



TARO

2014

S B O T

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Caro Especializando:

Este é o **TESTE DE AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA (TARO) 2014.**

O objetivo é colaborar com o aprendizado.

Nas últimas páginas estão relacionadas as referências bibliográficas das questões.

Será utilizada uma folha de respostas, já identificada com o nome e o código de matrícula do residente.

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

Alexandre Fogaça Cristante	Secretário Executivo
André Kuhn	Secretário Adjunto
Giana Silveira Giostri	
Ivan Chakkour	
Luis Marcelo de Azevedo Malta	
Marcelo Carvalho Krause Goncalves	
Marcos Noberto Giordano	Vice-Presidente
Oswaldo Guilherme Nunes Pires	Presidente
Ricardo Horta Miranda	

Preencha o gabarito abaixo com os seus dados.

Preencha todas as 100 questões.

Destaque a folha e entregue ao responsável pela digitação das notas no sistema da SBOT.

Nome completo:
(legível)

Data:

Assinatura

Instruções:

- Assine a prova.
- Preencha as respostas conforme o modelo: ● ○ ○ ○ ○
- Assinale apenas uma alternativa para cada questão. Mais de uma anulará a resposta.
- Não será permitido substituir a Folha de Respostas.
- Não deixe questão sem resposta.
- Utilize caneta esferográfica preta ou azul.

NÃO AMASSE, NÃO DOBRE E NÃO RASURE ESTA FOLHA

	A	B	C	D		A	B	C	D		A	B	C	D		A	B	C	D
01 -	○	○	○	○	26 -	○	○	○	○	51 -	○	○	○	○	76 -	○	○	○	○
02 -	○	○	○	○	27 -	○	○	○	○	52 -	○	○	○	○	77 -	○	○	○	○
03 -	○	○	○	○	28 -	○	○	○	○	53 -	○	○	○	○	78 -	○	○	○	○
04 -	○	○	○	○	29 -	○	○	○	○	54 -	○	○	○	○	79 -	○	○	○	○
05 -	○	○	○	○	30 -	○	○	○	○	55 -	○	○	○	○	80 -	○	○	○	○
06 -	○	○	○	○	31 -	○	○	○	○	56 -	○	○	○	○	81 -	○	○	○	○
07 -	○	○	○	○	32 -	○	○	○	○	57 -	○	○	○	○	82 -	○	○	○	○
08 -	○	○	○	○	33 -	○	○	○	○	58 -	○	○	○	○	83 -	○	○	○	○
09 -	○	○	○	○	34 -	○	○	○	○	59 -	○	○	○	○	84 -	○	○	○	○
10 -	○	○	○	○	35 -	○	○	○	○	60 -	○	○	○	○	85 -	○	○	○	○
11 -	○	○	○	○	36 -	○	○	○	○	61 -	○	○	○	○	86 -	○	○	○	○
12 -	○	○	○	○	37 -	○	○	○	○	62 -	○	○	○	○	87 -	○	○	○	○
13 -	○	○	○	○	38 -	○	○	○	○	63 -	○	○	○	○	88 -	○	○	○	○
14 -	○	○	○	○	39 -	○	○	○	○	64 -	○	○	○	○	89 -	○	○	○	○
15 -	○	○	○	○	40 -	○	○	○	○	65 -	○	○	○	○	90 -	○	○	○	○
16 -	○	○	○	○	41 -	○	○	○	○	66 -	○	○	○	○	91 -	○	○	○	○
17 -	○	○	○	○	42 -	○	○	○	○	67 -	○	○	○	○	92 -	○	○	○	○
18 -	○	○	○	○	43 -	○	○	○	○	68 -	○	○	○	○	93 -	○	○	○	○
19 -	○	○	○	○	44 -	○	○	○	○	69 -	○	○	○	○	94 -	○	○	○	○
20 -	○	○	○	○	45 -	○	○	○	○	70 -	○	○	○	○	95 -	○	○	○	○
21 -	○	○	○	○	46 -	○	○	○	○	71 -	○	○	○	○	96 -	○	○	○	○
22 -	○	○	○	○	47 -	○	○	○	○	72 -	○	○	○	○	97 -	○	○	○	○
23 -	○	○	○	○	48 -	○	○	○	○	73 -	○	○	○	○	98 -	○	○	○	○
24 -	○	○	○	○	49 -	○	○	○	○	74 -	○	○	○	○	99 -	○	○	○	○
25 -	○	○	○	○	50 -	○	○	○	○	75 -	○	○	○	○	100 -	○	○	○	○

1. Na deficiência radial, a principal contraindicação para a centralização do carpo é a
 - A) ausência do polegar.
 - B) presença de camptodactilia.
 - C) ausência de pronossupinação.
 - D) rigidez em extensão do cotovelo.
2. O descolamento epifisário ocorre mais comumente
 - A) nas falanges.
 - B) no terço distal da tíbia.
 - C) no terço distal do rádio.
 - D) no terço distal do fíbula.
3. No uso da órtese de PAVLIK, o dano à placa fisária do fêmur está relacionado com a posição forçada do quadril em
 - A) flexão.
 - B) adução.
 - C) abdução.
 - D) rotação lateral.
4. Na deficiência femoral, segundo GILLESPIE, o alongamento do membro está mais bem indicado nos pacientes do grupo
 - A) A.
 - B) B.
 - C) C.
 - D) D.
5. Na fratura cervical baixa classificada por MAGERL (AO), as lesões mais graves são do tipo
 - A) rotação.
 - B) distração.
 - C) complexo.
 - D) compressão.
6. A síndrome de BROWN-SÈQUARD é caracterizada por:
 - A) déficit motor e proprioceptivo contralateral, e perda ipsilateral da sensibilidade dolorosa e da temperatura.
 - B) déficit motor e proprioceptivo ipsilateral, e perda contralateral da sensibilidade dolorosa e da temperatura.
 - C) déficit motor e térmico contralateral, e perda ipsilateral da sensibilidade dolorosa e da propriocepção.
 - D) déficit motor e térmico ipsilateral, e perda contralateral da sensibilidade dolorosa e da propriocepção.

7. A inervação da porção curta do bíceps é comum ao músculo
- A) subclávio.
 - B) peitoral maior.
 - C) subescapular.
 - D) coracobraquial.
8. A fratura da patela mais bem visualizada na incidência em perfil é a
- A) vertical.
 - B) transversa.
 - C) cominutiva.
 - D) osteocondral.
9. Neurofibroma pode sofrer transformação maligna para
- A) fibrossarcoma.
 - B) sarcoma epitelioide.
 - C) schwanoma maligno.
 - D) dermatofibrossarcoma.
10. A osteocondrite dissecante da patela ocorre com maior frequência no quadrante
- A) inferolateral.
 - B) inferomedial.
 - C) superolateral.
 - D) superomedial.
11. A osteólise pós-traumática acomete principalmente
- A) púbis e clavícula.
 - B) escápula e tornozelo.
 - C) trocanter maior e punho.
 - D) cabeça do úmero e joelho.
12. Na artrogripose, o primeiro objetivo do tratamento no membro superior é
- A) corrigir a rotação medial.
 - B) retirar o polegar da palma.
 - C) posicionar funcionalmente o punho.
 - D) obter mobilidade passiva do cotovelo.
13. Na tibia vara unilateral de uma criança de 2 anos e meio de idade no estágio II de LANGENSKIÖLD, está indicada
- A) observação.
 - B) ortetização.
 - C) osteotomia na tíbia.
 - D) osteotomia no fêmur.

14. A pronação dolorosa recorrente do cotovelo é mais comum em crianças de

- A) 1 a 2 anos de idade.
- B) 3 a 4 anos de idade.
- C) 5 a 6 anos de idade.
- D) 7 a 8 anos de idade.

15. O teste de WATSON foi descrito para avaliar a instabilidade do

- A) capitato.
- B) semilunar.
- C) escafoide.
- D) piramidal.

16. O cisto ósseo simples no úmero de crianças, geralmente localiza-se na região

- A) *diafisária*.
- B) *epifisária*.
- C) *metafisária*.
- D) *meta-epifisária*.

17. A osteocondrite do navicular acomete com maior frequência

- A) meninos, bilateralmente.
- B) meninos, unilateralmente.
- C) meninas, bilateralmente.
- D) meninas, unilateralmente.

18. As lesões da fibrocartilagem triangular tratadas com a estabilização isolada do rádio são classificadas por PALMER e WERNER como tipo 1

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

19. A fascite plantar cursa com dor

- A) bilateral.
- B) que é pior na pisada logo depois de acordar.
- C) que melhora na pisada após um período sentado.
- D) localizada na região inferolateral da tuberosidade do calcâneo.

20. A fratura supracondiliana do úmero com desvio posteromedial em crianças está relacionada à lesão do nervo

- A) ulnar.
- B) radial.
- C) mediano.
- D) musculocutâneo.

21. No granuloma eosinofílico da coluna na criança, o colapso simétrico de 50% da altura do corpo vertebral é classificado segundo GARG, MEHTA e DORMANS como grau
- A) IA.
 - B) IB.
 - C) IIA.
 - D) IIB.
22. A fratura do capítulo por cisalhamento com envolvimento da maior parte da tróclea é classificada, segundo BRYAN e MORREY com modificação de MCKEE, como tipo
- A) I.
 - B) II.
 - C) III.
 - D) IV.
23. A força de compressão axial obtida com um parafuso cortical de 4,5mm, interfragmentário, é de
- A) 500N.
 - B) 1.000N.
 - C) 2.500N.
 - D) 5.000N.
24. Na banda de constrição congênita, segundo a classificação de PATERSON, a sindactilia fenestrada corresponde ao tipo
- A) 1.
 - B) 2.
 - C) 3.
 - D) 4.
25. A fratura de estresse da diáfise da tíbia ocorre com maior frequência na região
- A) anterolateral.
 - B) anteromedial.
 - C) posterolateral.
 - D) posteromedial.
26. Na síndrome compressiva do piriforme o movimento passivo que exacerba os sintomas é
- A) rotação lateral e flexão.
 - B) rotação medial e flexão.
 - C) rotação lateral e abdução.
 - D) rotação medial e abdução.

27. Na artrite reumatoide dos pés, a manifestação clínica mais precoce é a sinovite das articulações
- A) tarsometatarsais.
 - B) metatarsofalângicas.
 - C) interfalângicas distais.
 - D) interfalângicas proximais.
28. Na estenose do canal lombar, a síndrome do recesso lateral é produzida, na maioria dos casos, por
- A) espondilolistese.
 - B) hipertrofia facetária.
 - C) protrusão discal posterolateral.
 - D) hipertrofia do ligamento amarelo.
29. Os parafusos de tração são mais bem indicados na fixação da fratura do osso metacarpal com traço
- A) espiral.
 - B) transverso.
 - C) cominutivo.
 - D) oblíquo curto.
30. Na consolidação viciosa da fratura da eminência tibial com bloqueio da extensão do joelho sem instabilidade, o tratamento recomendado é
- A) intercondiloplastia.
 - B) osteotomia tibial extensora.
 - C) osteotomia femoral extensora.
 - D) reconstrução do LCA em único tempo.
31. A lesão meniscal que frequentemente produz dor no compartimento contrário está situada no corno
- A) anterior do menisco lateral.
 - B) posterior do menisco lateral.
 - C) anterior do menisco medial.
 - D) posterior do menisco medial.
32. A infecção pós-osteossíntese do tipo precoce, geralmente é causada por *staphylococcus*
- A) *aureus* e *streptococcus sp.*
 - B) *aureus* e bacilos gram negativos.
 - C) coagulase-negativo e *streptococcus sp.*
 - D) coagulase-negativo e bacilos gram negativos.

33. O ombro flutuante ocorre na associação da fratura na diáfise da clavícula com
- A) fratura da escápula.
 - B) fratura do terço proximal do úmero.
 - C) rotura dos ligamentos coracoclaviculares.
 - D) rotura dos ligamentos acromioclaviculares.
34. Na reparação tardia do tendão flexor na zona II, o enxerto primário é indicado na
- A) rigidez articular.
 - B) permeabilidade das polias.
 - C) lesão da bainha do tendão.
 - D) lesão nervosa concomitante.
35. Na osteomielite hematogênica aguda em paciente usuário de drogas intravenosas, o agente causal mais comum é
- A) salmonella.
 - B) haemophilus.
 - C) pseudomonas.
 - D) staphylococcus.
36. Para a realização da artroplastia total do joelho, é considerada contraindicação absoluta a
- A) artropatia neuropática.
 - B) pateleotomia total prévia.
 - C) doença arterial aterosclerótica.
 - D) disfunção grave do mecanismo extensor.
37. No tratamento da displasia do desenvolvimento do quadril, o suspensório de PAVLIK limita a
- A) flexão e adução.
 - B) flexão e abdução.
 - C) extensão e adução.
 - D) extensão e abdução.
38. A ossificação heterotópica do cotovelo decorrente de uma queimadura é mais comum na região
- A) anterolateral.
 - B) anteromedial.
 - C) posterolateral.
 - D) posteromedial.
39. Na infância, o rabdomiossarcoma acomete, principalmente,
- A) extremidades.
 - B) cabeça e pescoço.
 - C) sistema geniturinário.
 - D) mediastino e abdome.

40. O centro de rotação do quadril protético quando superior e lateral afeta as forças geradas sobre
- A) o implante.
 - B) os abdutores.
 - C) o osso periacetabular.
 - D) os ligamentos anteriores.
41. O componente mais forte do complexo do ligamento deltoide é o
- A) tibionavicular.
 - B) tibiocalcaneano.
 - C) tibiotalar anterior.
 - D) tibiotalar posterior.
42. Após a ressecção de fibromatose agressiva com margem oncológica comprometida, está indicada
- A) observação.
 - B) radioterapia.
 - C) reintervenção.
 - D) quimioterapia.
43. Na espondilolistese ístmica do adulto, a modalidade mais efetiva de tratamento não cirúrgico é
- A) a manipulação.
 - B) o repouso prolongado.
 - C) o uso de coletes por tempo prolongado.
 - D) o fortalecimento da musculatura estabilizadora do tronco.
44. A falha no fechamento do neuroporo posterior do tubo neural resulta em
- A) hemivértebra.
 - B) espinha bífida.
 - C) barra vertebral.
 - D) vértebra em cunha.
45. Na posição de “preparação do arremesso” após a cirurgia de BRISTOL, a estrutura que produz um bloqueio dinâmico e impede o deslocamento anteroinferior da cabeça do úmero é
- A) o ligamento glenoumeral inferior.
 - B) o tendão da cabeça longa do bíceps.
 - C) a porção inferior do músculo subescapular.
 - D) o tendão do músculo bíceps e coracobraquial.
46. A deformidade por VISI estática implica na lesão do ligamento
- A) radiossemilunar.
 - B) semilunocapitato.
 - C) escafosssemilunar.
 - D) semilunopiramidal.

47. Na sinovite transitória do quadril da criança, a taxa anual de recorrência é de
- A) 0,4%.
 - B) 4%.
 - C) 14%.
 - D) 24%.
48. Na ruptura do tendão do calcâneo, é considerado fator de risco intrínseco o aumento da
- A) pronação subtalar.
 - B) supinação subtalar.
 - C) pronação do antepé.
 - D) supinação do antepé.
49. Na fratura da cabeça do rádio do tipo 3 de MASON associada à instabilidade longitudinal do antebraço, o tratamento indicado é a
- A) artroplastia de ressecção.
 - B) artroplastia com implante.
 - C) fixação com parafusos canulados.
 - D) osteossíntese com placa e parafusos bloqueados.
50. A síndrome do desfiladeiro torácico está associada à luxação
- A) glenoumeral.
 - B) escapulotorácica.
 - C) esternoclavicular.
 - D) acromioclavicular.
51. Na marcha normal, as fases em que o centro de gravidade se encontra mais baixo e mais alto são, respectivamente,
- A) apoio do calcanhar e oscilação intermediária.
 - B) apoio do calcanhar e acomodação intermediária.
 - C) aplanamento do pé e oscilação intermediária.
 - D) aplanamento do pé e acomodação intermediária.
52. Na redução da deformidade plástica dos ossos do antebraço, a intensidade e o tempo de aplicação da força corretiva são, respectivamente,
- A) 10 a 20 kg e 2 a 3 minutos.
 - B) 20 a 30 kg e 4 a 5 minutos.
 - C) 10 a 20 kg e 4 a 5 minutos.
 - D) 20 a 30 kg e 2 a 3 minutos.
53. A osteogênese imperfeita que pode simular clínica e radiograficamente um osteossarcoma, segundo SILENCE, é a do tipo
- A) IV.
 - B) V.
 - C) VI.
 - D) VII.

54. No menisco discoide, a “saucerização” é um procedimento em que se faz a ressecção parcial do menisco na porção

- A) central.
- B) periférica.
- C) anterior.
- D) posterior.

55. Na febre reumática aguda da criança, a manifestação clínica mais rara é

- A) a artrite.
- B) a coreia.
- C) a cardite.
- D) o eritema.

56. Na osteoartrose primária do ombro, é comum a

- A) retração capsular.
- B) instabilidade anterior.
- C) contratura do músculo subescapular.
- D) erosão anterior da cavidade glenoidal.

57. Na instabilidade patelar, a reconstrução isolada do ligamento patelofemoral medial está indicada na presença de

- A) TA-GT acima de 20 mm.
- B) índice de INSALL maior que 1:2.
- C) displasia patelar tipo C de WIBERG.
- D) anteversão femoral acima de 35 graus.

58. Na rizartrose, a técnica de reconstrução ligamentar de EATON e LITTLER é preconizada no estágio

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

59. Na osteonecrose da cabeça femoral, a anastomose microcirúrgica realizada na técnica do enxerto vascularizado de fíbula é entre as artérias fibular e

- A) femoral.
- B) glútea inferior.
- C) glútea superior.
- D) circunflexa femoral lateral.

60. A fratura de MONTEGGIA com luxação posterior da cabeça do rádio é classificada por BADO como tipo
- A) I
 - B) II
 - C) III
 - D) IV
61. Na criança, a SCIWORA ocorre pelo mecanismo de
- A) compressão.
 - B) cisalhamento.
 - C) flexão e rotação.
 - D) flexão e distração.
62. Na lesão por mina terrestre, lacerações na coxa provocadas por estilhaços e não por efeito direto da explosão localizam-se, segundo NECCHAEV e colaboradores, na zona
- A) 1.
 - B) 2.
 - C) 3.
 - D) 4.
63. A contusão do quadríceps na criança tem como complicação menos frequente a ocorrência de
- A) fibrose muscular.
 - B) miosite ossificante.
 - C) perda da flexão do joelho.
 - D) síndrome compartimental.
64. Na amputação abaixo do joelho de um adulto de 1,80 m de altura, o comprimento ideal do coto tibial é de
- A) 7,0 cm.
 - B) 10,0 cm.
 - C) 15,0 cm.
 - D) 20,0 cm.
65. A rotura do tendão do quadríceps femoral é mais comum na contração
- A) excêntrica com apoio do pé.
 - B) excêntrica sem apoio do pé.
 - C) concêntrica com apoio do pé.
 - D) concêntrica sem apoio do pé.
66. A luxação esternoclavicular quando combinada à luxação acromioclavicular é, mais frequentemente,
- A) inferior.
 - B) superior.
 - C) anterior.
 - D) posterior.

67. O mecanismo mais comum da fratura da eminência intercondilar da tíbia é
- A) a hiperflexão do joelho.
 - B) a hiperextensão do joelho.
 - C) o varismo e rotação medial da tíbia.
 - D) o valgismo e rotação lateral da tíbia.
68. Na síndrome compartimental, segundo MATSEN, existe alteração na função do nervo a partir de
- A) 10 min.
 - B) 30 min.
 - C) 60 min.
 - D) 90 min.
69. Na fratura do tipo III do anel pélvico na criança, segundo TORODE E ZIEG, a complicação mais frequente é
- A) consolidação viciosa.
 - B) falha de consolidação.
 - C) retarde de consolidação.
 - D) lesão da cartilagem trirradiada.
70. Na fratura do pilão tibial, o acesso posterolateral é feito no intervalo entre
- A) o solear e os tendões fibulares.
 - B) o flexor longo dos dedos e o solear.
 - C) os tendões fibulares e o flexor longo do hálux.
 - D) o flexor longo do hálux e o flexor longo dos dedos.
71. A fratura do odontoide mais comum e que cursa com pseudartrose em 36% dos casos é, segundo ANDERSON e D'ALONSO, a do tipo
- A) I.
 - B) II.
 - C) III.
 - D) IV.
72. A força máxima de flexão do cotovelo ocorre com
- A) 15°.
 - B) 45°.
 - C) 60°.
 - D) 90°.
73. Na doença de PAGET, a biópsia geralmente revela um padrão em
- A) mosaico.
 - B) paliçada.
 - C) roda de carroça.
 - D) tela de galinheiro.

74. A principal causa da luxação do joelho é
- A) queda de altura.
 - B) trauma esportivo.
 - C) entorse em obesos.
 - D) acidente automotivo.
75. Na síndrome compartimental aguda da perna, são fatores predisponentes o gênero
- A) feminino e a idade maior que 55 anos.
 - B) feminino e a idade menor que 55 anos.
 - C) masculino e a idade maior que 55 anos.
 - D) masculino e a idade menor que 55 anos.
76. No hálux valgo com ângulo metatarsofalângico de 22° e articulação congruente, o procedimento a ser realizado é
- A) artrodese metatarsofalângica.
 - B) osteotomia da falange proximal.
 - C) osteotomia do primeiro metatarsal.
 - D) ressecção da base da falange proximal.
77. Na tuberculose da coluna, a disseminação poupa
- A) o canal medular.
 - B) os corpos vertebrais.
 - C) os discos intervertebrais.
 - D) os ligamentos longitudinais.
78. Na fratura da cabeça do rádio no adulto, MORREY modificou a classificação de MASON incluindo a fratura do
- A) capítulo.
 - B) olécrano.
 - C) colo do rádio.
 - D) processo coronoide.
79. A osteocondrite dissecante do capitulo diferencia-se da doença de PANNER por
- A) acometer crianças mais velhas.
 - B) causar mais sintomas mecânicos.
 - C) provocar mais rigidez do cotovelo.
 - D) apresentar áreas de esclerose na radiografia.
80. Na fratura subtrocantérica, a deformidade em flexão e rotação lateral do fragmento proximal é promovida pelo músculo
- A) iliopsoas.
 - B) quadríceps.
 - C) glúteo médio.
 - D) adutor magno.

81. No tumor de células gigantes, a incidência de metástase pulmonar é de

- A) 0,5%.
- B) 3%.
- C) 7%.
- D) 10%.

82. Na coxa vara congênita o achado radiográfico característico é

- A) aumento do ângulo cervicodiafisário.
- B) estreitamento da linha epifisial proximal.
- C) um fragmento ósseo triangular lateral ao colo femoral.
- D) a presença de duas linhas "radiolucidas" que formam um "V" invertido.

83. O tratamento cirúrgico da lesão do LCP está indicado quando há

- A) teste de stress em valgo de uma cruz.
- B) fratura avulsão com fragmento pequeno.
- C) aumento da rotação lateral em 30° de flexão.
- D) gaveta posterior de 7 mm com tíbia em rotação neutra.

84. Na fratura da extremidade proximal do úmero na criança, ocasionada por trauma direto, a força normalmente é aplicada na região

- A) anterolateral.
- B) anteromedial.
- C) posterolateral.
- D) posteromedial.

85. Na fratura do escafoide, o desvio carpal é identificado na incidência radiográfica

- A) lateral.
- B) pronada.
- C) supinada.
- D) posteroanterior.

86. A artrodese do ombro está contraindicada no caso de

- A) neoplasia.
- B) luxação recidivante.
- C) artropatia de CHARCOT.
- D) lesão combinada do manguito rotador e do deltoide.

87. A presença do ligamento de VICKERS está relacionada à doença de

- A) APERT.
- B) JANSEN.
- C) STREETER.
- D) MADELUNG.

88. A fratura periprotética acetabular de causa traumática, após a artroplastia total do quadril, é classificada por DELLA VALLE e PAPROSKY como tipo
- A) I.
 - B) II.
 - C) III.
 - D) IV.
89. Na fratura da base da falange média dos dedos da mão, o tratamento não cirúrgico está indicado em caso de
- A) subluxação dorsal.
 - B) fratura cominutiva.
 - C) fratura articular completa.
 - D) acometimento articular maior que 40%.
90. Na avaliação radiográfica do pé plano, o ângulo de MÉARY visto na incidência lateral mostra a relação entre o
- A) tálus e o cuneiforme medial.
 - B) tálus e o primeiro metatarsal.
 - C) navicular e o cuneiforme medial.
 - D) navicular e o primeiro metatarsal.
91. O impacto interno descrito por WALCH é decorrente do contato entre o tendão do músculo
- A) subescapular e o processo coracoide.
 - B) supraespinal e o complexo labral inferior.
 - C) supraespinal e infraespinal e a borda posterossuperior da glenoide.
 - D) supraespinal e o subescapular e a borda anterossuperior da glenoide.
92. Na avaliação radiográfica do acetábulo, a estrutura que corresponde à parte medial da “gota de lágrima” é a
- A) coluna anterior.
 - B) coluna posterior.
 - C) fossa acetabular.
 - D) placa quadrilateral.
93. A fratura osteocondral do tálus com fragmento destacado e posicionado sobre o seu leito corresponde, segundo BERNDT e HARTY, ao estágio
- A) I.
 - B) II.
 - C) III.
 - D) IV.

94. A ressecção de uma metástase óssea isolada com margem alargada é indicada se for secundária ao carcinoma
- A) renal.
 - B) intestinal.
 - C) pulmonar.
 - D) tireoidiano.
95. As ações dos músculos lumbricais são
- A) extensão MF e flexão IFP.
 - B) extensão MF e extensão IFP.
 - C) estabilização MF e flexão IFP.
 - D) estabilização MF e extensão IFP.
96. A lesão aguda traumática do músculo peitoral maior é mais comum em
- A) homens entre 20 e 40 anos.
 - B) homens entre 50 e 65 anos.
 - C) mulheres entre 20 e 40 anos.
 - D) mulheres entre 50 e 65 anos.
97. A deformidade do impacto femoroacetabular tipo “came” é mais bem evidenciada pela
- A) radiografia simples.
 - B) ressonância magnética.
 - C) artroressonância magnética.
 - D) tomografia computadorizada 3-D.
98. Na plexopatia neonatal da criança com 6 meses de idade e escore 3 na escala de Toronto, o resultado esperado é
- A) bom com recuperação total.
 - B) bom com recuperação parcial.
 - C) limitado se não for indicada a microcirurgia.
 - D) limitado com recuperação do bíceps com força grau 3.
99. A anteversão do colo femoral ao nascimento e com 10 anos de idade é, respectivamente,
- A) 20° e 30°.
 - B) 30° e 20°.
 - C) zero e 40°.
 - D) 40° e zero.
100. A fratura tipo indentação da cabeça femoral raramente está associada à
- a) luxação central.
 - b) luxação anterior.
 - c) luxação posterior.
 - d) fratura do acetábulo.

Bibliografia

1. Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 4th Ed., p. 2022.
2. Rockwood and Wilkins's fractures in Children, 7th Ed., p. 105.
3. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Ed., p. 1008.
4. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Ed., p. 135.
5. Manual AO de fraturas, Vol 2, 2ª Ed., p. 940.
6. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 1572.
7. Rockwood and Green's fractures in Adults, 7th Ed., p. 1150.
8. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11 th Ed., p. 3162.
9. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11 th Ed., p. 952.
10. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12 th Ed., p. 2188-2189.
11. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11 th Ed., p. 876.
12. Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 4th Ed., p. 543.
13. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Ed., p. 1170.
14. Rockwood and Wilkins's fractures in Children, 7th Ed., p. 617.
15. Barros Filho T E P, Lech O.: Exame Físico em Ortopedia, 2ª Ed., p. 168.
16. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 866.
17. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Ed., p. 1317-1321.
18. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11 th Ed., p. 4045.
19. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11 th Ed., p. 4816.
20. Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 4th Ed., p. 2451.
21. Rockwood and Wilkins's fractures in Children, 7th Ed., p. 138.
22. Jupiter J.: Skeletal Trauma, 3rd Ed., p. 1469.
23. AO Principles of Fracture Management, 2nd Ed., p. 221.
24. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11 th Ed., p. 4438.
25. Rockwood and Green's fractures in Adults, 7th Ed., p. 524.
26. Leite Nelson M, Faloppa Flavio.: Propedêutica Ortopédica e Traumatológica, 1ª Ed., p. 194.
27. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 4668.
28. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 1994.
29. Jupiter J.: Skeletal Trauma, 3rd Ed., p. 1183.
30. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 2939.
31. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 2074.
32. AO Principles of Fracture Management, 2nd Ed., p. 523-532.
33. Rockwood and Green's fractures in Adults, 6th Ed., p. 1280.
34. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 3884.
35. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 727.
36. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 391.
37. Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 4th Ed., p. 663.
38. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 2249.
39. Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 4th Ed., p. 2329.
40. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 314.
41. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 2353.
42. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Ed., p. 533.
43. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 13th Ed., p. 2010-2018.
44. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Ed., p. 23.
45. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 2700.
46. Rockwood and Green's fractures in Adults, 7th Ed., p. 822.
47. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Ed., p. 114.
48. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 2321.
49. JBJS - 95A (5): 2013 MARCH
50. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 3045.
51. Barros Filho T E P, Lech O.: Exame Físico em Ortopedia, 2ª Ed., p. 86.
52. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 1380.
53. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Ed., p. 183.
54. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 2830.

55. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Ed., p. 414-415.
56. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 489.
57. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 2262.
58. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 3587.
59. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 1039.
60. Rockwood and Green's fractures in Adults, 7th Ed., p. 885.
61. Rockwood and Wilkins's fractures in Children, 6th Ed., p. 787.
62. Rockwood and Green's fractures in Adults, 7th Ed., p. 163.
63. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Ed., p. 1404.
64. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 600.
65. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 2344.
66. Rockwood and Green's fractures in Adults, 7th Ed., p. 1245.
67. Rockwood and Wilkins's fractures in Children, 6th Ed., p. 887.
68. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 4260.
69. Jupiter J.: Skeletal Trauma, 3rd Ed., p. 374.
70. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 3110.
71. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 1788.
72. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 561.
73. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., Chap 20.
74. Jupiter J.: Skeletal Trauma, 3rd Ed., p. 2053.
75. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 2315.
76. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 3808.
77. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 2250.
78. Rockwood and Green's fractures in Adults, 7th Ed., p. 912.
79. Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 4th Ed., p. 2519.
80. Rockwood and Green's fractures in Adults, 6th Ed., p. 1831-1832.
81. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 883.
82. Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 4th Ed., p. 898.
83. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 409.
84. Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 4th Ed., p. 2432.
85. Jupiter J.: Skeletal Trauma, 3rd Ed., p. 1268.
86. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 209.
87. Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, 4th Ed., p. 548.
88. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 412.
89. Rockwood and Green's fractures in Adults, 7th Ed., p. 724-725.
90. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 1352.
91. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 2964.
92. Jupiter J.: Skeletal Trauma, 4th Ed., p. 1110.
93. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 1696.
94. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 11th Ed., p. 925.
95. Pardini Traumatismo da mão 4ª ed, 2008, pag 60, 4ª Ed., p. 60.
96. Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Ed., p. 2351.
97. Clin Orthop Relat Res. 2013 Aug; 471(8): 2484-91
98. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Ed., p. 927.
99. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics, 6th Ed., p. 116.
100. Jupiter J.: Skeletal Trauma, 4th Ed., p. 1701-1703.