

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA  
EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

**ANO ADICIONAL - ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA R4 (AAORTTRAT01)**

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



**SUA PROVA**

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



**TEMPO**

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



**NÃO SERÁ PERMITIDO**

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



**INFORMAÇÕES GERAIS**

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

**Boa sorte!**



## Ortopedia e Traumatologia

1

Um paciente de 30 anos sofreu uma queda de bicicleta, apresentando dor intensa no ombro direito e incapacidade de movimentar o braço. Ao exame físico, observou-se uma deformidade na região acromioclavicular e dor à palpação. A radiografia revelou luxação acromioclavicular grau IV de Rockwood.

Nesse caso, o tratamento mais indicado é:

- (A) imobilização com tipoia por 2 a 3 semanas;
- (B) redução manual fechada sob anestesia local;
- (C) cirurgia de reconstrução ligamentar;
- (D) uso de anti-inflamatórios e fisioterapia;
- (E) administração de analgésicos e acompanhamento ambulatorial.

2

Um paciente de 65 anos, com história de osteoporose, apresenta dor súbita e incapacidade de movimentar o quadril após uma queda da própria altura. Ao exame físico, nota-se rotação externa e encurtamento do membro inferior direito. A radiografia confirma fratura do colo do fêmur Garden II.

O tratamento definitivo mais indicado para esse paciente é:

- (A) imobilização com tração cutânea;
- (B) uso de órtese de abdução;
- (C) fixação interna com parafusos canulados;
- (D) artroplastia total do quadril;
- (E) artroplastia parcial do quadril.

3

Uma paciente de 25 anos, jogadora de futebol, apresenta dor e inchaço no joelho direito após uma entorse durante um jogo. Ao exame físico, há instabilidade ligamentar, com resultados positivos nos testes de Lachman e Pivot Shift. A ressonância magnética revela ruptura completa do ligamento cruzado anterior (LCA).

Para o caso em pauta, o tratamento mais adequado é:

- (A) imobilização com tala gessada por 6 semanas PRICE;
- (B) cirurgia de reconstrução do LCA com Allograft;
- (C) cirurgia de reconstrução do LCA com ligamento sintético;
- (D) fisioterapia com exercícios de fortalecimento muscular;
- (E) cirurgia de reconstrução do LCA com auto enxerto de tendões flexores ou patelar.

4

Um paciente de 40 anos sofreu uma queda de uma escada, apresentando dor intensa no tornozelo direito e incapacidade de suportar peso. A radiografia mostra fratura bimaléolar tipo C da Webber.

O tratamento mais indicado para esse paciente é:

- (A) imobilização com tala gessada e repouso absoluto;
- (B) redução fechada sob anestesia local e uso de bota ortopédica;
- (C) fixação interna com placa e parafusos;
- (D) aplicação de gesso por 8 semanas;
- (E) fixação interna com fios de kirschner e cerclagem.

5

Uma paciente de 50 anos apresenta dor crônica no joelho esquerdo, especialmente ao subir escadas e após atividades físicas. Refere lesão prévia do LCA não tratada. A radiografia mostra osteoartrite moderada unicompartimental medial com estreitamento do espaço articular Allback III, ângulo mecânico de varismo de 8 graus.

Nesse caso, o tratamento mais indicado é:

- (A) artroplastia total de joelho;
- (B) uso de muletas para aliviar o peso sobre a articulação;
- (C) prática de exercícios de baixo impacto e fisioterapia;
- (D) cirurgia de osteotomia proximal da tíbia;
- (E) artroplastia unicompartimental medial.

6

Um paciente de 28 anos, praticante de esportes, apresenta dor e edema no pé direito após uma entorse durante uma corrida. A radiografia revela fratura de Jones sem desvio (fratura da base do quinto metatarso).

O tratamento mais indicado para o paciente é:

- (A) imobilização com bota ortopédica por 6 semanas;
- (B) redução fechada e uso de tala gessada;
- (C) cirurgia de fixação com parafuso intramedular;
- (D) administração de anti-inflamatórios e repouso absoluto;
- (E) fisioterapia intensiva para recuperação funcional.

7

Um paciente de 45 anos, com histórico de diabetes mellitus, apresenta dor lombar intensa, referindo diminuição significativa da força do tríceps sural e parestesia na região plantar de caráter inespecífico. Ao exame clínico, atesta-se uma diminuição significativa do reflexo Aquileu.

O diagnóstico mais provável, nesse caso, é uma compressão da raiz:

- (A) L3;
- (B) L2;
- (C) L4;
- (D) L5;
- (E) S1.

8

Um paciente de 60 anos, com histórico de alcoolismo, apresenta dor no quadril esquerdo e dificuldade para deambular. A ressonância magnética revela necrose avascular da cabeça femoral grau 3 de Ficat e Arlet.

O tratamento mais indicado para esse paciente é:

- (A) administração de anti-inflamatórios e fisioterapia;
- (B) uso de muletas para evitar carga no membro afetado;
- (C) cirurgia de descompressão central do fêmur;
- (D) artroplastia total do quadril;
- (E) infiltração intra-articular com corticosteroides.

**9**

Durante o tratamento cirúrgico da epifisiólise proximal do fêmur grave, a luxação controlada de Ganz é um procedimento técnico que visa à melhor visualização da deformidade e à preservação dos vasos:

- (A) retinaculares anteriores;
- (B) retinaculares posteriores;
- (C) glúteos posteriores;
- (D) centrais e ligamento redondo;
- (E) circunflexos laterais.

**10**

Em um adolescente praticante de atividades físicas, após episódios de lombalgia, observou-se radiograficamente, a presença de espondilolistese L5-S1.

Nesse caso, existe maior risco de desenvolvimento de déficit neurológico e progressão de deformidade, segundo Wiltse-Newman, no tipo:

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

**11**

Um paciente de 22 anos sofreu uma entorse no joelho durante uma partida de futebol, apresentando dor, edema e instabilidade. A ressonância magnética confirmou uma lesão do menisco medial do tipo alça de balde completa e luxada para o intercôndilo.

O tratamento mais indicado nesse caso é:

- (A) meniscectomia parcial;
- (B) meniscectomia total;
- (C) sutura meniscal *out-in* terço anterior, *inside-out* médio e *all-inside* posterior;
- (D) sutura *all-inside* terço anterior, *inside-out* médio e *out-in* posterior;
- (E) sutura *inside-out* terço anterior, *out-in* médio e *all-inside* posterior.

**12**

Uma paciente de 70 anos, com histórico de osteoporose, apresenta dor intensa no punho direito após uma queda da própria altura. A radiografia revela fratura distal do rádio extra-articular desviada TIPO II C da classificação Universal.

O tratamento mais indicado para esse paciente é:

- (A) imobilização com tala gessada por 4 semanas;
- (B) redução fechada e uso de gesso por 6 semanas;
- (C) fixação interna com placas e parafusos;
- (D) redução fechada e pinagem percutânea;
- (E) uso de órteses e acompanhamento clínico.

**13**

Um paciente de 18 anos, praticante de basquete, apresenta dor e edema no tornozelo direito após entorses recorrentes durante jogos. A radiografia não mostra fraturas, mas o exame físico revela instabilidade ligamentar +/+++ e a ressonância demonstra lesão parcial do ligamento fíbulo-talar anterior.

O tratamento mais indicado para esse jovem é:

- (A) imobilização com tala gessada por 2 semanas;
- (B) uso de muletas e repouso absoluto;
- (C) cirurgia de reparo ligamentar;
- (D) fisioterapia com exercícios de propriocepção e fortalecimento;
- (E) infiltração com corticosteroides no local da dor.

**14**

Um paciente de 50 anos apresenta dor súbita no ombro direito e limitação dos movimentos, especialmente na rotação externa e abdução, após uma partida de tênis há 6 meses. A ressonância magnética demonstra ruptura do tendão do músculo supraespinhoso com retração de 1,0 cm e Guttalier II.

O tratamento mais indicado nesse caso é:

- (A) imobilização com tipoia por 6 semanas;
- (B) administração de anti-inflamatórios e fisioterapia;
- (C) uso de analgésicos opioides para controle da dor;
- (D) infiltração com corticosteroides ou ortobiológicos;
- (E) cirurgia de reparo do manguito rotador.

**15**

Uma paciente de 65 anos apresenta dor crônica e rigidez nas articulações interfalângicas distais das mãos. A radiografia revela alterações degenerativas e presença nódulos de bouchard e heberden.

O tratamento mais indicado é:

- (A) uso de anti-inflamatórios e órteses para as mãos;
- (B) infiltração com corticosteroides nas articulações afetadas;
- (C) cirurgia de artroplastia das articulações interfalângicas;
- (D) cirurgia minimamente invasiva para retirada dos nódulos;
- (E) fisioterapia com exercícios de mobilidade e fortalecimento.

**16**

Um paciente de 40 anos, trabalhador da construção civil, apresenta dor crônica na região lateral do cotovelo direito, especialmente ao segurar firme para levantar objetos. Ao exame físico tem dor à extensão contra resistência do punho.

O diagnóstico mais provável nesse caso é:

- (A) epicondilite tipo "tennis elbow";
- (B) bursite olecraniana;
- (C) síndrome do túnel do carpo;
- (D) tenossinovite de De Quervain;
- (E) epicondilite do golfista.

**17**

Uma paciente de 55 anos, com histórico de artrite reumatoide, apresenta dor e deformidade progressiva nas mãos. A radiografia mostra degeneração articular, subluxação das articulações metacarpofalângicas, ruptura dos tendões extensores e desvio ulnar dos dedos.

O tratamento mais indicado para esse paciente é:

- (A) administração de anti-inflamatórios e fisioterapia;
- (B) uso de órteses e repouso das mãos;
- (C) cirurgia de artroplastia das articulações afetadas com tenoplastia;
- (D) artrodese metacarpofalangeana em 15 graus de flexão;
- (E) transferência dos tendões flexores superficiais para extensores.

**18**

Em pacientes com paralisia cerebral espástica, comumente existe grande dificuldade de supinação e prejuízo Funcional por contratura do pronador redondo.

Nesses casos, indica-se a reorientação cirúrgica do músculo em questão, segundo a classificação de Gschwind e Tonkin, no grupo:

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

**19**

A doença de Legg-Calvé-Perthes apresenta algumas fases distintas, que se relacionam diretamente com a escolha da abordagem e o prognóstico do tratamento.

A ausência de osteócitos ou a presença de osteócitos com núcleo picnótico são características da doença na fase de:

- (A) necrose;
- (B) sinovite;
- (C) fragmentação;
- (D) reossificação;
- (E) residual.

**20**

Um paciente de 30 anos sofreu uma lesão cortante no dedo indicador, apresentando dor e incapacidade de estender a falange distal. Ao exame, observou-se dedo em martelo com queda de 25 graus da interfalangeana distal, sem arrancamento ósseo.

O tratamento mais indicado nesse caso é:

- (A) imobilização com tala gessada por 4 semanas;
- (B) uso de órtese de extensão por 6 a 8 semanas;
- (C) cirurgia de reparo do tendão extensor;
- (D) administração de anti-inflamatórios e fisioterapia;
- (E) infiltração com corticosteroides na articulação.

**21**

Na epifisiolite por condropatia conjugal proximal do fêmur de adolescentes, segundo Loder, o fator preditivo diretamente relacionado à possibilidade de desenvolver osteonecrose da cabeça femoral, correspondente à gênese fisiopatológica da doença e não ao tratamento instituído, é:

- (A) deformidade;
- (B) energia do trauma;
- (C) instabilidade;
- (D) desvio posterior;
- (E) migração proximal.

**22**

Um paciente de 60 anos, com histórico de diabetes mellitus, apresenta dor, edema e calor no joelho direito, seu exame laboratorial apresenta 6.000 leucócitos, VHS 20, PCR 4,5. Foi submetido a punção articular, que mostrou presença importante de cristais de urato monossódico e contagem de dois leucócitos por campo.

O diagnóstico mais provável nesse caso é:

- (A) artrite reumatoide;
- (B) osteoartrite;
- (C) gota;
- (D) sinovite inespecífica;
- (E) artrite séptica.

**23**

A fratura de C2 do processo odontoide pode causar grande instabilidade e deve ser avaliada com radiografias transorais e tomografia computadorizada. Há casos em que o tratamento deve ser cirúrgico.

Segundo Anderson e D'Alonzo, a osteossíntese do processo odontoide com parafuso canulado é sempre indicada, no tipo II, quando existe:

- (A) fragmentação da base;
- (B) fratura instável do atlas;
- (C) traço oblíquo que se estende de anteroinferior para posterossuperior;
- (D) traço oblíquo que se estende de anteroinferior para posteroinferior;
- (E) traço oblíquo que se estende de anteroinferior para posterolateral.

**24**

Ponseti revolucionou o tratamento do pé torto congênito ao modificar o fulcro de rotação do tratamento com trocas de aparelhos gessados, visando inicialmente à correção do:

- (A) varismo do antepé;
- (B) adução do retropé;
- (C) equinismo do calcâneo;
- (D) cavo do antepé;
- (E) varismo do mediopé.

**25**

Uma paciente de 65 anos, com histórico de osteoporose, apresenta dor intensa e incapacidade de movimentar o braço após uma queda. A radiografia mostra fratura da extremidade proximal do úmero em 4 partes, segundo a classificação de Neer, sem fratura da cabeça tipo *head split*.

O tratamento mais indicado para esse paciente é:

- (A) imobilização com tipoia por 6 semanas;
- (B) redução fechada e uso de órtese de Raymond;
- (C) fixação interna com placa proximal de úmero e parafusos;
- (D) artroplastia parcial do ombro;
- (E) artroplastia reversa do ombro.

**26**

Um paciente de 50 anos apresenta dor ++/++++ no pescoço e ombro, irradiando para o braço direito. Refere também parestesia no dermatomo da raiz de C6 +/-++++ há 30 dias. O exame de ressonância magnética demonstra hérnia discal cervical foraminal com indentação ao gânglio da raiz emergente C6 à direita e eletroneuromiografia sem alterações do padrão de potencial evocado.

O tratamento mais indicado para esse paciente é:

- (A) cirurgia de descompressão e fusão vertebral por acesso anterior;
- (B) cirurgia de descompressão e fusão vertebral por acesso posterior;
- (C) analgesia, uso de colar cervical e repouso absoluto;
- (D) repouso, analgesia e fisioterapia com alongamento muscular e fortalecimento progressivo;
- (E) infiltração epidural com corticosteroides.

**27**

Uma paciente de 40 anos, secretária, apresenta dor e dormência no polegar, indicador e dedo médio da mão direita, especialmente à noite. O exame físico revela sinal de Tinell positivo na percussão da região anterior do punho. Teste de Phalen também tem resultado positivo.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) tenossinovite de De Quervain;
- (B) síndrome do túnel do carpo;
- (C) artrite reumatoide;
- (D) tendinite do flexor radial do carpo;
- (E) doença de Dupuytren.

**28**

Considere um paciente adulto jovem com lesão óssea lítica e insuflante da região meta epifisária proximal do úmero, sem ruptura da cortical, translúcido sem trabeculados, com idade e exames radiográfico e tomográfico compatíveis com cisto ósseo unicameral.

O método de tratamento proposto por Scaglietti para um caso como esse consiste na:

- (A) curetagem simples e cimentação com metilmetacrilato;
- (B) ressecção em bloco e enxertia;
- (C) punção e injeção intralesional com metilprednisolona;
- (D) curetagem seguida de enxertia óssea;
- (E) radioterapia guiada por tomografia computadorizada.

**29**

Um paciente com 12 anos com diagnóstico de seqüela de paralisia obstétrica alta tipo Erb Duchenne foi indicado para tratamento cirúrgico.

O procedimento indicado, preconizado por Sever-L'episcopo, tem como objetivo a melhora da:

- (A) adução do ombro;
- (B) abdução do ombro;
- (C) rotação medial do braço;
- (D) rotação lateral do braço;
- (E) extensão do cotovelo.

**30**

Uma paciente de 40 anos refere queda, fratura e luxação do antebraço Monteggia tipo 4 pela classificação de Bado. Durante o tratamento cirúrgico, apresentou grande instabilidade e dificuldade de manutenção da redução cirúrgica da cabeça do rádio, sendo indicada a reconstrução ligamentar radio ulnar.

O procedimento de Bell-Tawse a ser realizado utiliza, para a reconstrução do ligamento anular, a aponurose do músculo:

- (A) bíceps;
- (B) ancônio;
- (C) palmar longo;
- (D) tríceps;
- (E) extensor radial do carpo.

**31**

Um homem de 35 anos, com histórico de luxação de cotovelo reduzida na emergência e tratada com órtese axilo palmar por 6 semanas, queixa-se de instabilidade residual e procura atendimento especializado. Ao exame físico, uma instabilidade posterolateral do cotovelo foi diagnosticada.

Esse diagnóstico ocorreu pela aplicação de uma força axial no membro superior com o cotovelo em:

- (A) varo e supinação;
- (B) valgo e pronação;
- (C) varo e rotação interna;
- (D) valgo e rotação interna;
- (E) valgo e rotação externa.

**32**

Uma criança de 3 anos de idade foi diagnosticada como portadora de osteogênese imperfecta do tipo IIB de Sillence, apresentando escleras azuladas e fraturas recorrentes.

O tipo IIB caracteriza-se por apresentar um defeito congênito no colágeno tipo:

- (A) I, ter dentinogênese anormal e ser autossômica dominante;
- (B) I, ter dentinogênese normal e ser autossômica recessiva;
- (C) II, ter dentinogênese anormal e ser ligada ao cromossomo x;
- (D) I, ter dentinogênese anormal e ser autossômica recessiva;
- (E) II, ter dentinogênese anormal e ser autossômica dominante.

**33**

Um paciente jovem, vítima de queda de motocicleta, apresenta várias escoriações e deformidade em ombro direito. Ao exame radiográfico observa-se uma fratura do terço distal da clavícula do grupo II, tipo IIA, de Allman.

A localização anatômica dessa fratura é:

- (A) medial ao ligamento conoide;
- (B) lateral ao ligamento conoide;
- (C) central ao ligamento trapezoide;
- (D) lateral ao ligamento trapezoide;
- (E) medial ao ligamento trapezoide.

**34**

Uma criança de 7 anos sofreu queda da própria altura com fratura da extremidade proximal do fêmur, sendo tratada cirurgicamente com redução incruenta, fixação percutânea e gesso pelvopodálico.

Segundo a Classificação de Delbet e Colona, o tipo de fratura em que há o menor risco de complicação vascular para a cabeça do fêmur (Osteonecrose) é o tipo:

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

**35**

Um homem adulto, jovem, ativo, apresentando sinais de sinovite aguda em articulação do joelho direito e tornozelo direito, lombalgia recorrente e com história de uretrite e conjuntivite infecciosa e recorrente, foi tratado com cefalosporina de primeira geração, sem melhora clínica. Deu entrada na emergência do hospital com fortes dores, calor e rubor articular leve.

O diagnóstico mais provável nesse caso é:

- (A) artrite psoriática;
- (B) síndrome de Reiter;
- (C) artrite séptica;
- (D) sinovite inespecífica;
- (E) gota.

**36**

Um paciente de 26 anos, vítima de uma queda de laje, deu entrada na emergência com incapacidade de deambular e dor na região sacra e púbica. Foi encaminhado aos exames radiográficos e tomográficos, que evidenciaram uma dissociação entre a linha ilioisquiática e a gota de Lágrima de Kolher.

O resultado desse exame sugere:

- (A) instabilidade vertical da pelve;
- (B) fratura da superfície quadrilátera;
- (C) fratura das duas colunas acetabulares;
- (D) afundamento acetabular central;
- (E) fratura luxação sacroilíaca.

**37**

Um paciente diagnosticado com artrogrípse, que apresentava o cotovelo em extensão semirígida, foi submetido a transferência da inserção do pronador redondo no epicôndilo medial para a região anterior da extremidade distal do úmero.

O objetivo dessa cirurgia foi estimular a flexão ativa do cotovelo, técnica conhecida como cirurgia de:

- (A) Machintosh;
- (B) Chandler;
- (C) Bado;
- (D) Richmond;
- (E) Steindler.

**38**

Uma criança de 8 meses de idade apresenta dor, febre e impotência funcional no quadril direito. Após radiografia, ultrassonografia e exames laboratoriais foi diagnosticada com artrite séptica por contiguidade de osteomielite do colo femoral. Foi encaminhada ao centro cirúrgico para artrotomia, curetagem, descompressão e lavagem articular.

No caso dessa criança, existia grande risco de comprometimento vascular devido ao fato de os vasos epifisários ainda permanecerem intraósseos entre:

- (A) zero a 6 meses;
- (B) zero a 12 meses;
- (C) zero a 18 meses;
- (D) zero a 24 meses;
- (E) zero a 36 meses.

**39**

Uma criança de 12 meses, apresentando displasia do desenvolvimento do quadril direito, manobras de Barlow e Ortolani negativas e sinal de Galeazzi positivo à direita, foi levada ao centro cirúrgico para redução incruenta sem sucesso, sendo necessária uma artrotomia cirúrgica.

Durante o procedimento, observou-se como principal estrutura anatômica interposta à redução o(a):

- (A) ligamento redondo;
- (B) cápsula articular;
- (C) pulvinar;
- (D) ligamento transverso;
- (E) tendão do psoas.

**40**

A Classificação de Wagner é a mais utilizada para avaliar a gravidade e o grau de exposição das úlceras plantares em pacientes diabéticos e com alteração da sensibilidade.

Nessa classificação, o grau correspondente a úlceras profundas, com presença de abscesso e osteomielite, é o grau:

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

**41**

Um paciente de 26 anos, vítima de acidente de motocicleta, foi levado ao pronto-socorro, apresentando fratura do plateau tibial Schatzker IV, com indicação de tratamento cirúrgico. Durante a cirurgia foi observada fragmentação posterolateral não acessível pelo portal anterolateral.

Foi necessário realizar uma abordagem posterolateral entre as seguintes estruturas anatômicas:

- (A) o gastrocnêmico lateral e o poplíteo;
- (B) o gastrocnêmico lateral e o bíceps;
- (C) o gastrocnêmico lateral e o nervo fibular;
- (D) o poplíteo e o ligamento colateral lateral;
- (E) o poplíteo e o nervo fibular.

**42**

Um paciente, vítima de fratura diafisária da tíbia tipo 42 A2.3, alinhada, foi inicialmente tratado com tala gessada cruro-podálica. Retornou à emergência 6 horas depois com queixa de fortes dores e impossibilidade de extensão dos dedos.

Submeteu-se a uma avaliação da pressão intracompartimental, tendo sido aferido o coeficiente Delta-P pela subtração da pressão:

- (A) arterial sistólica da pressão intracompartimental;
- (B) arterial diastólica da pressão intracompartimental;
- (C) intracompartimental da pressão arterial sistólica;
- (D) intracompartimental da pressão arterial diastólica;
- (E) intracompartimental afetada da intracompartimental contralateral.

**43**

O tratamento da pseudartrose associada a osteomielite crônica é complexo e muitas vezes frustrante, pois existem variáveis de difícil controle. Na literatura, observa-se uma técnica muito conhecida que se baseia na excisão do tecido infectado, com ou sem estabilização com fixador externo, auto enxertia com osso esponjoso e fechamento tardio da ferida.

A técnica mencionada é conhecida como técnica de:

- (A) Papineau;
- (B) Hoffmann;
- (C) Galeazzi;
- (D) Ilizarov;
- (E) Paley.

**44**

Uma criança de 9 anos compareceu ao ambulatório de ortopedia infantil buscando tratamento especializado. Apresentava varismo bilateral de joelhos, com ângulo femorotibial de 15 graus e metadiafisário de Levine de 18 graus. O diagnóstico radiológico foi tibia vara de Blount grau IV pela classificação de Langeskiold.

Para esse paciente, está indicado o tratamento de:

- (A) osteotomia de abertura tibial medial;
- (B) osteotomia de fechamento tibial lateral;
- (C) osteotomia infratuberositária tibial com epifisiodese lateral;
- (D) osteotomia infratuberositária com ressecção de barra de fusão medial;
- (E) epifisiodese tibial lateral associada a órtese Dennis Brown.

**45**

Criança do sexo feminino, 6 anos de idade, apresenta genu varo bilateral. Achados radiológicos evidenciam placa de crescimento alargada, linha fisária encurvada com altura axial aumentada e linha de Looser presente. Exames laboratoriais demonstram níveis séricos de cálcio diminuído, fosfato diminuído, fosfatase alcalina aumentada, paratormônio aumentado, 25 hidroxivitamina D normal e 1,25-dihidroxivitamina D aumentada.

O diagnóstico mais provável dessa criança é raquitismo do tipo:

- (A) acidose metabólica;
- (B) osteodistrofia renal;
- (C) vitamina D resistente;
- (D) vitamina D dependente do tipo I;
- (E) vitamina D dependente do tipo II.

**46**

Paciente do sexo feminino, 18 anos de idade, deu entrada na emergência após queda de bicicleta, apresentando deformidade da perna direita com abrasão na face anterior em toda a sua extensão. Ao exame radiográfico, apresentou fratura do terço médio da tíbia com obliquidade curta.

Segundo a classificação de Tschern, trata-se de uma fratura fechada grau:

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

**47**

Ao realizarmos uma artroplastia total do quadril em pacientes com osteoartrite, alteramos as forças que agem no quadril. Dependendo do posicionamento e tamanho dos componentes, é correto afirmar que:

- (A) o aumento do ângulo cêntrico diafisário aumenta o braço de alavanca da musculatura abduutora;
- (B) o quadril em valgo e a diminuição do colo femoral eleva o momento flexor do terço proximal do fêmur;
- (C) o colo, em valgo ou curto, implica a redução do *offset* e o aumento da força no braço de alavanca abduutora;
- (D) a diminuição do *offset*, devido a um colo valgo e curto, eleva o momento flexor da extremidade proximal do fêmur, aumentando o estresse gerado no componente femoral;
- (E) a diminuição do ângulo cêntrico diafisário acarreta um aumento das forças de contato do quadril, por diminuição do *offset* da cabeça femoral, e melhora a estabilidade articular.

**48**

Em relação à tuberculose vertebral, é correto afirmar que:

- (A) a porção anterior do corpo vertebral raramente é afetada;
- (B) o foco inicial da infecção geralmente ocorre no arco neural posterior;
- (C) a disseminação subligamentar pode criar múltiplos níveis de envolvimento de corpos vertebrais;
- (D) a espondilite tuberculosa envolve o disco intervertebral na fase inicial do processo da doença;
- (E) a *Mycobacterium tuberculosis* é tipicamente depositada no corpo vertebral através das pequenas veias.

**49**

Paciente do sexo feminino, 35 anos de idade, relata que há cerca de 6 meses apresenta dores na coxa, com edema na parte distal e massa palpável na região posterior. Exame radiográfico evidencia lesão na superfície do osso, lobulada, densa, com espessamento da cortical subjacente, mais denso no centro do que na periferia, e pequeno envolvimento intramedular.

O diagnóstico mais provável é:

- (A) osteossarcoma clássico;
- (B) osteossarcoma parosteal;
- (C) osteossarcoma de baixo grau;
- (D) condrossarcoma indiferenciado;
- (E) condrossarcoma de células claras.

**50**

Em relação à placa epifisária normal, é correto afirmar que:

- (A) as células da zona hipertrófica são 5 a 10 vezes menores que as da zona proliferativa;
- (B) o papel dos condrócitos na zona hipertrófica é a síntese de novas proteínas da matriz;
- (C) o suprimento sanguíneo à zona de reserva é feito através de ramos terminais das artérias metafisárias;
- (D) a zona hipertrófica tem o menor conteúdo de enzimas glicolíticas de todas as zonas da placa epifisária;
- (E) os condrócitos na zona de reserva contribuem significativamente para o crescimento longitudinal.

**51**

Paciente de 5 anos de idade, com o diagnóstico de doença de Blount, apresenta, ao exame radiográfico, imagem de depressão da metafise medial formando um degrau e a presença de cartilagem preenchendo o "bico".

Segundo a classificação de Langenskiöld, essa criança encontra-se no estágio:

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

**52**

Criança de 7 anos de idade apresentou fratura da diáfise do fêmur em espiral, e a opção da equipe médica foi pelo tratamento conservador com gesso, pelvi podálico.

Os desvios aceitáveis depois do tratamento realizado são:

- (A) varo de 10 graus, anterior de 20 graus e encurtamento de 25 mm;
- (B) valgo de 15 graus, anterior de 20 graus e encurtamento de 20 mm;
- (C) varo de 20 graus, anterior de 15 graus e encurtamento de 20 mm;
- (D) valgo de 20 graus, anterior de 10 graus e encurtamento de 10 mm;
- (E) varo de 10 graus, anterior de 15 graus e encurtamento de 15 mm.

**53**

Em relação às alterações anatomopatológicas do pé torto congênito, é correto afirmar que:

- (A) o cuboide desloca-se lateralmente em relação ao calcâneo;
- (B) o calcâneo encontra-se voltado lateralmente no plano horizontal;
- (C) o navicular está em extrema eversão, medializado e deslocado sobre a cabeça do tálus;
- (D) o primeiro e o segundo metatarsais encontram-se angulados plantarmente em relação ao quinto;
- (E) o colo do tálus é curto e está desviado na direção plantar e lateral em comparação com um pé normal.

**54**

No acesso cirúrgico dorsal ao punho, encontra-se, no terceiro compartimento, o tendão do músculo:

- (A) extensor do indicador;
- (B) extensor ulnar do carpo;
- (C) extensor longo do polegar;
- (D) extensor radial curto do carpo;
- (E) extensor radial longo dos dedos.

**55**

Em relação às lesões traumáticas do cotovelo, é correto afirmar que:

- (A) a cabeça radial é um importante estabilizador secundário do varo do cotovelo;
- (B) a faceta medial do coronoide é importante para a estabilidade do valgo do cotovelo;
- (C) o feixe posterior do ligamento colateral medial é o estabilizador mais importante do estresse em valgo no cotovelo;
- (D) a fratura anteromedial do coronoide, associada à ruptura do ligamento colateral lateral, resulta na instabilidade rotatória posterolateral do cotovelo;
- (E) a fratura de Monteggia tipo III de Bado se refere a uma fratura da ulna distal ao processo coronoide associada ao deslocamento posterior da cabeça radial.

**56**

Paciente sentiu dor e limitação dos movimentos do ombro direito após queda ao praticar judô. Ao exame clínico, apresentava deslocamento inferior do ombro com a clavícula proeminente, mas redutível. Ao exame por imagens, apresentava deslocamento superior da clavícula em 80% da margem articular acromioclavicular.

Segundo Rockwood, trata-se de uma luxação acromioclavicular do tipo:

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

**57**

Paciente do sexo feminino, 71 anos de idade, submetida a artroplastia total do joelho esquerdo há 18 meses, apresenta fratura da patela classificada como Ortiguera e Bery do tipo I.

A conduta mais adequada é o tratamento:

- (A) cirúrgico: patelectomia total;
- (B) cirúrgico: patelectomia parcial;
- (C) conservador: joelho estabilizado em extensão;
- (D) cirúrgico: osteossíntese da patela com reconstrução do aparelho extensor;
- (E) cirúrgico: osteossíntese da patela com substituição do componente patelar.

**58**

Paciente do sexo masculino, 12 anos de idade, há 1 semana, após jogo de futebol, vem apresentando dor na região inguinal à esquerda, marcha claudicante com uso de uma muleta contralateral, membro inferior esquerdo em rotação externa e limitação do arco de movimento. Exame radiográfico evidenciou ângulo cabeça-diáfise femoral 45 graus menor em relação ao lado direito.

Nesse caso, a epifisiólise deve ser classificada, de acordo com Southwick e Loder, como:

- (A) leve instável;
- (B) severa estável;
- (C) severa instável;
- (D) moderada estável;
- (E) moderada instável.

**59**

Paciente do sexo feminino, 65 anos de idade, submetida a artrodese do quadril direito há 25 anos, procurou atendimento ortopédico com o desejo de se submeter a conversão para artroplastia total.

A indicação mais frequente para esse procedimento é:

- (A) dor lombar incapacitante;
- (B) dificuldade para deambular;
- (C) osteoartrite joelho contralateral;
- (D) insatisfação pela perda da mobilidade;
- (E) instabilidade articular do joelho ipsilateral.

**60**

Paciente, com displasia desenvolvendo do quadril Crowe IV, deverá ser submetido a artroplastia total do quadril com implantação do acetábulo no local nativo, com provável alongamento do membro em torno de 4 cm, o que acarretará dificuldades de redução e risco de lesão nervosa.

Para superar esse problema, a melhor indicação é:

- (A) lateralizar o componente acetabular;
- (B) realizar uma osteotomia trocantérica estendida;
- (C) realizar simultaneamente uma cirurgia de Salter;
- (D) utilizar um componente femoral com *offset* aumentado;
- (E) fazer osteotomia subtrocantérica com encurtamento femoral.

**61**

A osteocondrite da cúpula talar é conhecida como doença de:

- (A) Iselen;
- (B) Lance;
- (C) Kappis;
- (D) Mouchet;
- (E) Rennande.

**62**

Paciente de 25 anos de idade, sexo masculino, refere dor no quadril esquerdo e na virilha, principalmente ao deambular. Após exame físico, a equipe médica definiu como provável diagnóstico a presença de lesão labral.

O teste cujo resultado positivo contribuiu para esse resultado diagnóstico foi o de:

- (A) Ober;
- (B) Graig;
- (C) Gaenslen;
- (D) McCarthy;
- (E) Phelps-baker

**63**

Paciente do sexo feminino, 23 anos, sofreu entorse do tornozelo esquerdo e, em consequência, fratura do tornozelo 44 A1.2 pela classificação OTA/AO.

O tratamento mais adequado é:

- (A) osteossíntese do maléolo lateral com placa e parafusos;
- (B) tratamento conservador com aparelho gessado suro-podálico;
- (C) osteossíntese do maléolo lateral com placa e parafusos e fixação do maléolo medial com dois parafusos;
- (D) osteossíntese do maléolo lateral com placa e parafusos e fixação da sindesmose anterior com parafuso transsindesmoidal;
- (E) osteossíntese do maléolo lateral com placa e parafusos e fixação do maléolo posterior com dois parafusos e sutura do ligamento deltoide.

**64**

Paciente do sexo feminino, 28 anos de idade, deu entrada na emergência após acidente de moto referindo dores no pescoço. Após exames por imagens, foi diagnosticada com fratura de Jefferson, instável, com afastamento das massas laterais de 7.5 mm.

Essa instabilidade se deve à lesão do ligamento:

- (A) alar;
- (B) apical;
- (C) anterior;
- (D) posterior;
- (E) transversos.

**65**

Paciente do sexo feminino, 75 anos de idade, foi submetida a artroplastia total de joelho há 12 anos. No momento, apresenta falência do implante, sendo submetida a revisão cirúrgica com troca dos componentes. Durante a cirurgia, observou-se dano metafisário importante, com perda significativa de osso esponjoso em ambos os côndilos femorais.

Segundo a classificação proposta por Engh, denominada *Anderson Orthopaedic Research Institute (AORI)*, essa lesão é do grau:

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

**66**

Paciente do sexo feminino, 72 anos de idade, após queda de escada, apresentou fratura do membro inferior esquerdo classificada como AO/OTA 32C2J. A paciente é diabética, hipertensa e deambuladora comunitária.

A melhor opção para o tratamento dessa paciente é:

- (A) artroplastia total de quadril;
- (B) artroplastia parcial do quadril;
- (C) estabilização da fratura com sistema condilar dinâmico (DCS);
- (D) estabilização da fratura com sistema de quadril dinâmico (DHS);
- (E) estabilização da fratura com haste intramedular femoral bloqueada.

**67**

Criança de 7 anos de idade, portadora de paralisia cerebral, consegue caminhar com dispositivos de assistência em ambientes internos e superfícies planas de ambientes externos, subir escadas usando um corrimão e impulsionar uma cadeira de rodas manual, mas pode precisar de assistência para longas distâncias. Segundo o Sistema de Classificação da Função Motora Bruta (GMFCS), essa criança é categorizada como GMFCS nível:

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

**68**

Após avaliação clínica, um paciente com traumatismo raquimedular foi diagnosticado pela escala de Frankel como grau E devido a:

- (A) não comprometimento sensitivo ou motor;
- (B) não preservação sensitiva ou motora abaixo do nível da lesão, lesão completa;
- (C) preservação sensitiva abaixo do nível da lesão e motor não preservado, incluindo S4-S5;
- (D) não preservação sensitiva abaixo da lesão e motor preservado, com pelo menos metade dos músculos-chaves possuindo força menor que 3;
- (E) não preservação sensitiva abaixo da lesão e motor preservado, com pelo menos metade dos músculos-chave possuindo força maior ou igual a 3.

**69**

Na artrodese do cotovelo bilateral, as posições podem variar de acordo com as necessidades do paciente.

As posições dos cotovelos recomendadas são as seguintes:

- (A) ambos com flexão entre 70 e 90 graus;
- (B) um entre 60 a 80 graus de flexão, e o outro entre 45 e 65 graus;
- (C) um entre 90 e 100 graus de flexão, e o outro entre 45 e 65 graus;
- (D) um entre 110 a 120 graus de flexão, e o outro entre 45 e 65 graus;
- (E) um entre 110 a 120 graus de flexão, e o outro entre 70 a 90 graus.

**70**

Paciente do sexo feminino, 58 anos de idade, em tratamento devido a um tumor maligno de tireoide, apresenta lesão lítica na extremidade distal de fêmur, acometendo 50% do diâmetro do osso e dor leve.

O escore dessa lesão, segundo os critérios de Mirels, para decidir sobre a necessidade de estabilização profilática dessa lesão é:

- (A) 6;
- (B) 7;
- (C) 8;
- (D) 9;
- (E) 10.

**71**

Paciente do sexo feminino, 79 anos de idade, após queda da própria altura, apresentou dor, edema e deformidade da extremidade distal do antebraço. Avaliação radiográfica evidenciou fratura da extremidade distal do rádio esquerdo extra-articular, desviada e redutível instável.

Segundo a classificação Universal (Rayhack, 1990/Cooney), trata-se de uma fratura do tipo:

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

**72**

A prática de atividades físicas pode induzir microtraumas nas fibras musculares, que iniciarão uma resposta inflamatória. Essas são decorrentes da sobrecarga imposta durante o exercício de força, no qual o dano acontece nas membranas, linha Z, sarcolema, túbulos T e miofibrilas.

Esses danos, induzidos pelo exercício físico, estão relacionados principalmente com a contração:

- (A) isométrica;
- (B) concêntrica;
- (C) excêntrica;
- (D) isométrica associada à excêntrica;
- (E) isométrica associada à concêntrica.

**73**

Paciente de 25 anos de idade, portador de osteomielite da tíbia esquerda pós-traumática, já se submeteu a várias cirurgias sem sucesso. No momento, apresenta processo infeccioso em atividade, com invasão de todo o osso e distribuição segmentar com instabilidade axial. Clinicamente, trata-se de um paciente hígido, sem comorbidades.

Segundo a classificação de Cierny-Mader, esse paciente apresenta uma infecção do tipo:

- (A) III A;
- (B) III B;
- (C) IV A;
- (D) IV B;
- (E) IV C.

**74**

Paciente, 35 anos de idade, após trauma, apresentou fratura do acetábulo, classificada como OTA/AO 62A2.3, sendo indicado tratamento cirúrgico.

O acesso cirúrgico preferencialmente utilizado para esse tipo de fratura é:

- (A) ilioinguinal;
- (B) iliofemoral;
- (C) Kocher-Langenbeck;
- (D) iliofemoral estendido;
- (E) sequencial combinado.

**75**

Em relação aos acessos cirúrgicos para tratamento de fraturas na extremidade proximal do úmero, é correto afirmar que:

- (A) nas fraturas proximais do úmero tratadas com artroplastia, a separação das tuberosidades menor e maior não deve ser realizada através do intervalo dos rotadores, devido ao risco de danos ao manguito rotador;
- (B) o intervalo dos rotadores é uma região triangular delimitada no ápice medialmente pelo processo coracoide, superiormente pelo supraespinhoso, lateralmente pelo subescapular e posteriormente pelo sulco bicipital;
- (C) na abordagem deltopeitoral, o nervo musculocutâneo penetra no músculo coracobraquial a uma distância média de 8 cm inferior ao processo coracoide e corre-se risco de lesão ao se realizar a retração lateral do músculo peitoral maior;
- (D) os músculos que compõem o manguito rotador se originam na escápula. O subespinhoso se insere na tuberosidade menor do úmero, e, na tuberosidade maior, se inserem o supraespinhoso superiormente, o subescapular pósterosuperiormente e o redondo menor pósteroinferiormente;
- (E) no nível da extremidade proximal do úmero, o nervo axilar passa, inferiormente ao colo anatômico, de anterior para posterior, através do espaço quadrilateral cercado pelo músculo redondo maior superiormente, pela cabeça longa do músculo tríceps medialmente e pelo músculo redondo maior inferiormente.

**76**

Paciente do sexo masculino sofreu queda de grande altura. A avaliação radiográfica demonstrou desvio vertical da hemipelve esquerda.

A incidência radiográfica que mais contribui para esse diagnóstico é radiografia:

- (A) da bacia *inlet*;
- (B) da bacia *outlet*;
- (C) da bacia em AP;
- (D) do sacro em perfil;
- (E) do quadril esquerdo oblíqua.

**77**

Paciente do sexo feminino, 75 anos de idade, foi submetida a artroplastia total do joelho há 15 anos e artroplastia total de quadril ipsilateral há 10 anos. Há 5 anos, apresentou soltura do componente femoral da prótese de joelho, sendo submetida a nova cirurgia, na qual foi colocado um componente femoral e tibial de revisão com hastes. Hoje sofreu queda da própria altura, apresentando incapacidade de deambular. Ao exame radiográfico, apresentou fratura do fêmur, próxima à haste do componente femoral da prótese de joelho, componente femoral instável e estoque ósseo insuficiente.

Segundo a classificação de Pires, essa fratura é classificada como:

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

**78**

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, vítima de queda de grande altura, deu entrada no centro de trauma, trazido pelo SAMU. Apresentava, ao primeiro atendimento, fratura exposta grau III de Gustilo no fêmur esquerdo, com sangramento importante, fratura exposta grau II de Gustilo do fêmur direito, pressão arterial de 90 x 50 mmHg, frequência cardíaca de 140 bpm, frequência respiratória de 40 irpm e resposta verbal confusa.

No momento da entrada a atenção ao paciente no centro de trauma deve priorizar:

- (A) estado neurológico;
- (B) respiração e ventilação;
- (C) controle do sangramento;
- (D) tratamento provisório das fraturas;
- (E) vias aéreas e imobilização da coluna cervical.

**79**

Um adolescente de 13 anos de idade, com queixa de dor lombar, apresenta exacerbação ao praticar esporte e refere melhora com o repouso. Após avaliação clínica e radiográfica, o diagnóstico foi de espondilolistese L4/L5, grau III de Meyerding. O deslizamento observado foi de:

- (A) 20%;
- (B) 40%;
- (C) 60%.
- (D) 80%;
- (E) 99%.

**80**

Paciente de 12 anos, sexo masculino, sofreu entorse do tornozelo em jogo de futebol, apresentando, em consequência, fratura triplanar do tornozelo direito. Ao exame radiográfico, observa(m)-se:

- (A) aparentemente, uma fratura do tipo Salter-Harris I na incidência anteroposterior e uma fratura Salter-Harris III na incidência em perfil;
- (B) aparentemente, uma fratura do tipo Salter-Harris II na incidência anteroposterior e uma fratura Salter-Harris II na incidência em perfil;
- (C) aparentemente, uma fratura do tipo Salter-Harris II na incidência anteroposterior e uma fratura Salter-Harris III na incidência em perfil;
- (D) aparentemente, uma fratura do tipo Salter-Harris III na incidência anteroposterior e uma fratura Salter-Harris II na incidência em perfil;
- (E) aparentemente, uma fratura do tipo Salter-Harris III na incidência anteroposterior e uma fratura Salter-Harris III na incidência em perfil.

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

