.
- 65.** Na lesão aguda do ligamento cruzado anterior, o achado freqüente e característico na ressonância magnética é a
- a) lesão do menisco medial.
 - b) lesão do menisco lateral.
 - c) contusão óssea no côndilo tibial medial.
 - d) contusão óssea no côndilo femoral lateral.

- 66.** Durante a fixação de uma fratura trocantérica instável, existe maior possibilidade de desvio anterior do fragmento proximal no lado
- a) direito, devido ao desenho da rosca do parafuso deslizante.
 - b) direito, devido ao formato da placa.
 - c) esquerdo, devido ao desenho da rosca do parafuso deslizante.
 - d) esquerdo, devido ao formato da placa.
- 67.** Lesão lítica na metáfise distal do fêmur, insuflativa, excêntrica, de crescimento rápido, com aspecto radiográfico tipo “favo de mel”, em paciente jovem, é sugestiva de
- a) tumor de células gigantes.
 - b) fibroma condromixóide.
 - c) cisto ósseo aneurismático.
 - d) condroblastoma.
- 68.** No hálux valgo, o tratamento cirúrgico pela técnica de MITCHELL consiste na
- a) sesamoidectomia lateral, liberação do tendão adutor do hálux e da cápsula lateral.
 - b) ressecção parcial da falange proximal e liberação do tendão adutor do hálux.
 - c) osteotomia da porção distal do primeiro metatarsal.
 - d) osteotomia em “V” proximal do primeiro metatarsal.

- 69.** Na espondilolistese, segundo BOXALL, o fator preditivo de progressão do escorregamento mais significativo é o ângulo de deslizamento maior que
- a) 25 graus.
 - b) 35 graus.
 - c) 45 graus.
 - d) 55 graus.
- 70.** Na doença de LEGG-CALVÉ-PERTHES, o fator de pior prognóstico é a
- a) deformidade residual da cabeça femoral.
 - b) horizontalização da placa epifisária.
 - c) idade de início da doença.
 - d) extensão do envolvimento epifisário.
- 71.** Na osteossíntese intramedular de uma fratura diafisária da tíbia com diástase após a introdução da haste, segundo os princípios AO, a seqüência é
- a) bloqueio distal / redução da diástase / bloqueio proximal.
 - b) bloqueio proximal / redução da diástase / bloqueio distal.
 - c) redução da diástase / bloqueio proximal / bloqueio distal.
 - d) redução da diástase / bloqueio distal / bloqueio proximal.
- 72.** Gamaglobulinopatia com pico monoclonal na imunoeletroforese está presente
- a) no linfoma.
 - b) no hiperparatireoidismo.
 - c) na osteomielite.
 - d) no mieloma.

- 73.** No ombro flutuante, a fixação da fratura do colo da escápula deve ser realizada se houver desvio maior que:
- a) 10 graus.
 - b) 20 graus.
 - c) 30 graus.
 - d) 40 graus.
- 74.** No tratamento cirúrgico da hérnia de disco cervical, a via de acesso anterior deve ser feita à
- a) esquerda, para evitar a lesão do nervo vago.
 - b) direita, para evitar a lesão do nervo vago.
 - c) esquerda, para evitar a lesão do nervo laríngeo recorrente.
 - d) direita, para evitar a lesão do nervo laríngeo recorrente.
- 75.** No pé torto congênito, o maior obstáculo à redução do complexo talocalcaneonavicular é
- a) o ligamento tibionavicular.
 - b) o ligamento calcaneonavicular plantar.
 - c) a cápsula talonavicular.
 - d) o tendão do tibial posterior.
- 76.** Na paralisia cerebral, o quadril luxado apresenta
- a) o trocanter menor aumentado.
 - b) diminuição do índice acetabular.
 - c) menos dor que o quadril subluxado.
 - d) retroversão femoral.

77. Na reparação tendinosa da mão, o método mais bem indicado para sutura de tendões flexores de diâmetros diferentes é o de
- a) BUNNELL.
 - b) KLEINERT.
 - c) PULVERTAFT.
 - d) TAJIMA.
78. Na fratura de MONTEGGIA em criança, a técnica de BELL TOWSE para reconstrução do ligamento anular utiliza
- a) o enxerto do tendão do palmar longo.
 - b) a porção medial do tendão do tríceps.
 - c) a porção central do tendão do tríceps.
 - d) o enxerto de fáscia lata.
79. Na osteocondrite dissecante do joelho do adolescente, o prognóstico torna-se mais favorável com o tratamento não cirúrgico se
- a) os sintomas iniciarem no final da adolescência e início da vida adulta.
 - b) a localização for clássica, no côndilo medial do fêmur.
 - c) existe esclerose acentuada.
 - d) a lesão for maior que 4,5 cm².

- 80.** Na fratura da diáfise do fêmur, em criança com cinco anos de idade, o tratamento com imobilização gessada imediata está indicado
- a) quando existe encurtamento inicial de até 3 centímetros.
 - b) nos casos com grande edema da coxa.
 - c) quando existem fraturas associadas no membro ipsilateral.
 - d) quando existe encurtamento de 4 centímetros no teste da telescopagem de THOMPSON.
- 81.** Na fratura do tornozelo do tipo supinação-rotação externa, segundo LAUGE-HANSEN, a ordem seqüencial das lesões é:
- a) fratura do maléolo medial/lesão da sindesmose anterior
fratura oblíqua do maléolo lateral/lesão da sindesmose posterior.
 - b) ruptura do ligamento deltóide/lesão da sindesmose posterior/fratura oblíqua do maléolo lateral/lesão da sindesmose posterior.
 - c) lesão da sindesmose anterior/fratura oblíqua do maléolo lateral/lesão da sindesmose posterior/ruptura do ligamento deltóide.
 - d) lesão da sindesmose posterior/fratura oblíqua do maléolo lateral/lesão da sindesmose anterior/fratura do maléolo medial.
- 82.** A incidência de condrossarcoma secundário é mais freqüente
- a) na doença de OLLIER.
 - b) na síndrome de MAFFUCCI.
 - c) na osteocondromatose múltipla.
 - d) no condroblastoma.

- 83.** Na instabilidade do ombro, a lesão de MACLAUGHLIN está localizada na cabeça umeral na sua porção
- a) ântero-lateral.
 - b) ântero-medial.
 - c) pósterio-lateral.
 - d) pósterio-medial.
- 84.** A pouca resistência do disco intervertebral às forças de cisalhamento horizontal é devida à
- a) má ancoragem das fibrilas colágenas nos 2/3 externos do anel fibroso.
 - b) composição do núcleo pulposo prevalentemente de fibrilas colágenas frouxas.
 - c) composição do anel fibroso de glicosaminoglicanos não agregados.
 - d) falta de conexão fibrilar do colágeno ósseo subcondral com a cartilagem discal.
- 85.** A osteogênese imperfeita, de acordo com SILLENCE, apresenta
- a) herança autossômica recessiva nos tipos IVA e IVB.
 - b) prognóstico favorável no tipo II.
 - c) esclera normal nos tipos IVA e IVB.
 - d) escoliose em mais de 40% dos casos nos tipos IA e IB.
- 86.** O prognóstico do sarcoma de EWING é pior
- a) na raça negra.
 - b) no sexo feminino.
 - c) caso haja translocação entre os cromossomos 11 e 22.
 - d) se houver baixa resposta à quimioterapia neoadjuvante.

- 87.** Na mão reumatóide com deformidade em pescoço de cisne do tipo IV de NALEBUFF, está indicada a
- a) liberação dos intrínsecos.
 - b) tenodese flexora da articulação interfalangiana proximal.
 - c) reconstrução do ligamento retinacular.
 - d) artrodese interfalangiana proximal.
- 88.** Na luxação do cotovelo com instabilidade pósterolateral, a última estrutura a ser lesada é
- a) o ligamento colateral radial.
 - b) a cápsula posterior.
 - c) a banda posterior do ligamento colateral medial.
 - d) a banda anterior do ligamento colateral medial.
- 89.** Na luxação aguda da patela, é indicação de tratamento cirúrgico na fase aguda a presença de
- a) patela alta.
 - b) lesão do retináculo medial.
 - c) fratura osteocondral.
 - d) ângulo “Q” aumentado.
- 90.** A curvatura anterior do fêmur de um adulto é menor em
- a) brancos.
 - b) negros.
 - c) asiáticos.
 - d) índios.

- 91.** Fratura exposta da diáfise tibial com perda de pele e síndrome de esmagamento com ampla zona de lesão, mas sem lesão neurovascular, é classificada pelo sistema de pontuação AO como:
- a) IO3-MT5-NV2.
 - b) IO4-MT4-NV1.
 - c) IO3-MT4-NV2.
 - d) IO4-MT5-NV1.
- 92.** A deformidade do pé que mais comumente causa metatarsalgia é o
- a) pé eqüino.
 - b) antepé triangular simples.
 - c) antepé cavo.
 - d) antepé convexo simples.
- 93.** Na fratura de JEFFERSON, a estabilidade da lesão é dependente da integridade do ligamento
- a) alar.
 - b) apical.
 - c) transverso.
 - d) nugal.
- 94.** Na paralisia braquial obstétrica, evidencia-se
- a) presença do reflexo de MORO no lado envolvido.
 - b) ausência de movimento do membro e deformidade em flexão do cotovelo.
 - c) síndrome de HORNER pelo comprometimento de T2, no tipo KLUMPKE.
 - d) comprometimento dos músculos deltóide, bíceps braquial e supinador no tipo ERB-DUCHENNE.

- 95.** Na mão torta radial, o tipo II de BAYNE e KLUG corresponde à
- a) ausência completa do rádio.
 - b) ausência parcial do rádio.
 - c) hipoplasia da epífise distal do rádio.
 - d) hipoplasia total do rádio.
- 96.** No osteossarcoma, a seqüência correta de tratamento é
- a) cirurgia / quimioterapia / radioterapia.
 - b) cirurgia / radioterapia / quimioterapia.
 - c) quimioterapia / cirurgia / quimioterapia.
 - d) quimioterapia / cirurgia / radioterapia.
- 97.** Nas fraturas por estresse do colo do fêmur, a classificação de FULLERTON e SNOWDY estabelece que no tipo por
- a) tensão, o traço de fratura é medial e estável.
 - b) tensão, o traço de fratura é lateral e instável.
 - c) compressão, o traço de fratura é lateral e estável.
 - d) compressão, o traço de fratura é medial e instável.
- 98.** No pé diabético grau IV de WAGNER e índice sistólico do tornozelo de 0,6, a amputação indicada é
- a) no primeiro raio.
 - b) na articulação de CHOPART.
 - c) do tipo SYME.
 - d) no terço médio da perna.

- 99.** A instabilidade traumática da coluna cervical, segundo WHITE e PANJABI, tem como critério de gravidade a translação relativa no plano sagital maior que
- a) 2 mm.
 - b) 3,5 mm.
 - c) 5 mm.
 - d) 7 mm.
- 100.** Na luxação congênita do quadril diagnosticada aos seis meses de idade, o sinal clínico mais importante é
- a) a limitação da abdução do quadril.
 - b) o sinal de ORTOLANI positivo.
 - c) a assimetria de pregas glúteas.
 - d) a hiperlordose lombar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 871.
2. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 3228.
3. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., vol. 3, p. 2361.
4. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 327.
5. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 456.
6. Ruedi e Murphy. AO Principles of fracture management. Verlag/Artmed, p. 117.
7. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 4190 (português).
8. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 1644.
9. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª ed., p. 136-138.
10. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 1180.
11. Ruedi e Murphy. AO Principles of fracture management. Verlag/Artmed, p. 368-71.
12. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª ed., p. 1438.
13. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 2367.
14. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 917.
15. Ruedi e Murphy. AO Principles of fracture management. Verlag/Artmed, p. 446.
16. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2002. 3ª ed., vol. 2, p. 908-917.
17. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 3500.
18. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 984.
19. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., vol. 1, p. 1181.
20. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 1977.
21. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. Vol. 8, nº 5, p. 285 a 291.
22. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 848.
23. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 1611.
24. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 2002.
25. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6ª ed., p. 1088-1092.
26. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª ed., p. 2586.
27. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 3ª ed., p. 195.
28. Rockwood C.A. et al. Fractures in Children. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 431.
29. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª ed., vol. II, p. 1673.
30. Rockwood C.A. et al. Fractures in Children. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 873.
31. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 2001. 5ª ed., p. 468.
32. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 3717.
33. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª ed., vol. II, p. 1513.
34. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 2042.
35. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 947-955.
36. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 2239.
37. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 2099-2100 (português).
38. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 2350 (português).
39. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6ª ed., vol. 1, p. 716-717.
40. Rockwood C.A. et al. Fractures in Children. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 567.
41. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6ª ed., p. 607.
42. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª ed., p. 1355.
43. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª ed., vol. II, p. 1463.
44. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 4ª ed., p. 2027.
45. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 936.
46. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 2298.
47. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 2099-2100 (português).
48. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 2398 (português).
49. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6ª ed., p. 885.
50. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. Fraturas em Criança, 6ª ed., p. 601.
51. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 2001. 5ª ed., vol.1, p. 190.
52. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 3753.

53. Ruedi e Murphy. AO Principles of fracture management. Verlag/Artmed, p. 191.
54. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 1518.
55. Ruedi e Murphy. AO Principles of fracture management. Verlag/Artmed, p. 502.
56. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 2366.
57. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 2350 (português).
58. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 2403.
59. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6ª ed., p. 810.
60. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6ª ed., p. 939.
61. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 5ª ed., vol. 2, p. 1191.
62. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª ed., p. 1363.
63. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 3258.
64. Rockwood C.A. et al. Fractures in Children. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 537.
65. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 2255.
66. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 1811.
67. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 799.
68. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 3937.
69. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 1895.
70. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6ª ed., p. 1056-1061.
71. Ruedi e Murphy. AO Principles of fracture management. Verlag/Artmed, p. 209.
72. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 843.
73. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 1237.
74. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 1991.
75. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª ed., p. 2440.
76. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 2002. Vol. 10, nº 3, p. 198-209.
77. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 3432.
78. Rockwood C.A. et al. Fractures in Children. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 521.
79. Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons. 2006. Vol. 14, p. 90-100.
80. Rockwood C.A. et al. Fractures in Children. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 898-899.
81. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 2156.
82. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 830-834.
83. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 1312.
84. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 1958.
85. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. Vol. 2, 2ª ed., p. 760-761.
86. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., vol. 1, p. 836.
87. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 3695.
88. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., vol. 1, p. 1019.
89. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 2381.
90. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., p. 1851.
91. Ruedi e Murphy. AO Principles of fracture management. Verlag/Artmed, p. 72.
92. Hebert Sizinio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª ed., p. 631.
93. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 1616.
94. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 2ª ed., vol. 3, p. 2010-2011.
95. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6ª ed., vol. 2, p. 942.
96. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 2001. 5ª ed., vol. 1, p. 523.
97. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 2918.
98. Hebert Sizinio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª ed., p. 657.
99. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., p. 1606.
100. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6ª ed., p. 995.

