

## Prova II: Conhecimento Específico

**21** Em relação à capsulite adesiva do ombro, pode-se afirmar que:

- (A) é uma doença autolimitada, não sendo necessário o tratamento;
- (B) as infiltrações seriadas, visando ao bloqueio do nervo circunflexo, têm-se mostrado um bom método de analgesia, permitindo a recuperação dos movimentos;
- (C) o tratamento cirúrgico é contra-indicado, por se tratar de doença evolutiva, sendo freqüentes as recidivas;
- (D) a artroscopia está sempre indicada e é o melhor método de tratamento;
- (E) seu tratamento baseia-se em fisioterapia, com exercícios passivos e autopassivos, visando ao ganho e à manutenção da amplitude de movimentos.

**22** Identifique a opção que apresenta comentário correto acerca da osteocondrite dissecante do joelho:

- (A) quanto ao tratamento, considera-se que, quando o fragmento é fixo, múltiplas perfurações com o objetivo de revascularização é o indicado; entretanto, se existe mobilidade, o fragmento deve ser fixado por cavilhamento ósseo ou através de parafuso; os corpos livres articulares devem ser retirados;
- (B) quanto à localização, a forma clássica é considerada a mais comum e ocorre no côndilo lateral;
- (C) quanto à maturidade esquelética do paciente, consideram-se os imaturos com indicação de tratamento cirúrgico, pois, nestes, as lesões destacadas são mais freqüentes; já nos adultos, observa-se boa evolução com o tratamento conservador;
- (D) quanto à incidência de artrose, a literatura mostra que é muito pequena e não tem relação com a idade do paciente no momento do diagnóstico, bem como, com o tamanho e localização da lesão;
- (E) quanto à localização, a forma mais rara é a que ocorre na face lateral do côndilo medial.

**23** Não representa indicação de artroplastia total do quadril:

- (A) paciente jovem com artrite reumatóide;
- (B) osteoartrite grave, primária ou secundária;
- (C) fratura do colo do fêmur em paciente de 80 anos de idade com doença de Parkinson;
- (D) paciente jovem com necrose de cabeça femoral por corticóide;
- (E) fratura do colo do fêmur em paciente adulto jovem portador de artrodese no quadril contralateral.

**24** Em paciente do sexo feminino, de 12 anos de idade, com indicação de correção da instabilidade patelo-femoral, qual é a melhor opção de técnica para o realinhamento distal do mecanismo extensor?

- (A) Fulkerson;
- (B) Hauser;
- (C) Maquet;
- (D) Elmslie-Trillat;
- (E) Roux-Goldwait.

**25** Com relação às artroses do quadril, pode-se afirmar que:

- (A) a artrodese do quadril é a opção de escolha em pacientes do sexo masculino;
- (B) em pacientes jovens (abaixo dos 40 anos de idade), a artroplastia total é a melhor opção de tratamento;
- (C) em pacientes com mais de 50 anos de idade, a artroplastia parcial com prótese de Thompson é a melhor opção de tratamento;
- (D) a artrodese do quadril é a opção de escolha, quando a artrose acomete os dois quadris;
- (E) a artrodese do quadril é a opção de escolha em pacientes de alta demanda funcional do quadril.

**26** Em se tratando de sinovite transitória do quadril:

- (A) é comum a bilateralidade na criança;
- (B) há limitação dos movimentos, principalmente da rotação externa (lateral);
- (C) o diagnóstico diferencial com doença de Perthes, artrite piogênica do quadril e epifisiolite sempre deve ser considerado;
- (D) a tomografia computadorizada é o método de eleição para se avaliar o tipo de derrame articular;
- (E) a taxa de antiestreptolisina "O" está aumentada em 50% dos casos.

**27** Sobre as lesões traumáticas do punho, pode-se afirmar que:

- (A) a utilização de fixador externo, para o tratamento das fraturas da extremidade distal do rádio, não deve ultrapassar quatro semanas;
- (B) no tratamento das fraturas do escafóide, o acesso dorsal é mais seguro, quanto à preservação de sua vascularização;
- (C) na fratura luxação transescapoperilunar do carpo, o ligamento escafossemilunar deve ser reparado;
- (D) a artrodese entre o escafóide, o trapézio e o trapezóide é a opção de tratamento para a dissociação escafossemilunar crônica;
- (E) a fratura de Barton palmar (Smith III) é, preferencialmente, tratada por redução incruenta e fixação externa.

**28** Com respeito ao trauma raquimedular toracolombar, sabe-se que:

- (A) o alargamento do espaço interespinhoso significa lesão ligamentar;
- (B) lesão neurológica ocorre, com freqüência, nos casos associados à osteoporose;
- (C) a presença de fragmento ósseo no canal vertebral implica sua ressecção cirúrgica;
- (D) a fratura sem lesão neurológica deve, de preferência, ser tratada incruentamente;
- (E) a laminectomia ampla descompressiva, sem artrodese, é indicada nas lesões em flexão com comprometimento neurológico.

**29** Com relação às fraturas supracondíleas do úmero em crianças:

- (A) o nervo mediano é o mais freqüentemente lesado naquelas com desvio pósteromedial;
- (B) as lesões da artéria braquial são mais freqüentes naquelas com desvio pósterolateral;
- (C) a contratatura isquêmica de Volkmann ocorre, com maior freqüência, naquelas com desvio anterior (em flexão);
- (D) a deformidade em varo do cotovelo (*cubitus varus*) ocorre, na maioria das vezes, por lesão da linha epifisária;
- (E) deve-se aumentar o grau de flexão do cotovelo naquelas em extensão, que evoluem com diminuição do pulso radial, após manobra de redução.

**30** Em caso de fraturas da extremidade distal do rádio:

- (A) na suspeita de instabilidade rádio-ulnar distal, o antebraço deve ser imobilizado em rotação neutra, com desvio ulnar;
- (B) nas extra-articulares, a redução deve ser mantida em gesso axilo-palmar, com o punho em flexão volar e desvio ulnar, e o antebraço supinado;
- (C) a ligamentotaxia restabelece o comprimento do rádio;
- (D) a combinação de fixação percutânea e fixação externa diminui a incidência de rigidez articular do punho e é o método de escolha para as fraturas intra-articulares instáveis;
- (E) a fixação percutânea, com pinos colocados através do foco da fratura, associada ao aparelho gessado, não se tem mostrado um método de tratamento confiável.

**31** Sobre a lesão do tendão extensor dos dedos na zona I, pode-se afirmar que:

- (A) a imobilização deve ser por seis semanas;
- (B) nas lesões agudas, a fixação com fio de Kirschner, mantendo a articulação interfalângica distal em extensão, é o tratamento de eleição, independentemente do grau de deformidade;
- (C) a imobilização com aparelho gessado, mantendo a falange distal estendida e a média flexionada, é eficiente, simples e isenta de riscos;
- (D) a lesão é tendinosa pura ou associada com fratura e não há lesão de cápsula nem de ligamentos;
- (E) as lesões crônicas devem ser tratadas com artrodese interfalângica, independentemente de eventual lesão cartilaginosa.

**32** Com respeito às fraturas dos ossos do antebraço em crianças, pode-se afirmar que:

- (A) refraturas são raras e, geralmente, ocorrem 10 meses após a consolidação radiográfica;
- (B) no tratamento das fraturas diafisárias do rádio com desvio e encurtamento, deve-se optar pela redução incruenta seguida de imobilização gessada modelada no antebraço;
- (C) trinta graus de deformidade angular no terço distal ou médio do rádio ou ulna são aceitáveis;
- (D) quanto mais próximas à metáfise distal, pior o prognóstico;
- (E) a fratura metafisária distal do rádio, com cavalgamento, deve ser tratada com redução incruenta, sob anestesia seguida de imobilização gessada.

**33** Em caso de lesões traumáticas do cotovelo:

- (A) a recidiva da luxação posterior não é infreqüente, e deve-se evitá-la com controles radiográficos precoces e imobilização com ligeiro aumento da flexão do cotovelo;
- (B) as fraturas articulares do rádio devem ser tratadas cruentamente;
- (C) quando da impossibilidade de reconstrução da cabeça do rádio, a substituição por prótese deve ser indicada;
- (D) as fraturas do epicôndilo medial do úmero desviadas devem ser reduzidas e fixadas;
- (E) a redução cruenta e osteossíntese da fratura do côndilo lateral do úmero são indicadas, quando há desvios superiores a 5mm em qualquer plano.

**34** Segundo a classificação de Gustilo, a fratura segmentar da diáfise da tíbia e cominutiva da fibula, com ferida de aproximadamente 06 centímetros, expondo o foco proximal da tíbia, sem lesão vascular que inviabilize o membro, deve ser classificada como:

- (A) I;
- (B) II;
- (C) III A;
- (D) III B ;
- (E) III C.

**35** Nas fraturas da clavícula:

- (A) devido à impossibilidade de imobilização rígida dos fragmentos, observa-se, freqüentemente, evolução para pseudoartrose;
- (B) a lesão vascular mais freqüente é a que ocorre na artéria braquial;
- (C) quando há lesão neurológica, por ação direta da fratura, o nervo mais freqüentemente acometido é o ulnar;
- (D) as do terço médio devem ser tratadas com enfaixamento em “8”, pois, a tipóia tipo Velpeaux não permite um tratamento adequado;
- (E) a utilização de fixadores externos é boa opção de tratamento.

**36** Com relação à luxação anterior traumática do ombro, sabe-se que:

- (A) fratura do tubérculo menor está freqüentemente associada, principalmente, quando decorrente de choque elétrico;
- (B) em pacientes acima dos 40 anos de idade, há maior risco de lesão associada do manguito rotador;
- (C) as lesões vasculares são mais freqüentes nos jovens, devido aos traumas de alta energia;
- (D) a redução deve ser realizada com a manobra de Kocher, devido à inexistência de complicações com esta técnica;
- (E) fraturas da borda anterior da cavidade glenóide são freqüentes e, em geral, não requerem tratamento cirúrgico.

**37** Quando a lesão do nervo radial está associada à fratura do úmero:

- (A) a fratura do úmero deve ser tratada conservadoramente;
- (B) a exploração cirúrgica para tratamento da lesão do nervo se impõe, devendo-se fixar, previamente, a fratura com placa e parafusos corticais;
- (C) a lesão do nervo radial geralmente é total (neurotme) ;
- (D) a fratura deve ser explorada e fixada para evitar interposição do nervo no processo de consolidação;
- (E) caso não haja sinais de reinervação distal à lesão, num período não inferior a oito meses, deve-se proceder à cirurgia para exploração e tratamento da lesão nervosa .

**38** Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, foi vítima de colisão de veículos. Uma hora após o acidente, ao exame físico, verificou-se instabilidade assimétrica da hemi-pelve esquerda, equimose em bolsa escrotal e ferida perineal lácero-contusa que, à exploração digital, comunicava-se com estrutura óssea. Hemodinamicamente estável, não apresentava sinais de comprometimento de outros sistemas. As radiografias evidenciavam instabilidade lateral e vertical da hemi-pelve e fratura dos ramos ísquio e íleo-púbicos esquerdos. Nesse caso:

- (A) a monitorização da pressão arterial e da diurese são imprescindíveis;
- (B) há lesão instável na articulação sacro-ílica esquerda;
- (C) há necessidade de exploração semiótica véscico-uretral e retal;
- (D) a colostomia é um procedimento indicado;
- (E) a lesão do anel pélvico se mantém reduzida com fixador externo.

**39** Paciente com fratura exposta grau III b (Gustilo) da tíbia foi tratado, inicialmente, com limpeza mecano-cirúrgica e fixação externa. Qual o tempo ideal para se realizar a enxertia óssea?

- (A) aproximadamente seis meses após a cobertura cutânea definitiva;
- (B) por ocasião da cobertura cutânea definitiva;
- (C) em qualquer fase do tratamento, desde que não haja infecção;
- (D) aproximadamente oito semanas após a cobertura cutânea definitiva;
- (E) quando se estabelecer pseudoartrose.

**40** Paciente do sexo masculino, com 20 anos de idade, vítima de acidente automobilístico, apresenta fratura cominutiva do terço distal do fêmur, comprometendo a região supracondílea e fratura diafisária transversa do terço médio da tíbia ipsilateral. Ambas apresentam desvio e as condições cutâneas são boas. O tratamento mais apropriado é:

- (A) fixação anatômica com placa no fêmur e placa de compressão na tíbia;
- (B) placa em ponte no fêmur e haste intramedular na tíbia;
- (C) fixação da tíbia com haste intramedular e tratamento incruento do fêmur sob tração;
- (D) fixação do fêmur com haste intramedular bloqueada e imobilização, tipo Sarmiento, na tíbia;
- (E) tratamento de ambas as fraturas sob tração esquelética.

**41** Com relação às lesões traumáticas do pé, é **incorreto** afirmar que:

- (A) nas fraturas-luxações de Lisfranc, a maior dificuldade diagnóstica é o reconhecimento da subluxação do primeiro metatarso em relação à base do segundo;
- (B) nas fraturas desviadas do colo do tálus, ocorre interrupção da irrigação sanguínea para o corpo, com alta possibilidade de necrose avascular;
- (C) nas fraturas intra-articulares do calcâneo, por compressão axial, ocorre afundamento e rotação da faceta articular posterior;
- (D) nas fraturas dos metatarsos, os desvios laterais são aceitos com maior tolerabilidade que os encurtamentos ou desvios plantares;
- (E) as fraturas por avulsão da base do quinto metatarso confundem-se com linha epifisária aberta, até por volta dos 12 anos de idade.

**42** Com relação ao tratamento cirúrgico das fraturas do tornozelo, é **incorreto** afirmar que:

- (A) a fratura infra-sindesmal isolada do maléolo fibular pode ser tratada conservadoramente com gesso;
- (B) o comprimento e o valgo da fibula devem ser preservados;
- (C) as fraturas do maléolo tibial devem, preferencialmente, ser fixadas com dois parafusos maleolares;
- (D) a fixação trans-sindesmal deve ser realizada em flexão plantar;
- (E) a fratura isolada do maléolo medial pode ser tratada conservadoramente com gesso.

**43** Em relação às vias de acesso para exposição cirúrgica da articulação do quadril, sabe-se que:

- (A) na lateral (Ollier), é obrigatória a osteotomia do trocanter maior;
- (B) na medial (Ludloff), a artéria femoral deve ser identificada e protegida;
- (C) na posterior (Osborne), encontra-se o nervo ciático entre os músculos gêmeo superior e inferior;
- (D) na póstero-lateral (Gibson), o nervo ciático deve ser identificado na incisura isquiática;
- (E) na anterior (Smith-Petersen), o músculo tensor do fâscia lata é seccionado transversalmente.

**44** Em caso de paralisia do nervo ciático, pós-fratura-luxação do quadril:

- (A) usualmente, a lesão consiste em neurotmeose com mau prognóstico de recuperação funcional, em 60% a 70 % dos casos;
- (B) o componente fibular é raramente lesado, por se localizar na porção mais profunda do nervo;
- (C) haverá fraqueza, em maior ou menor grau, da musculatura flexora e supinadora do pé na lesão do componente fibular;
- (D) após o terceiro dia, encontrar-se-á hipotrofia marcante da musculatura glútea;
- (E) a transferência do tendão do tibial posterior para o dorso do pé, via membrana interóssea, tem bons resultados no tratamento da seqüela da paralisia fibular.

**45** Com relação às lesões ligamentares do joelho, é **incorreto** afirmar que:

- (A) a hemartrose significa lesão do ligamento cruzado anterior em mais de 70% dos casos;
- (B) a manobra de Lachman sempre está presente nos portadores de lesão do ligamento cruzado anterior;
- (C) as manobras de varo ou valgo em hiperextensão significam lesão de todo o complexo ligamentar lateral ou medial, cruzado anterior e posterior;
- (D) o sinal da gaveta posterior é negativo na maioria dos exames iniciais;
- (E) as manobras de varo ou valgo em zero grau significam lesão do complexo lateral ou medial, com provável lesão do pivô central.

**46** Na lesão aguda do ligamento cruzado anterior, a associação mais freqüente é com:

- (A) lesão osteocondral da patela;
- (B) lesão do menisco lateral;
- (C) lesão condral do côndilo femoral lateral;
- (D) lesão do menisco medial;
- (E) fratura de Segond.

**47** Em caso de fraturas expostas:

- (A) quando há perda de cobertura cutânea, os fixadores externos circulares são preferidos em relação aos uniplanares;
- (B) durante o debridamento, fragmentos ósseos devem ser preservados, mesmo que desprovidos de vascularização;
- (C) a utilização precoce de enxerto ósseo autólogo é contra os princípios de tratamento;
- (D) nas lesões III b de Gustilo, com indicação de fixação externa, os uniplanares devem ser utilizados como tratamento de escolha;
- (E) as osteossínteses com placas e hastes intramedulares são contra-indicadas.

**48** O teste de Phalen, que consiste em manter os punhos fletidos por um a dois minutos, é utilizado para detectar a presença de:

- (A) compressão do nervo mediano (síndrome do túnel do carpo);
- (B) síndrome do desfiladeiro torácico;
- (C) instabilidade dos ossos do carpo;
- (D) tenossinovite no primeiro túnel osteofibroso (de Quervain);
- (E) alterações vasculares na mão (falência das artérias radial e ulnar).

**49** Paciente apresenta ferimento recente, inciso e limpo, com lesão dos dois tendões flexores do dedo indicador, na zona 2, associada à secção do nervo colateral radial. O tratamento ideal é reparar:

- (A) somente o tendão flexor profundo;
- (B) os dois flexores e o nervo;
- (C) o tendão flexor profundo e o nervo;
- (D) somente o tendão flexor superficial;
- (E) os dois flexores, deixando o nervo para um segundo tempo.

**50** Nas lesões do plexo braquial:

- (A) a eletroneuromiografia é exame complementar importante, desde que seja realizado em até 21 dias antes do término da degeneração Walleriana;
- (B) a presença do sinal de Tinel na fossa supraclavicular indica que existem raízes em regeneração não avulsionadas e com possibilidade de reparação cruenta;
- (C) as lesões por projéteis de arma de fogo, com paralisia parcial do membro superior, têm melhores resultados quando a exploração cruenta é realizada nas três primeiras semanas;
- (D) existe um período de tempo, em torno de três anos, a partir do qual o músculo não é capaz de ser reinervado;
- (E) quando há avulsão de todas as raízes, o tratamento cruento tem mau prognóstico e há indicação de amputação do membro superior.

**51** Sobre as lesões ligamentares do tornozelo, pode-se afirmar que:

- (A) artrose tíbio-társica é a complicação tardia mais comum;
- (B) o ligamento mais comumente acometido é o fíbulo-calcâneo;
- (C) o tratamento cruento, na instabilidade crônica, geralmente restringe os movimentos e é realizado quando iniciam-se as alterações degenerativas;
- (D) quando tratadas conservadoramente, o tornozelo deve ser imobilizado por seis semanas;
- (E) os mecanismos mais comuns de lesão são os de pronação e rotação externa.

**52** Com relação às fraturas do colo e da região trocantérica do fêmur, sabe-se que:

- (A) as do tipo I de Garden apresentam estabilidade intrínseca, devendo ser tratadas incruentamente;
- (B) as trocantéricas são mais freqüentes que as do colo e acometem pacientes mais idosos do que os pacientes acometidos pelas fraturas do colo;
- (C) as do colo, impactadas em valgo, não evoluem com necrose avascular da cabeça;
- (D) o índice pós-redução proposto por Garden determina que na radiografia em ântero-posterior do quadril, o ângulo entre as trabéculas de compressão primária e a cortical medial do fêmur seja superior a 180 graus;
- (E) clinicamente, as do colo apresentam-se com maior grau de rotação lateral que as transtrocantéricas.

**53** Na prevenção das fraturas patológicas do colo do fêmur por doença metastática, um dos critérios para substituição por endoprótese é:

- (A) lesão óssea na qual a dor não é aliviada após radioterapia;
- (B) presença de lesões osteoblásticas;
- (C) lesão lítica intramedular dolorosa, comprometendo 25% do diâmetro transverso do osso;
- (D) múltiplas lesões líticas intramedulares;
- (E) lesão lítica dolorosa, comprometendo comprimento de cortical igual ou maior que 2,5 cm.

**54** Pode-se afirmar, em relação à ruptura traumática do subescapular, que:

- (A) está, freqüentemente, associada à lesão do nervo axilar;
- (B) os melhores resultados são obtidos com tratamento conservador;
- (C) o paciente apresenta rotação interna aumentada do ombro comprometido;
- (D) está, freqüentemente, associada à luxação anterior traumática do ombro;
- (E) o diagnóstico clínico é realizado através da utilização do teste de Gerber.

**55** Quanto à biomecânica das hastes intramedulares:

- (A) a duplicação da rigidez da haste é alcançada quando esta é colocada no mesmo número da fresa;
- (B) o aumento de até 2 mm não determina qualquer alteração em sua rigidez;
- (C) para aumentar a rigidez das hastes, é preciso aproximar o implante do eixo mecânico e não do anatômico;
- (D) o aumento de 1 mm no diâmetro, aumenta em 30% a 45% sua rigidez;
- (E) na haste de Kuntcher, a fenda longitudinal é colocada no lado da compressão.

**56** Em relação ao escorregamento epifisário proximal femoral (epifisiólise) é **incorreto** afirmar que:

- (A) a epífise femoral proximal escorregada está posterior;
- (B) a penetração transitória articular do fio guia está relacionada com alto índice de condrólise;
- (C) é mais comum no sexo masculino;
- (D) a condrólise é creditada a problemas imunológicos;
- (E) nos pacientes com epifisiólise bilateral, a insuficiência tireoidiana deve ser suspeitada.

**57** O sinal de Hawkins:

- (A) aparece após 6 meses da fratura e indica pseudo-artrose;
- (B) quando presente, indica necrose avascular do talus;
- (C) quando presente, indica vascularização do talus;
- (D) é um sinal em crescente e indica colapso iminente do talus;
- (E) quando presente, é consequência de perda da redução e de desvio da fratura em varo.

**58** A síndrome medular central (lesão traumática incompleta da medula) é caracterizada por:

- (A) arreflexia da bexiga, intestino e membros inferiores;
- (B) perda motora do lado da lesão e perda contra-lateral da sensibilidade e temperatura;
- (C) perda motora, dor abaixo da lesão e preservação da sensibilidade profunda;
- (D) perda da propriocepção e sensibilidade vibratória;
- (E) tetraparesia com maior envolvimento dos membros superiores que dos inferiores.

**59** No estudo radiográfico do ombro, a técnica de West Point é:

- (A) AP com angulação cefálica 40°;
- (B) perfil escapular;
- (C) AP com angulação caudal 45°;
- (D) incidência axilar;
- (E) AP em redução interna e externa.

**60** Identifique o teste que **não** é aplicado ao exame do joelho:

- (A) Ober;
- (B) Lachman;
- (C) Mc Murrey;
- (D) Steinmann;
- (E) Appley.