

TARO

2016



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) 2016**.

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

Presidente: Giana Giostri

Vice-presidente: Marcelo Krause

Secretário-executivo: Luis Marcelo Malta

Secretário-adjunto: Alexandre Lourenço

Membros:

Jean Klay Santos Machado

José Carlos Souza Vilela

Jose Octavio Soares Hungria

José Paulo Gabbi Aramburú Filho

Marco Kawamura Demange

Renato Amorim

Ricardo Sprenger Falavinha

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 discopatia lombar, a diminuição significativa da força do tríceps sural indica compressão da raiz de

- A) L4.
- B) L5.
- C) S1.
- D) S2.

2. Na “fratura do enforcado” a lesão de C2 localiza-se

- A) na massa lateral.
- B) no corpo anterior.
- C) na *pars interarticularis*.
- D) no processo espinhoso.

3. Na estenose lombar central os sintomas são

- A) bilaterais, respeitando o dermatomo.
- B) bilaterais, não respeitando o dermatomo.
- C) unilaterais, respeitando o dermatomo.
- D) unilaterais, não respeitando o dermatomo.

4. A maior estabilidade da articulação esternoclavicular, no que diz respeito à translação posterior, é fornecida

- A) pela cápsula anterior.
- B) pela cápsula posterior.
- C) pelo ligamento interclavicular.
- D) pelo ligamento esternoclavicular posterior.

5. Para um paciente com escoliose idiopática do adolescente, cuja curva é de 10° e o índice de RISSER é grau 1, a probabilidade de progressão da curva é de

- A) 18%.
- B) 22%.
- C) 26%.
- D) 30%.

6. Na doença de SCHEUERMANN, o ápice da curva ocorre entre

- A) T5 - T7.
- B) T7 - T9.
- C) T9 - T11.
- D) T11 - L1.

7. Nos tendões flexores superficiais dos dedos da mão, uma área isquêmica está presente sob a polia
- A) A1.
 - B) A2.
 - C) A3.
 - D) A4.
8. A fratura do odontoide na criança, quando classificada por SALTER-HARRIS, apresenta-se usualmente como do tipo
- A) I.
 - B) II.
 - C) III.
 - D) IV.
9. Na anatomia do cotovelo, a estrutura ligamentar que se insere no tubérculo sublime da ulna é
- A) o ligamento anular.
 - B) o ligamento transverso.
 - C) o ligamento colateral lateral ulnar.
 - D) a porção anterior do ligamento colateral medial.
10. Na fratura do terço distal do úmero no adulto, o nervo mais comumente acometido é o
- A) ulnar.
 - B) radial.
 - C) interósseo anterior.
 - D) interósseo posterior.
11. A Síndrome de BROWN-SÈQUARD é caracterizada por déficit motor e
- A) proprioceptivo contra-lateral; perda ipsilateral da sensibilidade dolorosa e da temperatura.
 - B) proprioceptivo ipsilateral; perda contra-lateral da sensibilidade dolorosa e da temperatura.
 - C) térmico contra-lateral; perda ipsilateral da sensibilidade dolorosa e da propriocepção.
 - D) térmico ipsilateral; perda contra-lateral da sensibilidade dolorosa e da propriocepção.

12. Na hérnia de disco cervical que comprime a raiz de C6, o exame físico do paciente revela

- A) sinal de HOFFMAN positivo.
- B) fraqueza do bíceps.
- C) hipoestesia do dedo mínimo.
- D) diminuição do reflexo do tríceps.

13. As fraturas do capítulo umeral em adultos são classificadas pela AO como

- A) A1.
- B) B1.
- C) B2.
- D) B3.

14. Na ruptura completa do tendão distal do bíceps braquial, o teste físico que apresenta 100% de sensibilidade e especificidade para o diagnóstico é o

- A) *hook test*.
- B) de SPEED.
- C) de YERGASON.
- D) *biceps squeeze*.

15. A ruptura do tendão do glúteo médio é mais frequente em

- A) homens acima de 50 anos de idade.
- B) mulheres acima de 50 anos de idade.
- C) homens abaixo dos 50 anos de idade.
- D) mulheres abaixo de 50 anos de idade.

16. O cisto ósseo unicameral é mais freqüente

- A) na tíbia.
- B) no homem.
- C) nos ossos chatos.
- D) na 3ª e 4ª décadas.

17. Na artrite reumatoide, o paciente que está limitado a executar pouca atividade diária é categorizado, segundo o escore de capacidade funcional da Associação Americana de Reumatologia, como classe

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

18. Na paralisia cerebral, o nível funcional mais frequente segundo o *Gross Motor and Functional Classification System (GMFCS)* é o

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

19. Na fase inicial da histiocitose de células de LANGERHANS, a imagem radiográfica assemelha-se a

- A) plasmocitoma.
- B) condrossarcoma.
- C) tumor de EWING.
- D) tumor de células gigantes.

20. Na osteogênese imperfeita, o aminoácido envolvido no defeito do colágeno tipo I é a

- A) lisina.
- B) glicina.
- C) cisteína.
- D) arginina.

21. Na fixação externa circular, o aumento da estabilidade é obtido com

- A) o uso de fios olivados.
- B) o aumento no diâmetro dos anéis.
- C) a menor angulação entre os pinos.
- D) o posicionamento excêntrico do osso.

22. No tratamento da infecção pós-osteossíntese, o uso local de antibiótico associado ao polimetilmetacrilato (cimento) requer que a droga escolhida seja

- A) termolábil.
- B) lipossolúvel.
- C) termoestável.
- D) hidrossolúvel.

23. A fratura da clavícula na criança em idade escolar resulta frequentemente de

- A) trauma de alta energia.
- B) queda sobre a mão estendida.
- C) trauma direto sobre a clavícula.
- D) força de compressão lateral no ombro.

24. A maior parte da vascularização do polo proximal do escafoide entra pela crista

- A) medial.
- B) lateral.
- C) dorsal.
- D) palmar.

25. No polegar trifalângico, a diminuição da primeira comissura e a ausência da musculatura tenar caracterizam o tipo

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

26. Na biomecânica do quadril, o ligamento isquiofemoral controla a

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

27. Na abordagem emergencial das lesões do anel pélvico, a instabilidade posterior é mais bem tratada com

- A) fixador externo supra-acetabular.
- B) fixador externo na crista ilíaca.
- C) clampe pélvico ("C – clamp").
- D) placa na sínfise púbica.

28. A OTTO *pelvis* é caracterizada por ser

- A) primária e bilateral.
- B) primária e unilateral.
- C) secundária e bilateral.
- D) secundária e unilateral.

29. O quadril em ressalto interno decorre do atrito entre a eminência iliopectínea e o tendão do

- A) iliopsoas.
- B) pectíneo.
- C) adutor longo.
- D) obturador interno.

30. Na fratura do acetábulo, o sinal radiográfico da “asa de gaivota” caracteriza a presença de

- A) fratura da parede posterior.
- B) fratura de ambas as colunas.
- C) impacção do teto acetabular.
- D) subluxação medial da cabeça.

31. As fraturas periprotéticas do fêmur classificadas como B2 (VANCOUVER) têm como tratamento preferencial a

- A) imobilização e repouso.
- B) fixação *in situ* com fios ou cabos de cerclagem.
- C) redução aberta e osteossíntese com placa bloqueada.
- D) revisão com troca por componente femoral mais longo.

32. No impacto femoroacetabular do tipo CAM, a lesão em contragolpe é mais comumente encontrada nas regiões

- A) anterior da cabeça do fêmur e anterior do acetábulo.
- B) lateral da cabeça do fêmur e anterolateral do acetábulo.
- C) lateral da cabeça do fêmur e posterolateral do acetábulo.
- D) posterior da cabeça do fêmur e posteroinferior do acetábulo.

33. Na osteonecrose da cabeça do fêmur classificada segundo STEINBERG, o sinal do crescente acometendo 20% da superfície articular corresponde ao estágio

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

34. Na osteíte do púbis, um dos achados na imagem da ressonância magnética é a tendinose do

- A) grácil.
- B) pectíneo.
- C) adutor magno.
- D) reto abdominal.

35. Na artrodese do tornozelo, o tálus deve ser posicionado em

- A) varo de 5 graus.
- B) translação posterior.
- C) dorsiflexão de 10 graus.
- D) rotação medial de 5 graus.

36. A fratura multifragmentária da região anterior do pilão tibial é mais frequentemente associada ao mecanismo de trauma

- A) em rotação lateral do tornozelo.
- B) em rotação medial do tornozelo.
- C) axial, com dorsiflexão do tornozelo.
- D) axial, com flexão plantar do tornozelo.

37. A insuficiência do tendão tibial posterior é evidenciada clinicamente pelo

- A) sinal de McBRIDE.
- B) sinal dos “muito dedos”.
- C) teste da hipermobilidade do primeiro raio.
- D) teste da compressão látero-lateral do antepé.

38. Na anatomia do terço médio do antebraço, o ramo profundo do nervo radial encontra-se junto à

- A) membrana interóssea.
- B) artéria interóssea posterior.
- C) borda anteromedial da ulna.
- D) borda anterolateral do rádio.

39. A sinostose radiulnar congênita geralmente é uma alteração

- A) isolada e bilateral.
- B) isolada e unilateral.
- C) associada a malformações e bilateral.
- D) associada a malformações e unilateral.

40. Na criança com deformidade plástica do antebraço e limitação da pronossupinação, o tratamento indicado é

- A) redução cruenta com fixação intramedular.
- B) redução cruenta com imobilização gessada.
- C) redução incruenta com imobilização gessada.
- D) imobilização gessada com supinação máxima.

41. Na rotação axial da coluna cervical, a articulação atlanto-axial é responsável por aproximadamente

- A) 10%.
- B) 25%.
- C) 50%.
- D) 75%.

42. No choque neurogênico ocorre

- A) taquicardia e débito urinário baixo.
- B) taquicardia e débito urinário normal.
- C) bradicardia e débito urinário baixo.
- D) bradicardia e débito urinário normal.

43. Na fratura do sacro classificada por DENIS como zona III, a probabilidade de lesão neurológica é de

- A) 10 - 20%.
- B) 30 - 40%.
- C) 50 - 60%.
- D) 70 - 80%.

44. Na epicondilite lateral do cotovelo, as alterações patológicas envolvem principalmente a origem do músculo

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

45. No tratamento cirúrgico do cotovelo rígido, o “procedimento da coluna” é realizado através do acesso

- A) medial.
- B) lateral.
- C) anterior.
- D) posterior.

46. Na síndrome do túnel cubital classificada por McGOWAN, a categoria III é caracterizada por

- A) parestesia intermitente e fraqueza subjetiva.
- B) parestesia permanente e fraqueza subjetiva.
- C) parestesia intermitente e fraqueza mensurável.
- D) parestesia permanente e fraqueza mensurável.

47. A luxação congênita da cabeça do rádio geralmente é

- A) anterior, com limitação da flexão.
- B) posterior, com limitação da flexão.
- C) anterior, com limitação da extensão.
- D) posterior, com limitação da extensão.

48. Na amputação por vasculopatia periférica, a complicação mais comum é a

- A) dor.
- B) infecção.
- C) necrose da pele.
- D) contratura do coto.

49. O anel pericondral de LaCROIX é uma estrutura

- A) fibrosa, localizada na epífise.
- B) cartilaginosa, localizada na epífise.
- C) fibrosa, que prende a epífise à metáfise.
- D) cartilaginosa, que prende a epífise à metáfise.

50. Na retirada de aparelhos gessados recomenda-se a utilização de serras

- A) afiadas, movendo-se a lâmina de forma contínua.
- B) afiadas, movendo-se a lâmina de forma intermitente.
- C) pouco afiadas, movendo-se a lâmina de forma contínua.
- D) pouco afiadas, movendo-se a lâmina de forma intermitente.

51. Na osteoporose pós menopausa, a diminuição abrupta da massa óssea tem relação com níveis decrescentes de

- A) tiroxina.
- B) estrogênio.
- C) calcitonina.
- D) progesterona.

52. Na síndrome dolorosa regional complexa a presença de pele úmida, cianótica e fria caracteriza o estágio

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

53. A neurofibromatose do tipo 1 é

- A) central e apresenta frequentemente manifestações ortopédicas.
- B) central e apresenta raramente manifestações ortopédicas.
- C) periférica e apresenta frequentemente manifestações ortopédicas.
- D) periférica e apresenta raramente manifestações ortopédicas.

54. Nas lesões fisárias tipo VI, segundo a classificação de PETERSON, ocorre

- A) lesão do anel pericondral.
- B) esmagamento completo da fise.
- C) fratura exposta com perda de parte da fise.
- D) diminuição acentuada do crescimento longitudinal.

55. Na ATJ, o defeito ósseo extenso na região metafisária com cortical íntegra é classificado, segundo RAND, como tipo

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

56. A lesão meniscal mais comum é a

- A) oblíqua.
- B) transversa.
- C) combinada.
- D) longitudinal.

57. Na reconstrução do LCP, a complicação mais comum é a

- A) lesão nervosa.
- B) perda da flexão.
- C) dor patelofemoral.
- D) instabilidade residual.

58. A ruptura do ligamento patelar é mais comum em pacientes

- A) acima de 40 anos, na tuberosidade da tíbia.
- B) abaixo de 40 anos, na tuberosidade da tíbia.
- C) acima de 40 anos, no polo inferior da patela.
- D) abaixo de 40 anos, no polo inferior da patela.

59. No joelho flutuante, a incidência de fratura exposta associada é de aproximadamente

- A) 20%.
- B) 40%.
- C) 60%.
- D) 80%.

60. Na fratura do terço distal do fêmur na criança a lesão associada mais comum é a

- A) fratura da pelve.
- B) síndrome compartimental.
- C) fratura da coluna vertebral.
- D) lesão ligamentar do joelho.

61. A artroplastia reversa do ombro tem como contra-indicação a

- A) artropatia neuropática.
- B) falha de artroplastia parcial.
- C) fratura em 4 partes no paciente idoso.
- D) lesão maciça do manguito com pseudoparalisia.

62. Na capsulite adesiva do ombro, o aumento da sua incidência está relacionado com

- A) hipertireoidismo.
- B) arritmia cardíaca.
- C) gênero masculino.
- D) idade menor que 50 anos.

63. Na tendinite calcárea do ombro, a fase II de SARKAR-UHTHOFF é caracterizada por

- A) metaplasia fibrocartilaginosa.
- B) tecido de granulação maduro.
- C) migração de células inflamatórias.
- D) deposição de cálcio nas vesículas celulares.

64. Na correção de uma deformidade na diáfise da tíbia, se o CORA, o eixo de correção e a linha da osteotomia estão no mesmo ponto, devemos realizar

- A) rotação.
- B) angulação.
- C) translação.
- D) translação e angulação.

65. Na síndrome compartimental após fratura exposta da tíbia, a lesão de partes moles corresponde, segundo a classificação de TSCHERNE, ao grau

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

66. Na instabilidade perilunar progressiva do carpo, o estágio III de MAYFIELD é caracterizado pela falha do ligamento

- A) escafo-semilunar.
- B) capítulo-semilunar.
- C) radiocarpal dorsal.
- D) piramidal-semilunar.

67. Adoença de KIËNBOCK tem como fator de risco para sua ocorrência

- A) o gênero feminino.
- B) o punho dominante.
- C) a idade maior que 50 anos.
- D) a variância ulnar tipo *ulna plus*.

68. A lesão do tendão extensor do dedo médio na região metacarpofalângica corresponde, na classificação topográfica, à zona

- A) III.
- B) IV
- C) V.
- D) VI.

69. A mão reumatoide apresenta como característica clínica o acometimento

- A) bilateral.
- B) assimétrico.
- C) precoce das interfalângicas.
- D) tardio das metacarpofalângicas.

70. Na síndrome do túnel do carpo, o teste mais específico e sensível para o diagnóstico é o de

- A) TINEL.
- B) PHALEN.
- C) DURKAN.
- D) FROMENT.

71. O polegar em gatilho na criança é uma alteração

- A) isolada que acomete a polia A1.
- B) isolada que acomete a polia A2.
- C) síndrômica que acomete a polia A1.
- D) síndrômica que acomete a polia A2.

72. Numa criança com limitação para o apoio do membro e leucocitose de 13.000/ml, a probabilidade de artrite séptica do quadril é de aproximadamente

- A) 10%
- B) 40%
- C) 70%
- D) 90%

73. A fisiopatologia da artropatia de CHARCOT que acomete o pé, envolve

- A) trauma de alta energia.
- B) aumento do fluxo sanguíneo local.
- C) aumento da atividade dos osteoblastos.
- D) diminuição a atividade dos osteoclastos.

74. A fasciíte plantar está relacionada à presença de

- A) dorsiflexão limitada do tornozelo e pronação excessiva do pé.
- B) flexão plantar limitada do tornozelo e pronação excessiva do pé.
- C) dorsiflexão limitada do tornozelo e supinação excessiva do pé.
- D) flexão plantar limitada do tornozelo e supinação excessiva do pé.

75. O hálux rígido está associado

- A) ao primeiro metatarsal curto.
- B) ao hálux valgo interfalângico.
- C) à retração do tendão calcâneo.
- D) à hipermobilidade do primeiro raio.

76. Na lesão osteocondral do tálus classificada segundo BERNDT E HARTY, o tratamento conservador está indicado no tipo

- A) III lateral.
- B) III medial.
- C) IV lateral.
- D) IV medial.

77. O metatarso aduto está frequentemente associado com

- A) torção tibial interna.
- B) luxação congênita do joelho.
- C) valgismo acentuado do retropé.
- D) hipotonia do músculo abdutor do hálux.

78. A coalizão tarsal envolve mais comumente as articulações

- A) talonavicular e calcaneonavicular.
- B) talonavicular e calcaneocuboídea.
- C) talocalcaneana e calcaneonavicular.
- D) calcaneonavicular e calcaneocuboídea.

79. Na instabilidade patelar o “sinal do cruzamento” é observado na tróclea do tipo

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

80. A fratura da base da falange proximal do polegar tipo III de SALTER-HARRIS, ocorre por avulsão

- A) da placa volar.
- B) do ligamento colateral ulnar.
- C) do tendão adutor do polegar.
- D) do tendão flexor curto do polegar.

81. Na plexopatia neonatal classificada segundo NAKARAS, aquela que evolui com recuperação total entre a primeira e a oitava semanas é a do tipo

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

82. Na doença de PAGET, as atividades osteoclástica e osteoblástica apresentam-se, respectivamente

- A) diminuída na fase inicial e diminuída na fase tardia.
- B) aumentada na fase inicial e diminuída na fase tardia.
- C) diminuída na fase inicial e aumentada na fase tardia.
- D) aumentada na fase inicial e aumentada na fase tardia.

83. Na fratura da cabeça femoral, o fragmento livre localiza-se mais comumente na posição

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

84. Na osteonecrose após fratura-luxação do tálus, o diagnóstico radiográfico é feito a partir de

- A) 3 a 4 semanas.
- B) 6 a 8 semanas.
- C) 10 a 12 semanas.
- D) 14 a 16 semanas.

85. O fibroma não ossificante localiza-se caracteristicamente na região

- A) central da diáfise.
- B) central da metáfise.
- C) excêntrica da diáfise.
- D) excêntrica da metáfise.

86. O cisto ósseo unicameral no adulto acomete principalmente o

- A) ilíaco e o calcâneo.
- B) terço proximal do úmero e o ilíaco.
- C) terço proximal do fêmur e o calcâneo.
- D) terço proximal do úmero o terço proximal do fêmur.

87. O sarcoma de partes moles mais comum na infância é o

- A) lipossarcoma.
- B) fibrossarcoma.
- C) sinoviossarcoma.
- D) rabdomiossarcoma.

88. Nas rupturas crônicas do tendão do quadríceps, a técnica de reparo com alongamento do tendão e retalho em V invertido é a descrita por

- A) ECKER.
- B) SCUDERI.
- C) CODVILLA.
- D) MANDELBAUM.

89. Na fratura diafisária da clavícula, os desvios típicos do fragmento lateral são

- A) translação inferior e rotação posterior.
- B) translação superior e rotação posterior.
- C) translação inferior e rotação anterior.
- D) translação superior e rotação anterior.

90. A fratura do colo da falange média com angulação de ápice volar ocorre por ação do músculo

- A) lumbrical.
- B) interósseo dorsal.
- C) interósseo palmar.
- D) flexor superficial dos dedos.

91. Na fratura da extremidade distal do fêmur, a complicação mais comum é

- A) a pseudartrose.
- B) a perda de movimento do joelho.
- C) o encurtamento maior que 5 mm.
- D) a deformidade angular maior que 5 graus.

92. Na fratura de BENNETT, o primeiro metacarpal é supinado por ação do

- A) adutor do polegar.
- B) oponente do polegar.
- C) abdutor longo do polegar.
- D) extensor curto do polegar.

93. Na lombalgia aguda, deve-se solicitar uma radiografia de coluna lombar em caso de

- A) nota superior a 5 na escala visual analógica de dor.
- B) parestesia de membros superiores associada.
- C) antecedente de artrite reumatoide na família.
- D) segunda visita ao médico em menos de 30 dias pelo mesmo motivo .

94. A técnica de MATTI-RUSSE para tratamento da pseudartrose do escafoide utiliza enxerto ósseo

- A) vascularizado, por via de acesso dorsal.
- B) vascularizado, por via de acesso ventral.
- C) não vascularizado, por via de acesso dorsal.
- D) não vascularizado, por via de acesso ventral.

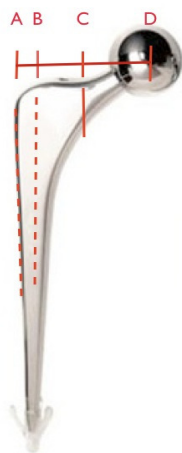
95. A fratura do odontoide mais comum e que cursa com pseudartrose em 36% dos casos é, segundo ANDERSON e D'ALONSO, a do tipo

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

96. Na fratura do acetábulo que acomete a parede anterior, a transmissão da energia do trauma se dá pelo eixo
- A) do colo femoral, com o quadril em rotação lateral.
 - B) do colo femoral, com o quadril em rotação medial.
 - C) da diáfise femoral, com o quadril em rotação lateral.
 - D) da diáfise femoral, com o quadril em rotação medial.
97. A luxação aguda do joelho com ruptura dos ligamentos cruzados e integridade dos colaterais é classificada, segundo SCHENCK, como
- A) KD-I.
 - B) KD-II.
 - C) KD-III.
 - D) KD-IV.
98. A instabilidade do complexo suspensório superior do ombro ocorre em caso de fratura do
- A) colo da escápula e lesão do ligamento trapezoide.
 - B) processo coracoide e lesão do ligamento trapezoide.
 - C) colo da escápula e lesão do ligamento acromioclavicular.
 - D) processo coracoide e lesão do ligamento coracoclavicular.
99. Na fratura da clavícula do tipo IIB de CRAIG, ocorre a ruptura do periósteo e do ligamento
- A) conoide.
 - B) trapezoide.
 - C) coracoacromial.
 - D) acromioclavicular.

100. O *offset* do componente femoral de uma prótese do quadril é representado na figura pela distância

- A) AD.
- B) BD.
- C) BC.
- D) CD.



- 1 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 1937 Pg.
- 2 Rockwood and Green's fractures in Adults 8th Ed. 1729 Pg.
- 3 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 1996 Pg.
- 4 Rockwood and Wilkins's fractures in Children 8th Ed. 1141 Pg.
- 5 Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics 5th Ed. 208 Pg.
- 6 Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics 7th Ed. 757 Pg.
- 7 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 3247 Pg.
- 8 Skeletal Trauma in Children 5th Ed. 293 Pg.
- 9 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 559 Pg.
- 10 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 1232 Pg.
- 11 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 1572 Pg.
- 12 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 1920 Pg.
- 13 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 1237 Pg.
- 14 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 2349 Pg.
- 15 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 2346 Pg.
- 16 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 869 Pg.
- 17 European Surgical Orthopaedics and Traumatology - The EFORT Textbook 2014 Ed. 426 Pg.
- 18 Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics 5th Ed. 5 Pg.
- 19 Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics 7th Ed. 330 Pg.
- 20 Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics 5th Ed. 2608-09 Pg.
- 21 Rockwood and Green's fractures in Adults 8th Ed. 252 Pg.
- 22 Rockwood and Green's fractures in Adults 7th Ed. 633 Pg.
- 23 Rockwood and Wilkins's fractures in Children 8th Ed. 1107 Pg.
- 24 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 3396 Pg.
- 25 Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics 7th Ed. 963 Pg.
- 26 Rockwood and Green's fractures in Adults 8th Ed. 2042 Pg.
- 27 Rockwood and Green's fractures in Adults 7th Ed. 1420-21 Pg.
- 28 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 209 Pg.
- 29 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 357 Pg.
- 30 Rockwood and Green's fractures in Adults 8th Ed. 1916 Pg.
- 31 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 245 Pg.
- 32 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 341 Pg.
- 33 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 359 Pg.
- 34 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 357 Pg.
- 35 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 511 Pg.
- 36 Rockwood and Green's fractures in Adults 8th Ed. 2475 Pg.
- 37 Tarcisio et.al Exame Físico 2 Ed. 290 Pg.
- 38 Jupiter J.: Skeletal Trauma 5th Ed. 201 Pg.
- 39 Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics 6th Ed. 937 Pg.
- 40 Skeletal Trauma in Children 5th Ed. 143 Pg.
- 41 Rockwood and Green's fractures in Adults 8th Ed. 1692 Pg.
- 42 Rockwood and Green's fractures in Adults 8th Ed. 1655 Pg.
- 43 Skeletal Trauma in Children 5th Ed. 1040 Pg.
- 44 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 2241 Pg.
- 45 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 2246 Pg.
- 46 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 3106 Pg.

- 47 Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics 6th Ed. 934-35 Pg.
- 48 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 607 Pg.
- 49 Skeletal Trauma in Children 5th Ed. 16 Pg.
- 50 Skeletal Trauma in Children 5th Ed. 42 Pg.
- 51 European Surgical Orthopaedics and Traumatology - The EFORT Textbook 2014 Ed. 285 Pg.
- 52 Jupiter J.: Skeletal Trauma 5th Ed. 391 Pg.
- 53 Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics 5th Ed. 514 Pg.
- 54 Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics 5th Ed. 1203 Pg.
- 55 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 412 Pg.
- 56 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 2071 Pg.
- 57 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 2176 Pg.
- 58 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 2338 Pg.
- 59 Jupiter J.: Skeletal Trauma 5th Ed. 1817 Pg.
- 60 Rockwood and Wilkins's fractures in Children 8th Ed. 1404 Pg.
- 61 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 549 Pg.
- 62 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 2235 Pg.
- 63 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 2237 Pg.
- 64 Rockwood and Green's fractures in Adults 7th Ed. 880 Pg.
- 65 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 2564 Pg.
- 66 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 3455 Pg.
- 67 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 3422 Pg.
- 68 European Surgical Orthopaedics and Traumatology - The EFORT Textbook 2014 Ed. 1967 Pg.
- 69 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 3556 Pg.
- 70 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 3638 Pg.
- 71 Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics 6th Ed. 960 Pg.
- 72 Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics 6th Ed. 454-55 Pg.
- 73 European Surgical Orthopaedics and Traumatology - The EFORT Textbook 2014 Ed. 3549 Pg.
- 74 European Surgical Orthopaedics and Traumatology - The EFORT Textbook 2014 Ed. 3902 Pg.
- 75 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 3892 Pg.
- 76 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 1505 Pg.
- 77 Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics 5th Ed. 770-71 Pg.
- 78 Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics 6th Ed. 1293 Pg.
- 79 European Surgical Orthopaedics and Traumatology - The EFORT Textbook 2014 Ed. 2793 Pg.
- 80 Rockwood and Wilkins's fractures in Children 8th Ed. 446 Pg.
- 81 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 1323 Pg.
- 82 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 880 Pg.
- 83 Rockwood and Green's fractures in Adults 8th Ed. 1993 Pg.
- 84 Rockwood and Green's fractures in Adults 8th Ed. 2622 Pg.
- 85 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 869 Pg.
- 86 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 11th Ed. 866 Pg.
- 87 Herring: Tachdjian's Pediatric Orthopaedics 4th Ed. 2329 Pg.
- 88 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 11th Ed. 2768 Pg.
- 89 Rockwood and Green's fractures in Adults 7th Ed. 1108 Pg.
- 90 Rockwood and Green's fractures in Adults 7th Ed. 724 Pg.
- 91 Rockwood and Green's fractures in Adults 7th Ed. 3430-31 Pg.
- 92 Rockwood and Green's fractures in Adults 7th Ed. 767 Pg.

- 93 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 1901 Pg.
- 94 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 11th Ed. 402 Pg.
- 95 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 11th Ed. 1788 Pg.
- 96 Rockwood and Green's fractures in Adults 7th Ed. 1465 Pg.
- 97 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 12th Ed. 2178 Pg.
- 98 Rockwood and Green's fractures in Adults 7th Ed. 1157 Pg.
- 99 Rockwood and Wilkins's fractures in Children 6th Ed. 727 Pg.
- 100 Canale & Beaty: Campbell's Operative Orthopaedics 11th Ed. 319 Pg.