





**01. Numa osteossíntese com placa e parafusos, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Fraturas ósseas adjacentes aos parafusos localizados nas extremidades das placas são mais comuns quando se utilizam parafusos bloqueados
  - B) A utilização de um parafuso bloqueado nas extremidades de uma fixação, que só teria parafusos não bloqueados, diminui o estresse mecânico adjacente ao parafuso bloqueado.
  - C) Nas fraturas do úmero distal, a osteossíntese com duas placas cujas extremidades proximais estão fixadas no mesmo nível em relação ao osso tem menor risco de fratura do que quando essas extremidades estão fixadas em níveis proximais diferentes.
  - D) Os parafusos localizados nas extremidades das placas, cujo eixo é perpendicular ao maior eixo do osso fixado, apresentam menor risco de fratura óssea adjacente a esses parafusos.
  - E) A fixação oblíqua de parafusos nas extremidades das placas diminui a resistência ao arrancamento da montagem (pull out strenght).
- 

**02. Em relação às propriedades mecânicas do tecido ósseo e dos materiais, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O módulo de elasticidade do tecido ósseo cortical em compressão é mais próximo ao da liga de aço cirúrgico do que ao da liga de titânio.
  - B) O módulo de elasticidade da liga de aço cirúrgico é maior que o da liga de titânio.
  - C) Em um ensaio mecânico, a força necessária para falha de um material (ultimate strenght) em liga de aço cirúrgico é vezes maior do que em liga de titânio, considerando-se que ambos os materiais se assemelham em todos os aspectos, diferindo apenas no que concerne à liga de que são feitos.
  - D) Um material com módulo de elasticidade menor é sempre muito mais frágil que um de módulo de elasticidade maior no que concerne à força necessária para a falha (ultimate strenght).
  - E) O módulo de elasticidade do cimento ósseo é semelhante ao do tecido ósseo cortical em compressão.
- 

**03. Em relação ao processo natural de consolidação óssea numa fratura de um osso longo com desvio (ou seja, sem estar associado à intervenção cirúrgica), assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O processo natural de consolidação ocorre, principalmente, através do processo de remodelação, cruzando o foco de fratura.
  - B) O tecido ósseo se forma primeiro em regiões de strain mais elevado.
  - C) A ossificação endocondral precede a intramembranosa nesse processo.
  - D) O tecido de granulação, mais tolerante a zonas de alto strain, se forma próximo ao foco de fratura ajudando a reduzir a sua mobilidade.
  - E) O início do processo de consolidação, logo após a fratura e principalmente adjacente ao foco, se caracteriza por ser um ambiente de baixo strain.
- 

**04. Das alternativas abaixo, qual delas NÃO é indicação de tratamento cirúrgico das fraturas da falange proximal da mão do segundo ao quinto dedo?**

- A) Lesão neurotendinosa associada
  - B) Desvio no plano coronal maior que 5 graus
  - C) Desvio no plano sagital maior que 25 graus
  - D) Desvio em rotação com sobreposição aos outros dedos à flexão
  - E) Fratura unicondilar com desvio.
- 

**05. Em relação às fraturas transversas desviadas da falange média do segundo ao quinto quirodáctilos, é CORRETO afirmar que**

- A) as fraturas distais à inserção do flexor superficial do dedo têm ápice volar.
  - B) as fraturas proximais aos flexor profundo sempre têm ápice volar
  - C) as fraturas proximais ao flexor profundo sempre têm ápice dorsal
  - D) as fraturas distais ao flexor superficial têm ápice dorsal pela ação do tendão extensor terminal
  - E) as fraturas proximais ao tendão flexor superficial têm ápice volar devido à ação do tendão flexor superficial e à ação da bandeleta central do tendão extensor.
-

**06. Em relação às luxações interfalangeanas proximais do segundo ao quinto quirodáctilos, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Raramente ocorre lesão da bandeleta central do tendão extensor.
  - B) Frequentemente ocorre lesão da porção terminal do tendão extensor.
  - C) Devido à lesão dos ligamentos colaterais, após a redução da luxação, a articulação normalmente é instável.
  - D) As luxações volares são bem mais frequentes que as dorsais.
  - E) A possibilidade de lesão em botoeira é comum nas luxações dorsais.
- 

**07. Em relação ao choque medular, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Pacientes com lesões abaixo do cone medular e ausência de reflexo bulbocavernoso estão em choque medular.
  - B) O retorno dos reflexos medulares acima do nível da lesão medular significa o fim do choque medular.
  - C) O fim do choque medular costuma demorar meses.
  - D) Em um paciente em vigência de choque medular, é difícil estabelecer o nível da lesão medular.
  - E) O reflexo bulbocavernoso costuma ser o último a retornar após o término do choque medular.
- 

**08. Em pacientes com trauma raquimedular, é CORRETO afirmar que**

- A) radiografias da coluna torácica têm taxa de falso-negativo inferior a 5%
  - B) radiografias da coluna cervical têm taxa de falso-negativo inferior a 5%
  - C) o uso de metilprednisolona em altas doses não é recomendado de rotina.
  - D) tomografia computadorizada com cortes de 1mm tem sensibilidade de 80% na detecção de lesões cervicais
  - E) radiografias da coluna lombar têm taxa de falso negativo inferior a 3%.
- 

**09. Em relação às fraturas explosão da primeira vértebra cervical, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) São sempre instáveis e demandam tratamento cirúrgico
  - B) A soma dos desvios das massas laterais de c1 em relação a c2 superior a 7mm é sinal indireto de lesão do ligamento transversal do atlas.
  - C) A lesão do ligamento transversal não é critério de instabilidade dessa fratura.
  - D) A instabilidade dessa fratura é determinada pela integridade do ligamento amarelo.
  - E) Fixação com fios sublaminares entre c1 e c2 é uma técnica apropriada para fixação desse tipo de fratura.
- 

**10. Em relação às fraturas do anel pélvico, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) As lesões associadas da bexiga são sempre intraperitoneais.
  - B) As lesões em que há lesão completa dos ligamentos sacroilíacos anteriores necessitam de fixação posterior, mesmo quando os posteriores estão íntegros.
  - C) As lesões em que há diástase da sínfise púbica até 2,5 cm podem ser tratadas conservadoramente.
  - D) As lesões com mecanismo de trauma em compressão lateral são sempre cirúrgicas.
  - E) Nos pacientes com lesões estáveis do anel pélvico, em que se preconiza tratamento conservador, não se pode permitir carga parcial com muletas.
- 

**11. Em relação às vias de acesso para o tratamento cirúrgico das fraturas de acetábulo, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O nervo ciático se localiza dorsalmente aos rotadores curtos do quadril na via de Kocher-Langenback.
  - B) O nervo ciático se localiza dorsalmente ao piriforme, na maioria das vezes, na via de Kocher-Langenback.
  - C) No acesso ilioinguinal, a lacuna vasorum e a lacuna musculorum são separadas pela fáscia iliopectínea.
  - D) Apesar de o acesso ilioinguinal ser anterior, pode haver lesão do nervo ciático.
  - E) A origem anômala da artéria obturatória, vista no acesso ilioinguinal, é conhecida como corona mortis.
-

**12. Em relação às fraturas do colo femoral no idoso, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A acurácia da tomografia é a mesma da ressonância nuclear magnética no diagnóstico das fraturas ocultas do colo femoral do idoso.
- B) É recomendável tração pré- operatória de rotina nas fraturas de indicação cirúrgica.
- C) Em pacientes com fratura do colo femoral e em uso de clopidogrel, não se deve operar antes de 48 horas devido ao maior risco de mortalidade e sangramento.
- D) As fraturas impactadas em valgo são classificadas como tipo 2 de Garden.
- E) Pela classificação AO, as fraturas impactadas em valgo são do tipo 31B1.1.

**13. Sobre a osteossíntese das fraturas da diáfise femoral do adulto e do adolescente, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Nas hastes retrógradas, o ponto de entrada da haste, na incidência em perfil do joelho, tem como referências o centro do canal medular e a linha de blumensaat.
- B) As hastes de introdução anterógrada, que têm a fossa piriforme como ponto de entrada, podem causar lesão de ramos da artéria circunflexa femoral lateral, podendo comprometer, assim, a irrigação da cabeça femoral.
- C) As hastes de introdução anterógradas, cujo ponto de entrada é o trocânter, podem causar lesão do nervo glúteo superior numa frequência maior do que aquelas cujo ponto de entrada é a fossa piriforme.
- D) Em adolescentes com fise aberta, devem-se utilizar hastes com ponto de entrada na fossa piriforme em detrimento daquelas com ponto de entrada no trocânter maior.
- E) Nas hastes de introdução anterógrada, cujo ponto de entrada é a fossa piriforme, a sua introdução mais lateral, causada por alguma dificuldade técnica como em pacientes obesos, por exemplo, pode causar desvio em valgo da fratura.

**14. Em relação à classificação de Vancouver para as fraturas periprotéticas do componente femoral da prótese de quadril, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) As fraturas pós- operatórias do tipo B podem estar ou não associadas à instabilidade da prótese.
- B) As fraturas pós-operatórias do tipo A se localizam na região trocantérica.
- C) As fraturas intraoperatórias do tipo C se dividem em c1, c2 e c3.
- D) As fraturas pós- operatórias do tipo B se dividem em b1, b2 e b3.
- E) As fraturas intraoperatórias do tipo B2 caracterizam-se por serem fraturas sem desvio.

**15. Em relação às classificações das fraturas periprotéticas do fêmur distal, relacionadas ao componente femoral das artoplastias totais do joelho, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) No tipo 1 da Lewis and Rorabeck, a fratura pode ou não ter desvio
- B) A classificação de Lewis and Rorabeck divide as fraturas em relação a sua localização em relação ao componente femoral em proximais ao componente e na altura do componente.
- C) Na classificação de Su, as fraturas do tipo 1 se originam na altura da parte proximal do componente femoral e se estendem até a diáfise
- D) Na classificação de Lewis and Rorabeck, o tipo 3 sempre tem instabilidade do componente femoral.
- E) Na classificação de Su, as fraturas do tipo 3 se caracterizam por luxação do componente femoral em relação ao tibial.

**16. Em relação à classificação AO para as fraturas dos ossos da perna, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) As fraturas 42A1.1 caracterizam-se por serem fraturas da tíbia diafisárias, de traço simples espiral, com fratura da fíbula associada sem desvio.
- B) As fraturas 42A1.1 caracterizam-se por serem fraturas da tíbia diafisárias, de traço simples espiral com fratura da fíbula associada com desvio.
- C) As fraturas 42B1.1 caracterizam-se por serem fraturas da tíbia com cunha em espiral e fratura de fíbula, também em cunha, associada.
- D) As fraturas 42B1.2 caracterizam-se por serem fraturas da tíbia com cunha em espiral e fratura da fíbula associada em nível diferente da fratura da tíbia.
- E) As fraturas 41C1.1 são fraturas segmentares com mais de três fragmentos intermediários.

**17. Em relação à osteossíntese com haste intramedular bloqueada de tibia, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A introdução da haste pode ser por via suprapatelar ou infrapatelar.
  - B) Na via infrapatelar, o acesso pode ser lateral ao tendão patelar, medial ao tendão patelar ou através do tendão patelar.
  - C) Na projeção radiográfica em AP, o ponto de entrada da haste deve ser imediatamente medial à espinha tibial medial.
  - D) Na projeção radiográfica em perfil, o ponto de entrada da haste é imediatamente anterior à superfície articular da tibia.
  - E) A utilização de mesa de tração na osteossíntese com haste intramedular bloqueada de tibia pode aumentar o risco de síndrome compartimental.
- 

**18. Em relação às fraturas do pilão tibial, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) As fraturas do pilão tibial são, em sua maioria, decorrentes de trauma em torção.
  - B) A via de acesso ântero medial é a única descrita para o tratamento dessas fraturas.
  - C) O componente vertical da via de acesso anteromedial deve ser medial à crista da tibia.
  - D) Flictenas, que podem estar associadas a este tipo de fratura, devem ser sempre aspiradas.
  - E) Quando comparadas com as fraturas proximais da tibia, as fraturas da região distal apresentam menor incidência de lesão vascular e de síndrome compartimental.
- 

**19. As fraturas da região distal da tibia, além de edema importante, estão associadas à presença de flictenas. Em relação às flictenas associadas a esse tipo de trauma, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Estas flictenas costumam demorar mais de uma semana para surgir, raramente ocorrendo num intervalo de algumas horas após o trauma.
  - B) As flictenas, do ponto de vista histológico, decorrem de lesão entre a derme e o tecido celular subcutâneo.
  - C) Nas flictenas não hemáticas, ainda existe uma certa quantidade de células da epiderme, o que contribui para a reepitelização mais rápida.
  - D) As flictenas hemáticas são mais superficiais.
  - E) Aspirar o conteúdo das flictenas não é descrito na literatura como opção terapêutica.
- 

**20. Em relação às fraturas de tornozelo de tornozelo, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) As fraturas no estágio 2 do tipo supinação-rotação externa da classificação de Lauge-Hansen devem ser tratadas conservadoramente, pois o tratamento cirúrgico, nesse tipo de lesão, além de não trazer benefício, expõe o paciente a riscos desnecessários.
  - B) As fraturas no estágio 2 do tipo supinação-rotação externa da classificação de Lauge-Hansen estão associadas a desenvolvimento precoce de artrose pós-traumática em cerca de 68% das vezes.
  - C) O fragmento distal das fraturas da fíbula no estágio 2 do tipo supinação-rotação externa da classificação de Lauge-Hansen encontra-se desviado em rotação externa em relação ao talus.
  - D) As fraturas no estágio 1 do tipo supinação-rotação externa da classificação de Lauge-Hansen apresentam lesão ligamentar, sendo o ligamento talofibular posterior o mais acometido.
  - E) O fragmento proximal das fraturas da fíbula no estágio 2 do tipo supinação-rotação externa da classificação de Lauge-Hansen, encontra-se desviado em rotação externa em relação ao fragmento distal.
- 

**21. Em relação às fraturas de tornozelo, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O "sinal da mercedes - benz" indica, no intraoperatório, redução da sindesmose tibiofibular distal.
  - B) O teste de Cotton é utilizado durante o ato operatório para avaliar a estabilidade dos ligamentos talofibular anterior, talofibular posterior e fibulocalcâneo.
  - C) As fraturas no estágio 4 do tipo supinação rotação externa da classificação de Lauge-Hansen são instáveis.
  - D) As fraturas no estágio 4 do tipo supinação rotação externa da classificação de Lauge-Hansen apresentam lesão dos estabilizadores mediais do tornozelo.
  - E) As fraturas no estágio 4 do tipo supinação rotação externa da classificação de Lauge-Hansen normalmente demandam tratamento cirúrgico.
-

**22. Em relação às fraturas do calcâneo, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A maioria das fraturas de calcâneo são extra-articulares.
  - B) Acometem, de forma mais frequente, idosos sedentários.
  - C) É o osso do tarso mais frequentemente fraturado.
  - D) O acometimento bilateral é mais comum do que unilateral.
  - E) O mecanismo de trauma mais comum é o trauma em torção.
- 

**23. Em relação às fraturas toracolombares, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) As fraturas do tipo A4 apresentam lesão do complexo ligamentar posterior.
  - B) As fraturas do tipo A3 apresentam lesão do complexo ligamentar posterior.
  - C) As fraturas do tipo C não apresentam lesão do complexo ligamentar posterior.
  - D) As fraturas do tipo B 2 apresentam lesão do complexo ligamentar posterior.
  - E) As fraturas do tipo A1 devem ser tratadas cirurgicamente.
- 

**24. Em relação às fraturas de galleazzi no adulto, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O extensor próprio do quinto dedo é um dos tendões que podem se interpor na articulação radioulnar distal, impedindo a sua redução.
  - B) As fraturas localizadas a cerca de 10cm da superfície articular do rádio estão mais associadas à instabilidade da articulação radioulnar distal.
  - C) A distância do foco de fratura para a superfície articular do rádio não está associada à instabilidade da articulação.
  - D) O extensor ulnar do carpo não é descrito como uma das causas de irredutibilidade da articulação radioulnar distal.
  - E) Em relação à distância do foco de fratura do rádio para a sua superfície articular, podemos classificar essas fraturas em 4 tipos.
- 

**25. Em relação às fraturas diafisárias dos ossos do antebraço no adulto, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Algumas fraturas desviadas do terço distal da ulna podem ser tratadas conservadoramente.
  - B) Fraturas da diáfise da ulna com mais de 20% de desvio estão associadas à lesão da membrana interóssea.
  - C) Fraturas da diáfise da ulna com até 10 graus de desvio podem ser tratadas conservadoramente.
  - D) Fraturas da diáfise do rádio com desvio devem ser tratadas cirurgicamente.
  - E) Em comparação com as fraturas com desvio do seu terço distal, as fraturas da ulna do terço proximal com desvio estão associadas à maior incidência de pseudartrose, perda de arco de movimento e piores resultados, quando tratadas conservadoramente.
- 

**26. Em relação ao tratamento cirúrgico das fraturas da diáfise dos ossos do antebraço, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A fixação com placa de compressão dinâmica e parafusos apresenta mais de 90% de consolidação em inúmeros estudos.
  - B) Nas fraturas da ulna, as hastas intramedulares bloqueadas necessitam de, ao menos, 2.5 cm de ulna proximal e distal intactas para serem utilizadas.
  - C) Nas fraturas do rádio, as hastas intramedulares bloqueadas necessitam de, ao menos, 2.5 cm de rádio proximal e 4cm de rádio distal para serem utilizadas.
  - D) Nas fraturas da ulna, as hastas intramedulares não bloqueadas necessitam de, ao menos, 5.0 cm de ulna proximal e distal intactas para serem utilizadas.
  - E) Em comparação com as placas de compressão dinâmica, as placas bloqueadas são notoriamente superiores por apresentarem melhores resultados clínicos nos estudos.
- 

**27. Em relação ao tratamento cirúrgico das fraturas de galleazzi, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A fixação com placa e parafusos da fratura do rádio é o padrão-ouro no tratamento cirúrgico.
- B) Após a fixação do rádio, caso a articulação radioulnar distal seja estável é descrito tratamento com imobilização axilo palmar por 3 a 6 semanas.
- C) Após a fixação do rádio, caso a articulação radioulnar distal seja estável, é descrito tratamento com mobilização precoce da flexão e extensão do cotovelo e, duas semanas depois da cirurgia, mobilização da pronação e supinação.

- D) Nos casos em que, após a fixação do rádio, a articulação radioilnar distal não foi reduzida, se deve primeiro fazer redução aberta da articulação antes de revisar a redução da fratura do rádio.
- E) Caso, após a fixação da fratura do rádio a articulação radioulnar distal esteja instável, a reparação aberta da fibrocartilagem triangular não é imprescindível.
- 

**28. Em relação à escoliose idiopática do adolescente, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A progressão da curva se relaciona com a sua magnitude, medida pelo método de Cobb, e com o sinal de Risser.
- B) Apenas 2% dos pacientes com sinal de Risser 0 e 1 e com curva de 5 a 19 graus apresentam progressão da curva.
- C) Independente do padrão da curva, após a maturidade esquelética, curvas com menos que 30 graus não apresentam tendência à progressão.
- D) Corresponde a 80% dos casos de escoliose estruturada.
- E) A progressão da curva não tem relação com a maturidade esquelética do olecrano.
- 

**29. Em relação à escoliose idiopática do adolescente, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Em geral, não há indicação de tratamento para curvas com menos de 25 graus, independente do grau de maturidade esquelética.
- B) Durante o acompanhamento de um paciente com escoliose, considera-se que houve progressão, quando se observa aumento superior a 5 graus da curva.
- C) Curvas torácicas altas constituem uma contraindicação relativa ao tratamento com colete.
- D) Hipocifose torácica é uma contraindicação relativa ao uso de colete.
- E) É consenso que só existe eficácia no uso do colete, quando usado por 23 horas por dia.
- 

**30. Em relação ao desenvolvimento da região proximal do fêmur e à displasia do desenvolvimento do quadril, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) No fêmur normal, o núcleo de ossificação da cabeça femoral surge entre 2 e 3 meses após o nascimento.
- B) Alguns quadris instáveis ao nascimento reduzem espontaneamente e se tornam normais.
- C) Em pacientes com luxação bilateral, tem-se diminuição da lordose lombar como achado de exame físico.
- D) No teste de klisic, a espinha ilíaca ântero-inferior é um dos pontos de referência.
- E) O sinal de galleazi caracteriza-se por diminuição na abdução do quadril afetado.
- 

**31. Em relação à doença de legg-calvé-perthes, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Sinovite não é uma característica comum na doença.
- B) Na maioria das vezes, a queixa mais frequente é de dor, sendo a claudicação a segunda mais frequente.
- C) Quanto mais jovem a criança, pior o prognóstico.
- D) A classificação do pilar lateral é melhor preditora prognóstica que a classificação de caterall.
- E) As classificações de hering e de caterall devem ser usadas na fase final de necrose.
- 

**32. Em relação à epifisiólise femoral proximal, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Na fixação "in situ" com parafuso canulado, ao menos 4 roscas devem transfixar a cartilagem de crescimento de acordo com ensaios biomecânicos e em cadáver.
- B) Existem evidências inequívocas de que a correção da deformidade residual da epifisiólise após fechamento da cartilagem de crescimento é eficaz na prevenção da instalação de artrose a longo prazo.
- C) A necrose avascular pode ocorrer de forma espontânea bem como complicação do tratamento instituído.
- D) A condrólise pode ocorrer de forma espontânea bem como complicação do tratamento instituído.
- E) O tratamento da condrólise consiste em medidas de suporte já que os tratamentos cirúrgicos agressivos não estão bem estabelecidos.
-



**33. A coxa vara do desenvolvimento NÃO está associada à seguintes condição:**

- A) Disostose cleidocraneana
  - B) Síndrome de Kozlowski
  - C) Disostose metafisária
  - D) Displasia espondilometafisária
  - E) Displasia fibrosa.
- 

**34. Em relação ao tratamento do pé plano valgo fisiológico, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Palmilha com suporte para o arco plantar é o único método que modifica a história natural da formação do arco plantar nesse tipo de condição.
  - B) Bota ortopédica é um dos modificadores da formação definitiva do arco plantar.
  - C) Órtese UCBL é o único método modificador da formação definitiva do arco plantar.
  - D) Órtese AFO modifica a história natural da formação do arco plantar nessa condição.
  - E) O uso de órteses não modifica a história natural da formação do arco plantar nos pés planos valgus fisiológicos.
- 

**35. Em relação ao pé talo vertical, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O grupo 1 de lichtblau é relacionado ao posicionamento intrauterino do feto.
  - B) O grupo 3 de lichtblau é associado à mielomeningocele.
  - C) O grupo 2 de lichtblau é associado à neurofibromatose.
  - D) O tipo 1 de coleman tem luxação do cuboide em relação ao calcâneo.
  - E) Raramente, menos de 5% das vezes, está associado a anomalias congênicas
- 

**36. Em relação às lesões ligamentares de tornozelo, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O teste da gaveta anterior positivo denota lesão do ligamento talofibular posterior.
  - B) Mobilização precoce traz resultados superiores à imobilização prolongada.
  - C) Ressonância magnética deve ser utilizada de rotina para o diagnóstico.
  - D) As lesões grau 3 não têm bons resultados com o tratamento conservador.
  - E) A maioria dos atletas necessitam de reparação secundária.
- 

**37. Em relação à artroplastia total de joelho, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) A prótese total em dobradiça reproduz o mecanismo de rolamento posterior ("rollback") do joelho.
  - B) A prótese total com retenção do ligamento cruzado posterior pode apresentar deslizamento anterior do côndilo medial ao final da flexão, quando a superfície do componente tibial é plana.
  - C) O mecanismo de rolamento posterior ("rollback") só pode ser reproduzido com próteses que retenham o ligamento cruzado posterior.
  - D) A rotação no eixo axial de algumas próteses em dobradiça reproduz o rolamento posterior ("rollback") do joelho.
  - E) A rotação no eixo axial da prótese em dobradiça aumenta a transferência de força para a interface prótese-osso.
- 

**38. Em relação a calcificações periarticulares do joelho, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) São lesões que não apresentam melhora espontânea.
  - B) Quando localizada no tendão do bíceps femoral, é conhecida como doença de levine stieda.
  - C) Quando localizada no ligamento colateral medial, é conhecida como doença de levine stieda.
  - D) Quando localizada no músculo semimembranoso, é conhecida como doença de levine stieda.
  - E) Quando localizada no ligamento poplíteo oblíquo, é conhecida como lesão de Segond.
- 

**39. Em relação às infecções osteoarticulares, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) A cartilagem de crescimento, em crianças acima de dois anos de idade, atua como uma barreira à disseminação de infecções metafisárias para a epífise
- B) A localização intra-articular da metáfise da fíbula distal, de úmero proximal e de rádio proximal tornam a articulação dessas regiões susceptíveis à artrite séptica em caso de osteomielite nessa região.
- C) O tratamento da osteomielite aguda é sempre cirúrgico.

- D) A ressonância magnética nuclear tem alta sensibilidade no diagnóstico da osteomielite aguda.  
E) Pacientes com artrite séptica podem apresentar alteração de sinal na medular óssea adjacente à articulação acometida sem que signifique osteomielite.
- 

**40. Considerando a classificação radiográfica de Gledhill modificada por Robert e cols para osteomielite subaguda e os possíveis diagnósticos diferenciais na infância, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) O tipo 1a da classificação tem a histiocitose x como diagnóstico diferencial.  
B) O tipo 2 da classificação tem o osteossarcoma como diagnóstico diferencial.  
C) O tipo 3 da classificação tem o osteoma osteóide como diagnóstico diferencial.  
D) O tipo 4 tem o sarcoma de ewing como diagnóstico diferencial.  
E) O tipo 5 tem o tumor de células gigantes como diagnóstico diferencial.
- 

**41. Em relação aos tumores musculoesqueléticos, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) Cintilografia óssea frequentemente apresenta resultado falso negativo em mieloma múltiplo e em alguns tipos de carcinomas de células renais.  
B) Em pacientes acima de 40 anos, sem diagnóstico prévio de câncer, o surgimento de uma lesão óssea nova e dolorosa tem o mieloma múltiplo e o carcinoma metastático como diagnósticos mais prováveis.  
C) O tipo 1a da classificação de enneking para tumores musculoesqueléticos se caracteriza por ser intracompartimental e sem metástase.  
D) O tipo 2 da classificação da ajcc para sarcoma de partes moles se caracteriza por ser maior que 5cm.  
E) O tipo 2 b da classificação da ajcc para sarcoma ósseo se caracteriza por ser maior que 8cm.
- 

**42. Em relação às lesões meniscais do joelho, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Bloqueio de movimento articular é patognomônico de lesão meniscal.  
B) O menisco lateral é mais móvel que o medial, sendo mais propenso a apresentar lesão em alça de balde.  
C) Lesões localizadas na zona branca-branca são as que têm o maior potencial de cicatrização das zonas de vascularização.  
D) Em pacientes com história de bloqueio de movimento articular e ressonância sem sinais claros de lesão meniscal, uma lesão bem periférica do menisco lateral pode ser a causa.  
E) Bloqueio articular costuma ocorrer com lesões do tipo radial.
- 

**43. Em relação às lesões do manguito rotador, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O teste de Patte avalia a função do subescapular.  
B) O teste de Gerber (press belly test) avalia a função do supra espinhal.  
C) A classificação de Cofield é utilizada para as lesões parciais do manguito rotador.  
D) As lesões associadas aos tipos 5 e 6 da classificação de Goutallier estão associadas à alta incidência de falha quando submetidas à reparação cirúrgica.  
E) Lesões completas com menos de 3cm estão associadas a maior incidência de cicatrização, quando reparadas cirurgicamente.
- 

**44. Em relação à paralisia obstétrica, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) De acordo com a classificação de Narakas, o tipo 1 envolve as raízes de c5 e de c6.  
B) Avulsões pré-ganglionares do plexo apresentam mau prognóstico.  
C) A maior parte das lesões são de mau prognóstico, necessitando de indicação cirúrgica.  
D) No grau 5 da classificação de Waters, a cabeça umeral se encontra luxada para posterior.  
E) Os graus 1, 2 e 3 da classificação de Waters permitem a realização de cirurgias de alongamento e transferência tendinosa para ganho de rotação externa e abdução.
- 

**45. Em relação às osteotomias proximais da tíbia para o tratamento da artrose joelho, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Necessidade de correção acima de 10 graus no plano coronal é uma contraindicação para osteotomia valgizante.  
B) Necessidade de correção no plano coronal acima de 10 graus é uma contraindicação para osteotomia varizante.  
C) Patela alta é uma das complicações da cirurgia.

- D) A superfície articular da tíbia deve ter menos de 10 graus de inclinação no plano coronal após a osteotomia.  
E) Artrite inflamatória não constitui uma contraindicação.
- 

**46. Em relação à doença de Kienböck, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) É mais encontrada em homens que fazem trabalho braçal.  
B) No tipo 2 da classificação de Lichtman, o semilunar apresenta colapso.  
C) No tipo 3a da classificação de Lichtman, está indicada artrodese radiocárpica.  
D) No tipo 4, existe artrose radiocárpica.  
E) No tipo 1 da classificação de Lichtman, não há alterações radiográficas.
- 

**47. Em relação à mão reumatoide, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) As articulações interfalangeanas são acometidas mais precocemente que o punho.  
B) A lesão tendinosa mais comum é do flexor profundo do quinto dedo.  
C) O teste de Bunnel é utilizado para avaliar deformidade do tipo "intrínseco plus".  
D) No tipo 2 da classificação de Nalebuff, Feldon e Millener para a deformidade em pescoço de cisne, não há envolvimento da musculatura intrínseca da mão.  
E) No tipo 4 da classificação de Nalebuff, Feldon e Millener para a deformidade em pescoço de cisne, deve-se realizar dermodese.
- 

**48. Em relação à contratura de Dupuytren, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) O ligamento de Grayson não apresenta acometimento.  
B) Acomete mais mulheres que homens.  
C) Os nódulos de Garrod se localizam dorsalmente.  
D) O acometimento é, normalmente, bilateral e simétrico.  
E) A lesão costuma acometer primeiro o lado radial da mão.
- 

**49. Em relação ao Hálux Valgus do adulto, assinale a alternativa CORRETA.**

- A) Na presença de congruência da primeira articulação metatarsofalangeana, o tensionamento das partes moles medial deve ser evitado.  
B) A abertura em livro da articulação entre o primeiro metatarso e o cuneiforme medial às radiografias com estresse contraindica a realização de osteotomia para correção da deformidade.  
C) A osteotomia de Mitchell provoca menos encurtamento do metatarso, quando comparada com a osteotomia de Chevron.  
D) A osteotomia de Chevron originalmente descrita é extracapsular.  
E) Osteotomia proximal do metatarso associada a realinhamento distal é contraindicada em pacientes com ângulo intermetatarsal maior que 13 graus.
- 

**50. Em relação à insuficiência do tendão tibial posterior, assinale a alternativa INCORRETA.**

- A) No estágio 2 da classificação de Johnson, quando existe indicação de reconstrução do tendão, a sua realização sem cirurgias ósseas associadas tem alta incidência de falha.  
B) Myerson adicionou o tipo 4 à classificação de Johnson.  
C) Pacientes no estágio 3 de Johnson têm indicação de artrodese.  
D) No estágio 1 de Johnson, pode ser realizada sinovectomia.  
E) Artropatia neuropática não depende do estágio da doença para fazer parte do diagnóstico diferencial.
-

**GRUPO 18**  
**- ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA -**