

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Não deixe de preencher as informações a seguir:

Nome

[illegible]

Nº de Identidade

Órgão Expedidor

$$UF$$

Nº de Inscrição

GRUPO 18

**ESPECIALIDADE COM EXIGÊNCIA DE PRÉ-REQUISITO ORTOPEDIA /
TRAUMATOLOGIA
(ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA)**

PREZADO CANDIDATO

- *Você está recebendo o seu Caderno de Prova Escrita, contendo 50 (cinquenta) questões objetivas de múltipla escolha com 05 (cinco) alternativas cada. Verificar se o GRUPO/PROGRAMA impressos se referem àqueles de sua opção no ato da inscrição.*
- *Se encontrar alguma informação em desacordo, incompleta ou com algum defeito gráfico que lhe cause dúvidas, informe, imediatamente, ao Fiscal para ele tomar as providências necessárias. Caso não seja atendido em sua reivindicação, solicite que seja chamado o Chefe de Prédio.*
- *Para registrar as alternativas escolhidas nas questões objetivas de múltipla escolha, você receberá um Cartão-Resposta de Leitura Ótica. Verifique, também, se o **Número de Inscrição e o Grupo/Programa** impressos **estão de acordo com sua opção**.*
- *As marcações das suas respostas no Cartão-Resposta devem ser realizadas mediante o preenchimento total das bolhas correspondentes a cada número da questão e da letra da alternativa. Utilize, para isso, caneta esferográfica na cor azul ou preta.*
- *Se for necessária a utilização do sanitário, você deverá solicitar permissão ao fiscal de sala que designará um fiscal volante para acompanhá-lo no deslocamento, devendo permanecer em silêncio, durante todo o percurso, podendo, antes de entrar no sanitário e depois da utilização deste, ser submetido à revista (com ou sem detector de metais). Caso, nesse momento, seja detectada qualquer irregularidade ou porte de qualquer tipo de equipamento eletrônico, serão tomadas providências de acordo com o estabelecido no Edital do Concurso.*
- *Ao terminar sua Prova e preenchido o Cartão-Resposta, desde que no horário estabelecido para deixar o recinto de Prova, entregue o Cartão-Resposta ao Fiscal e deixe a sala em silêncio.*

BOA SORTE!

01. Em relação ao pé plano valgo adquirido do adulto, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A principal etiologia do pé plano valgo adquirido do adulto é a artrite da articulação subtalar associada à instabilidade ligamentar.
 - B) A osteotomia de Dwyer constitui um dos procedimentos cirúrgicos mais utilizados para correção do pé plano valgo adquirido do adulto.
 - C) De acordo com a classificação de Johnson e Strom, no estágio III a deformidade é flexível e passível de correção manual.
 - D) De acordo com a classificação de Johnson e Strom modificada por Myerson, o estágio IV caracteriza-se pelo acometimento da articulação do tornozelo.
 - E) O sinal dos muitos dedos ("too many toes sign") é observado exclusivamente nos estágios III e IV da classificação de Johnson e Strom.
-

02. Em relação ao hálux valgo do adulto, assinale a alternativa CORRETA.

- A) As anormalidades anatômicas e estruturais têm papel secundário na etiologia do hálux valgo, sendo a deformidade causada predominantemente por fatores traumáticos agudos.
 - B) O pé plano pronado, a obliquidade aumentada da articulação entre o primeiro metatarso e o cuneiforme medial, o primeiro raio anormalmente longo e superfícies articulares incongruentes da primeira metatarsofalângica podem contribuir isoladamente ou em combinação para o desenvolvimento da deformidade.
 - C) A inclinação em valgo excessiva da superfície articular da cabeça do primeiro metatarsal e da falange proximal protege contra a progressão do hálux valgo.
 - D) As alterações anatômicas associadas ao hálux valgo influenciam apenas a gravidade da deformidade, sem impacto na escolha do tratamento cirúrgico.
 - E) A inserção anômala do tendão tibial posterior está relacionada exclusivamente ao hálux rígido, não possuindo associação com o hálux valgo.
-

03. Em relação ao hálux valgo do adulto, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A osteotomia proximal do primeiro metatarsal está indicada principalmente nos casos com artrose degenerativa significativa da primeira metatarsofalângica, independentemente dos ângulos de deformidade.
 - B) Deformidades com ângulo intermetatarsal de até 13° e ângulo de hálux valgo de até 30° exigem obrigatoriamente osteotomia proximal do primeiro metatarsal associada a procedimento distal de partes moles.
 - C) Quando o varo do primeiro metatarsal contribui para a deformidade, a correção deve ser realizada exclusivamente por procedimentos de partes moles na primeira metatarsofalângica.
 - D) Pequenos desvios angulares obtidos na base do primeiro metatarsal produzem pouco efeito na extremidade distal do osso, não influenciando significativamente a largura do antepé.
 - E) Em pacientes sem artrose degenerativa significativa da primeira metatarsofalângica, com ângulo de hálux valgo maior que 35° e ângulo intermetatarsal maior que 10°, a osteotomia proximal do primeiro metatarsal associada a procedimento distal de partes moles pode ser benéfica.
-

04. Em relação à classificação de Brodsky para a artropatia de Charcot do pé e tornozelo, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O tipo 1 é o menos frequente, acometendo, principalmente, a articulação talocrural e sendo caracterizado por instabilidade grave que geralmente requer tratamento cirúrgico.
 - B) O tipo 2 acomete, predominantemente, as articulações tarsometatarsianas e naviculocuneiformes, representando cerca de 60% dos casos.
 - C) O tipo 3A corresponde à fratura por avulsão da tuberosidade do calcâneo e raramente necessita de tratamento cirúrgico.
 - D) O tipo 2 é a segunda forma mais comum, acomete principalmente o retropé, envolvendo as articulações subtalar, talonavicular e calcaneocuboidea, podendo evoluir com deformidade em "rocker-bottom" e desalinhamento importante em varo ou valgo do retropé.
 - E) O acometimento primário do retropé e da articulação talocrural é geralmente bem tolerado, apresentando altas taxas de sucesso com tratamento conservador.
-

05. Em relação à classificação de Pinzur e Schiff para a artropatia de Charcot do mediopé, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A deformidade em valgo caracteriza-se por retropé em varo e antepé aduzido, com preservação da articulação talocalcaneana.
- B) A deformidade em varo caracteriza-se por retropé em valgo e antepé abduzido, independentemente da integridade da articulação talocalcaneana.
- C) A classificação baseia-se, exclusivamente, no grau de colapso do arco longitudinal medial, sem considerar a relação entre antepé e retropé.
- D) A deformidade em luxação é definida pela perda da integridade da articulação talocalcaneana, associada a retropé em valgo e antepé abduzido.
- E) A classificação utiliza apenas achados clínicos, não sendo necessária avaliação por radiografias com carga.

06. Em relação ao túnel do tarso posterior, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O túnel do tarso posterior é um canal fibroósseo localizado na face anterolateral do tornozelo, por onde passam o nervo fibular profundo e a artéria tibial anterior.
- B) O retináculo dos músculos extensores constitui o teto do túnel do tarso posterior, estendendo-se do maléolo medial à tuberosidade do navicular.
- C) O nervo tibial, a artéria tibial posterior e suas veias satélites passam pelo túnel do tarso posterior entre os tendões dos músculos tibial posterior e flexor longo do hálux.
- D) O assoalho do túnel do tarso posterior é formado pelo maléolo lateral, calcâneo e cuboide.
- E) O nervo tibial, a artéria tibial posterior e suas veias satélites passam pelo túnel do tarso posterior entre os tendões dos músculos flexor longo dos dedos e flexor longo do hálux em seu trajeto para a região plantar do pé.

07. Em relação à classificação de Stephens e Sanders para as sequelas de fraturas do calcâneo, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O tipo I caracteriza-se por exostose da parede lateral associada à artrose subtalar e deformidade em varo do calcâneo.
- B) O tipo II caracteriza-se por exostose da parede lateral sem artrose subtalar, sendo a forma mais leve da classificação.
- C) O tipo III caracteriza-se por exostose da parede lateral, artrose subtalar e consolidação viciosa do calcâneo em varo.
- D) O tipo III caracteriza-se exclusivamente por deformidade em varo do calcâneo, sem exostose da parede lateral ou artrose subtalar.
- E) O tipo I caracteriza-se por artrose subtalar isolada, sem exostose da parede lateral.

08. Em relação ao tratamento das fraturas do colo do tálus segundo a classificação de Hawkins, assinale a alternativa CORRETA.

- A) As fraturas do colo do tálus do tipo I devem ser tratadas rotineiramente com redução aberta e fixação interna, mesmo na ausência de desvio.
- B) As fraturas dos tipos II, III e IV podem ser reduzidas anatomicamente por métodos fechados na maioria dos casos, motivo pelo qual o tratamento cirúrgico raramente é necessário.
- C) As fraturas do tipo I são, por definição, não desviadas; entretanto, a tomografia computadorizada deve ser realizada para identificar desvios sutis não evidenciados nas radiografias convencionais.
- D) As fraturas dos tipos III e IV não constituem urgência ortopédica, podendo o tratamento ser postergado sem riscos adicionais às partes moles ou à vascularização do tálus.
- E) A literatura atual contraindica os acessos anteriores duplos para redução e fixação das fraturas desviadas do colo do tálus.

09. Em relação às luxações subtalares, assinale a alternativa CORRETA.

- A) As luxações subtalares laterais são quase sempre redutíveis por métodos fechados, sendo excepcional a necessidade de redução aberta.
- B) Nas luxações subtalares laterais, o tendão do músculo tibial posterior e as fraturas osteocondrais do tálus podem impedir a redução fechada.
- C) Na luxação subtalar, apenas a articulação talocalcaneana perde a congruência, permanecendo preservadas as relações entre o tálus e os ossos do mediopé.
- D) As luxações subtalares mediais são menos frequentes que as laterais.
- E) Nas luxações subtalares mediais, a interposição do tendão do músculo tibial posterior é a principal causa de falha da redução fechada.

10. Em relação à classificação de Nunley e Vertullo para as lesões sutis da articulação de Lisfranc, assinale a alternativa CORRETA.

- A) As lesões do estágio I apresentam diástase entre o primeiro e o segundo metatarsos de 2 a 5 mm associada à perda da altura do arco longitudinal medial.
- B) As lesões do estágio IV caracterizam-se por colapso do arco plantar.
- C) As lesões do estágio III apresentam colapso do arco plantar.
- D) As lesões do estágio I apresentam deslocamento evidente nas radiografias com carga.
- E) As lesões dos estágios II e III são classicamente tratadas de forma conservadora com imobilização e restrição de carga.

11. Em relação à lesão do ligamento cruzado anterior (LCA), assinale a alternativa CORRETA.

- A) O teste de Lachman apresenta baixa sensibilidade para o diagnóstico da lesão do LCA, sendo inferior ao teste da gaveta anterior.
- B) O feixe posterolateral do LCA encontra-se mais tenso na flexão do joelho, enquanto o feixe anteromedial apresenta maior tensão na extensão.
- C) A fratura de Segond, caracterizada por uma avulsão da cápsula lateral, é considerada patognomônica de ruptura do ligamento cruzado anterior.
- D) O LCA é responsável por menos de 50% da resistência ao deslocamento anterior da tíbia no teste da gaveta anterior realizado com o joelho a 90° de flexão.
- E) A tensão no LCA é máxima entre 30° e 40° de flexão do joelho, posição em que o ligamento oferece sua maior resistência biomecânica.

12. Em relação à ressonância magnética no diagnóstico das lesões do ligamento cruzado anterior (LCA), assinale a alternativa CORRETA.

- A) O ligamento cruzado anterior é habitualmente visualizado em toda a sua extensão em uma única imagem obtida no plano sagital verdadeiro, não havendo necessidade de modificações no posicionamento do joelho.
- B) O conceito do plano não ortogonal introduzido por Vellet consiste na rotação interna do joelho em aproximadamente 20°, facilitando a visualização do LCA em uma única imagem.
- C) A ressonância magnética apresenta baixa utilidade na avaliação do LCA em razão da orientação oblíqua do ligamento no interior da articulação.
- D) O conceito do plano não ortogonal introduzido por Vellet é obtido por meio da rotação externa do joelho em aproximadamente 15°, permitindo frequentemente a visualização de todo o LCA em uma única imagem.
- E) A orientação do LCA é paralela ao plano sagital verdadeiro, motivo pelo qual sua avaliação por ressonância magnética não apresenta limitações técnicas.

13. Em relação ao tratamento da instabilidade posterolateral crônica do joelho, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Em pacientes com alinhamento em varo e abertura lateral (lateral thrust ou varus thrust)durante a marcha, a reconstrução isolada das estruturas posterolaterais apresenta bons resultados em longo prazo, dispensando correção do eixo do membro.
- B) A osteotomia tibial proximal em valgo pode ser realizada antes ou simultaneamente à reconstrução das estruturas posterolaterais para corrigir o alinhamento do membro e proteger a reconstrução.
- C) A osteotomia de abertura medial reduz a inclinação posterior do planalto tibial, sendo particularmente benéfica em joelhos com deficiência do ligamento cruzado anterior.
- D) A osteotomia de fechamento lateral aumenta a inclinação posterior do planalto tibial, favorecendo joelhos com deficiência do ligamento cruzado posterior.
- E) A osteotomia corretiva nunca é suficiente para aliviar os sintomas da instabilidade posterolateral, sendo obrigatória a reconstrução ligamentar em todos os casos.

14. Em relação ao tratamento não operatório das lesões do ligamento cruzado posterior (LCP), assinale a alternativa CORRETA.

- A) As rupturas completas do LCP são definidas por aumento da frouxidão anteroposterior inferior a 5 mm nas radiografias sob estresse.
- B) A presença de gaveta posterior inferior a 10 mm (grau II), com a tíbia em rotação neutra, ausência de frouxidão significativa em varo-valgo e frouxidão rotacional inferior a 5° constitui um dos critérios clássicos para tratamento não operatório.
- C) Lesões parciais ou intersticiais do LCP não apresentam potencial de cicatrização, sendo indicada a reconstrução cirúrgica precoce em todos os casos.

- D) O retorno ao esporte após tratamento conservador depende principalmente do grau de instabilidade posterior mensurado objetivamente, independentemente da função do quadríceps.
- E) Lesões isoladas grau I e II do LCP não costumam apresentar bons resultados com tratamento conservador.

15. Em relação às lesões traumáticas dos meniscos, marque a alternativa CORRETA.

- A) O menisco lateral é menos móvel que o menisco medial, motivo pelo qual apresenta maior predisposição às lesões em alça de balde.
- B) As lesões traumáticas dos meniscos ocorrem mais frequentemente por mecanismos de hiperextensão pura, sendo as rupturas radiais as mais comuns.
- C) A lesão traumática mais frequente do menisco medial localiza-se no corno anterior e apresenta padrão predominantemente horizontal.
- D) A ruptura em alça de balde do menisco medial ocorre quando uma lesão longitudinal estende-se anteriormente ao longo do corpo meniscal além da região coberta pelo ligamento colateral medial.
- E) O menisco lateral apresenta maior incidência de lesões em alça de balde devido à sua menor mobilidade e à sua íntima aderência ao ligamento colateral lateral.

16. Em relação à osteotomia tibial proximal para o tratamento da dor no joelho relacionada à osteoartrose, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A presença de subluxação lateral da tibia superior a 1 cm constitui contraindicação à realização da osteotomia tibial proximal.
- B) Contratura em flexão de até 20° é considerada aceitável para indicação da osteotomia tibial proximal.
- C) Flexão do joelho inferior a 80° é a amplitude mínima aceitável para indicação da osteotomia tibial proximal.
- D) A necessidade de correção angular superior a 15° constitui contraindicação à osteotomia tibial proximal.
- E) A perda óssea do compartimento medial da tibia somente contraindica a osteotomia quando excede 10 mm.

17. Em relação ao posicionamento rotacional do componente femoral na artroplastia total do joelho, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O componente femoral deve ser implantado, em média, com 3° de rotação interna em relação ao eixo posterior dos côndilos femorais (linha que tangencia os côndilos femorais posteriormente), quando íntegros, para obtenção de um espaço de flexão retangular.
- B) A avaliação do alinhamento rotacional dos componentes da artroplastia total do joelho é facilmente realizada por radiografias convencionais no pós-operatório.
- C) Em joelhos com desgaste significativo do côndilo femoral posterior ou hipoplasia do côndilo femoral lateral, o eixo transepicondilar ou o eixo anteroposterior, descrito por Whiteside, podem ser utilizados como referências para a rotação do componente femoral.
- D) O posicionamento rotacional do componente femoral influencia apenas o balanceamento do espaço de flexão, não interferindo na excursão patelofemoral (patelofemoral tracking)
- E) A rotação do componente femoral deve reproduzir exatamente a anatomia distal do fêmur, independentemente do corte tibial realizado.

18. Em relação às próteses totais do joelho com estabilização posterior (posterior-stabilized – PS), assinale a alternativa CORRETA.

- A) O mecanismo de came e poste central da prótese estabilizada posteriormente passa a atuar em torno de 70° de flexão, promovendo o femoral rollback e permitindo maior flexão do joelho.
- B) A prótese total condilar original apresentava ampla capacidade de promover femoral rollback, proporcionando, em média, flexão superior a 130°.
- C) A ausência de funcionamento do ligamento cruzado posterior na prótese total condilar original não interferia na amplitude de flexão nem favorecia a subluxação posterior em flexão.
- D) O mecanismo de came e poste central foi desenvolvido, principalmente, para aumentar a estabilidade no plano coronal, sem influência sobre a cinemática sagital do joelho.
- E) O contato entre o came femoral e o poste tibial ocorre apenas após 110° de flexão, promovendo o femoral rollback somente na flexão profunda.
-

19. Em relação à história natural da osteonecrose da cabeça femoral antes do colapso subcondral, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Lesões assintomáticas que acometem menos de 30% da área da cabeça femoral permanecem assintomáticas em aproximadamente 95% dos pacientes por mais de cinco anos.
 - B) A evolução da osteonecrose antes do colapso subcondral é completamente conhecida, com baixa taxa de progressão, independentemente da presença de sintomas.
 - C) Lesões que acometem mais de 50% da área da cabeça femoral permanecem assintomáticas na maioria dos pacientes durante o seguimento.
 - D) O tamanho da lesão não influencia a probabilidade de evolução para dor na osteonecrose da cabeça femoral.
 - E) Pacientes sintomáticos apresentam o mesmo risco de progressão da osteonecrose do que pacientes assintomáticos.
-

20. Em relação ao ressalto interno do quadril (internal snapping hip), assinale a alternativa CORRETA.

- A) O ressalto interno do quadril resulta do deslizamento do tendão do músculo iliopsoas sobre a eminência iliopectínea ou sobre a cápsula anterior do quadril.
 - B) O ressalto interno do quadril não ocorre em pacientes com lesões intra-articulares e não é observado em indivíduos assintomáticos.
 - C) A artro-ressonância magnética é o exame de escolha para demonstrar dinamicamente o ressalto do tendão do músculo iliopsoas.
 - D) O ressalto interno do quadril é reproduzido ao mover o quadril da posição de extensão, adução e rotação interna para a posição de flexão, abdução e rotação externa.
 - E) A bursografia dinâmica da bursa do músculo iliopsoas sob fluoroscopia pode demonstrar o ressalto, porém foi completamente substituída pela artro-ressonância magnética para essa finalidade.
-

21. Em relação ao ressalto externo do quadril (external snapping hip ou coxa saltans externa), assinale a alternativa CORRETA.

- A) O ressalto externo do quadril é causado pelo deslizamento do tendão do músculo glúteo médio sobre o trocânter maior durante a flexão e extensão do quadril.
 - B) O ressalto externo do quadril decorre do ressalto da borda posterior espessada do trato iliotibial ou da borda anterior do músculo glúteo máximo sobre o trocânter maior durante a flexão e extensão do quadril.
 - C) O ressalto externo do quadril ocorre predominantemente em idosos sedentários e raramente está relacionado à prática esportiva.
 - D) O exame físico deve ser realizado com o paciente em decúbito dorsal, promovendo movimentos passivos de rotação interna e externa do quadril para reproduzir o ressalto.
 - E) O ressalto externo do quadril é mais bem evidenciado ao exame físico com o paciente em decúbito dorsal, realizando passivamente movimentos de flexão e extensão do quadril.
-

22. Em relação ao impacto femoroacetabular, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O impacto do tipo CAM ocorre por sobrecobertura acetabular, geralmente associada à protrusão acetabular ou retroversão acetabular, com lesão predominante do labrum e relativa preservação da cartilagem articular.
 - B) O impacto do tipo Pincer é mais comum em homens jovens atletas e caracteriza-se por proeminência da junção cabeça-colo femoral, com delaminação precoce da cartilagem acetabular.
 - C) No impacto do tipo CAM, a lesão predominante ocorre no labrum acetabular, enquanto a cartilagem articular adjacente permanece relativamente preservada.
 - D) O impacto do tipo Pincer decorre do impacto do colo femoral contra o rebordo acetabular durante os extremos de movimento, produzindo maior dano ao labrum do que à cartilagem articular adjacente, que costuma estar relativamente preservada.
 - E) A morfologia do tipo Pincer apresenta associação mais forte com o desenvolvimento de osteoartrose do quadril do que a morfologia do tipo CAM.
-

23. Uma forma mais homogênea e discriminativa é manter todas as alternativas baseadas na regra prática da relação entre altura e comprimento do coto, alterando apenas os valores.

Em relação à amputação transtibial em adultos, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Como regra prática, recomenda-se preservar aproximadamente 2,5 cm de comprimento ósseo para cada 30 cm de altura do paciente.
- B) Como regra prática, recomenda-se preservar aproximadamente 5 cm de comprimento ósseo para cada 30 cm de altura do paciente.
- C) Como regra prática, recomenda-se preservar aproximadamente 2,5 cm de comprimento ósseo para cada 20 cm de altura do paciente.
- D) Como regra prática, recomenda-se preservar aproximadamente 3,5 cm de comprimento ósseo para cada 30 cm de altura do paciente.
- E) Como regra prática, recomenda-se preservar aproximadamente 2,5 cm de comprimento ósseo para cada 40 cm de altura do paciente.

24. Em relação à amputação transfemoral em adultos, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Os joelhos protéticos convencionais de fricção constante exigem, em geral, cerca de 9 a 10 cm de espaço distal ao encaixe protético, motivo pelo qual a secção óssea deve ser realizada aproximadamente a essa distância proximal ao joelho.
- B) Os joelhos protéticos convencionais de fricção constante exigem, em geral, cerca de 15 a 20 cm de espaço distal ao encaixe protético, motivo pelo qual a secção óssea deve ser realizada aproximadamente essa distância proximal ao joelho.
- C) Cotos transfemorais cuja secção óssea é realizada a menos de 5 cm distal ao trocânter menor devem ser protetizados como uma amputação transfemoral curta.
- D) Cotos transfemorais cuja secção óssea é realizada a menos de 15 cm distal ao trocânter menor funcionam e devem ser protetizados como uma desarticulação do quadril.
- E) Cotos transfemorais cuja secção óssea é realizada a menos de 10 cm distal ao trocânter menor funcionam e devem ser protetizados como uma desarticulação do quadril.

25. Em relação à espondilolistese displásica, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A espondilolistese displásica ocorre exclusivamente no nível L5–S1 e decorre de displasia congênita das articulações zigapofisárias desse segmento.
- B) A espondilolistese displásica acomete mais frequentemente os níveis L4–L5 e L5–S1, sendo secundária à fratura por estresse da pars interarticularis.
- C) A presença de espondilólise da pars interarticularis é condição obrigatória para o desenvolvimento da espondilolistese displásica.
- D) A espondilolistese displásica é mais frequente no sexo masculino e não apresenta predisposição genética.
- E) Na ausência de espondilólise ou alongamento da pars interarticularis, o escorregamento vertebral superior a 50% raramente produz déficit neurológico.

26. Em relação à classificação de Wiltse da espondilolistese, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A espondilolistese do tipo II (ístmica ou espondilolítica) decorre de fratura por estresse ou alongamento da pars interarticularis, com escorregamento anterior através da fratura, permanecendo os elementos posteriores in situ.
- B) A espondilolistese do tipo I (displásica) resulta de instabilidade segmentar degenerativa do disco intervertebral e das articulações zigapofisárias, manifestando-se tipicamente na idade adulta.
- C) A espondilolistese do tipo III (degenerativa) é causada por fratura aguda dos elementos posteriores, exceto da pars interarticularis.
- D) A espondilolistese do tipo IV (pós-traumática) decorre de atenuação da pars interarticularis por doenças ósseas generalizadas ou localizadas, como osteogênese imperfeita e osteopetrose.
- E) A espondilolistese do tipo V (patológica) caracteriza-se por predisposição congênita ao escorregamento decorrente de displasia da articulação L5–S1.

27. Em relação à paralisia neonatal do plexo braquial, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Entre os fatores de risco reconhecidos para a paralisia neonatal do plexo braquial, estão o elevado peso ao nascimento, a distocia de ombro, a apresentação pélvica e o prolongamento do segundo período do trabalho de parto.
- B) A maioria dos recém-nascidos com paralisia neonatal do plexo braquial apresenta um ou mais fatores de risco claramente identificáveis antes do parto.

- C) O parto cesáreo e as gestações gemelares estão associados a maior incidência de paralisia neonatal do plexo braquial.
- D) Na apresentação cefálica, o estiramento do plexo braquial acomete, preferencialmente, o plexo inferior, enquanto na apresentação pélvica o acometimento predomina no plexo superior.
- E) O mecanismo da lesão decorre principalmente da compressão direta do plexo braquial durante a passagem pelo canal de parto, sendo o estiramento um mecanismo incomum.

28. Em relação aos compartimentos anatômicos da coxa e ao seu conteúdo muscular e nervoso, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O compartimento medial contém os músculos grácil, adutor longo, adutor curto, adutor magno e obturador externo, sendo innervado predominantemente pelo nervo obturatório.
- B) O compartimento anterior contém os músculos quadríceps femoral, sartório, iliopsoas, pectíneo, obturador externo e adutor longo, sendo innervado pelo nervo femoral.
- C) O compartimento posterior contém os músculos bíceps femoral, semitendíneo, semimembranáceo, grácil e adutor magno, sendo innervado predominantemente pelo nervo ciático.
- D) O compartimento medial contém os músculos grácil, adutor longo, adutor curto, adutor magno, pectíneo e iliopsoas, sendo innervado predominantemente pelo nervo obturatório.
- E) O compartimento anterior contém os músculos quadríceps femoral, sartório, iliopsoas e pectíneo, além dos músculos semitendíneo e semimembranáceo, sendo innervado pelo nervo femoral.

29. Em relação à classificação de Narakas para a paralisia neonatal do plexo braquial, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O grupo I corresponde às lesões de C5 e C6, caracterizadas por fraqueza dos abdutores e rotadores externos do ombro, flexores do cotovelo e extensores do punho.
- B) O grupo II corresponde às lesões de C5 a C7, sendo caracterizado, exclusivamente, por comprometimento dos músculos intrínsecos da mão.
- C) O grupo III corresponde às lesões de C5 e C6, associadas ao sinal de Horner.
- D) O grupo IV corresponde às lesões de C5 a C7, sem comprometimento de todo o plexo braquial.
- E) O grupo I caracteriza-se por lesão de todo o plexo braquial associada ao sinal de Horner.

30. Em relação à história natural da instabilidade na displasia do desenvolvimento do quadril no recém-nascido, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Segundo os estudos de Barlow, aproximadamente 60% dos quadris instáveis normalizam-se espontaneamente na primeira semana de vida, e cerca de 88% encontram-se corrigidos em até dois meses, sem tratamento.
- B) A definição de quadril instável é universalmente aceita e baseia-se exclusivamente nos achados ultrassonográficos, independentemente do exame clínico.
- C) O estudo de Coleman demonstrou que todos os quadris com teste de Ortolani positivo evoluem espontaneamente para normalidade, sem necessidade de tratamento.
- D) No estudo de Yamamuro, nenhum quadril com teste de Ortolani positivo apresentou resolução espontânea quando não tratado.
- E) A inclusão de quadris clinicamente estáveis, porém com alterações ultrassonográficas, tornou mais simples e uniforme a classificação da instabilidade do desenvolvimento do quadril.

31. Em relação ao exame físico na displasia do desenvolvimento do quadril, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O teste de Barlow tem como objetivo reduzir um quadril luxado por meio da abdução do quadril e elevação do trocânter maior.
 - B) No teste de Ortolani, a redução da cabeça femoral ao acetábulo é percebida por um "clunk" delicado, palpável, porém não audível, durante a abdução do quadril associada à elevação do trocânter maior.
 - C) A assimetria das pregas da coxa é um sinal patognomônico de luxação unilateral do quadril, sendo suficiente para o diagnóstico.
 - D) O sinal de Galeazzi é pesquisado com os quadris em extensão completa, comparando-se o comprimento aparente dos membros inferiores.
 - E) Na luxação bilateral do quadril, a limitação da abdução é geralmente assimétrica, facilitando o diagnóstico clínico.
-

32. Em relação ao uso do suspensório de Pavlik no tratamento da displasia do desenvolvimento do quadril, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O suspensório de Pavlik deve manter os quadris em aproximadamente 120° de flexão, permitindo que a abdução ocorra passivamente pela gravidade, sem ser forçada pelas tiras posteriores.
 - B) As tiras posteriores devem ser ajustadas firmemente para manter os quadris em abdução máxima, reduzindo o risco de falha da redução.
 - C) A flexão dos quadris deve ser mantida abaixo de 90°, pois flexões maiores aumentam o risco de falha da redução.
 - D) A hiperflexão dos quadris está associada principalmente à lesão do nervo isquiático, decorrente da compressão contra a parede abdominal.
 - E) A hiperflexão dos quadris dificulta a luxação inferior da cabeça femoral, sendo recomendada quando há instabilidade persistente.
-

33. Em relação aos fatores prognósticos da doença de Legg-Calvé-Perthes, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A idade ao início da doença é um dos fatores prognósticos mais importantes, sendo que crianças com início após os 12 anos de idade apresentam o pior prognóstico.
 - B) Crianças com início da doença antes dos 6 anos de idade apresentam, invariavelmente, evolução favorável, independentemente da extensão do acometimento da cabeça femoral.
 - C) A duração da doença não influencia o resultado final, sendo o prognóstico determinado exclusivamente pela idade ao início dos sintomas.
 - D) Na classificação da coluna lateral (lateral pillar), os quadris do grupo C apresentam os melhores resultados funcionais e o menor tempo para consolidação da doença.
 - E) A extensão do acometimento radiográfico da cabeça femoral não apresenta correlação com o prognóstico da doença.
-

34. Em relação ao diagnóstico diferencial da doença de Legg-Calvé-Perthes (LCPD), assinale a alternativa CORRETA.

- A) Na doença de Legg-Calvé-Perthes com acometimento bilateral, ambos os quadris são acometidos simultaneamente, diferentemente das displasias epifisárias.
 - B) A displasia epifisária múltipla, a displasia espondiloepifisária e a doença de Morquio caracterizam-se por achatamento, fragmentação e esclerose discreta e uniforme da cabeça femoral, sem alterações metafisárias.
 - C) Na doença de Legg-Calvé-Perthes, o acometimento da cabeça femoral é habitualmente simétrico e associado à ausência de alterações metafisárias.
 - D) Crianças com displasia epifisária múltipla apresentam alterações em outras epífises, particularmente na epífise distal do fêmur, porém o acometimento dos quadris costuma ocorrer de forma sequencial, semelhante ao observado na doença de Legg-Calvé-Perthes.
 - E) O acometimento bilateral simultâneo favorece o diagnóstico de doença de Legg-Calvé-Perthes em vez de displasia epifisária.
-

35. Em relação ao tratamento da doença de Legg-Calvé-Perthes, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Em crianças com início da doença após os 8 anos e classificação do pilar lateral tipos B ou B/C, está indicado tratamento cirúrgico de contenção.
 - B) Crianças com início da doença antes dos 6 anos devem ser tratadas cirurgicamente, independentemente da gravidade ou da perda de contenção da cabeça femoral.
 - C) Em crianças com classificação do pilar lateral tipo C, rigidez do quadril e perda da contenção, o tratamento de escolha é a osteotomia femoral em varo na fase inicial, independentemente da recuperação da mobilidade.
 - D) Múltiplas perfurações na epífise ou a descompressão do núcleo femoral estão indicadas para crianças com início da doença antes dos 8 anos, desde que não haja colapso da cabeça femoral.
 - E) A osteotomia femoral em valgo é o procedimento de escolha para promover contenção da cabeça femoral nas fases iniciais da doença.
-

36. Em relação à classificação da epifisiólise proximal do fêmur (SCFE) segundo Southwick, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Segundo a classificação de Southwick, o escorregamento é considerado leve quando a diferença do ângulo cabeça-diáfise em relação ao quadril contralateral normal é inferior a 30°.
- B) Nos casos em que o quadril contralateral também está acometido, utilizam-se como valores normais 125° na incidência anteroposterior e 30° posteriores na incidência em pata de rã.

- C) O ângulo cabeça-diáfise medido na incidência em posição de rã é considerado o método mais preciso e reprodutível para avaliação da gravidade do escorregamento.
- D) A tomografia computadorizada não apresenta vantagem em relação às radiografias na mensuração do ângulo cabeça-colo, motivo pelo qual não é recomendada.
- E) Na classificação de Southwick, o escorregamento é considerado grave quando a diferença do ângulo cabeça-diáfise é superior a 45° em relação ao quadril contralateral.

37. Em relação ao tratamento da epifisiólise proximal do fêmur (SCFE) estável, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O tratamento de escolha é a fixação in situ com um único parafuso canulado, que proporciona estabilidade adequada na maioria dos casos e está associado à menor incidência de complicações.
- B) O objetivo principal da fixação é promover o fechamento precoce da fise, sendo a estabilidade do escorregamento um objetivo secundário.
- C) Estudos biomecânicos demonstram que o parafuso deve cruzar a fise com, no máximo, duas roscas, para reduzir o risco de necrose avascular.
- D) Recomenda-se posicionar a cabeça do parafuso medialmente à linha intertrocanterica para aumentar a estabilidade da fixação.
- E) A fluoroscopia permite avaliar com maior precisão do que a tomografia computadorizada a distância entre a ponta do parafuso e o osso subcondral.

38. Em relação às osteotomias proximais do fêmur para correção da deformidade residual após a estabilização da epifisiólise proximal do fêmur (SCFE), assinale a alternativa CORRETA.

- A) Quanto mais proximal for a osteotomia em relação à epífise femoral, maior tende a ser o risco de necrose avascular da cabeça femoral.
- B) As osteotomias intertrocantericas apresentam maior risco de necrose avascular do que as osteotomias realizadas ao nível do colo femoral.
- C) Quanto mais distante do ápice da deformidade for realizada a osteotomia corretiva, menor será a deformidade compensatória secundária e mais simples será uma futura artroplastia total do quadril.
- D) O procedimento de Dunn consiste em uma osteotomia intertrocanterica realizada após consolidação completa da epifisiólise.
- E) Há consenso na literatura de que osteotomias intracapsulares devem ser realizadas em todos os pacientes com deformidade superior a 20° do ângulo cabeça-diáfise.

39. Em relação à necrose avascular (NAV) da cabeça femoral na epifisiólise proximal do fêmur (SCFE), assinale a alternativa CORRETA.

- A) Nos pacientes na faixa etária em que ocorre a epifisiólise proximal do fêmur, a irrigação da epífise femoral é predominantemente proveniente do sistema arterial epifisário lateral, cujos vasos penetram na epífise por sua margem posterior externa.
- B) A necrose avascular na epifisiólise proximal do fêmur ocorre por episódios repetidos de isquemia e reperfusão, mecanismo fisiopatológico semelhante ao observado na doença de Legg-Calvé-Perthes.
- C) A drenagem imediata do derrame articular traumático reduz comprovadamente a incidência de necrose avascular da cabeça femoral.
- D) Nas epifisiólises instáveis, a tentativa de redução forçada protege o periósteo posterior e reduz o risco de necrose avascular.
- E) A utilização de múltiplos pinos no quadrante póstero-superior da cabeça femoral elimina o risco de comprometimento da vascularização intraepifisária.

40. Em relação às características clínicas do metatarso aduto, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O metatarso aduto caracteriza-se por desvio lateral espontâneo do antepé, arco plantar rebaixado e borda medial convexa do pé.
- B) A deformidade é definida pela presença obrigatória de equinismo do retropé associado à abdução fixa do antepé.
- C) Entre as características do metatarso aduto estão o arco plantar rebaixado, aproximação entre o primeiro e o segundo dedos e borda lateral côncava do pé.
- D) O metatarso aduto caracteriza-se por borda medial côncava do pé, separação entre o primeiro e o segundo dedos, adução fixa do antepé com o retropé mantido em posição neutra e planta do pé em formato de feijão ("bean-shaped").
- E) A deformidade caracteriza-se por antepé rígido em abdução, retropé em valgo e ausência de deformidade da borda medial do pé.

41. Em relação aos critérios de angulação dorsal e encurtamento nas fraturas dos metacarpos, no adulto, assinale a alternativa CORRETA.

- A) Consideram-se aceitáveis angulação dorsal de até 20° no segundo metacarpo, 30° no terceiro, 40° no quarto e 50° no quinto, sendo indicada cirurgia apenas quando o encurtamento excede 10 mm.
- B) Consideram-se aceitáveis angulação dorsal de até 10° no segundo metacarpo, 20° no terceiro, 30° no quarto e 40° no quinto, sendo indicada cirurgia quando o encurtamento ultrapassa 8 mm.
- C) Consideram-se aceitáveis angulação dorsal de até 10° no segundo metacarpo, 10° no terceiro, 25° no quarto e 45° no quinto, sendo o encurtamento superior a 5–6 mm uma indicação de tratamento cirúrgico.
- D) Consideram-se aceitáveis angulação dorsal de até 15° no segundo metacarpo, 15° no terceiro, 30° no quarto e 45° no quinto, sendo indicada cirurgia apenas quando o encurtamento ultrapassa 8–10 mm.
- E) A angulação dorsal aceitável é de até 10° para todos os metacarpos, sendo o encurtamento superior a 5–6 mm a única indicação cirúrgica relacionada ao alinhamento da fratura.

42. Em relação à lesão de Stener e à avaliação da lesão do ligamento colateral ulnar do polegar, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A lesão de Stener ocorre quando o ligamento colateral rompe parcialmente e permanece profundo à aponeurose do adutor do polegar, não permitindo cicatrização espontânea com imobilização.
- B) O teste de estresse do ligamento colateral deve ser realizado preferencialmente com a articulação metacarpofalângica do polegar em extensão completa, posição em que o ligamento colateral próprio apresenta maior tensão.
- C) Considera-se sugestiva de ruptura completa do ligamento colateral uma frouxidão superior a 15° em comparação com o polegar contralateral, sem ponto final (endpoint) ao teste de estresse.
- D) A presença de uma lesão de Stener pode ser confirmada com segurança apenas pelo exame físico, não havendo necessidade de exames de imagem.
- E) A ultrassonografia e a ressonância magnética são indicadas apenas quando há suspeita de ruptura parcial do ligamento colateral, pois as rupturas completas raramente necessitam de tratamento cirúrgico.

43. Em relação ao tratamento da fratura de Galeazzi e à estabilidade da articulação radioulnar distal (ARUD/DRUJ), assinale a alternativa CORRETA.

- A) A persistência da instabilidade da articulação radioulnar distal após redução anatômica da diáfise do rádio é esperada na maioria dos casos, sendo indicada a fixação rotineira da DRUJ com fios de Kirschner.
- B) Quando a redução anatômica da diáfise do rádio é obtida, a articulação radioulnar distal geralmente reduz-se espontaneamente. Caso permaneça estável ao exame após a osteossíntese do rádio, o tratamento consiste em imobilização por 3 a 6 semanas.
- C) A presença de instabilidade da articulação radioulnar distal após a osteossíntese da diáfise do rádio contraindica a utilização de fios de Kirschner, sendo obrigatória a reconstrução aberta do complexo da fibrocartilagem triangular (TFCC).
- D) Quando a articulação radioulnar distal permanece reduzida após a osteossíntese do rádio, deve-se iniciar imediatamente a pronação e a supinação do antebraço, independentemente da estabilidade clínica da articulação.
- E) A impossibilidade de redução da articulação radioulnar distal após redução anatômica da diáfise do rádio indica, obrigatoriamente, falha da osteossíntese radial, não havendo outras causas possíveis.

44. Em relação aos parâmetros utilizados na classificação Thoracolumbar Injury Classification and Severity Score (TLICS), assinale a alternativa CORRETA.

- A) O escore TLICS é calculado a partir da morfologia da fratura, da integridade do complexo ligamentar posterior (PLC) e do estado neurológico do paciente.
- B) O escore TLICS é baseado na morfologia da fratura, no mecanismo do trauma e na idade do paciente.
- C) O escore TLICS utiliza como parâmetros a classificação AO da fratura, o estado neurológico e a densidade mineral óssea.
- D) O escore TLICS é composto pela morfologia da fratura, pelo grau de cifose e pela presença de lesões associadas.
- E) O escore TLICS considera a morfologia da fratura, o estado neurológico, a idade do paciente e o nível vertebral acometido.

45. Em relação à classificação AO Spine das fraturas toracolombares, assinale a alternativa CORRETA.

- A) As fraturas do tipo A correspondem às lesões por compressão ou carga axial e incluem desde lesões clinicamente insignificantes (A0) até fraturas explosão completas (A4).
- B) As fraturas do tipo B resultam de compressão axial do corpo vertebral, com comprometimento predominante da coluna anterior, sem falha das bandas de tensão.

- C) As fraturas do tipo C compreendem exclusivamente as fraturas por explosão completas, envolvendo ambas as placas terminais e a cortical posterior do corpo vertebral.
- D) As fraturas A3 correspondem às fraturas em cunha, envolvendo apenas uma placa terminal, sem comprometimento da cortical posterior do corpo vertebral.
- E) As fraturas B1 correspondem às lesões por hiperextensão da banda de tensão anterior, típicas de pacientes com coluna anquilosada.

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

- A) As medidas do ângulo (roof arc) de Matta correspondem aos ângulos formados entre uma linha vertical que passa pelo centro da cabeça femoral e uma linha que liga esse centro ao limite da fratura.
- B) Nas fraturas que comprometem o domo acetabular, desvios articulares de até 5 mm são considerados aceitáveis para tratamento conservador, desde que não haja lesão neurológica associada.
- C) O domo acetabular corresponde à porção inferomedial do acetábulo, adjacente à placa quadrilátera, sendo a principal região responsável pela transmissão de carga durante a marcha.
- D) As medidas do ângulo de Matta são realizadas exclusivamente na radiografia em incidência anteroposterior da pelve.
- E) O tratamento conservador está indicado para todas as fraturas minimamente desviadas do acetábulo, independentemente do comprometimento do domo acetabular, da estabilidade articular ou da congruência da redução.

47. Em relação à direção da força e ao padrão de lesão nas luxações traumáticas do quadril, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A associação entre flexão, adução e rotação interna do quadril está classicamente relacionada à luxação posterior pura.
- B) A combinação de flexão, abdução e rotação externa do quadril está associada à luxação posterior com fratura.
- C) A posição de hiperabdução, extensão e rotação interna favorece a ocorrência de luxação anterior do quadril.
- D) A luxação posterior com fratura ocorre tipicamente quando o quadril se encontra em extensão, adução e rotação interna.
- E) A luxação anterior do quadril está relacionada ao mecanismo de flexão, adução e rotação interna, enquanto a luxação posterior ocorre em hiperabdução, extensão e rotação externa.

48. Em relação à classificação de Russell-Taylor para as fraturas subtrocantéricas do fêmur, assinale a alternativa CORRETA.

- A) As fraturas do tipo I caracterizam-se pela preservação da fossa piriforme. No subtipo 1A, a fratura estende-se distalmente ao pequeno trocânter, enquanto no subtipo 1B há envolvimento do pequeno trocânter.
- B) As fraturas tipo 2 caracterizam-se pela ausência de comprometimento da fossa piriforme e subdividem-se conforme o acometimento do grande trocânter.
- C) As fraturas 2A apresentam suporte medial instável, enquanto as 2B apresentam suporte medial estável.
- D) As fraturas 1A envolvem a fossa piriforme, porém preservam o pequeno trocânter.
- E) O principal critério para diferenciar os tipos 1 e 2 é a presença ou ausência de comprometimento da cortical lateral do fêmur proximal.

49. Em relação à classificação de Winquist e Hansen para as fraturas diafisárias do fêmur, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A classificação de Winquist e Hansen é baseada no grau de cominuição da fratura. Historicamente, antes do uso rotineiro das hastas intramedulares bloqueadas, era importante porque fraturas grau III e IV, com pouca ou nenhuma oposição cortical, apresentavam menor estabilidade axial e rotacional, frequentemente necessitando de bloqueio estático.
- B) A classificação de Winquist e Hansen é baseada no grau de cominuição da fratura. Além dos graus I a IV, descreve as fraturas grau V, subdivididas em V-A e V-B, de acordo com a presença ou ausência de perda segmentar óssea, sendo essas as principais indicações de bloqueio estático.
- C) A classificação de Winquist e Hansen é baseada no grau de cominuição da fratura. Sua versão atual inclui também as fraturas grau VI, subdivididas em VI-A e VI-B, conforme o comprometimento da cortical medial, classificação que passou a ser amplamente utilizada após o advento das hastas bloqueadas.
- D) A classificação de Winquist e Hansen é baseada no grau de cominuição da fratura. Posteriormente, foi ampliada para incluir as fraturas grau V, classificadas em V-A (com contato cortical residual) e V-B (sem contato cortical), melhorando a reprodutibilidade da classificação original.
- E) A classificação de Winquist e Hansen é baseada no grau de cominuição da fratura. Atualmente, além dos graus I a IV, admite um grau V para fraturas segmentares complexas e um grau VI para fraturas com perda óssea extensa, ambos incorporados às versões mais recentes da classificação.

50. Em relação às propriedades biomecânicas das hastes intramedulares, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A rigidez torsional depende do contato entre a haste e o canal medular, bem como do desenho do implante.
 - B) A rigidez à flexão depende principalmente do comprimento da haste, sendo pouco influenciada pelo seu diâmetro.
 - C) A resistência às cargas axiais depende, principalmente, do diâmetro da haste, sendo o diâmetro dos parafusos de bloqueio e o contato ósseo no foco da fratura fatores secundários.
 - D) Em hastes sólidas, a rigidez torsional é proporcional ao cubo do raio, enquanto a rigidez à flexão é proporcional à quarta potência do raio.
 - E) Orifícios para parafusos de bloqueio com diâmetro superior a 50% do diâmetro da haste aumentam sua resistência mecânica.
-

GRUPO 18
(ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA)