



TARO

2009


SBOT
SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CET

Comissão de Ensino
e Treinamento

S B O T

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Caro Especializando:

Este é o **TESTE DE AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA (TARO) 2009**.

O objetivo é colaborar com o aprendizado.

Nas últimas páginas estão relacionadas as referências bibliográficas das questões.

Será utilizado uma folha de respostas, já identificada com o nome do serviço, o nome e o CPF do candidato.

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

Preencha toda a folha de respostas, devolvendo-a completamente preenchida para correção.

Guarde o caderno de testes para posterior estudo das questões.

Bom Teste!!!

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Wilson Mello A. Jr.

Presidente

César Rubens da Costa Fontenelle

Vice Presidente

José Luis Amim Zabeu

Secretário Executivo

João Baptista Gomes dos Santos

Secretário Adjunto

Alberto Naoki Miyazaki

Francisco Carlos Salles Nogueira

Rui Maciel de Godoy Jr.

Jamil Faissal Soni

Vincenzo Giordano

1. Na displasia do desenvolvimento do quadril na criança com seis meses de idade, o achado clínico mais confiável é a
- A) assimetria de pregas glúteas.
 - B) limitação da abdução do quadril.
 - C) manobra de ORTOLANI positiva.
 - D) manobra de BARLOW positiva.
2. Na escápula, a maior incidência de lesões associadas é encontrada na fratura
- A) da espinha da escápula.
 - B) do colo da escápula.
 - C) do processo coracóide.
 - D) do corpo da escápula.
3. Durante a marcha, os abdutores do quadril atuam principalmente no
- A) início da fase de apoio.
 - B) início da fase de oscilação.
 - C) final da fase de apoio.
 - D) final da fase de oscilação.
4. O sentido da luxação de ombro, na impossibilidade de movimentar a articulação, é definido pela incidência radiográfica
- A) de STRYKER.
 - B) de VELPEAU.
 - C) apical oblíqua.
 - D) ântero-posterior verdadeira.
5. A doença de BLOUNT infantil tem pior prognóstico no sexo
- A) masculino, na raça branca.
 - B) masculino, na raça negra.
 - C) feminino, na raça branca.
 - D) feminino, na raça negra.

6. Na fratura distal do rádio, a ruptura do tendão extensor longo do polegar ocorre mais frequentemente no tratamento

- A) não cirúrgico.
- B) por pinagem percutânea.
- C) com fixador externo.
- D) com placa bloqueada.

7. Na fratura periprotética do quadril, do tipo B2 de VANCOUVER, a revisão cirúrgica deve envolver a

- A) enxertia óssea estrutural.
- B) cimentação proximal da haste.
- C) osteossíntese com manutenção da prótese.
- D) substituição do componente femoral por haste longa.

8. A causa mais comum de fratura patológica na região subtrocanterica do fêmur do adulto é

- A) a lesão metastática.
- B) a doença de Paget.
- C) o osteossarcoma medular.
- D) o cisto ósseo unicameral.

9. Na coalizão tarsal, a imagem radiográfica conhecida como “nariz de tamanduá” é característica da barra

- A) talocalcaneana, na incidência de perfil.
- B) talocalcaneana, na incidência oblíqua.
- C) calcaneonavicular, na incidência de perfil.
- D) calcaneonavicular, na incidência oblíqua.

10. No politraumatizado, o melhor marcador sérico da resposta inflamatória sistêmica na fase aguda é

- A) o fator de necrose tumoral- α .
- B) a interleucina-8.
- C) a interleucina-6.
- D) a proteína C-reativa.

11. Segundo KLEINMAN, as fraturas de alta especificidade de maus tratos na criança são as

- A) da escápula, do esterno ou metafisárias.
- B) da escápula, do esterno ou diafisárias.
- C) da clavícula, do corpo vertebral ou metafisárias.
- D) da clavícula, do corpo vertebral ou diafisárias.

12. A lesão aguda do ligamento escafosssemilunar geralmente ocorre

- A) por desinserção no escafóide.
- B) por desinserção no semilunar.
- C) por arrancamento ósseo.
- D) no corpo do ligamento.

13. Na artroplastia total primária do joelho, a paralisia do nervo fibular é mais comum na correção da deformidade em

- A) valgo e flexão.
- B) varo e flexão.
- C) valgo isolada.
- D) varo isolada.

14. No pé diabético, segundo a classificação de WAGNER, a osteomielite está presente a partir do grau

- A) 0.
- B) 1.
- C) 2.
- D) 3.

15. Na consolidação viciosa da fratura do côndilo lateral do úmero na criança, a deformidade mais frequente é

- A) o cúbito valgo.
- B) o cúbito varo.
- C) em “rabo de peixe”.
- D) em hiperextensão.

16. A coxa vara congênita geralmente evolui com

- A) dor.
- B) claudicação.
- C) limitação da flexão do quadril.
- D) telescopagem positiva.

17. No hálux *rigidus*, a alteração primária da cartilagem articular situa-se na face

- A) dorsal da falange proximal.
- B) dorsal da cabeça do I metatarsal.
- C) plantar da falange proximal.
- D) plantar da cabeça do I metatarsal.

18. Na hérnia de disco C6-C7, o músculo comumente afetado é o

- A) braquiorradial.
- B) bíceps braquial.
- C) flexor radial do carpo.
- D) extensor radial longo do carpo.

19. Na fratura-luxação de MONTEGGIA do tipo III de BADO, o nervo mais comumente lesionado é o

- A) ulnar.
- B) mediano.
- C) interósseo anterior.
- D) interósseo posterior.

20. No apoio estático, a distribuição de cargas sobre o calcânhar, o mediopé e o antepé corresponde respectivamente a

- A) 60%, 8% e 32%.
- B) 25%, 45% e 30%.
- C) 50%, 32% e 18%.
- D) 50%, 25% e 25%.

21. Na doença de PAGET, o sangramento intraoperatório é mais significativo na fase

- A) pré-clínica.
- B) lítica.
- C) mista.
- D) blástica.

22. A capsulite adesiva caracteriza-se por ser

- A) bilateral.
- B) recorrente.
- C) rara em diabéticos.
- D) mais comum nas mulheres.

23. Na artrose decorrente de fratura-luxação da base do V metacarpal, o tratamento recomendado é a

- A) tenotomia do extensor ulnar do carpo.
- B) ressecção do hêmulo do hamato.
- C) ressecção da base do V metacarpal.
- D) artrodese carpometacarpal.

24. Na lesão extensa do manguito rotador, a transferência do grande dorsal preconizada por GERBER é mais bem indicada na integridade do

- A) subescapular.
- B) peitoral maior.
- C) redondo maior.
- D) tendão da cabeça longa do bíceps.

25. No tratamento cirúrgico da fratura transversa da patela, a técnica da banda de tensão promove maior compressão

- A) estática na superfície anterior.
- B) dinâmica na superfície anterior.
- C) estática na superfície posterior.
- D) dinâmica na superfície posterior.

26. Na fratura de JEFFERSON em crianças, ocorre instabilidade C1-C2 quando há lesão do ligamento

- A) amarelo.
- B) transverso.
- C) interespinhoso.
- D) longitudinal posterior.

27. No torcicolo muscular congênito, a abordagem cirúrgica proximal coloca em risco o nervo

- A) acessório.
- B) facial.
- C) hipoglosso.
- D) vago.

28. A artrite piogênica em adulto jovem é mais comumente causada por

- A) *Pseudomonas aeruginosa*.
- B) *Haemophilus influenzae* tipo-B.
- C) *Staphylococcus aureus*.
- D) *Neisseria gonorrhoeae*.

29. A fratura proximal do úmero que apresenta menor incidência de osteonecrose é a fratura

- A) em 4 partes de NEER.
- B) da cabeça.
- C) impactada em valgo.
- D) desviada do colo anatômico.

30. A cifose de SCHEUERMANN é acompanhada de

- A) retificação da lordose cervical.
- B) retropulsão dos ombros.
- C) retificação da lordose lombar.
- D) contratura dos isquiotibiais.

31. Na flexão dorsal do pé, a distância intermaleolar aumenta em cerca de

- A) 1,5 mm.
- B) 3,5 mm.
- C) 5,5 mm.
- D) 7,5 mm.

32. A ruptura do ligamento patelar é mais frequentemente localizada na sua porção

- A) proximal, como desinserção.
- B) proximal, com avulsão óssea.
- C) distal, como desinserção.
- D) distal, com avulsão óssea.

33. O diagnóstico mais provável da lesão tumoral epifisária no esqueleto maduro é

- A) cisto ósseo aneurismático.
- B) encondroma.
- C) condroblastoma.
- D) tumor de células gigantes.

34. Na dissecação do retalho interósseo posterior, o pedículo se localiza no septo entre os músculos

- A) extensor radial longo do carpo e extensor radial curto do carpo.
- B) extensor radial curto do carpo e extensor dos dedos.
- C) extensor dos dedos e extensor do dedo mínimo.
- D) extensor do dedo mínimo e extensor ulnar do carpo.

35. A conduta imediata na fratura supracondiliana do úmero em criança, que apresenta primariamente diminuição do fluxo sanguíneo distal, deve ser a

- A) arteriografia.
- B) redução fechada com fixação.
- C) redução aberta com fixação.
- D) exploração da artéria braquial.

36. Na infecção pós-osteossíntese, o biofilme é mais bem descrito como

- A) comunidade de bactérias sésseis com glicocálix.
- B) colônia de estafilococos meticilina-resistentes.
- C) corrosão induzida por liberação de debris.
- D) metalose por resposta imunológica do hospedeiro.

37. Na fratura em “galho-verde” do antebraço com desvio dorsal, a cortical anterior do rádio foi submetida a uma força de

- A) tensão.
- B) compressão.
- C) cisalhamento.
- D) rotação.

38. É considerado fator de risco para fratura de estresse em atletas

- A) a diminuição da densidade óssea em homens.
- B) o aumento do índice de massa corpórea em mulheres.
- C) a diminuição da taxa de testosterona em homens.
- D) o distúrbio alimentar em mulheres.

39. A fratura subtrocantérica, segundo RUSSELL & TAYLOR, é mais grave quando há

- A) extensão do traço de fratura à fossa piriforme.
- B) acometimento da região pósterio-medial do fêmur.
- C) extensão do traço de fratura para a diáfise femoral.
- D) fragmentação da cortical lateral do terço proximal do fêmur.

40. Na síndrome compressiva do nervo mediano na região do cotovelo, os sítios de compressão mais frequentes são

- A) *lacertus fibrosus*, músculo pronador redondo e arcada do músculo flexor superficial dos dedos.
- B) *lacertus fibrosus*, músculo pronador redondo e arcada de STRUTHERS.
- C) *lacertus fibrosus*, arcada do músculo flexor superficial dos dedos e arcada de STRUTHERS.
- D) músculo pronador redondo, arcada do músculo flexor superficial dos dedos e arcada de STRUTHERS.

41. Na fratura lateral da clavícula do tipo II de NEER associada à fratura do processo coracóide, a melhor técnica cirúrgica é a

- A) osteossíntese com placa.
- B) amarração coracoclavicular.
- C) de WEAVER-DUNN.
- D) osteossíntese com fio metálico.

42. Na instabilidade pósterio-lateral do joelho, as estruturas mais importantes a serem reconstruídas são, segundo WARREN,

- A) o tendão do poplíteo e os ligamentos popliteofibular e colateral lateral.
- B) os ligamentos popliteofibular, colateral lateral e arqueado.
- C) o tendão do poplíteo e os ligamentos colateral lateral e arqueado.
- D) o tendão do poplíteo e os ligamentos popliteofibular e arqueado.

43. A fratura de JEFFERSON acomete ambos os arcos do atlas com traço

- A) duplo no posterior e único no anterior.
- B) único no posterior e único no anterior.
- C) duplo no posterior e duplo no anterior.
- D) único no posterior e duplo no anterior.

44. A paralisia cerebral do tipo hemiplégico que tem maior benefício com cirurgia no membro superior é a do padrão

- A) atetóide.
- B) atáxico.
- C) espástico.
- D) hipotônico.

45. Na estenose do canal vertebral lombar, são achados clínicos frequentes no paciente sintomático a manobra de elevação do membro inferior
- A) dolorosa e distância invariável de marcha.
 - B) indolor e distância invariável de marcha.
 - C) dolorosa e distância variável de marcha.
 - D) indolor e distância variável de marcha.
46. Na luxação do carpo no estágio IV de MAYFIELD, a manobra de redução consiste em
- A) extensão do punho e compressão do capitato no sentido dorsal.
 - B) flexão do punho e compressão do capitato no sentido ventral.
 - C) extensão do punho, compressão do semilunar para dorsal e flexão do punho.
 - D) flexão do punho, compressão do semilunar para ventral e extensão do punho.
47. Na fratura do maléolo lateral, a radiografia sob estresse para detecção de lesão do ligamento deltóide deve ser realizada em
- A) pronação e rotação lateral.
 - B) pronação e rotação medial.
 - C) supinação e rotação medial.
 - D) supinação e rotação lateral.
48. A mielomeningocele é geralmente associada a
- A) atraso da puberdade.
 - B) inteligência normal.
 - C) espasticidade dos membros superiores.
 - D) hipertonia dos membros inferiores.
49. No traumatismo da coluna cervical baixa, o mecanismo rotacional que resulta em subluxação causa mais frequentemente a lesão medular do tipo
- A) anterior.
 - B) central.
 - C) BROWN-SÉQUARD.
 - D) posterior.

50. Na luxação recidivante posterior do ombro, a causa mais comum da instabilidade é a

- A) frouxidão capsular.
- B) desinserção labial.
- C) ruptura capsular.
- D) lesão de HILL-SACHS.

51. No mieloma múltiplo, a radiografia e a cintilografia apresentam, respectivamente,

- A) lesão lítica com borda esclerótica e hipercaptação.
- B) lesão lítica sem borda esclerótica e hipercaptação.
- C) lesão lítica com borda esclerótica e normocaptação.
- D) lesão lítica sem borda esclerótica e normocaptação.

52. A pseudartrose atrofica da diáfise do rádio, com defeito de 10mm e ulna intacta, tem como melhor indicação

- A) o transporte ósseo monofocal no rádio.
- B) o encurtamento da ulna com osteossíntese rígida de ambos os ossos.
- C) a excisão do fragmento distal do rádio e transferência da ulna para o defeito.
- D) a ressecção do tecido cicatricial, enxertia óssea e osteossíntese do rádio.

53. A osteocondrose de FREIBERG acomete mais frequentemente

- A) meninas com idade superior a 13 anos.
- B) meninas com idade inferior a 13 anos.
- C) meninos com idade superior a 13 anos.
- D) meninos com idade inferior a 13 anos.

54. Na lesão do anel pélvico do tipo C de TILE, com instabilidade hemodinâmica, o dispositivo ideal de fixação provisória é o

- A) fixador externo supra-acetabular.
- B) clampe posterior.
- C) calção pneumático antichoque (PASG).
- D) enfaixamento circunferencial com lençol ("fraldão").

55. O melhor exame para diferenciar a necrose asséptica da cabeça do fêmur e a osteoporose transitória do quadril é a

- A) cintilografia óssea.
- B) ressonância magnética.
- C) tomografia tridimensional.
- D) angiografia digital.

56. Os valores aproximados do ângulo de anteversão do colo do fêmur, ao nascimento e aos 16 anos de idade, são de, respectivamente,

- A) 30° e 60°.
- B) 16° e 40°.
- C) 60° e 30°.
- D) 40° e 16°.

57. No tratamento cirúrgico da instabilidade patelar, indica-se a técnica de ELMSLIE-TRILLAT quando o índice de INSALL-SALVATI estiver especificamente inferior a

- A) 1,5.
- B) 1,2.
- C) 1,0.
- D) 0,8.

58. Na fratura da cabeça do rádio, tipo III da classificação de MASON, associada à lesão do complexo ligamentar medial, a melhor conduta é a

- A) artroplastia da cabeça do rádio.
- B) reconstrução da cabeça do rádio sem reparação ligamentar.
- C) ressecção da cabeça do rádio e a reparação ligamentar.
- D) reconstrução da cabeça do rádio e a reparação ligamentar.

59. Na mão torta radial, o nervo que apresenta maior risco de lesão durante a correção cirúrgica é o

- A) mediano.
- B) radial.
- C) interósseo posterior.
- D) musculocutâneo.

60. Na montagem de um fixador externo, a principal medida para a obtenção de pré-tensionamento radial é

- A) o emprego de pinos autoperfurantes.
- B) a realização de orifício ósseo com uma broca de menor diâmetro.
- C) a utilização de pinos com diâmetro superior a 30% da largura óssea.
- D) a colocação dos pinos de forma convergente nos fragmentos ósseos.

61. Na rigidez do cotovelo, há indicação para liberação cirúrgica quando

- A) o arco de movimento for inferior a 100° .
- B) a contratura em flexão for superior a 30° .
- C) houver grave acometimento da superfície articular.
- D) houver falha após dois meses de tratamento não cirúrgico.

62. Na luxação dorsal metacarpofalângica do indicador, o principal obstáculo à redução é

- A) o tendão flexor.
- B) a placa volar.
- C) o músculo lumbrical.
- D) o ligamento transverso superficial.

63. O “sinal da dupla linha” na imagem de ressonância magnética do quadril em T2 sugere

- A) osteoporose transitória.
- B) fratura oculta do colo do fêmur.
- C) osteonecrose da cabeça do fêmur.
- D) impacto femoroacetabular.

64. A etiologia mais provável do pé torto congênito é

- A) o desequilíbrio neuromuscular.
- B) o defeito do plasma germinativo.
- C) a herança multifatorial.
- D) a interrupção do desenvolvimento fetal.

65. A resistência ao arrancamento exercida por um parafuso de tração é diretamente proporcional ao

- A) passo da rosca do parafuso.
- B) diâmetro da rosca do parafuso.
- C) tamanho da cabeça do parafuso.
- D) diâmetro da superfície lisa do parafuso.

66. Segundo JONES, as manifestações maiores para o diagnóstico de febre reumática aguda são

- A) artralgia, endocardite e nódulos subcutâneos.
- B) artralgia, nódulos subcutâneos e coréia.
- C) artralgia, endocardite e coréia.
- D) endocardite, nódulos subcutâneos e coréia.

67. Na fratura viciosamente consolidada da fratura em 3 partes do tubérculo maior do úmero, a cabeça sofre desvio em

- A) rotação medial.
- B) rotação lateral.
- C) adução.
- D) abdução.

68. A síndrome compartimental associada à fratura da diáfise da tíbia é mais frequente quando a fratura é

- A) fechada.
- B) exposta grau I de GUSTILO & ANDERSON.
- C) exposta grau II de GUSTILO & ANDERSON.
- D) exposta grau III de GUSTILO & ANDERSON.

69. O valor do ângulo de anteversão do colo do fêmur e o da amplitude de rotação lateral do quadril, do nascimento aos dez anos de idade, respectivamente,

- A) aumenta e aumenta.
- B) aumenta e diminui.
- C) diminui e aumenta.
- D) diminui e diminui.

70. A fratura-luxação de LISFRANC com incongruência parcial e desvio lateral é classificada por MYERSON como do tipo

- A) B1.
- B) B2.
- C) C1.
- D) C2.

71. A fratura por insuficiência do osso subcondral no joelho tem maior possibilidade de ocorrer após

- A) osteotomia.
- B) menissectomia.
- C) condrectomia.
- D) sinovectomia.

72. A ruptura do músculo peitoral maior ocorre geralmente na parte

- A) clavicular, por lesão tendínea.
- B) clavicular, por lesão na transiçãomiotendínea.
- C) esternocostal, por lesão tendínea.
- D) esternocostal, por lesão na transiçãomiotendínea.

73. Na mão reumatóide com deformidade em “pescoço de cisne” dos dedos, do tipo IV de NALEBUFF, o tratamento preconizado é a

- A) tenodese do flexor superficial do dedo.
- B) liberação da musculatura intrínseca.
- C) capsulotomia da interfalângica proximal.
- D) artrodese da interfalângica proximal.

74. Na lesão do ramo profundo do nervo radial no nível do músculo supinador, o músculo preservado é o extensor

- A) dos dedos.
- B) do dedo mínimo.
- C) ulnar do carpo.
- D) radial curto do carpo.

75. Na gonartrose com desvio em varo, a osteotomia tibial alta deve corrigir o eixo anatômico do joelho, segundo COVENTRY, para valgo de pelo menos

- A) 5°.
- B) 6°.
- C) 7°.
- D) 8°.

76. Na fratura transtrocanteriana do fêmur, a osteotomia de SARMIENTO é realizada com angulação de

- A) 30° no fragmento distal.
- B) 45° no fragmento proximal.
- C) 45° no fragmento distal.
- D) 30° no fragmento proximal.

77. Na fratura da tuberosidade da tíbia em crianças, segundo a classificação de OGDEN, o envolvimento articular corresponde ao tipo

- A) 1.
- B) 2.
- C) 3.
- D) 4.

78. Na sinostose radiulnar, segundo a classificação de CLEARY e OMER, o tipo que apresenta luxação posterior da cabeça do rádio é o

- A) I.
- B) II.
- C) III.
- D) IV.

79. No osteossarcoma, o comprometimento ósseo e a metástase pulmonar são mais bem avaliados, respectivamente, por

- A) tomografia computadorizada e ressonância magnética.
- B) tomografia computadorizada e tomografia computadorizada.
- C) ressonância magnética e tomografia computadorizada.
- D) ressonância magnética e ressonância magnética.

80. Na luxação traumática do quadril do adulto, a complicação tardia mais frequente é a

- A) osteoartrose.
- B) ossificação heterotópica.
- C) disfunção do nervo isquiático.
- D) necrose avascular da cabeça do fêmur.

81. A ruptura do tendão do bíceps braquial, em sua inserção distal, ocorre predominantemente em homens

- A) de meia idade, com o cotovelo em flexão de 90°.
- B) de meia idade, com o cotovelo em extensão.
- C) jovens, com o cotovelo em flexão de 90°.
- D) jovens, com o cotovelo em extensão.

82. A principal fonte de suprimento sanguíneo da cabeça do fêmur é a artéria

- A) circunflexa femoral lateral.
- B) do ligamento redondo.
- C) glútea inferior.
- D) circunflexa femoral medial.

83. Na fratura do planalto tibial, a lesão associada mais frequente é a

- A) dos meniscos.
- B) do ligamento colateral medial.
- C) do ligamento colateral lateral.
- D) do ligamento cruzado anterior.

84. Na manobra do sulco para avaliação da instabilidade do ombro, a subluxação inferior a 45 graus de abdução indica frouxidão do

- A) intervalo dos rotadores.
- B) ligamento coracoumeral.
- C) ligamento glenoumeral médio.
- D) ligamento glenoumeral inferior.

85. Na doença de DUPUYTREN com presença de fatores de prognóstico ruim, o tratamento com menor recorrência é a

- A) fasciotomia percutânea.
- B) fasciectomia parcial.
- C) fasciectomia total.
- D) fasciectomia com enxerto de pele.

86. A deformidade de SPRENGEL com elevação do ombro entre 2 e 5 cm é classificada por CAVENDISH como do tipo

- A) 1.
- B) 2.
- C) 3.
- D) 4.

87. Na espondilolistese assintomática, grau III de MEYERDING, em criança com dez anos de idade, a conduta mais adequada é a

- A) observação.
- B) fisioterapia.
- C) órtese TLS.
- D) artrodese.

88. A estabilidade em varo e valgo do cotovelo deve ser testada com flexão de

- A) 0°.
- B) 15°.
- C) 45°.
- D) 60°.

89. O fêmur curto congênito, sem ossificação entre a diáfise e a cabeça do fêmur após a maturidade óssea, é classificado por AITKEN como do tipo

- A) A..
- B) B.
- C) C.
- D) D.

90. Na osteoporose primária, a fosfatase alcalina e o cálcio sérico estão, respectivamente,

- A) normal e aumentado.
- B) normal e normal.
- C) aumentada e normal.
- D) aumentada e aumentado.

91. Na luxação posterior inveterada do cotovelo, a limitação da pronação ocorre por ação do

- A) ligamento anular.
- B) complexo ligamentar medial.
- C) tendão do bíceps.
- D) tendão do braquial.

92. Na síndrome do túnel do carpo, o achado clínico mais frequente é a

- A) dor.
- B) perda da sensibilidade.
- C) parestesia.
- D) atrofia muscular.

93. Na artroplastia total do quadril, a ocorrência de ossificação heterotópica é mais frequente quando o acesso utilizado é o

- A) posterior.
- B) póstero-lateral.
- C) ântero-lateral.
- D) transtrocanteriano.

94. No exame físico do joelho agudamente traumatizado, o efeito de “trava de porta” na posição de flexão é causado pelo

- A) tendão do poplíteo.
- B) corno posterior dos meniscos.
- C) corno anterior do menisco lateral.
- D) coto do ligamento cruzado anterior.

95. Na fratura do pilão tibial, segundo a classificação de RÜEDI-ALLGÖWER, tem pior prognóstico o tipo

- A) I.
- B) II.
- C) III.
- D) IV.

96. A hemimelia fibular congênita geralmente é associada a

- A) varo do joelho.
- B) angulação póstero-lateral da tibia.
- C) equinovaro do pé.
- D) coalizão tarsal.

97. Na amputação em esqueleto imaturo, o crescimento ósseo por aposição no coto é mais frequente quando decorrente de

- A) tumor maligno.
- B) lesão traumática.
- C) malformação vascular.
- D) deformidade congênita.

98. Na mão, são músculos bipenados

- A) os lumbricais 1 e 2.
- B) os lumbricais 3 e 4.
- C) os interósseos palmares 1 e 2.
- D) os interósseos palmares 3 e 4.

99. O sinal clínico mais sugestivo de fratura exposta oculta da pelve é

- A) o sangramento vaginal.
- B) a lesão de MORELL-LAVALLÉ.
- C) a hematúria macroscópica.
- D) o enfisema subcutâneo nos flancos.

100. No polegar em gatilho da criança, deve-se realizar a abertura da polia

- A) A1, até os seis meses de idade.
- B) A2, até os seis meses de idade.
- C) A1, após um ano de idade.
- D) A2, após um ano de idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4ª ed., pg. 651.
2. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., pg. 1100.
3. Barros Filho TEP, Lech O. Exame físico em ortopedia. São Paulo: Sarvier. 2ª ed., pg. 93.
4. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., pg. 1002.
5. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4ª ed., pg. 978.
6. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 961.
7. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 410.
8. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 1827.
9. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4ª ed., pg. 1134.
10. Roberts C.S. - Journal of Bone & Joint Surgery. 87:434-49 2005.
11. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6ª ed., pg. 1532.
12. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 892.
13. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., pg. 289.
14. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., pg. 4112.
15. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4ª ed., pg. 2494.
16. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4ª ed., pg. 898.
17. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., pg. 3997.
18. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., pg. 1985.
19. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 968.
20. Hebert Sízio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 4ª ed., pg. 709.
21. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 873.
22. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 2625.
23. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 3941.
24. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 2619.
25. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 1978.
26. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4ª ed., pg. 2348.
27. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4ª ed., pg. 221.
28. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 723.
29. Rockwood C.A. et al. Fractures. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., pg. 1025.
30. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4ª ed., pg. 416.
31. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 2155.
32. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 1990.
33. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 776.
34. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 3839.
35. Rockwood C.A. et al. Fractures in Children. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 567.
36. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 571.
37. Rockwood C.A. et al. Fractures in Children. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 418.
38. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 669.
39. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 2ª ed., pg. 1883.
40. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 4ª ed., pg. 34.
41. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 1229.
42. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., pg. 2248.
43. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., pg. 1615.
44. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 5ª ed., pg. 642.
45. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., pg. 2064.
46. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 4ª ed., pg. 537.
47. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., pg. 2734.
48. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4ª ed., pg. 1412.
49. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., pg. 1603.
50. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 1313.
51. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 919.
52. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 9ª ed., pg. 2579.
53. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4ª ed., pg. 1046.
54. Hebert Sízio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3ª ed., pg. 1278.
55. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 1041.
56. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4ª ed., pg. 913.
57. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10ª ed., pg. 2379.
58. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 5ª ed., pg. 942.
59. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 4377.
60. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 257.
61. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 2641.
62. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 3942.
63. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11ª ed., pg. 142.
64. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4ª ed., pg. 1070.
65. Browner J, Levine e Trafton. Skeletal trauma. Philadelphia: Saunders/Manole. 3ª ed., pg. 204.
66. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6ª ed., pg. 415.
67. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole Campbell. 11ª ed., pg. 3499.
68. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6ª ed., pg. 2127.
69. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6ª ed., pg. 1161.

70. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10^a ed. pg. 4265.
71. Hebert Sizínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 3^a ed., pg. 536.
72. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11^a ed. pg. 2776.
73. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11^a ed. pg. 4204.
74. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 4^a ed., pg. 38.
75. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10^a ed., pg. 919.
76. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10^a ed. pg. 2890.
77. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4^a ed., pg. 2676.
78. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4^a ed., pg. 541.
79. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4^a ed., pg. 2259.
80. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6^a ed., pg. 1715.
81. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11^a ed., pg. 2773.
82. Hebert Sizínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed. 4^a ed., pg. 409.
83. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6^a ed., pg. 2000.
84. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11^a ed., pg. 2682.
85. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11^a ed., pg. 4279.
86. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6^a ed., pg. 978.
87. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6^a ed., pg. 850.
88. Barros Filho TEP, Lech O. Exame físico em ortopedia. São Paulo: Sarvier. 2^a ed., pg. 140.
89. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4^a ed., pg. 1997.
90. Tratado de Ortopedia - SBOT. Roca. 2007, pg. 612.
91. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11^a ed., pg. 3621.
92. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11^a ed., pg. 4286.
93. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11^a ed., pg. 393.
94. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10^a ed., pg. 2204.
95. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 10^a ed., pg. 2743.
96. Tachdjian M.O. Pediatric orthopaedics. Philadelphia: Saunders. 4^a ed., pg. 2015.
97. Canale S.T. Campbell's operative orthopaedics. St. Louis: Mosby/Manole. 11^a ed., pg. 561.
98. Pardini A. Traumatismos da mão. Rio de Janeiro: Medsi. 4^a ed., pg. 60.
99. Rockwood C.A. et al. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott. 6^a ed., pg. 389.
100. Morrissy R.T, Weinstein S.L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. Philadelphia: Lippincott/Manole. 6^a ed., pg. 960.