

01. Em relação ao uso de torniquetes para a realização de cirurgias, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Após duas horas de uso do tomiquete, retirá-lo por 10 minutos é suficiente para aplicá-lo novamente.
 - B) Pressão excessiva está associada a maior risco de paralisia.
 - C) Pressão insuficiente está associada a maior risco de paralisia.
 - D) Deve-se levar em consideração a região anatômica para aplicação do torniquete a fim de evitar paralisia.
 - E) A síndrome pós-torniquete, descrita por Bunnel, é caracterizada por edema, palidez cutânea, rigidez articular, perda de força, estando relacionada à duração da isquemia e não, ao efeito mecânico do torniquete.
-

02. Em relação ao exame de Ressonância Magnética Nuclear, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Gordura tem hipersinal na ponderação em T1.
 - B) Líquido tem hipersinal na ponderação de T1.
 - C) Tendões costumam ter hipersinal em todas as ponderações.
 - D) Ligamentos costumam ter hipersinal em todas as ponderações.
 - E) Cortical óssea costuma ter hipersinal em todas as ponderações.
-

03. Em relação à classificação de Dorr para os padrões morfológicos do fêmur proximal, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O tipo A tem corticais adelgadas.
 - B) O tipo C é o mais adequado para componente femoral não cimentado.
 - C) O tipo A tem formato cilíndrico.
 - D) O tipo C tem formato de funil.
 - E) O tipo B tem perda óssea das corticais posterior e medial, mas o formato do fêmur não está comprometido.
-

04. Em relação ao sistema descrito por Wasielewski para orientação das zonas de fixação com parafusos dos componentes acetabulares não cimentados, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O sistema é composto por duas linhas perpendiculares que cruzam o centro do acetábulo, tendo uma delas a espinha ilíaca anteroinferior como referência.
 - B) Parafusos posicionados através do quadrante anterossuperior podem pôr em risco a artéria e a veia ilíaca externas.
 - C) Parafusos posicionados através do quadrante anteroinferior podem pôr em risco o nervo obturatório.
 - D) Parafusos posicionados através do quadrante pósterio-superior são os mais seguros.
 - E) Parafusos posicionados através do quadrante pósterio-inferior podem pôr em risco o nervo ciático.
-

05. Em relação à classificação de Brooker para ossificação heterotópica após artroplastia do quadril, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A distância entre os osteófitos da pelve e do fêmur de ao menos 1cm é classificada como grau II.
 - B) A distância entre os osteófitos da pelve e fêmur superior a 3 cm é classificada como grau III.
 - C) No grau V, tem-se anquilose.
 - D) No grau IV, a distância entre os osteófitos da pelve e fêmur é superior a 4 cm.
 - E) No grau I, a distância entre os osteófitos da pelve e fêmur é inferior a 1 cm.
-

06. Em relação à classificação de Tsukayama para as infecções periprotéticas, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Infecção precoce é aquela que ocorre 2 meses após a cirurgia.
 - B) Nas infecções profundas, é preconizado o tratamento cirúrgico.
 - C) No tratamento cirúrgico das infecções precoces, é preconizada a troca de todos os componentes de rotina.
 - D) Nas infecções crônicas tardias, o tratamento cirúrgico sem a troca dos componentes traz bons resultados.
 - E) No tratamento cirúrgico das infecções de prótese, a troca dos componentes em tempo único é proscrita.
-

07. Em relação aos critérios da Reunião do Consenso Internacional para Infecção Periprotética da Articulação, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Proteína C reativa elevada é um critério maior para o diagnóstico de infecção.
- B) Proteína C reativa elevada é um critério de maior valor que a avaliação histológica no diagnóstico de infecção.
- C) Escore superior a 6 é indicativo de infecção.
- D) Não existe critério isolado que indique infecção.
- E) Velocidade de hemossedimentação tem um papel importante no diagnóstico das infecções agudas de início precoce.

08. Em relação ao impacto femoroacetabular, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A lesão de contragolpe é característica do impacto tipo.
- B) O impacto tipo pincer é mais comum nas mulheres.
- C) No impacto tipo cam, há mais lesão da cartilagem articular que no impacto tipo pincer.
- D) O impacto tipo cam está mais associado ao desenvolvimento de artrose do quadril que o impacto tipo pincer.
- E) O impacto tipo pincer pode estar associado ao desenvolvimento da artrose do quadril.

09. Em relação à biomecânica da consolidação das fraturas, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) "Strain", ou razão de deformação, não tem unidade de medida.
- B) A magnitude da área de trabalho numa osteossíntese está relacionada à estabilidade da fratura de forma inversamente proporcional, ou seja, quanto maior a área de trabalho, menor a estabilidade; quanto menor a área de trabalho, maior a estabilidade.
- C) Numa fratura de traço simples, a fixação rígida com placa de compressão demanda pré-tensionamento para evitar abertura na cortical oposta à placa.
- D) Pode-se aumentar a rigidez às cargas de torção e flexão de uma osteossíntese, aumentando-se o comprimento da placa.
- E) Em uma osteossíntese com placa e parafusos, preencher todos os furos da placa com parafusos sempre aumenta a rigidez do sistema às cargas de flexão e torção, sendo, dessa forma, sempre recomendado esse preenchimento.

10. Em relação ao tratamento cirúrgico das fraturas expostas, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Fragmentos ósseos sem inserção de partes moles devem ser descartados, independentemente da região anatômica do osso à qual pertençam.
- B) Desbridamento deve ser realizado, no máximo, até seis horas após o trauma.
- C) Devem-se utilizar antissépticos de rotina no soro para irrigação da ferida operatória.
- D) Lavagem pulsátil com alta pressão é a mais indicada para a irrigação da ferida.
- E) Osteossíntese interna definitiva pode ser realizada na primeira abordagem cirúrgica de um paciente com fratura exposta.

11. Em relação às fraturas expostas e às infecções a elas relacionadas, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Deve-se usar antibiótico profilático durante todo o tempo em que o paciente estiver com drenos.
- B) Deve-se colher, de rotina e na primeira intervenção cirúrgica de um paciente com fratura exposta, fragmento de tecido para cultura.
- C) Deve-se usar antibiótico sistêmico para profilaxia de infecção de trajeto dos pinos do fixador externo.
- D) Por se tratar de uso profilático, o uso de antibióticos no tratamento das fraturas expostas é opcional.
- E) As infecções relacionadas às fraturas expostas são causadas, em sua maioria, por germes hospitalares.

12. Em relação ao escore GHOIS (Ganga Hospital Open Injury Score), assinale a alternativa CORRETA.

- A) Comorbidades não entram na pontuação do escore.
- B) Os componentes anatômicos dos membros inferiores são graduados separadamente por pontos que vão de um a seis.
- C) Tempo para desbridamento superior a 12 horas não faz parte do escore.
- D) Pontuação no ISS (Injury Severity Score) não faz parte do escore.
- E) Fratura de traço simples transversa ou oblíqua tem a mesma pontuação que fraturas em cunha com fragmento da cunha menor que 50% da circunferência do osso.

13. São critérios para amputação primária de membro traumatizado todos os citados abaixo, EXCETO:

- A) Escore GHOIS (Ganga Hospital Open Injury Score) maior ou igual a 17.
 - B) ISS (Injury Severity Score) maior ou igual a 25.
 - C) Isquemia quente acima de 4 horas.
 - D) Perda de tecido muscular em mais que dois compartimentos perna.
 - E) Perda óssea envolvendo mais que 1/3 do comprimento da tíbia.
-

14. Em relação aos retalhos usados na reconstrução dos traumatismos da perna com perda de substância, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O retalho de gastrocnêmio é apropriado para lesões do terço médio e distal.
 - B) Não existe possibilidade de reconstrução com retalhos helicoidais.
 - C) O terço distal pode ser reconstruído com o retalho do músculo sóleo de fluxo anterógrado.
 - D) O terço médio pode ser reconstruído com retalho de hemissóleo de fluxo anterógrado.
 - E) Na classificação de suprimento vascular muscular de Mathes e Nahai, o gastrocnêmio é classificado como tipo IV.
-

15. Em relação às fraturas de estresse, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A cirurgia é o tratamento de primeira escolha nessas fraturas.
 - B) A fratura localizada no quinto metatarso é considerada de alto risco, independente da localização.
 - C) A fratura localizada na cortical medial da tíbia é considerada de alto risco.
 - D) Fratura do colo do tálus é considerada de alto risco.
 - E) Fratura do maléolo medial é considerada de baixo risco.
-

16. Em relação às osteotomias periacetabulares, utilizadas no tratamento cirúrgico das displasias do desenvolvimento do quadril, é CORRETO afirmar que a osteotomia de

- A) Chiari é preconizada em pacientes em que se consegue redução concêntrica do quadril.
 - B) Salter redireciona o acetábulo, tendo seu fulcro de movimento na cartilagem trirradiada.
 - C) Pemberton tem seu fulcro de movimento na sínfise púbica.
 - D) Dega tem seu fulcro de movimento na sínfise púbica.
 - E) Steel é preconizada em pacientes que apresentam redução concêntrica do quadril.
-

17. Uma das preocupações mais comuns dos pais, levando seus filhos, quando crianças, a uma avaliação ortopédica é andar com o ângulo de progressão da marcha medialmente desviado, a marcha com os pés para dentro (intoeing gait).

Nesse contexto, é CORRETO afirmar que

- A) essa condição é, na maioria das vezes, patológica e requer tratamento.
 - B) encefalopatia não progressiva é uma das causas patológicas desse tipo de marcha.
 - C) anteversão reduzida do colo femoral é uma das causas benignas.
 - D) torção externa tibial é uma das causas benignas.
 - E) espasticidade é um achado clínico comum nessa condição.
-

18. Em relação ao torcicolo na infância, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A instabilidade rotatória atlantoaxial é a causa mais comum do torcicolo doloroso adquirido na infância
 - B) A posição da cabeça no torcicolo doloroso adquirido é de rotação para o lado oposto e inclinação para o mesmo lado do músculo esternocleidomastoideo que se encontra em espasmo.
 - C) O torcicolo muscular congênito tem resolução com tratamento conservador, em cerca de 90% dos casos.
 - D) O torcicolo doloroso adquirido é, normalmente, uma condição benigna e de resolução espontânea.
 - E) A Síndrome de Sandifer pode se manifestar com torcicolo.
-

19. Em relação à classificação ultrassonográfica de Graf para displasia do desenvolvimento do quadril, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O ângulo alfa no tipo 1 é menor que 60 graus, e o ângulo beta é maior que 55 graus.
 - B) O ângulo beta no tipo 2 é menor que 55 graus.
 - C) O ângulo beta no tipo 3 é menor que 60 graus.
 - D) O ângulo beta no tipo 2d é menor que 77 graus.
 - E) A musculatura abdução é visível ao método.
-

20. Em relação à doença de Legg-Calvé-Perthes, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Segundo a classificação de Waldeström, a fragmentação é o segundo estágio da doença.
 - B) A classificação de salter e Thompson, baseada na fratura ou lise subcondral, conhecida como sinal de Caffey ou de Waldeström, é bastante útil, pois está presente em cerca de 70 % das vezes nas avaliações radiográficas de pacientes com essa doença.
 - C) A classificação do pilar lateral é feita no início da fase de fragmentação.
 - D) A classificação de Stulberg utiliza o método de Mose para mensuração da esfericidade da cabeça.
 - E) A classificação de Stulberg é usada na fase residual da doença.
-

21. Em relação à epifisiólise do fêmur proximal, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O sinal de Thretowan é baseado na linha de Perkins.
 - B) A classificação de Loder é radiográfica.
 - C) O ângulo entre a epífise femoral proximal e o colo do fêmur é denominado de Ângulo de Southwick.
 - D) O Ângulo de Southwick no perfil é de 10 graus anterior.
 - E) A classificação de Loder está relacionada ao risco de necrose avascular da epífise femoral proximal.
-

22. Em relação à tibia vara de Blount infantil, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Ângulo de levinne-Drennan acima de 11 graus é suficiente para estabelecer o diagnóstico.
 - B) Subluxação medial da parte proximal da tibia faz parte das características radiográficas da deformidade.
 - C) Em pacientes sem lesões metafisárias, epifisárias ou fisárias, o genuvaro fisiológico é o principal diagnóstico diferencial.
 - D) Langerskiöld classificou a tibia vara em cinco estágios.
 - E) A lesão típica metafisária da tibia vara de Blount já pode ser vista em pacientes abaixo de um ano.
-

23. Em relação às deformidades angulares da tibia, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As deformidades anteromediais estão associadas à pseudoartrose displásica, também conhecida como pseudoartrose congênita da tibia.
 - B) As deformidades tipo I da classificação de Crawford e Schorry são, usualmente, benignas.
 - C) As deformidades anterolaterais estão associadas à neurofibromatose.
 - D) Estudos apontam que lesão patológica primária pode estar no periosteio e não, no osso.
 - E) Pseudoartrose congênita da fíbula pode ser um marcador de pseudoartrose displásica da tibia de início tardio.
-

24. De acordo com a classificação de Dimeglio para o pé torto congênito (equinovaro), assinale a alternativa CORRETA.

- A) Prega posterior vale dois pontos.
 - B) Redutibilidade de 45 a 20 graus vale 4 pontos.
 - C) Redutibilidade menor que zero graus vale 2 pontos.
 - D) Presença de cavo vale um ponto.
 - E) Escore maior que 5 é benigno.
-

25. Em relação ao pé cavo, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Na maioria das vezes, existe uma etiologia neurológica.
 - B) Está mais associado à posição do calcâneo em equino que em varo.
 - C) Pode estar associado à medula presa.
 - D) Pode estar associado à ataxia de Friederich.
 - E) Flexibilidade do retropé prescinde de osteotomia corretora de calcâneo.
-

26. Em relação a coalisões tarsais, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A dor é, usualmente, a queixa inicial.
 - B) Usualmente se tornam sintomáticas na adolescência.
 - C) Apenas 20% das coalisões tarsais são bilaterais.
 - D) Reduzida mobilidade da articulação subtalar em um pé plano é o achado mais comum no exame físico.
 - E) As coalisões mais comuns são talocalcaneanas e talonaviculares.
-

27. Em relação à anatomia do plexo braquial, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O nervo dorsal da escápula é ramo direto do tronco superior.
 - B) Os nervos subescapular superior e inferior são ramos do fascículo posterior.
 - C) O fascículo lateral dá origem ao nervo musculocutâneo.
 - D) O nervo torácico longo se origina das raízes de c5, c6 e c7.
 - E) O fascículo posterior dá origem ao nervo axilar.
-

28. Em relação à inervação do membro superior, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O nervo mediano, além de outros músculos, inerva o flexor profundo dos dedos indicador, médio e o músculo flexor longo do polegar.
 - B) O nervo ulnar inerva, além de outros músculos, o flexor profundo dos dedos anular e mínimo, todos os interósseos e segundo e terceiro lumbricais.
 - C) O adutor do polegar é inervado pelo nervo ulnar.
 - D) O nervo radial origina o nervo interósseo posterior que percorre a arcada de Frohse.
 - E) O nervo radial inerva parte do músculo braquial.
-

29. Em relação às fraturas dos ossos do antebraço em crianças, assinale a alternativa CORRETA.

- A) As fraturas em galho-verde com mecanismo de hiperpronação têm deformidade com ápice volar.
 - B) As fraturas em galho-verde com mecanismo em hipersupinação têm deformidade com ápice dorsal.
 - C) Em meninas abaixo de oito anos e meninos abaixo de 10 anos, translação de noventa por cento já é, isoladamente, indicação de tratamento cirúrgico.
 - D) Sinostose radioulnar, após tratamento de fratura dos ossos do antebraço em crianças, é, quase que exclusivamente, associada à osteossíntese com placa.
 - E) Os desvios angulares sagitais são mais tolerados no terço proximal que nos terços médio e distal.
-

30. Em relação às fraturas do terço proximal do rádio, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Segundo a classificação de Chambers, para as fraturas da região proximal do rádio, o tipo B do grupo 1 corresponde a uma fratura salter-harris tipo 2.
 - B) O tipo 3 da classificação de Judet para as fraturas do colo do rádio corresponde às fraturas com desvio maior que 60 graus.
 - C) O tipo IV A da classificação de Judet corresponde às fraturas com mais de 80 graus de desvio.
 - D) Lesões dos nervos interósseo posterior e ulnar podem ser resultado direto da fratura.
 - E) Na classificação de O'Brien para as fraturas do colo do rádio, o tipo 3 corresponde às fraturas com angulação maior ou igual a 45 graus.
-

31. Em relação às fraturas de Monteggia em crianças, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Dentre os diversos tipos da classificação de Bado, as fraturas do tipo 1 são as mais comuns em crianças.
 - B) Nas fraturas tipo 2 de Bado, o desvio da cabeça do rádio é anterior.
 - C) Nas fraturas do tipo 3 de Bado, o desvio da cabeça do rádio é posterior.
 - D) As fraturas do tipo 3 de Bado estão associadas a um desvio em valgo da ulna.
 - E) Dentre os diversos tipos da classificação de Bado, as fraturas do tipo 2 são o segundo tipo mais comum.
-

32. Em relação às lesões de nervos periféricos, associadas às fraturas de Monteggia em crianças, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A incidência de lesão de nervo radial varia de 10 a 20%.
 - B) A melhora da função neurológica ocorre em quase 100% dos pacientes sem necessidade de exploração cirúrgica do nervo.
 - C) O nervo interósseo anterior é o mais lesado.
 - D) As lesões do nervo radial estão mais associadas aos tipos 1 e 3 de Bado.
 - E) Trata-se da complicação mais comum associada a esse tipo de fratura.
-

33. Em relação às fraturas supracondilneas de cotovelo em crianças, é CORRETO afirmar que

- A) nas fraturas do tipo 1 de Garthland, a linha cortical anterior do úmero passa anteriormente ao capítulo, sem cruzá-lo.
 - B) nas fraturas de tipo 2 de Garthland, a fixação com fios de entrada lateral não é suficiente.
 - C) em um paciente com fratura do tipo 2 de Garthland, em que a estabilização da fratura só seja conseguida com flexão do cotovelo acima de 110 graus, preconiza-se o tratamento conservador.
 - D) nas fraturas do tipo 3 de Garthland, com desvio medial, deve-se realizar flexão e supinação na manobra de redução para tensionamento do periósteo posterior e medial.
 - E) cominuição medial da região supracondilleana do úmero pode estar relacionada a cúbito varo, mesmo em fraturas pouco desviadas.
-

34. Em relação às fraturas do colo do fêmur em crianças, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Os tipos 3 e 4 da classificação de Colona e Delbet estão mais associados à osteonecrose.
 - B) Cerca de 50% das fraturas do tipo 1 da classificação de Colona e Delbet estão associadas à luxação da epifíse femoral proximal.
 - C) Os pacientes acima de dois anos com fraturas do tipo 1 de Colona e Delbet devem ser tratados com imobilização gessada.
 - D) Recomenda-se tratamento conservador em crianças acima de 5 anos com fraturas tipo 2 e 3, quando não desviadas.
 - E) Os tipos 1 e 2 da classificação de Colona e Delbet estão mais associados à consolidação em varo.
-

35. Em relação à classificação de Tachdjian e Dias para as fraturas do tornozelo em crianças, assinale a alternativa CORRETA.

- A) No mecanismo de supinação-inversão, a fratura na fíbula é Salter-Harris tipo 1 ou 3.
 - B) No mecanismo de supinação-inversão, a fratura da tíbia pode ser Salter-Harris tipo 4.
 - C) No mecanismo de Supinação-rotação externa, a fratura da tíbia é Salter Harris do tipo 3.
 - D) No mecanismo de pronação-eversão-rotação externa, o fragmento de Thurston Holland é mais medial ou pósterio-medial.
 - E) no mecanismo de supinação-rotação externa, o traço de fratura da tíbia começa distal e medialmente, estendendo-se de forma espiral lateralmente.
-

36. São indicações para tratamento cirúrgico de fraturas do terço médio da clavícula todas as citadas abaixo, EXCETO:

- A) Cominuição maior que 3 fragmentos.
 - B) Encurtamento maior que 1 cm.
 - C) Risco iminente de Exposição.
 - D) Fratura segmentar.
 - E) Déficit neurológico progressivo.
-

37. Em relação às fraturas do úmero proximal, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Levando-se em consideração a classificação da Clínica Mayo, as fraturas com desvio em varo e posteromedial estão mais associadas à osteonecrose que as impactadas em valgo.
 - B) Fraturas com desvio em varo e posteromedial podem ser tratadas conservadoramente, se o desvio for menor que 60 graus.
 - C) O exame físico é importante na avaliação da estabilidade da fratura.
 - D) Desvio dos tubérculos maior que 1 cm não é critério de indicação cirúrgica.
 - E) Afundamento da superfície articular acima de 10% é critério de indicação de cirurgia.
-

38. Em relação às fraturas da diáfise do úmero no adulto, assinale alternativa INCORRETA.

- A) Fraturas do rádio com lesão do nervo radial demandam abordagem cirúrgica para exploração do nervo na maioria das vezes.
 - B) Deformidade menor que 15 graus no plano coronal não é critério de indicação cirúrgica.
 - C) Rotação menor que 20 graus não é critério de indicação cirúrgica.
 - D) Encurtamento menor que 2 cm não é critério de indicação cirúrgica.
 - E) Deve-se evitar cerclagem nas osteossínteses do úmero, a fim de diminuir o risco de lesão neurovascular.
-

39. Em relação às complicações da fratura do úmero distal, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Lesões do nervo ulnar podem ocorrer na ocasião da fratura, no intraoperatório e no pós-operatório.
 - B) As osteotomias do olecrano, realizadas na abordagem dessas fraturas, costumam evoluir para pseudartrose em mais de 50% dos casos.
 - C) Ossificação heterotópica pós-operatória demanda sempre tratamento cirúrgico.
 - D) A neuropatia do nervo ulnar pós-operatória não permite tratamento expectante e demanda exploração cirúrgica.
 - E) A transposição do nervo ulnar no ato operatório deve ser feita de rotina.
-

40. Em relação à luxação de cotovelo, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O nervo ulnar é o mais comumente lesado.
 - B) Os ligamentos colaterais laterais têm três componentes, sendo os principais estabilizadores em varo e em rotação pósteromedial do cotovelo.
 - C) O ligamento anular é um dos ligamentos colaterais laterais do cotovelo.
 - D) O ligamento colateral lateral ulnar é um dos ligamentos colaterais laterais do cotovelo.
 - E) O ligamento colateral lateral radial é um dos ligamentos colaterais laterais do cotovelo.
-

41. Em relação às luxações e lesões ligamentares metacarpofalangeanas, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A luxação da articulação metacarpofalangeana do polegar é a mais comum das luxações metacarpofalangeanas.
 - B) As luxações metacarpofalangeanas dos dedos anular e médio são menos comuns do que as do indicador e mínimo.
 - C) As lesões ligamentares isoladas são mais comuns que as associadas às luxações.
 - D) As lesões ligamentares metacarpofalangeanas sem associação com luxação são mais comuns no dedo indicador.
 - E) Nas lesões ligamentares metacarpofalangeanas do dedo indicador, sem associação com luxação, o ligamento colateral ulnar é o mais lesado.
-

42. Em relação às luxações metacarpofalangeanas do dedo indicador, assinale a alternativa CORRETA em relação à posição das diversas estruturas anatômicas em relação ao colo do segundo metacarpo.

- A) O músculo lumbrical se localiza medialmente, os tendões flexores lateralmente, o ligamento natatório proximalmente e o ligamento superficial transverso metacarpal distalmente.
 - B) O músculo lumbrical se localiza lateralmente, os tendões flexores medialmente, o ligamento natatório proximalmente e o ligamento superficial transverso metacarpal distalmente.
 - C) O músculo lumbrical se localiza lateralmente, os tendões flexores medialmente, o ligamento natatório distalmente e o ligamento superficial transverso metacarpal proximalmente.
 - D) O músculo lumbrical se localiza lateralmente, os flexos ulnar medialmente, o ligamento natatório proximalmente, e o ligamento superficial transverso metacarpal distalmente.
 - E) O músculo lumbrical e os tendões flexores se localizam medialmente, o ligamento natatório distalmente e o ligamento superficial transverso metacarpal proximalmente.
-

43. Em relação às fraturas do escafoide, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Dor à palpação da tabaqueira anatômica tem alta sensibilidade, mas baixa especificidade no diagnóstico.
 - B) Nas fraturas estáveis, a imobilização com gesso antebraquiopalmar sem bloqueio de polegar é suficiente.
 - C) Desvio maior que um milímetro está associado a maior risco de pseudartrose.
 - D) Ângulo lateral intraescafoide maior que 25 graus é critério de instabilidade, segundo a classificação da Clínica Mayo.
 - E) Cominuição é critério de instabilidade, segundo a classificação da clínica Mayo.
-

44. Em relação às lesões do anel pélvico, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Existe maior incidência de lesão uretral associada às lesões do anel pélvico em homens.
 - B) Segundo a classificação de Jones para lesões expostas do anel pélvico, o tipo 5 está associado à alta taxa de mortalidade.
 - C) Radiografias com estresse apresentam importante papel na avaliação da estabilidade de lesões do anel pélvico.
 - D) Segundo a classificação de Young e Burgess, as lesões com mecanismo anteroposterior tipo 2 têm lesão dos ligamentos sacroilíacos anteriores.
 - E) Segundo a classificação de Young e Burgess, as lesões com mecanismo anteroposterior tipo 3 têm indicação de fixação anterior e posterior.
-

45. Em relação às fraturas do acetábulo, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O sinal da gaivota (gull sign) é um sinal de mau prognóstico.
 - B) Sinal do esporão (spur sign) é patognomônico de fratura de dupla coluna.
 - C) O tempo decorrido entre a fratura e a realização da cirurgia é um fator preditivo de desfecho radiológico e clínico, não devendo ser superior a quinze dias nas fraturas elementares, e a 10 dias nas fraturas associadas.
 - D) Redução articular operatória com desvio menor que um milímetro tem relação com melhor prognóstico.
 - E) Fratura do teto acetabular com desvio acima de dois milímetros não é critério de indicação cirúrgica.
-

46. Em relação às fraturas do colo femoral, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Segundo a classificação de Garden, as fraturas do tipo um são completas e sem desvio.
 - B) Segundo a classificação AO, as fraturas do tipo B1 são impactadas em valgo com desvio maior que 15 graus.
 - C) Redução da fratura com índice de Garden de 135 a 145 graus está relacionada à menor taxa de osteonecrose e pseudoartrose.
 - D) O índice de Garden é medido entre o eixo longo de colo femoral e o eixo longo da diáfise femoral.
 - E) Fraturas por estresse do colo femoral são sempre cirúrgicas.
-

47. Em relação às fraturas transtrocantéricas, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Segundo a classificação AO, as fraturas do tipo A2 têm traço reverso.
 - B) As fraturas do tipo A3 podem ser fixadas com placa DHS (Dynamic Hip Screw).
 - C) Redução anatômica é o que se deve buscar nas fraturas instáveis.
 - D) Redução em valgo é a única aceitável em fraturas estáveis.
 - E) Índice ponta ápice menor que 25 milímetros é um dos critérios para avaliação do bom posicionamento do parafuso deslizante no DHS (Dynamic Hip Screw).
-

48. Qual das medidas abaixo podem evitar redução em varo na fixação das fraturas subtrocantéricas com haste intramedular cefalomedular?

- A) Fazer o ponto de entrada mais medial em relação ao ápice do trocânter.
 - B) Fazer o ponto de entrada mais lateral em relação ao ápice do trocânter.
 - C) Fazer o ponto de entrada mais posterior em relação ao ápice do trocânter.
 - D) Fazer o ponto de entrada mais anterior em relação ao ápice do trocânter.
 - E) Fazer o ponto de entrada da haste exatamente no centro do trocânter.
-

49. Em relação às fraturas do planalto tibial, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A classificação de Luo divide o planalto tibial em duas colunas.
 - B) A classificação de Luo é radiográfica.
 - C) Depressão articular isolada, correspondente a Schatzker 3, é definida como zero- coluna.
 - D) Schatzker IV corresponde, na classificação de Luo, a uma fratura de três colunas.
 - E) A maioria das fraturas classificadas como Schatzker 1 e 2 correspondem, na classificação de Luo, a fraturas de duas colunas.
-

50. Em relação às fixações com hastes intramedulares de tíbia bloqueadas, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Para definição do ponto de entrada no plano coronal, a projeção radiográfica em AP correta corresponde àquela em que uma linha tangente à cortical lateral da tíbia deve passar lateralmente ao centro da diáfise da fíbula.
 - B) Na projeção radiográfica em AP, o ponto de entrada deve ser lateral à espinha lateral da tíbia.
 - C) Na projeção radiográfica em perfil, o ponto de entrada deve ser imediatamente proximal à tuberosidade anterior da tíbia.
 - D) Parafuso de poller pode ser utilizado para correção de desvios proximais e distais.
 - E) Parafuso de poller deve ser sempre implantado na concavidade da deformidade.
-

GRUPO 28
(ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA)