

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA EDIÇÃO 2025/2026

Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

ANO ADICIONAL ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA R4

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



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 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 prova!

Ortopedia e Traumatologia

1

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, apresentando, ao exame clínico e à ressonância magnética, sinais de lesão do menisco medial a esquerda, com indicação de tratamento cirúrgico por via artroscópica.

Acerca das lesões meniscais, é correto afirmar que

- (A) o corno anterior do menisco medial é maior do que o corno anterior.
- (B) o ligamento de Humphry passa anteriormente ao ligamento cruzado posterior.
- (C) o ligamento intermeniscal transverso, conecta o corno posterior do menisco medial ao menisco lateral.
- (D) depois da menisectomia total, a área de contato entre o fêmur e a tíbia diminui aproximadamente 50%.
- (E) o menisco lateral confere estabilidade à articulação na presença de insuficiência do ligamento cruzado anterior.

2

Nas lesões traumáticas da articulação do tornozelo, quer do ponto de vista de semiologia, quer do ponto de vista de procedimentos cirúrgicos, o entendimento biomecânico dos ligamentos é muito importante.

Em relação às três bandas que compõem o ligamento lateral do tornozelo, é correto afirmar que

- (A) no plano sagital, o ligamento calcaneofibular é perpendicular à articulação subtalar.
- (B) na flexão plantar da articulação do tornozelo, o ligamento calcaneofibular está alinhado com a fíbula.
- (C) na flexão plantar da articulação do tornozelo, o ligamento talofibular anterior encontra-se posteriorizado à fíbula.
- (D) à medida que a articulação do tornozelo é levada a flexão dorsal, o ligamento calcaneofibular torna-se perpendicular ao solo.
- (E) no plano sagital, o ângulo formado entre os ligamentos talofibular anterior e calcaneofibular é, em média, de 105 graus, variando de 70 a 140.

3

Algumas afecções são causadas por distúrbios autossômicos dominantes, e outras, por autossômicos recessivos.

Entre as afecções listadas a seguir, a de origem por distúrbio autossômico recessivo é a

- (A) acondroplasia.
- (B) doença de Morquio.
- (C) osteogênese imperfeita.
- (D) neurofibromatose tipo 1.
- (E) displasia espondiloepifisária.

4

Paciente do sexo feminino, brasileira, filha de pais finlandeses, 22 anos de idade, procurou o ortopedista devido a deformidades dos joelhos. Ela nega quadro algico. Ao exame físico apresenta: baixa estatura; cabelos finos e claros; geno varo discreto bilateral; frouxidão ligamentar generalizada: Discreta contratura dos cotovelos. Na história pregressa revela infecção por varicela zoster.

O diagnóstico mais provável, entre as displasias listadas a seguir, é a

- (A) condrodisplasia punctata.
- (B) discondrosteotose, síndrome de Lery-Weil.
- (C) condrodisplasia metafisária do tipo Schmid.
- (D) condrodisplasia metafisária do tipo McKusick.
- (E) displasia espondilometafisária do tipo Koslowski.

5

Paciente do sexo feminino, 71 anos de idade, sofreu queda da própria altura ao desembarcar no aeroporto. Em decorrência do trauma, ficou incapacitada para deambular. No atendimento hospitalar em hospital do Sistema Único de Saúde, foi diagnosticada como tendo uma fratura 31A1.2.

O tratamento mais adequado para essa paciente é

- (A) artroplastia parcial com prótese bipolar.
- (B) fixação *in situ* com três parafusos canulados.
- (C) redução da fratura e fixação com um sistema DHS.
- (D) redução da fratura e fixação com três parafusos canulados.
- (E) redução da fratura e fixação com haste intramedular bloqueada.

6

Existem poucas evidências que permitem ao cirurgião decidir quais são os graus de desvios aceitáveis no tratamento conservador das fraturas da diáfise da tíbia. Por outro lado, segundo Rockwood, baseado na literatura, o que temos é um consenso geral sobre os valores limítrofes para o tratamento fechado das fraturas da diáfise da tíbia.

Segundo Rockwood, podemos aceitar como mau alinhamento no tratamento conservador dessas fraturas

- (A) varo menor que dez graus.
- (B) valgo menor que cinco graus.
- (C) rotação menor que quinze graus.
- (D) angulação anterior menor que vinte graus.
- (E) angulação posterior menor que quinze graus.

7

Durante a abordagem cirúrgica ao dorso do terço distal do rádio ou na aplicação de qualquer forma de fixação ao rádio distal dorsalmente, é essencial que o cirurgião conheça a anatomia da região.

Dessa forma, é correto afirmar que, no terceiro compartimento extensor, encontramos o

- (A) tendão do músculo extensor do indicador.
- (B) tendão do músculo abductor longo do polegar.
- (C) tendão do músculo extensor longo do polegar.
- (D) tendão do músculo abductor longo do polegar e o do extensor curto do polegar.
- (E) tendão do músculo extensor longo do polegar e o do extensor do dedo indicador.

8

Paciente do sexo feminino, 15 anos de idade, portadora de displasia fibrosa, sofreu fratura da tíbia esquerda que evoluiu com retardo de consolidação. A paciente foi operada e o foco da fratura recebeu enxertia óssea, sendo a mãe a doadora.

Nesse caso, foi realizado um

- (A) xenoenxerto.
- (B) homoenxerto.
- (C) heteroenxerto.
- (D) enxerto autólogo.
- (E) enxerto autógeno.

9

A síndrome de Proteus é uma condição que altera o crescimento e na qual existe um conjunto de anormalidades.

Entre essas anormalidades, é correto citar

- (A) a microdactilia.
- (B) a hemi-hipertrofia.
- (C) nódulos de Lisch.
- (D) a diminuição da espessura dos sulcos da pele da palma da mão.
- (E) a diminuição da profundidade dos sulcos da pele da palma da mão.

10

Paciente do sexo feminino, 43 anos de idade, refere dores na articulação patelofemoral à esquerda. Após avaliação clínica e radiológica, observou-se alteração no ângulo Q.

Em relação às alterações desse ângulo e aos fatores que a influenciam, assinale a afirmativa correta.

- (A) A anteversão do colo do fêmur com a rotação interna distal do fêmur, em combinação com a torção tibial externa, acarreta aumento do ângulo Q.
- (B) a anteversão do colo do fêmur com a rotação interna distal do fêmur, em combinação com a torção tibial externa, acarreta diminuição do ângulo Q.
- (C) a retroversão do colo do fêmur com a rotação interna distal do fêmur, em combinação com a torção interna da tíbia, acarreta diminuição do ângulo Q.
- (D) a retroversão do colo do fêmur com a rotação externa distal do fêmur, em combinação com a torção interna da tíbia, acarreta aumento do ângulo Q.
- (E) a retroversão do colo do fêmur com a rotação externa distal do fêmur, em combinação com a torção interna da tíbia, acarreta diminuição do ângulo Q.

11

A literatura demonstra que os recém-nascidos normais apresentam um tônus ao nascer.

Acerca do tema, é correto afirmar que

- (A) contraturas em extensão são típicas ao nascimento.
- (B) o movimento passivo do pescoço provoca forte tônus extensor.
- (C) ao nascer, os membros do recém-nato são mantidos em postura de extensão.
- (D) o desenvolvimento normal da criança progride no sentido dos membros à cabeça.
- (E) os membros do recém-nascido normalmente se movem de forma alternada quando estimulado.

12

Paciente do sexo feminino, 56 anos, apresenta alterações neurológicas compatíveis com a doença de Charcot-Marie-Tooth.

Em relação a essa doença, é correto afirmar que

- (A) a apresentação clínica mais comum é o pé cavo unilateral.
- (B) os pacientes apresentam alterações exclusivamente nos membros inferiores.
- (C) essa afecção faz parte de um grupo denominado neuropatias motoras hereditárias (HMNs).
- (D) um achado clínico precoce comum é a fraqueza do músculo tibial posterior e do músculo fibular curto.
- (E) devido à fraqueza na dorsiflexão, equino fixo e dificuldade com a propriocepção, os pacientes apresentam uma marcha típica escalonada.

13

Devido às alterações que uma criança nascida em Garapuava, no Paraná, apresentava, a equipe médica levantou a hipótese diagnóstica de uma deficiência dos membros conhecida como acheiropodia.

Nessa hipótese, a deficiência que essa criança apresentava era

- (A) a ausência de um dos pés.
- (B) a ausência de um dedo da mão.
- (C) a ausência da mão e pé ipsilateral.
- (D) as ausências de ambas as mãos e de ambos os pés.
- (E) a ausência de vários dedos das mãos e pés.

14

São consideradas articulações sinoviais as que possuem líquido sinovial, movimento entre os ossos, e cuja estabilidade depende de ligamentos e cápsula articular. Essas articulações podem ser classificadas em relação aos movimentos que possuem.

Um exemplo de articulação linear é a articulação

- (A) do quadril.
- (B) radiocárpica.
- (C) acromioclavicular.
- (D) radioulnar proximal.
- (E) carpometacárpica do polegar.

15

Uma classificação da doença de Legg Perthes é a de Stulberg modificada por Herring, que utiliza a aparência dos quadris na maturidade esquelética. Essa classificação é útil para o prognóstico do quadril acometido.

Paciente acometido da doença de Perthes apresenta como seqüela a cabeça femoral elíptica e desviada do círculo mais de 2 mm é classificado, nessa escala, como

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

16

O sistema neuromuscular é definido como a integração entre o sistema que envia e monitora as informações sobre o movimento e a postura do corpo e aquele que tem a capacidade de ação e movimento.

Em relação a esse sistema, é correto afirmar que

- (A) o neurônio que determina a sensibilidade muscular é denominado motoneurônio beta.
- (B) um único neurônio beta é capaz de ser responsável por um número variável de fibras.
- (C) cada músculo recebe inervação de um ou mais nervos, que entram no ventre muscular em conjunto com os vasos sanguíneos.
- (D) quanto maior o controle necessário ao músculo, maior a quantidade de fibras inervadas por um único neurônio.
- (E) a entrada do nervo no ventre muscular ocorre geralmente, em áreas onde a musculatura tem maior movimento durante a contração.

17

Paciente com 49 anos de idade, saudável, sofreu fratura da extremidade do primeiro metacarpo. A opção da equipe médica foi pelo tratamento cirúrgico por meio de osteossíntese da fratura com uso de torniquete per-operatório.

Em relação ao uso de torniquete é correto afirmar que

- (A) para cirurgias na mão, o local mais eficaz para instalar o torniquete é no antebraço.
- (B) para que os tecidos retornem ao normal após o uso prolongado de um torniquete, são necessários 40 minutos.
- (C) o torniquete deve ser inflado lentamente para propiciar o esvaziamento das veias superficiais antes do fluxo arterial ser ocluído.
- (D) para o esvaziamento sanguíneo, a extremidade a ser operada deve ser elevada por no mínimo cinco minutos, ou o sangue ser esvaziado por uma bandagem de borracha.
- (E) caso esse paciente permaneça com o torniquete por duas horas e a cirurgia não tenha terminado, a conduta mais adequada é desinflar o torniquete, aguardar 10 minutos, e depois reinflá-lo.

18

A maioria das deficiências dos membros ocorre no início do período de morfogênese dos membros, durante a rápida proliferação e diferenciação de células e tecidos.

Acerca do tema, é correto afirmar que

- (A) deformidades distais dos membros inferiores ocorrem no 37º dia.
- (B) deficiências graves dos membros inferiores ocorrem no 26º dia.
- (C) deficiências graves dos membros superiores ocorrem no 31º dia.
- (D) em 5 semanas de vida embrionária, a formação de todas as partes dos membros inferiores está essencialmente completa.
- (E) em 5 semanas de vida embrionária, a formação de todas as partes dos membros superiores está essencialmente completa.

19

Paciente de 35 anos apresenta osteoartrite pós-traumática do quadril esquerdo com diminuição do arco de movimento e dor significativa. O paciente apresenta funções normais da coluna lombar, quadril contralateral e joelho ipsilateral. A equipe ortopédica decidiu tratar o paciente realizando a artrodese do quadril.

A posição ideal para essa artrodese ser realizada é

- (A) 0 a 15 graus de flexão, 0 a 5 graus de adução, e 20 a 30 graus de rotação externa.
- (B) 20 a 30 graus de flexão, 0 a 5 graus de adução, e 0 a 15 graus de rotação externa.
- (C) 0 a 15 graus de flexão, 10 a 15 graus de adução, e 0 a 15 graus de rotação externa.
- (D) 20 a 30 graus de flexão, 10 a 15 graus de adução, e 0 a 10 graus de rotação externa.
- (E) 20 a 30 graus de flexão, 10 a 15 graus de adução, e 10 a 20 graus de rotação externa.

20

Em decorrência de uma queda de grande altura, paciente de 67 anos, do sexo masculino, sofreu fratura multifragmentar supracondiliana do fêmur esquerdo.

Em relação às lesões associadas a essa fratura, é correto afirmar que

- (A) a ocorrência de lesões vasculares associadas a fraturas supracondilianas do fêmur é comum.
- (B) o ligamento cruzado posterior é o ligamento mais comumente lesionado nas fraturas supracondilianas do fêmur com cominuição da superfície articular.
- (C) a lesão da artéria poplítea nas fraturas supracondilianas do fêmur ocorre porque o feixe vascular fica aprisionado proximalmente no arco do solear e distalmente no hiato do músculo adutor.
- (D) em caso de lesão vascular em uma fratura supracondiliana do fêmur, no procedimento cirúrgico, o vaso tem prioridade no reparo que deve ser realizado com a fratura desviada, para a seguir a fratura ser reduzida e estabilizada.
- (E) nas fraturas supracondilianas do fêmur com cominuição da superfície articular, o ligamento cruzado anterior pode estar destacado com um fragmento osteocondral que, sempre que possível, deve ser reparado no momento da fixação da fratura.

21

A incidência, a gravidade e a extensão da lesão do plexo braquial em lactentes foram minimizadas pelo diagnóstico e tratamento obstétrico moderno. Apesar dessas medidas, a ocorrência dessa lesão não foi eliminada.

Em relação à lesão do plexo braquial, é correto afirmar que

- (A) segundo a classificação de Narakas, no grupo 2 encontram-se as lesões de C5 e C6.
- (B) a síndrome de Horner ipsilateral indica lesão nos nervos simpáticos cervicais C4, C6 e C7.
- (C) com o envolvimento de C5 e C6, os extensores do cotovelo são fracos e o cotovelo é mantido em posição intermediária.
- (D) segundo a classificação de Narakas, no grupo 3 encontram-se as lesões de todo o plexo braquial.
- (E) lesões do plexo superior manifestam-se inicialmente como fraqueza dos abdutores, rotadores internos do ombro e ausência dos flexores do cotovelo.

22

Paciente do sexo masculino, 35 anos de idade, refere dores no quadril direito de longa data que vem apresentando piora gradativa. Após exame físico e de imagens, o diagnóstico foi de síndrome do impacto posterior do quadril.

Dos testes abaixo, o que mais contribuiu para essa hipótese diagnóstica foi o teste de

- (A) FABRE positivo.
- (B) FADRI positivo.
- (C) apreensão positivo.
- (D) Trendelenburg positivo.
- (E) elevação da perna estendida positivo.

23

Os movimentos do joelho ocorrem em três planos separados durante o curso normal do ciclo de marcha. Por esse motivo, temos a denominação de “movimento triaxial”.

Em relação à biomecânica do joelho, é correto afirmar que

- (A) o padrão de pivô descrito por Dennis explica a rotação externa da tíbia em relação ao fêmur durante a flexão do joelho.
- (B) o padrão de pivô descrito por Dennis explica a rotação interna da tíbia em relação ao fêmur durante a extensão do joelho.
- (C) em estudos cinemáticos do joelho durante algumas atividades do dia a dia, a marcha normal exigiu 67 graus de flexão durante a fase de balanço e 83 graus para a subida de escada.
- (D) Dennis e colaboradores descreveram um modelo helicoidal para a variação do eixo de flexão, com uma média de 21 mm de translação posterior do côndilo femoral medial em relação à tíbia.
- (E) Dennis e colaboradores descreveram um modelo helicoidal para a variação do eixo de flexão, com uma média de translação de 2 mm de translação do côndilo femoral lateral em relação à tíbia.

24

Paciente do sexo masculino, 58 anos de idade, apresenta osteoartrose pós-traumática do tornozelo esquerdo, com limitação acentuada do arco de movimento e dor contínua refratária a analgésicos convencionais. Ele relata melhora discreta com uso de opiáceos. Não apresenta alterações vasculares no membro inferior esquerdo e nenhuma outra articulação comprometida. Nega tabagismo. A equipe médica optou por realizar a artrodese desse tornozelo.

A posição mais adequada para essa artrodese é

- (A) flexo-extensão em posição neutra, rotação externa de aproximadamente 5 graus, 5 graus de valgo, e ligeira translação anterior do tálus sob a tíbia.
- (B) flexo-extensão em posição neutra, rotação externa de aproximadamente 5 graus, 5 graus de varo, e ligeira translação anterior do tálus sob a tíbia.
- (C) flexo-extensão em posição neutra, rotação externa de aproximadamente 5 graus, 15 graus de varo, e ligeira translação anterior do tálus sob a tíbia.
- (D) flexo-extensão em posição neutra, rotação externa de aproximadamente 5 graus, 10 graus de varo e ligeira translação posterior do tálus sob a tíbia.
- (E) flexo-extensão em posição neutra, rotação externa de aproximadamente 5 graus, 5 graus de valgo, e ligeira translação posterior do tálus sob a tíbia.

25

Existem várias classificações para a avaliação das cifoses. Uma delas, que nos auxilia no tratamento, é baseada na deficiência das colunas, na flexibilidade dos espaços disciais, na magnitude da curva e da necessidade de osteotomia corretiva.

Em relação à classificação baseada nas colunas, é correto afirmar que a cifose com deficiência da coluna posterior é classificada como do tipo

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

26

Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, necessita ser submetida a uma amputação transtibial devido a uma afecção grave, não isquêmica, no membro inferior esquerdo.

Em relação a esse procedimento é correto afirmar que

- (A) um coto de menos de 12,5 cm de comprimento não é eficiente.
- (B) no adulto, o comprimento ideal do osso para um coto de amputação abaixo do joelho é de 12,5 a 17,5 cm.
- (C) para um coto maior que 12 cm recomenda-se que a totalidade da fíbula com alguma massa muscular seja removida.
- (D) para um coto menor que 12 cm recomenda-se que a totalidade da fíbula com alguma massa muscular seja removida.
- (E) uma regra de ouro razoavelmente satisfatória para a seleção do nível de secção óssea é permitir 3,5 cm de comprimento do osso para cada 30 cm de altura do corpo.

27

Uma parte integrante do conceito de Charnley sobre a artroplastia total do quadril é o balanço do braço de alavanca do peso corporal e o do mecanismo abductor. A evolução dos implantes não alterou a preocupação com o balanço biomecânico do quadril antes e após a artroplastia.

Acerca do tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) Charnley propunha realizar o alongamento do braço de alavanca do peso corporal por meio do aprofundamento do acetábulo.
- (B) Charnley propunha o alongamento do braço de alavanca do mecanismo abductor por meio da fixação medial do trocanter maior osteotomizado.
- (C) A força dos músculos abdutores deve ser aproximadamente 50% maior do que o peso corporal, para manter a pelve nivelada ao apoiar-se sobre apenas uma perna.
- (D) A carga estimada sobre a cabeça femoral quando o corpo se encontra em posição monopodal durante o caminhar, é calculada como 50% maior do que o peso corporal.
- (E) O braço de alavanca do mecanismo abductor está encurtado quando o trocanter está localizado posteriormente, como ocorre em deformidades rotacionais externas.

28

Criança do sexo masculino, 3 anos de idade, após trauma sobre a perna esquerda ocorrido há quatro dias, apresentou dor na extremidade proximal da perna esquerda, dificuldade para movimentar o joelho e calor local. O hemograma acusou leucocitose com desvio para a esquerda e VHS e PCR elevados. Radiografias sem alterações aparentes, o diagnóstico firmado foi de osteomielite hematogênica aguda.

Em relação a esse diagnóstico é correto afirmar que

- (A) após o fechamento das fises, a osteomielite hematogênica aguda se torna mais comum.
- (B) em crianças, a infecção geralmente envolve a metáfise de longos ossos e apresentam crescimento lento.
- (C) em crianças menores de 2 anos, alguns vasos sanguíneos cruzam a fise e podem permitir a difusão da infecção para a epífise.
- (D) a distribuição de idade da osteomielite hematogênica aguda em crianças é bimodal, geralmente afetando crianças menores de 4 anos e crianças com idade de 10 a 12 anos.
- (E) a difusão da infecção para uma articulação contígua está relacionada com a idade do paciente, a articulação do joelho é a mais comumente afetada em pacientes jovens.

29

Paciente do sexo masculino, 13 anos de idade, relata dores na virilha direita e na parte interna da coxa. A dor vem aumentando com o tempo, e cada vez há mais dificuldade para os movimentos do quadril. No momento, ele está deambulando apoiando o membro inferior direito ao solo, porém com auxílio de duas muletas para aliviar o quadro álgico. O exame clínico confirmou a suspeita de epifisiólise unilateral do quadril direito. Ao RX, apresenta, no quadril direito, ângulo cabeça-diáfise femoral nas incidências AP e lateral 40 graus menor em relação ao lado contralateral.

De acordo com a classificação de Loder e Southwick, esse paciente apresenta uma epifisiólise

- (A) estável com deslizamento leve.
- (B) instável com deslizamento leve.
- (C) instável com deslizamento grave.
- (D) estável com deslizamento moderado.
- (E) instável com deslizamento moderado.

30

Paciente do sexo feminino, 56 anos, apresenta dores no joelho direito com redução do arco de movimento e dificuldade para deambular. Ao exame radiográfico apresenta, ao nível do côndilo medial do fêmur, uma lesão radio transparente com um halo esclerótico e colapso do osso subcondral visível como uma placa calcificada. O diagnóstico firmado foi de osteonecrose.

De acordo com a classificação proposta por Koshino e modificada por Aglietti e associados, essa lesão é classificada como

- (A) estágio 1.
- (B) estágio 2.
- (C) estágio 3.
- (D) estágio 4.
- (E) estágio 5.

31

Os tumores ósseos apresentam localizações preferenciais nos ossos.

Das lesões citadas a seguir, assinale a mais importante no diagnóstico diferencial das lesões epifisárias.

- (A) Histiocitose.
- (B) Sarcoma de Ewing.
- (C) Linfoma do adulto.
- (D) Adamantinoma na tíbia.
- (E) Tumor de células gigantes.

32

Menino portador de polidactilia, segundo a classificação de Venn-Watson pré axial, será submetido a tratamento cirúrgico.

Das opções de tratamento listadas a seguir, a conduta ortopédica mais indicada para essa criança é

- (A) excisão do hálux mais lateral.
- (B) excisão do hálux mais medial.
- (C) excisão do quinto dedo mais lateral.
- (D) excisão do quinto dedo mais medial.
- (E) excisão do hálux mais lateral associado ao quinto dedo mais lateral.

33

Menina, 12 anos de idade, refere dores na borda lateral do pé com sensibilidade alterada em torno da porção proximal do quinto metatarsal, que se encontra proeminente.

O diagnóstico firmado foi de epifisite da base do quinto metatarsal, afecção conhecida como

- (A) doença de Iselin.
- (B) doença de Kohler.
- (C) doença de Wojtys.
- (D) doença de Freiberg.
- (E) doença de Takahara.

34

Criança de 8 anos de idade, com queixas álgicas no joelho esquerdo, exames por imagens evidenciaram lesão lítica, com reação periosteal fina em casca de cebola no terço médio do fêmur, menor que 6 cm. Exames complementares demonstraram lesão intracompartimental sem metástases. A biópsia confirmou a hipótese de tumor de Sarcoma de Ewing.

Segundo a classificação do sistema do AJCC para sarcomas ósseos (Sistema do American Joint Committee on Cancer), esse paciente encontra-se no estágio

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

35

A restauração da anatomia escápulo-umeral é essencial para um bom resultado funcional das lesões do ombro. Estudos anatômicos têm definido melhor a geometria do úmero, sendo aplicados aos modelos de implantes e às técnicas cirúrgicas de artroplastia do ombro.

Em relação às características anatômicas da articulação escapulo-umeral, é correto afirmar que

- (A) o raio de curvatura da superfície articular da glenoide é 5 a 7 mm maior que o da cabeça umeral.
- (B) o raio de curvatura da cabeça umeral é de aproximadamente 35 mm e é um pouco maior nas mulheres que nos homens.
- (C) a margem superior da superfície articular da cabeça umeral normalmente é 8 a 10 mm superior ao topo do tubérculo maior.
- (D) a superfície articular da cabeça umeral é essencialmente esférica, com um arco de aproximadamente 130 graus coberta por cartilagem articular.
- (E) estudos demonstram que a posição normal da superfície da glenoide em relação ao eixo do corpo da escápula varia de 10 graus de anteversão a 15 graus de retroversão.

36

Criança de quatro anos de idade, apresenta metatarso aduto congênito refratário ao tratamento conservador. A mãe refere dor, aparência desagradável e dificuldade para colocar calçados.

Das opções listadas a seguir, assinale a melhor opção para o tratamento dessa criança no momento.

- (A) Osteotomias em forma de cúpula para todas as cinco bases dos metatarsos.
- (B) Osteotomia em cunha de abertura com base medial através das bases dos metatarsos.
- (C) Osteotomia em cunha de fechamento com base lateral através das bases dos metatarsos.
- (D) Osteotomia em cunha aberta do cuneiforme medial e a osteotomia em cunha aberta do cuboide.
- (E) Osteotomia em cunha fechada do cuneiforme medial e a osteotomia em cunha fechada do cuboide.

37

O Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (Gross Motor Function Classification System, GMFCS) é um sistema confiável e estável de classificação e predição da função motora de crianças de 2 a 12 anos, com paralisia cerebral.

Uma criança de três anos de idade que é capaz de ficar em pé para transferências, mas possui capacidade mínima para andar e depende de cadeira de rodas para a mobilidade é classificada como sendo do Grupo

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

38

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, apresenta pseudartrose asséptica do terço médio da tíbia, rígida e sem deformidade, em decorrência de fratura fechada tratada de forma conservadora

Segundo a classificação de Paley, trata-se de uma pseudartrose do tipo

- (A) A1.
- (B) A21.
- (C) A22.
- (D) B1.
- (E) B21.

39

Para o tratamento cirúrgico adequado e com segurança das fraturas do acetábulo, é importante o conhecimento anatômico da região.

Acerca do tema, é correto afirmar que

- (A) o nervo e a artéria glútea superior saem da incisura isquiática maior em sua porção mais inferior.
- (B) a coluna anterior é composta pela metade anterior da crista ilíaca, pelas espinhas ilíacas, pela metade anterior do acetábulo e pela púbis.
- (C) a coluna posterior é mais longa que a anterior e termina na sua intersecção com a coluna anterior no topo da incisura isquiática.
- (D) a coluna posterior é composta pelo ílio, espinha isquiática, a metade posterior do acetábulo e o osso denso que forma a incisura isquiática.
- (E) 80% dos pacientes apresentam uma anastomose entre a artéria ilíaca interna e a artéria obturadora, conhecida como *corona mortis*.

40

Paciente do sexo feminino, 67 anos de idade, ao esquiar em Davos, sofreu fratura exposta da tíbia direita, sendo levada imediatamente para o centro de trauma, onde recebeu tratamento cirúrgico em menos de 8 horas.

Ao exame não apresentava nenhuma alteração sistêmica, sem alterações hemodinâmicas e não apresentava nenhuma comorbidade ou lesões associadas. A ferida apresentava perda de cobertura cutânea sobre o foco de fratura, perda parcial de uma unidade musculotendínea e o exame radiográfico evidenciou fratura multifragmentar da diáfise da tíbia sem perda óssea.

Segundo a classificação de Ganga Hospital Open Injury Score (GHOIS), essa paciente é classificada com escore

- (A) 4.
- (B) 6.
- (C) 8.
- (D) 10.
- (E) 12.

41

A tuberculose pulmonar possui uma prevalência alta em nosso meio e consequentemente a tuberculose osteoarticular.

Em relação à tuberculose osteoarticular, é correto afirmar que

- (A) a tuberculose articular é geralmente poliarticular, sendo o joelho e o quadril as articulações mais afetadas.
- (B) a *Mycobacterium tuberculosis* possui enzimas proteolíticas, o que acarreta redução do espaço articular desde o início da infecção.
- (C) a coluna vertebral é o local mais comumente envolvido, e os próximos, em ordem de frequência, são as articulações do joelho, do quadril, do punho, do tornozelo e a sacroilíaca.
- (D) a formação do *pannus* que recobre a cartilagem articular hialina é lenta e eventualmente destrói a superfície articular de forma mais extensa no centro da articulação.
- (E) a osteomielite tuberculosa afeta mais comumente a epífise ou a metáfise. Ao contrário de outras infecções ósseas, a placa fisária tem pouca ação para impedir a propagação da infecção.

42

Paciente submetido a artroplastia total do quadril não cimentada há três semanas, hoje sofreu queda em casa e refere dores com dificuldades para deambular. Atendido na emergência do hospital, foi submetido a vários exames, entre os quais o teste de imunoenensaio de alfa-defensina que teve como resultado o valor de 5.4.

Entre os diagnósticos citados a seguir, o mais provável para esse paciente é:

- (A) soltura asséptica.
- (B) infecção periprotética.
- (C) processo inflamatório periarticular.
- (D) fratura periprotética do componente femoral.
- (E) fratura periprotética do componente acetabular.

43

Menina de 14 anos de idade apresenta síndrome compartimental crônica de esforço (SCCE). É atleta de alto rendimento praticante de corrida e foi tratada cirurgicamente.

Das possíveis complicações desse tratamento listadas a seguir, a mais frequente é a

- (A) infecção.
- (B) hematoma.
- (C) recidiva da SCCE.
- (D) neuropraxia do nervo fibular.
- (E) neuropraxia do nervo tibial anterior.

44

Paciente de 22 anos de idade, sexo masculino, sofreu queda de skate com trauma direto sobre o joelho esquerdo, e, em consequência, apresentou quadro clínico de artrite pós traumática no nesse joelho.

A citocina produzida em maior nível no primeiro dia após o trauma é a

- (A) interleucina 6 (IL-6).
- (B) interleucina 10 (IL-10).
- (C) interleucina 12 (IL-12).
- (D) interleucina 1 beta (IL-1 Beta).
- (E) quimiocina ligante 22 (CCL- 22).

45

Paciente sofreu uma ferida incisa no terço médio do antebraço com lesão completa no nervo mediano.

Em relação a essa lesão, é correto afirmar que

- (A) parte da função motora proximal e distal à lesão está abolida.
- (B) fibrilações espontâneas podem se tornar evidentes após um período de 2 a 4 semanas.
- (C) o início da alteração atrófica dentro das fibras musculares ocorre num período de 10 a 12 semanas.
- (D) mudanças significativas na eletromiografia se tornam aparentes num período de 3 a 5 semanas.
- (E) a atrofia da massa muscular progride rapidamente para uma porcentagem de 50% a 70%, no final do primeiro mês pós-lesão.

46

Paciente do sexo feminino, 72 anos de idade, foi submetida a artroplastia total do quadril esquerdo há 15 anos. Em decorrência de queda da própria altura, sofreu fratura periprotética do fêmur definida pela classificação de Vancouver como sendo do tipo C.

A conduta mais indicada, entre as a seguir, é:

- (A) tratamento conservador.
- (B) revisão com haste longa não cimentada e enxertia do foco de fratura.
- (C) revisão com haste longa cimentada, enxertia do foco de fratura e placa bloqueada lateral.
- (D) revisão com haste longa não cimentada, enxertia do foco de fratura e placa bloqueada lateral.
- (E) placa bloqueada aplicada à parte distal do fêmur estendendo-se proximalmente, ultrapassando a haste femoral.

47

Paciente sofreu fratura do terço médio da tíbia, sendo tratado com aparelho gessado do tipo "PTB".

A remodelação óssea que pode ocorrer nesse caso se baseia no estresse aplicado à fratura.

O princípio que rege esse processo é conhecido como

- (A) lei de Wolff.
- (B) lei de Hueter-Volkman.
- (C) princípio do *strain* de Perren.
- (D) princípio do potencial regenerativo.
- (E) princípio das mudanças piezoelétricas.

48

Paciente do sexo feminino, 22 anos de idade, sofreu fratura da coluna lombar, com lesão da medula espinhal, em decorrência de acidente com veículo auto motor. Ao exame, apresentava a função sensorial preservada, mas não a motora, que estava abaixo do nível neurológico (o primeiro nível normal acima do nível da lesão) e alguma sensibilidade estava preservada nos segmentos sacrais S4 e S5.

Segundo a escala de deficiência da Associação Americana de Lesões Espinhais (ASIA), essa paciente teve uma lesão de

- (A) grau A.
- (B) grau B.
- (C) grau C.
- (D) grau D.
- (E) grau E.

49

Algumas afecções por deficiência de fatores de coagulação causam distúrbios hemorrágicos que podem acarretar complicações cirúrgicas ortopédicas.

Entre essas afecções encontramos a Doença de Alexander, que é causada por deficiência do fator

- (A) V.
- (B) VII.
- (C) IX.
- (D) X.
- (E) XI.

50

Um exame neurológico detalhado no neonato é importante no diagnóstico de vários distúrbios musculoesqueléticos.

O reflexo provocado por um toque no esterno que faz com que os cotovelos e joelhos se flexionem é conhecido como

- (A) reflexo do susto.
- (B) reflexo de Moro.
- (C) reflexo de Galant.
- (D) reflexo de retirada.
- (E) reflexo do paraquedista.

51

Em caso de suspeita de síndrome do compartimento, o cateter de fenda descrito originalmente por Rorabeck é mais preciso que o método de infusão contínua para a avaliação da pressão intracompartimental.

Assinale a opção que indica a recomendação correta de posicionamento do cateter para monitorar a pressão do compartimento descrito.

- (A) Mão, compartimento tenar.
- (B) Perna, compartimento lateral.
- (C) Coxa, compartimento posterior.
- (D) Pé, compartimento interósseos.
- (E) Antebraço, compartimento dos extensores.

52

Menino com 15 anos de idade, apresentou fratura da coluna anterior do acetábulo após trauma, sendo tratado com redução aberta e osteossíntese.

Dos acessos listados a seguir, assinale o mais indicado para essa cirurgia.

- (A) Moore.
- (B) Hardinge.
- (C) Ilioinguinal.
- (D) Estendida lateral.
- (E) Koshler-Langenbeck.

53

Paciente do sexo masculino, 22 anos de idade, apresenta fratura da base dorsal da falange distal do segundo dedo, em cisalhamento, da mão esquerda.

Em relação ao tratamento dessa fratura, é correto afirmar que

- (A) caso o cisalhamento compreenda menos de 15% da superfície articular, o paciente deve ser submetido a tratamento cirúrgico, de preferência redução fechada e fixação com fio de Kirschner.
- (B) caso o cisalhamento compreenda mais de 25% da superfície articular, o paciente deve ser submetido a tratamento cirúrgico, de preferência redução fechada e fixação com fio de Kirschner.
- (C) caso o cisalhamento compreenda mais de 35% da superfície articular, o paciente deve ser submetido a tratamento cirúrgico, de preferência redução fechada e fixação com fio de Kirschner.
- (D) caso o cisalhamento compreenda entre 15 e 25% da superfície articular, o paciente deve ser submetido a tratamento cirúrgico, de preferência redução aberta e fixação com parafusos de minifragmentos.
- (E) caso o cisalhamento compreenda mais de 35% da superfície articular, o paciente deve ser submetido a tratamento cirúrgico, de preferência redução aberta e fixação com placa e parafusos de minifragmentos.

54

Paciente do sexo masculino, 13 anos de idade, praticante de futebol, apresentou dores no joelho esquerdo com marcha claudicante. Após avaliação clínica rigorosa, o diagnóstico firmado foi de fratura por estresse do colo femoral.

Em relação a esse diagnóstico, é correto afirmar que

- (A) coxa valga é a complicação mais comum de fraturas por tensão não tratadas.
- (B) o tipo por compressão se manifesta como uma formação óssea reativa no córtex superior com ruptura da cortical.
- (C) fraturas por tensão não apresentam alto risco de deslocamento mas a fixação cirúrgica é uma opção de tratamento.
- (D) o tipo de compressão raramente se desvia completamente, mas pode colapsar em uma deformidade em valgo.
- (E) fraturas por compressão geralmente podem ser tratadas com um período de marcha sem apoio, utilizando duas muletas.

55

Durante partida de futebol, um jogador do sexo masculino, 23 anos de idade, sofreu uma entorse grave do complexo ligamentar lateral.

Dos testes listados a seguir, o que mais auxilia no caso dessa hipótese diagnóstica é o teste

- (A) do ruído.
- (B) de Thompson.
- (C) da gaveta anterior.
- (D) de estresse em eversão.
- (E) de estresse de rotação externa.

56

Paciente do sexo masculino, 22 anos de idade, em decorrência de queda de bicicleta sofreu trauma no cotovelo esquerdo. Após exame radiográfico foi constatada fratura da extremidade distal do úmero, extra-articular e traço simples em espiral.

Segundo a classificação da AO/OTA, trata-se de uma fratura do tipo

- (A) 13 A 2.1.
- (B) 13 A 3.2.
- (C) 13 B 1.1.
- (D) 13 B 2.3.
- (E) 13 C 1.1.

57

Paciente do sexo masculino, 5 anos de idade, sofreu, em decorrência de trauma de alta energia, fratura transisária da fise proximal do fêmur com luxação da epífise femoral.

Segundo a classificação de Delbet, trata-se de uma fratura do tipo

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

58

Paciente do sexo feminino, 57 anos de idade, apresenta quadro clínico compatível com a síndrome do túnel ulnar.

Em relação a essa síndrome, é correto afirmar que

- (A) a compressão do nervo ulnar é muito mais frequente na arcada de Frohse do que no túnel de Guyon.
- (B) a síndrome do túnel ulnar é menos comum que a do túnel do carpo porque o espaço ocupado pelo nervo ulnar no punho é muito mais flexível.
- (C) compressão apenas distal ao túnel de Guyon afeta o ramo superficial do nervo ulnar que supre a maior parte dos músculos intrínsecos.
- (D) o envolvimento do nervo ulnar é geralmente distal à divisão do ramo sensorial dorsal do tronco principal, que está a 10 mm proximal ao pisiforme.
- (E) a síndrome do túnel ulnar resulta da compressão do nervo ulnar em um túnel osteofibroso retangular, estreito de cerca de 1,0 cm de comprimento localizado ao nível do carpo.

59

Em um estudo recente (2009), foi proposta a primeira classificação específica para as fraturas pediátricas da extremidade proximal da tíbia, baseada na direção da força e no padrão da fratura. Dentro desse mecanismo de classificação de lesão, também houve evidências de que a localização da fratura dependia da idade.

Esse estudo concluiu que

- (A) a idade média para lesões do tipo Salter-Harris I e II foi de 6 anos.
- (B) a idade média para lesões do tipo Salter-Harris III e IV foi de cerca de 10 anos.
- (C) a idade média para fraturas metafisárias, incluindo a fratura de Cozen foi pouco mais de 7 anos.
- (D) as crianças mais velhas, de 10 a 12 anos, sofreram lesões no mecanismo de valgo e varo, com fraturas metafisárias.
- (E) o grupo com mais de 13 anos sofreu predominantemente lesões no mecanismo de flexo-avulsão, que resultaram em fraturas do tubérculo tibial.

60

Paciente do sexo masculino, 15 anos de idade, relata dor indefinida na parte dorsolateral do pé direito, centrada no seio do tarso, com dificuldade para deambular em superfícies irregulares e, ocasionalmente, apresenta claudicação dolorosa. Após avaliação clínica e por imagens, o diagnóstico firmado foi de coalizão calcaneonavicular.

Em relação a essa afecção, é correto afirmar que

- (A) apesar de presente desde o nascimento, a barra calcaneonavicular não se ossifica até os 4 a 6 anos de idade.
- (B) a formação de bico na margem articular dorsal do tálus, comum na coalizão calcaneonavicular, é incomum na coalizão talocalcaneana.
- (C) o posicionamento em varo do retro pé e perda do arco longitudinal estão presentes em adolescentes sintomáticos em graus variáveis.
- (D) em adolescentes e adultos, a protuberância da tuberosidade anterior do calcâneo pode ser confundida com uma coalizão calcaneonavicular incompleta.
- (E) a barra ocorre do processo posterior do calcâneo, medial à face anterior, dorsal e medialmente à superfície extra-articular medial e dorsal do navicular.

61

Fraturas triplanares das extremidades distais da tíbia e da fíbula em crianças são fraturas identificáveis nas radiografias.

Em relação às imagens radiográficas dessas fraturas, é correto afirmar que a radiografia do tornozelo

- (A) aparenta uma fratura Salter-Harris tipo II da tíbia na incidência em anteroposterior e de uma fratura Salter-Harris tipo III da tíbia na incidência em perfil.
- (B) aparenta uma fratura Salter-Harris tipo IV da tíbia na incidência em anteroposterior e de uma fratura Salter-Harris tipo II da tíbia na incidência em perfil.
- (C) aparenta uma fratura Salter-Harris tipo III da tíbia na incidência em anteroposterior e de uma fratura Salter-Harris tipo II da tíbia na incidência em perfil.
- (D) aparenta uma fratura Salter-Harris tipo IV da tíbia na incidência em anteroposterior e de uma fratura Salter-Harris tipo III da fíbula na incidência em perfil.
- (E) aparenta uma fratura Salter-Harris tipo II da tíbia na incidência em anteroposterior e de uma fratura Salter-Harris tipo IV da fíbula na incidência em perfil.

62

A maioria das infecções bacterianas pós-artroplastias é causada por organismos que crescem em biofilmes.

A formação de biofilmes aderentes e multicamadas é fundamental para a patogênese dessas infecções.

Em relação ao biofilme, é correto afirmar que

- (A) pode se formar em questão de horas após a inoculação.
- (B) adere fortemente a uma superfície inerte mas não adere a superfícies biológicas.
- (C) não é resistente ao cisalhamento, sendo, portanto, fácil de ser removido cirurgicamente.
- (D) a substância polimérica extracelular é solúvel em água, portanto a irrigação é adequada para remover o biofilme.
- (E) as três etapas necessárias para a formação do biofilme são a fixação bacteriana, a proliferação celular e desprendimento e dispersão.

63

Paciente do sexo feminino, 60 anos de idade, sofreu queda ao desembarcar no aeroporto, e apresentou, em consequência, dor no quadril direito, impossibilidade de deambular e rotação externa do membro inferior direito.

Atendida na emergência, foi diagnosticada como tendo uma fratura do tipo 31B1.3. A paciente é portadora de Síndrome de Sjögren, faz uso regular de antidepressivos tricíclicos e não apresenta outras comorbidades.

Das opções a seguir, a melhor indicação de tratamento para essa paciente é a

- (A) redução da fratura e a estabilização com sistema DHS.
- (B) redução da fratura e a estabilização com haste intramedular bloqueada.
- (C) redução da fratura e a fixação com três parafusos canulados de 7,0 mm.
- (D) fixação *in situ* da fratura e a fixação com três parafusos canulados de 7,0 mm.
- (E) artroplastia total de quadril com haste cimentada e acetábulo de fixação biológica.

64

Paciente do sexo masculino, 35 anos de idade, após quadro clínico compatível com COVID, apresentou dor no quadril esquerdo, limitação dos movimentos articulares e claudicação. Nega outras comorbidades e não fez uso de corticoterapia. Ao exame radiográfico, apresentou perda da esfericidade da epífise femoral e sinal do crescente presente

Foi então firmado o diagnóstico de osteonecrose da epífise femoral.

Segundo a classificação de Ficat e Arlet, essa lesão se encontra no estágio

- (A) 1.
- (B) 2.
- (C) 3.
- (D) 4.
- (E) 5.

65

Paciente do sexo masculino, 23 anos de idade, sofreu queda de bicicleta no Sertão do Seridó, Rio Grande do Norte. Apresentou, em consequência, dor e incapacidade funcional do cotovelo direito sendo atendido no pronto socorro local. Após exames físico e radiológico, foi diagnosticado como tendo sofrido uma fratura do tipo 2U 1 B1d.

O tratamento mais correto é

- (A) banda de tensão com dois fios de Kirschner e cerclagem.
- (B) estabilidade absoluta com placa bloqueada para o terço médio da ulna.
- (C) estabilidade absoluta com placa pré-moldada bloqueada para a extremidade distal da ulna.
- (D) estabilidade relativa com placa pré-moldada bloqueada para a extremidade proximal da ulna.
- (E) estabilidade absoluta com placa pré-moldada bloqueada para a extremidade proximal da ulna.

66

Um dos exames por imagens utilizados na ortopedia é a ressonância magnética, cujas imagens podem ser modificadas alterando-se os parâmetros da sequência de pulsos, sendo as sequências mais comuns as ponderadas em T1 e T2.

Acerca do tema, é correto afirmar que

- (A) a sequência ponderada em T2 utiliza um tempo de repetição e um tempo de eco curtos.
- (B) a sequência ponderada em T1 utiliza um tempo de repetição e um tempo de eco longos.
- (C) em T1 observamos o tecido óseo como uma imagem escura e em T2 observamos como uma imagem escura.
- (D) em T1 observamos edema de medula óssea como uma imagem brilhante e em T2 como uma imagem escura.
- (E) em T1 observamos fibrocartilagem como uma imagem escura e em T2 observamos como uma imagem brilhante.

67

Paciente do sexo feminino, 24 anos de idade, foi atropelada por uma bicicleta, sofrendo uma fratura do planalto tibial lateral com cisalhamento e afundamento a direita.

Segundo a classificação de Schatzker, trata-se de uma fratura do tipo

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

68

Diversos termos são usados para descrever os diferentes tipos de curvatura escoliótica.

Assinale a opção que apresenta o termo que define corretamente a curva explicitada.

- (A) curva torácica: Curvatura da coluna em que o ápice está entre T5 e T7.
- (B) curvatura lombar: Curvatura da coluna em que o ápice está entre L2 e L3.
- (C) curvatura dupla: Escoliose na qual duas curvaturas laterais estão presentes em segmentos diferentes da coluna.
- (D) curvatura dupla significativa: Escoliose na qual duas curvas estruturais, geralmente com tamanhos e rotações diferentes, estão presentes.
- (E) curva torácica dupla: Escoliose com uma curva torácica superior estrutural; uma curva torácica inferior maior e mais deformante; e uma curva lombar relativamente não estrutural.

69

Para a avaliação da qualidade da redução das fraturas desviadas do colo do fêmur, Garden descreveu um índice que se baseia na avaliação do ângulo formado pelo eixo central do sistema trabecular medial da cabeça do fêmur e o eixo da cortical medial do fêmur nas radiografias pós-operatórias em AP e lateral.

Normalmente, esses ângulos devem ser de

- (A) 135 graus na incidência em AP.
- (B) 125 graus na incidência em AP.
- (C) 160 graus na incidência em AP.
- (D) 135 graus na incidência lateral.
- (E) 150 graus na incidência lateral.

70

Paciente do sexo feminino, 19 anos, sofreu entorse do tornozelo direito em consequência de queda de *skate*.

Ela foi atendida em unidade de urgência e o diagnóstico foi de uma lesão do tipo 44C2.1u, segundo a classificação AO/OTA.

O tratamento mais adequado, entre os listados a seguir, é:

- (A) osteossíntese da fíbula com uma placa 1/3 de cana pequenos fragmentos (3,5 mm), sutura do ligamento deltoide e estabilização da sindesmose anterior com um parafuso transsindesmoidal.
- (B) osteossíntese da fíbula com uma placa 1/3 de cana pequenos fragmentos (3,5 mm), sutura do ligamento deltoide e osteossíntese do canto posterior da tíbia com dois parafusos canulados de 4,0 mm.
- (C) osteossíntese da fíbula com uma placa DCP pequenos fragmentos (3,5 mm), osteossíntese do maléolo medial com dois parafusos canulados de 4,0 mm. e estabilização da sindesmose anterior com um parafuso transsindesmoidal.
- (D) osteossíntese da fíbula com uma placa 1/3 de cana pequenos fragmentos (3,5 mm), osteossíntese do maléolo medial com dois fios de Kirschner e cerclagem, e estabilização da sindesmose anterior com um parafuso transsindesmoidal.
- (E) osteossíntese da fíbula com uma placa 1/3 de cana pequenos fragmentos (3,5 mm), osteossíntese do maléolo medial com dois parafusos canulados de 4,0 mm e osteossíntese do canto posterior da tíbia com dois parafusos canulados de 4,0 mm.

71

Paciente do sexo feminino, 72 anos de idade, submetida a artroplastia total do joelho direito há 12 anos, sofreu queda da própria altura sofrendo em consequência uma fratura do fêmur direito. O exame radiográfico demonstrou que o traço de fratura se inicia no nível da porção proximal do componente femoral e estende-se proximalmente.

De acordo com a classificação de Su e colaboradores, estamos frente a uma fratura do tipo

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

72

Para definir o tratamento das fraturas da extremidade distal do rádio, é importante o conhecimento da estabilidade da fratura. La Fontaine e colaboradores identificaram cinco fatores de instabilidade dessas fraturas.

Entre esses fatores, é correto citar

- (A) a cominuição metafisária volar do rádio.
- (B) o encurtamento menor ou igual a 2 mm do rádio.
- (C) a angulação volar inicial maior que 20 graus do fragmento distal.
- (D) a angulação dorsal inicial maior que 20 graus do fragmento distal.
- (E) a angulação dorsal inicial maior que 10 graus do fragmento distal.

73

A avaliação por tomografia computadorizada é extremamente útil na avaliação das fraturas do calcâneo. Entretanto, várias cidades do Brasil não possuem tomógrafos e, nessas circunstâncias, uma boa avaliação radiográfica é fundamental.

Em relação à avaliação radiográfica, assinale a afirmativa correta.

- (A) Na incidência oblíqua externa, a radiografia do pé é utilizada para avaliar o ângulo de Boehler e a rotação da faceta posterior.
- (B) O ângulo de Boehler normalmente varia de 20 a 40 graus, e um ângulo maior do que 40 graus é um forte indicador de uma fratura do calcâneo com colapso da faceta posterior.
- (C) A radiografia do pé nas incidências anteroposterior e oblíquas do pé são realizadas para avaliar o processo anterior e o envolvimento da articulação talocalcânea.
- (D) O ângulo de Gissane normalmente varia entre 105 e 145 graus. Um ângulo menor que 105 graus é indicativo de uma fratura do calcâneo com envolvimento da superfície articular posterior do tálus.
- (E) Na incidência de Broden, a radiografia obtida por rotação interna da perna em 40 graus com o tornozelo em neutro, e com o feixe do raio em uma angulação cefálica de 10 a 15 graus é útil para avaliar a congruência da faceta posterior.

74

Paciente é submetida a uma descompressão e fusão cervical anterior. Antes de fechar o acesso, o cirurgião introduziu, advertidamente ou não, um medicamento à base de corticoide anterior à placa utilizada para a fusão.

O efeito que pode ocorrer devido à introdução desse medicamento no pós-operatório é

- (A) o aumento do risco de infecção.
- (B) a redução da dor no pós-operatório.
- (C) o aumento do risco de pseudartrose.
- (D) a redução da disfagia no pós-operatória.
- (E) o aumento do risco de retardo de consolidação.

75

Paciente politraumatizado, com fraturas de fêmur e tíbia a direita, lesão de víscera maciça e fraturas de múltiplos arcos costais. A equipe ortopédica decidiu por realizar o controle de dano em vez de fixação definitiva das fraturas.

Dos fatores listados a seguir, assinale o que deu respaldo a essa decisão médica.

- (A) Lactato maior que 1,0.
- (B) Tendência de piora do lactato e do déficit de base.
- (C) Pressão arterial sistólica menor ou igual a 110 mm Hg.
- (D) Hipotermia definida como temperatura inferior a 36,5 graus Celsius.
- (E) Valores tromboelastográficos anormais associados a hipercoagulabilidade.

76

Paciente portadora de *hallux valgus* deverá ser submetida a tratamento cirúrgico.

Na avaliação pré-operatória, foi realizada a medição dos ângulos intermetatarsal e metatarsofalângico do hálux.

Os valores considerados normais para esses ângulos são:

- (A) ângulo intermetatarsal menor que 7 graus e ângulo metatarsofalângico do hálux menor que 17 graus.
- (B) ângulo intermetatarsal menor que 9 graus e ângulo metatarsofalângico do hálux menor que 15 graus.
- (C) ângulo intermetatarsal menor que 9 graus e ângulo metatarsofalângico do hálux menor que 17 graus.
- (D) ângulo intermetatarsal menor que 15 graus e ângulo metatarsofalângico do hálux menor que 9 graus.
- (E) ângulo intermetatarsal menor que 13 graus e ângulo metatarsofalângico do hálux menor que 15 graus.

77

Paciente do sexo masculino, 13 anos de idade, relata dores na região posterior do calcâneo ao colocar chuteira para jogar futebol. Após exame clínico e radiológico, o diagnóstico firmado foi de osteocondrose da apófise do calcâneo.

Essa afecção é conhecida como

- (A) doença de Sever.
- (B) doença de Panner.
- (C) doença de Freiberg.
- (D) doença de Kienboch.
- (E) doença de Theemann.

78

Paciente do sexo masculino, 75 anos de idade, relata dores de longa data no íliaco esquerdo que vêm aumentando nos últimos meses. Ele informa, também, que o local apresenta uma lesão óssea. O paciente foi minuciosamente avaliado, inclusive com biópsia da lesão. O exame histopatológico da lesão identificou um osteossarcoma secundário.

Das afecções listadas a seguir, a que mais comumente está relacionada a osteossarcoma secundário é

- (A) o infarto ósseo.
- (B) o osteocondroma.
- (C) a doença de Paget.
- (D) o osteoma osteoide.
- (E) a osteomielite crônica.

79

Neonato do sexo feminino nasceu de parto pélvico e mãe primípara. Ao examinar os quadris da criança, o neonatologista observou sinal de Ortolani positivo à esquerda. A criança foi encaminhada ao ortopedista que decidiu utilizar o suspensório de Pavlik para tratamento.

Em relação a esse tratamento, é correto afirmar que

- (A) a flexão do quadril deve ser regulada para 120 a 130 graus de flexão e essas tiras devem ficar na linha axilar anterior.
- (B) o suporte de Pavlik apresenta bom resultado quando utilizado em crianças com excessiva frouxidão ligamentar, como observado na síndrome de Ehler-Danos.
- (C) em casos de flexão excessiva prolongada associada a abdução forçada do suspensório, podem ocorrer luxação anterior e lesão da placa fisária do fêmur proximal.
- (D) ao manter o quadril positivo para um sinal de Ortolani em suporte de Pavlik em regime de *full-time* durante quatro meses, a instabilidade do quadril desaparece em 85% dos casos.
- (E) quando aplicado corretamente, o suspensório de Pavlik impede a extensão e a adução que podem causar nova luxação, mas permite maior amplitude de flexão e abdução, promovendo redução e estabilidade.

80

Paciente, após queda da própria altura, apresentou fratura da extremidade distal do rádio esquerdo com desvio volar e traço articular. A opção da equipe médica foi fixar essa fratura pelo acesso de Henry.

Em relação a esse acesso, é correto afirmar que

- (A) o ramo sensitivo do nervo radial deve ser identificado abaixo do músculo flexor radial do carpo e protegido.
- (B) cuidadosamente, deve-se mobilizar e retrair lateralmente o tendão do músculo flexor radial do carpo e a artéria e veia radial.
- (C) acessando a borda anteromedial do rádio, deve-se elevar subperiosticamente o músculo flexor longo do polegar e o pronador quadrado, e rebatê-los lateralmente.
- (D) com o antebraço em supinação, uma incisão de cerca de 15 cm deve ser realizada sobre o intervalo existente entre os músculos braquiorradial e flexor radial do carpo.
- (E) com o antebraço pronado, a incisão de cerca de 15 cm deve ser realizada na projeção da borda lateral do músculo extensor comum dos dedos, que deve ser cuidadosamente rebatido lateralmente.

Realização

