

01. Em relação às distrofias musculares, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A distrofia de Émery-Dreifuss se caracteriza pela alteração dos genes que codificam a distrofina.
- B) A distrofia muscular de Becker é a mais comum dentre as distrofias musculares.
- C) Na distrofia muscular de Duchenne, a perda de força é notada primeiro na musculatura distal dos membros.
- D) Nos pacientes com escoliose decorrente da distrofia muscular de Duchenne, os critérios de indicação cirúrgica são os mesmos da Escoliose Idiopática.
- E) A distrofia muscular miotônica divide-se em dois tipos: tipo 1, conhecida como doença de Steinert, e tipo 2, que é a miopatia proximal miotônica.

02. Em relação à acondroplasia, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A presença de cifose toracolombar é incomum e, normalmente, tem indicação de tratamento cirúrgico.
- B) A presença de quadriparesia espástica e apneia do sono são comumente causadas por hipertensão intracraniana, distúrbio comum na acondroplasia.
- C) A mão em tridente, caracterizada pela separação entre o dedo médio e anular, é uma das características da acondroplasia.
- D) Na acondroplasia, existe falha no processo de ossificação intramembranosa e endocondral.
- E) Na acondroplasia, existe falha no processo de ossificação endocondral e periosteal.

03. Em relação ao acometimento do sistema musculoesquelético, causado pela hemofilia, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O pseudotumor hemofílico ocorre de forma mais frequente no braço.
- B) O pseudotumor hemofílico não ocorre na região subperiosteal.
- C) No estágio 1 da classificação de Arnold-Hilgartner da artropatia por hemofilia, as radiografias apresentam apenas cistos subcondrais.
- D) No estágio 4 e 5 da classificação de Arnold-Hilgartner da artropatia por hemofilia, há indicação formal de sinovectomia.
- E) No estágio 2 da classificação de Arnold-Hilgartner da artropatia por hemofilia, a cartilagem articular está preservada.

04. Em relação às fraturas supracondilneas do cotovelo em criança, assinale a alternativa CORRETA.

- A) É recomendável manter o cotovelo imobilizado no pós-operatório em uma posição em flexão entre 90 e 100 graus, quando se utiliza um fio de fixação introduzido através do epicôndilo medial, para evitar lesão pós-operatória do nervo ulnar.
- B) É recomendável manter o cotovelo imobilizado no pós-operatório em uma posição em flexão entre 90 e 100 graus, quando se utiliza um fio de fixação introduzido através do epicôndilo medial, para evitar lesão pós-operatória do nervo ulnar e para melhor estabilidade da fratura.
- C) É recomendável manter o cotovelo imobilizado no pós-operatório em uma posição em flexão entre 80 e 100 graus, quando se utiliza um fio de fixação introduzido através do epicôndilo medial para evitar lesão do nervo ulnar pós-operatória e proporcionar melhor estabilidade da fratura.
- D) É recomendável manter o cotovelo imobilizado no pós-operatório em uma posição em flexão menor que 90 graus, quando se utiliza um fio de fixação introduzido através do epicôndilo medial, para melhor estabilidade da fratura.
- E) É recomendável manter o cotovelo imobilizado no pós-operatório em uma posição em flexão menor que 90 graus, quando se utiliza um fio de fixação introduzido através do epicôndilo media, para evitar lesão pós-operatória do nervo ulnar.

05. Em relação à piomiosite, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) É mais comum na primeira e segunda décadas de vida
- B) O envolvimento de um grupo muscular é mais comum do que de vários grupos musculares.
- C) O agente etiológico mais comum é o *S. aureus*, seguido do estreptococos beta hemolítico do grupo A.
- D) O músculo mais frequentemente envolvido é o quadríceps.
- E) O *S. aureus* está associado a uma incidência de mortalidade maior do que o estreptococos beta hemolítico do grupo A.

06. Em relação à espondilodiscite piogênica em criança, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A coluna lombar é o local mais frequentemente acometido, seguida pela coluna torácica e cervical.
- B) A faixa etária em que acontece a discite infecciosa isolada é menor do que a de osteomielite de corpo vertebral.
- C) *S. aureus* é o agente etiológico mais comum.
- D) Não se deve iniciar antibioticoterapia, antes de se fazer uma biópsia para coleta de material e cultura.
- E) Deve-se realizar antibioticoterapia por 4 a seis semanas.

07. Em relação às deficiências congênicas dos membros, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A síndrome de Holt-Oran se caracteriza pela presença de trombocitopenia.
 - B) Na síndrome de Fanconi, há predisposição à leucemia.
 - C) A síndrome de Poland é caracterizada pela ausência do músculo peitoral menor e maior.
 - D) Anomalias congênicas localizadas nas regiões radiais e fibulares, ou seja, laterais em relação à linha média dos membros na posição anatômica, são denominadas de pós-axiais.
 - E) A síndrome Trombocitopenia Ausência de Rádio (TAR syndrome) é autossômica dominante.
-

08. Qual das síndromes abaixo NÃO tem como hipótese etiológica a interrupção do fluxo arterial embrionário das artérias subclávias, vertebrais e seus ramos?

- A) Síndrome de Möbius
 - B) Síndrome de Klippel - Feil
 - C) Síndrome de Sprengel
 - D) Síndrome de Poland
 - E) Síndrome de Holt- Oran
-

09. Em relação ao pé cavo varo decorrente da doença de Charcot-Marie-Tooth, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A manutenção da força da musculatura intrínseca do pé é responsável pelo cavo.
 - B) O tibial anterior não costuma apresentar fraqueza.
 - C) O tibial posterior costuma apresentar fraqueza
 - D) O fibular longo costuma apresentar força preservada.
 - E) O fibular curto costuma apresentar força preservada.
-

10. Em relação ao pé torto congênito idiopático, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) No método de Ponseti, o cavo é corrigido através da supinação do antepé em relação ao retropé.
 - B) No tratamento através do método de Ponseti, a tenotomia do Aquiles é realizada na maioria dos casos.
 - C) Na classificação de Dimeglio, a presença de prega lateral no calcâneo é um parâmetro de gravidade da deformidade.
 - D) O tálus costuma estar desviado nas direções plantar e medial.
 - E) A órtese de Denis Browne deve manter os pés em rotação externa de cerca de 70 graus.
-

11. Em relação às deformidades angulares dos membros inferiores na criança assinale a alternativa CORRETA.

- A) Na deformidade angular posteromedial da tíbia, é comum haver deformidade do pé em flexão plantar.
 - B) A história natural da deformidade angular posteromedial da tíbia é de piora progressiva com frequente necessidade de osteotomia corretiva.
 - C) Na pseudartrose congênita da tíbia, a descontinuidade óssea está presente, na maioria das vezes, desde o nascimento.
 - D) A menor parte dos pacientes com neurofibromatose tipo 1 apresentam pseudartrose congênita da tíbia.
 - E) A deformidade anterolateral da tíbia é classificada por Crawford, sendo o tipo 1 da forma displásica.
-

12. Em relação às deformidades dos membros inferiores na criança, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A anteversão excessiva do colo femoral está associada a um padrão de marcha caracterizado por apresentar os pés rodados medialmente, conhecida como "intoeing gait".
 - B) Ao exame físico, o paciente com anteversão excessiva do colo femoral apresenta rotação externa do quadril limitada, quando comparada com a rotação interna.
 - C) Pacientes com anteversão excessiva do colo femoral devem ser submetidos ao uso de órteses para correção.
 - D) Cirurgia para correção de anteversão excessiva do colo femoral costuma ser indicada em pacientes com paralisia cerebral.
 - E) O fator mais comumente associado à manutenção de anteversão excessiva do colo femoral durante o crescimento é a alteração do tônus muscular, caracterizada por espasticidade.
-

13. Em relação à biomecânica do quadril, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Durante o apoio monopodal, a musculatura abdução exerce uma força aproximadamente 7 vezes maior que a do peso do corpo.
 - B) Durante o apoio monopodal, o braço de alavanca através do qual a força peso atua é menor do que o braço de alavanca abductor.
 - C) Um dos objetivos da prótese de Charnley era de medialização do centro de rotação do quadril.
 - D) Em pacientes com artrose de quadril, é comum a presença de alongamento do braço de alavanca abductor.
 - E) Atualmente, nas artroplastias totais de quadril, o objetivo é sempre posicionar o centro de rotação mais medialmente do que seria o centro de rotação anatômico.
-

14. Em relação aos pacientes com alteração do balanço espinopélvico e que precisam ser submetidos à artroplastia total de quadril, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Nos pacientes com retificação da lordose lombar, costuma haver aumento da anteversão pélvica, sendo necessário ajustar a anteversão do componente acetabular, posicionando-o em maior grau de anteversão.
 - B) Nos pacientes com retificação da lordose lombar, costuma haver aumento da anteversão pélvica, sendo necessário ajustar a retroversão do componente acetabular, posicionando-o em maior grau de retroversão,
 - C) Nos pacientes com retificação da lordose lombar, costuma haver aumento da anteversão pélvica, sendo necessário ajustar a anteversão do componente acetabular, devido ao maior risco de instabilidade posterior.
 - D) Nos pacientes com retificação da lordose lombar, costuma haver aumento da retroversão pélvica, sendo necessário ajustar a anteversão do componente acetabular, posicionando-o em menor grau de anteversão.
 - E) Nos pacientes com retificação da lordose lombar, costuma haver aumento da inclinação pélvica lateral, sendo necessário ajustar a anteversão do componente acetabular, posicionando-o em maior grau de anteversão.
-

15. Em relação às artroplastias totais do quadril, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A incidência de luxação nas próteses realizadas por via de acesso posterior é bem superior às realizadas por via de acesso anterior
 - B) Os maiores diâmetros de cabeça femoral da prótese estão relacionados com maior incidência de luxação.
 - C) Um dos parâmetros da zona de segurança para o posicionamento do componente acetabular, descritos por Lewinnek et al, é de 25 ± 10 graus de anteversão.
 - D) Um dos parâmetros da zona de segurança para o posicionamento do componente acetabular, descritos por Lewinnek et al, é de 20 ± 10 graus de inclinação vista no plano coronal.
 - E) A anteversão do componente femoral deve ser de 5 a 15 graus.
-

16. Em relação às artroplastias primárias do joelho, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Usualmente, o corte femoral posterior deve estar a 3 graus de rotação externa em relação ao eixo bicondilar.
 - B) Usualmente o corte femoral posterior é perpendicular ao eixo biepicondilar.
 - C) Usualmente o corte distal deve ser de 7 graus de valgo em relação ao eixo mecânico do fêmur.
 - D) Usualmente o corte da tibia deve ser de 5 graus de valgo em relação ao eixo mecânico da tibia.
 - E) O posicionamento do componente femoral deve ser posicionado a 3 graus de rotação interna.
-

17. Considerando o espaço articular existente após a realização dos cortes no fêmur e na tibia, realizados durante uma artroplastia total de joelho, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Durante o balanceamento, a liberação cirúrgica do tendão poplíteo influencia mais na abertura do espaço articular em flexão do que em extensão.
 - B) Durante o balanceamento, a liberação cirúrgica do canto póstero-lateral influencia mais na abertura do espaço articular em flexão do que em extensão.
 - C) Durante o balanceamento, a liberação cirúrgica da pata de ganso influencia mais na abertura do espaço articular em extensão do que em flexão.
 - D) Durante o balanceamento, a liberação cirúrgica da metade anterior do ligamento colateral medial influencia mais na abertura do espaço articular em extensão do que em flexão.
 - E) Durante o balanceamento, a liberação cirúrgica da cápsula posterior influencia mais na abertura do espaço articular em flexão do que em extensão.
-

18. Em relação às artroplastias totais de ombro do tipo anatômica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O raio de curvatura da cabeça umeral da prótese e o do componente da glenoide devem ser iguais.
 - B) O raio de curvatura da cabeça umeral da prótese deve ser maior do que o do componente da glenoide.
 - C) Quando o raio de curvatura do componente da glenoide excede o raio de curvatura da cabeça umeral da prótese em mais de 2mm, alguma translação da cabeça é permitida, sem que haja transmissão de sobrecarga ao componente glenoidal.
 - D) Existe menor incidência de soltura quando a diferença entre os raios de curvatura da cabeça umeral da prótese e do componente da glenoide é menor que um milímetro.
 - E) Existe menor incidência de desgaste do polietileno quando a diferença entre os raios de curvatura da cabeça umeral da prótese e do componente da glenoide é menor que um milímetro.
-

19. Em relação às artroplastias glenoumerais, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A artroplastia total glenoumeral do tipo anatômica é a mais indicada na artropatia degenerativa do manguito rotador.
 - B) A hemiartroplastia umeral é absolutamente contra indicada na artropatia degenerativa do manguito rotador.
 - C) A artroplastia total do tipo reversa é a mais indicada na artropatia degenerativa do manguito rotador.
 - D) A soltura do componente umeral nas artroplastias totais do tipo anatômica ocorre através do efeito chamado "cavalo de pau" (rocking-horse effect)
 - E) A artroplastia total do tipo reversa é classificada como não restrita.
-

20. Em relação às vias de acesso para o ombro, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Na via de acesso posterior de judet, o plano internervos é entre o supraescapular e o infraescapular
 - B) Na via de acesso anteromedial (deltopeitoral), o plano internervos é entre o axilar e o radial.
 - C) Na via de acesso anterolateral, o nervo radial é uma das estruturas em risco.
 - D) Na via de acesso deltopeitoral, a desinserção do supraespinhal do tubérculo maior é fundamental para ter acesso ao labrum da glenoide.
 - E) Na via de acesso deltopeitoral, a cabeça curta do bíceps precisa ser retraída medialmente.
-

21. Em relação aos princípios gerais das amputações dos membros, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Os músculos devem ser cortados em um nível ao menos 1cm distal ao coto de amputação ósseo.
 - B) Os músculos devem ser cortados em um nível ao menos 2 cm distal ao coto de amputação ósseo.
 - C) Os músculos devem ser cortados em um nível ao menos 5cm distal ao coto de amputação ósseo.
 - D) Os músculos devem ser cortados em um nível não inferior a 10cm distal ao coto de amputação ósseo.
 - E) Os músculos devem ser cortados em um nível não inferior a 15cm distal ao coto de amputação ósseo.
-

22. Em relação aos princípios gerais das amputações dos membros, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Miodese e mioplastia são sinônimos e são termos que se referem à fixação do coto muscular ao coto ósseo.
 - B) A amputação de membros por infecção só pode ser realizada com a técnica de "guilhotina".
 - C) Os nervos de maior calibre devem ser ligados antes de serem amputados, por possuírem artérias relativamente calibrosas.
 - D) A exsanguinação dos membros com faixas elásticas antes da colocação do garrote não apresenta contraindicações.
 - E) O corte nos nervos deve ser realizado no nível do coto de amputação ósseo.
-

23. Em relação às amputações no nível do pé e tornozelo no adulto, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Em uma amputação do hálux, o menor coto funcional da falange proximal, para se evitar uma desarticulação metatarsofalangeana, é de 2cm.
 - B) Em uma amputação do hálux, o menor coto funcional da falange proximal, para se evitar uma desarticulação metatarsofalangeana, é de 1,5cm.
 - C) Em uma amputação do hálux, o menor coto funcional da falange proximal, para se evitar uma desarticulação metatarsofalangeana, é de 0,5cm.
 - D) Em uma amputação do hálux, o menor coto funcional da falange proximal, para se evitar uma desarticulação metatarsofalangeana, é de 2,5cm.
 - E) Em uma amputação do hálux, o menor coto funcional da falange proximal, para se evitar uma desarticulação metatarsofalangeana, é de 1cm.
-

24. Em relação aos tumores musculoesqueléticos, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O adamantinoma costuma ocorrer na região diafisária da tíbia.
- B) O condroblastoma costuma ocorrer na região diafisária dos ossos longos.
- C) O encondroma é um dos diagnósticos diferenciais em pacientes com múltiplas lesões ósseas.
- D) O sarcoma de ewing é um dos diagnósticos diferenciais dentre os tumores ósseos de localização diafisária de ossos longos.
- E) O linfoma é um dos diagnósticos diferenciais dentre os tumores ósseos de localização diafisária de ossos longos.

25. Em relação aos tumores que acometem o sistema musculoesquelético, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Em um paciente com mais de 40 anos, apresentando uma lesão óssea, sem antecedente de carcinoma e nem de lesões ósseas prévias, mieloma múltiplo e metástase são os dois mais prováveis diagnósticos.
- B) Em uma paciente com mais de 40 anos, apresentando uma lesão óssea, sem antecedente de carcinoma e nem de lesões ósseas prévias, a mamografia é um dos principais e primeiros exames a serem realizados para rastreio do sítio primário.
- C) Em um paciente com mais de 40 anos, apresentando uma lesão óssea, sem antecedente de carcinoma e nem de lesões ósseas prévias, cintilografia óssea do esqueleto é um dos exames utilizados no estadiamento.
- D) Em um paciente com mais de 40 anos, apresentando uma lesão óssea, sem antecedente de carcinoma e nem de lesões ósseas prévias, tomografias de tórax e abdômen são dois dos exames utilizados para rastreio do sítio primário.
- E) Em um paciente com mais de 40 anos, apresentando uma lesão óssea, sem antecedente de carcinoma e nem lesões ósseas prévias, eletroforese de proteínas é um dos exames utilizados para diagnóstico.

26. Em relação à classificação dos tumores musculoesqueléticos, assinale a alternativa CORRETA.

- A) No estágio 2 da classificação da AJCC (American Joint Committee on Cancer System) para os sarcomas de partes moles, o tamanho da lesão deve ser inferior a 8cm.
- B) Na classificação da AJCC (American Joint Committee on Cancer System) para os sarcomas de partes moles, um sarcoma de 8cm, baixo grau e sem metástase é classificado como estágio 2.
- C) Na classificação da AJCC (American Joint Committee on Cancer System) para os sarcomas de partes moles, um sarcoma de 5 cm, alto grau e sem metástase é classificado como estágio 2.
- D) Na classificação da AJCC (American Joint Committee on Cancer System) para os sarcomas de partes moles, um sarcoma de 2cm, baixo grau e com metástase é classificado como estágio 3.
- E) Na classificação da AJCC (American Joint Committee on Cancer System) para os sarcomas de partes moles, um sarcoma de 8cm, alto grau, sem metástase e superficial é classificado como estágio 3.

27. Em relação à classificação de Malawer para as ressecções da cintura escapular, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) No tipo 1, a escápula é poupada totalmente.
- B) No tipo 1b, o aparelho abductor é ressecado parcial ou totalmente.
- C) No tipo 2, a glenoide é poupada totalmente.
- D) No tipo 5, a glenoide é ressecada totalmente.
- E) No tipo 4, a escápula é ressecada parcialmente.

28. Em um paciente de 10 anos de idade, com vértebra plana, qual o diagnóstico mais provável?

- A) Histicocitose de células de Langerhans
- B) Leucemia
- C) Linfoma
- D) Osteossarcoma
- E) Sarcoma de Ewing

29. Em relação ao osteossarcoma, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) É mais comum em pacientes com retinoblastoma hereditário.
- B) É mais comum em pacientes com a síndrome de Rothmund-Thomson.
- C) É mais comum em pacientes com a síndrome de Li- Fraumeni.
- D) Osteossarcoma parosteal é mais comum na segunda década de vida.
- E) O Osteossarcoma telangectásico apresenta aspectos microscópicos que se assemelham ao cisto ósseo aneurismático.

30. Em relação ao cordoma, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) É o segundo tumor primário mais comum que acomete a coluna vertebral.
 - B) É o tumor maligno primário mais comum que acomete o sacro.
 - C) Quimioterapia é fundamental no tratamento dessa neoplasia.
 - D) Radioterapia pode ter algum benefício no tratamento das lesões irresssecáveis.
 - E) Pode acometer a base do crânio, além da região sacrococcígea.
-

31. Em relação à doença de Legg- Calvé- Perthes, assinale a alternativa CORRETA.

- A) No grupo 4 da classificação de Caterall, há envolvimento parcial da cabeça femoral.
 - B) O sinal de Gage é um dos sinais da "cabeça em risco"
 - C) Na classe A da classificação de Salter-Thompson, a fratura subcondral se estende por cerca de 75% da cabeça femoral.
 - D) Na classificação do pilar lateral de Herring, a perda de altura no grupo A é de apenas 30%.
 - E) A classificação de Stulberg é utilizada na fase inicial da doença.
-

32. Em relação às osteocondrites, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A doença de Köhler pode ser confundida com o "os vesalianum".
 - B) A doença de Freiberg pode ser confundida com o "os vesalianum".
 - C) A doença de Panner poder ser confundida com o "os vesalianum".
 - D) A doença de Sinding-Larsen-Johansson pode ser confundida com o " os vesalianum".
 - E) A doença de Iselin pode ser confundida com o "os vesalianum".
-

33. Em relação à paralisia cerebral, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A maior causa de paralisia cerebral é por hipóxia durante o trabalho de parto.
 - B) Baixo peso ao nascer é um dos fatores de risco associados à incidência de paralisia cerebral.
 - C) Hemorragia intraventricular é um dos achados encontrados nas ressonâncias magnéticas de encéfalo de pacientes com paralisia cerebral.
 - D) Paralisia cerebral do tipo atetoide decorre de acometimento extrapiramidal.
 - E) Paralisia cerebral hemiplégica pode demorar até 20 meses após o nascimento, para ser detectada clinicamente.
-

34. Em relação ao acometimento dos quadris dos pacientes com paralisia cerebral, assinale a alternativa CORRETA.

- A) 70 a 90% dos pacientes com luxação do quadril são diplégicos.
 - B) Pacientes com contratura em abdução do quadril maior que 20 graus estão em maior risco de desenvolverem luxação dessa articulação.
 - C) Quadris em risco de luxação têm ângulo de anterversão femoral diminuído em relação à população normal.
 - D) A Osteotomia femoral derrotativa e varizante, normalmente associada à acetabuloplastia, e que costuma ser indicada em pacientes com quadril subluxado, é de rotação interna.
 - E) Pacientes com paralisia cerebral e quadril displásico, muitas vezes, apresentam falta de cobertura posterosuperior da região acetabular, sendo a acetabuloplastia de Dega um bom procedimento a ser realizado nessa situação.
-

35. Em relação ao acometimento da coluna vertebral pela artrite reumatoide, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O acometimento da coluna cervical é uma causa de morte súbita nesses pacientes.
 - B) O acometimento da coluna torácica e lombar é comum.
 - C) O tipo de instabilidade mais comum na coluna cervical, nesses pacientes, é o subaxial.
 - D) Ângulo cervicomedular acima de 135 graus é um dos critérios de indicação cirúrgica na presença de instabilidade atlantoaxial.
 - E) A linha de Mc Gregor, parâmetro para avaliar presença de migração proximal do odontoide, é traçada entre as bordas anterior e posterior do forâmen magno.
-

36. Em relação à dissociação escassemilunar no adulto, assinale a alternativa CORRETA.

- A) No tipo 2 da classificação de Kuo e Wolfe, as radiografias estáticas já mostram a lesão.
 - B) O sinal do anel é visto nas radiografias em perfil do punho.
 - C) Valor do ângulo escafossemilunar, nas radiografias em perfil do punho, acima de 60 graus é sugestivo de dissociação escassemilunar.
 - D) Valor do ângulo semilunocapitato acima de 5 graus é sugestivo de instabilidade
 - E) Intervalo do espaço escafo-semilunar acima de 1,8mm é sugestivo de instabilidade.
-

37. Em relação às fraturas da falange média dos dedos da mão no adulto, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As fraturas de base volar envolvendo mais de 50% da articulação proximal, normalmente, são instáveis.
 - B) As fraturas de base volar envolvendo menos de 30% da articulação proximal, normalmente, são estáveis.
 - C) Nas fraturas instáveis da articulação proximal, envolvendo a borda volar, a articulação é instável volarmente.
 - D) Fraturas articulares proximais de base dorsal nem sempre são cirúrgicas.
 - E) Fraturas da diáfise com desvio nem sempre são cirúrgicas.
-

38. Em relação à articulação carpometacarpeana do primeiro quirodáctilo, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) O ligamento oblíquo anterior é um dos estabilizadores dessa articulação.
 - B) A articulação é do tipo gínglimo.
 - C) O ligamento oblíquo posterior é um dos estabilizadores dessa articulação.
 - D) O ligamento oblíquo anterior tem duas porções, uma superficial e outra profunda.
 - E) O ligamento intermetacarpal posterior é um dos estabilizadores dessa articulação.
-

39. Em relação à fraturas do odontoide no adulto, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As fraturas do tipo 1 da classificação de Anderson e D'Alonzo se caracterizam por avulsão do ligamento alar.
 - B) Fraturas do tipo 2 da classificação de Anderson e D'Alonzo com desvio acima de 5mm têm indicação de tratamento cirúrgico.
 - C) Fraturas do tipo 2 da classificação de Anderson e D'Alonzo com desvio acima de 10 graus têm indicação de tratamento cirúrgico.
 - D) Fraturas do tipo 2 da classificação de Anderson e D'Alonzo com cominuição importante têm indicação de tratamento cirúrgico.
 - E) As fraturas do tipo 2a de Grauer são oblíquas.
-

40. Em relação às fraturas explosão da coluna cervical do adulto, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Em pacientes sem lesão do complexo ligamentar posterior, a corpectomia de um corpo com substituição por enxerto tricortical ou espaçador interssomático, associada à fixação com placa anterior, prescinde de fixação posterior.
 - B) Fixação posterior exclusiva raramente é indicada.
 - C) As fraturas do tipo explosão nem sempre têm indicação cirúrgica.
 - D) Tração pré-operatória pode ser usada para redução, independente da integridade do ligamento longitudinal posterior.
 - E) Fraturas do tipo explosão ocorrem no mecanismo de trauma do tipo compressão vertical.
-

41. Em relação às fraturas do anel pélvico, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Nas fraturas do tipo B3 da classificação de Tile, há lesão nas duas hemipelves.
 - B) As fraturas do tipo B2 apresentam mecanismo de trauma em compressão lateral ou anteroposterior.
 - C) As fraturas do tipo C podem ser do tipo APC 3 de Young e Burgess.
 - D) Nas fraturas do tipo APC 3, fixação anterior é suficiente como tratamento definitivo.
 - E) As fraturas com mecanismo de trauma em compressão lateral podem acometer o sacro.
-

42. Em relação às fraturas do acetábulo, marque a alternativa INCORRETA.

- A) Os tipos de fratura do acetábulo, de acordo com a classificação de Judet e Letournel, dependem da posição do quadril no momento do trauma
 - B) Fratura do teto acetabular com desvio menor que 2 mm é uma indicação de tratamento conservador.
 - C) A presença de congruência secundária nestas fraturas é uma indicação de tratamento conservador.
 - D) Acometimento de mais de 50% da superfície articular é uma indicação de tratamento cirúrgico nas fraturas da parede posterior do acetábulo.
 - E) A presença de um traço de fratura na coluna posterior às radiografias do acetábulo, é suficiente para classificar a fratura como uma fratura do tipo elementar da coluna posterior do acetábulo segundo a classificação de Judet e Letournel.
-

43. Em relação às fraturas-luxação do quadril, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As lesões classificadas, pela classificação de Pipkin, como do tipo 2, são distais à fôvea.
 - B) As lesões classificadas, pela classificação de Thompson e Epstein, como do tipo 3, apresentam fratura da parede posterior associada.
 - C) Luxação posterior do quadril sem fratura associada é classificada como tipo 1 pela classificação de Thompson e Epstein.
 - D) Luxação posterior do quadril associada à fratura da cabeça femoral é classificada como do tipo 4 pela classificação de Thompson e Epstein.
 - E) Luxação posterior do quadril, associada à fratura da cabeça femoral, envolvendo a porção inferomedial da cabeça femoral, é classificada como tipo 1 pela classificação de Brumback
-

44. Em relação às fraturas do colo femoral do idoso, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A menor parte das fraturas são sem desvio e, normalmente, tratadas de forma cirúrgica.
 - B) Tração cutânea pré-operatória não deve ser utilizada.
 - C) As fraturas impactadas em valgo são classificadas, pela classificação de Garden, como do tipo 1.
 - D) A literatura demonstra que extensa investigação pré-operatória, incluindo exames como ecocardiograma, cintilografia miocárdica, é fundamental na avaliação destes pacientes, trazendo enormes benefícios na maioria das vezes.
 - E) Na classificação AO dessas fraturas, o subtipo 31- B.3, equivale ao tipo 2 da classificação de Garden.
-

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

- A) As fraturas do tipo 31 A 1, da classificação AO, são consideradas estáveis.
 - B) As fraturas transtrocanterianas do tipo 3 de Tronzo, devem ser tratadas com parafusos canulados isolados, em um número de 3.
 - C) Fraturas isoladas do trocânter maior, vistas às radiografias, devem ser investigadas com ressonância magnética para se afastar possível extensão intertrocanteriana do traço de fratura.
 - D) As mais importantes medidas para profilaxia do tromboembolismo pulmonar são a cirurgia com mobilização precoce.
 - E) Não existe uma superioridade clara na literatura médica em relação à incidência de falha da osteossíntese das hastes cefalo medulares em relação ao parafusos dinâmico de quadril no tratamento das fraturas transtrocanterianas do tipo A1 e A2 da classificação AO.
-

46. Em relação às fraturas da diáfise femoral do adulto, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) Hastes intramedulares anterógradas centromedulares, raramente, em adultos, apresentam necrose de cabeça femoral como complicação, estando presentes na literatura apenas como relatos de caso.
 - B) Acessar o ponto de entrada da haste anterógrada centromedular em decúbito dorsal é mais difícil do que em decúbito lateral.
 - C) O posicionamento em mesa de tração do membro não acometido em flexão do quadril e do joelho, para facilitar a visão radioscópica, aumenta a incidência de síndrome compartimental desse membro.
 - D) No posicionamento em decúbito lateral, há maior risco de má redução em valgo e rotação interna.
 - E) Em uma imagem radiográfica em AP, o pequeno trocânter é mais visível, quando o fragmento proximal está em rotação externa.
-

47. Em relação às fraturas de patela no adulto, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) A maioria das fraturas do tipo transversa de patela são desviadas.
 - B) A maioria das fraturas do tipo estrelada de patela são sem desvio.
 - C) Trauma direto na patela com o joelho hiperflexionado é um dos mecanismos de trauma que produzem fratura do tipo longitudinal de patela.
 - D) Avulsão lateral é um dos mecanismos de trauma que ocasionam fratura do tipo longitudinal de patela.
 - E) A presença de desvio dos fragmentos de 3mm já é suficiente para diagnóstico de lesão do retináculo extensor e do mecanismo extensor do joelho.
-

48. Em relação às luxações do joelho, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O sinal do arqueado indica lesão do complexo ligamentar medial.
 - B) Fratura avulsão da cabeça da fíbula é um sinal patognômico de lesão do canto póstero-lateral.
 - C) Luxação do joelho não acontece em trauma de baixa energia.
 - D) A incidência de lesão de artéria poplítea nas luxações do joelho é desprezível.
 - E) Quando ocorre lesão de nervo fibular associada à luxação, em mais de 90 % das vezes, a recuperação é completa.
-

49. Em relação às fraturas do platô tibial, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As fraturas com mecanismo de força em valgo são mais comuns do que em varo.
 - B) Fraturas do platô tibial de alta energia apresentam baixo risco de lesão vascular associada.
 - C) Fraturas do platô tibial de alta energia apresentam alto risco de síndrome compartimental.
 - D) Fraturas dos tipos 4, 5 e 6 de Shatzker apresentam alta incidência de lesão ligamentar de joelho associada.
 - E) Fraturas do platô tibial classificadas como AO de 41 B-3 apresentam cominuição do fragmento cisalhado e depressão articular.
-

50. Em relação às fraturas do platô tibial, assinale a alternativa INCORRETA.

- A) As fraturas classificadas como tipo 3 de Hohl e Moore são comumente associadas com lesão de um ou de ambos os ligamentos cruzados do joelho.
 - B) As fraturas classificadas como tipo 2 de Hohl e Moore acometem o platô lateral, poupando o platô medial.
 - C) As fraturas classificadas como tipo 4 de Hohl e Moore se caracterizam por compressão da borda articular.
 - D) As fraturas classificadas como tipo 5 de Hohl e Moore são muito instáveis devido à perda da estabilidade proporcionada pelos ligamentos colaterais e ligamentos cruzados.
 - E) As fraturas classificadas como tipo 1 de Hohl e Moore são comumente associadas à fratura-avulsão da cabeça da fíbula ou do tubérculo de Gerdy.
-

GRUPO 18
(ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA)