

RESIDÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR 2015

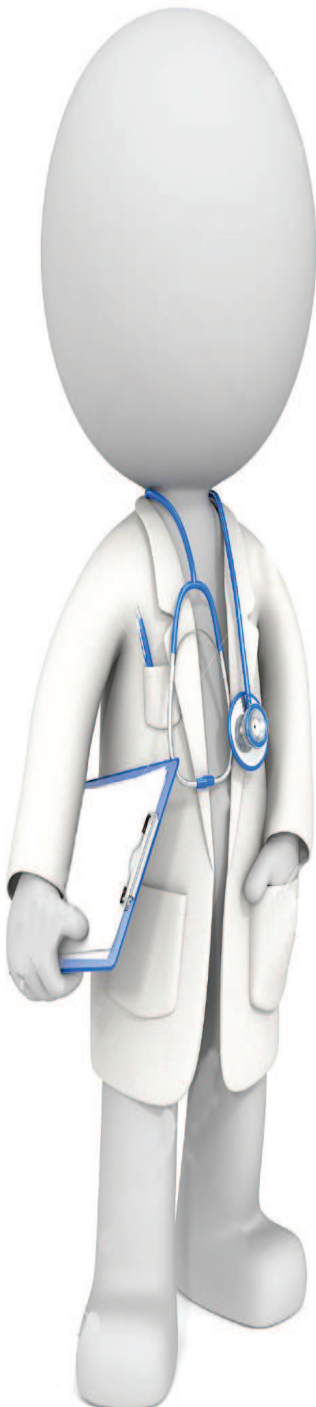
PRÉ-REQUISITO EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA OU CIRURGIA PLÁSTICA

08/03/2015

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: Ortopedia e Cirurgia plástica.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta **PRETA**, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas duas horas de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos trinta minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.



— QUESTÃO 01 —

Nas fraturas diafisárias do fêmur tratadas com haste intramedular, que bloqueio(s) deve(m) ser usado(s) para diminuir o risco de retardo de consolidação e encurtamento ósseo?

- (A) Bloqueio estático e bloqueio dinâmico.
- (B) Bloqueio dinâmico.
- (C) Bloqueio estático.
- (D) Haste não bloqueada.

— QUESTÃO 02 —

A consolidação primária é aquela que acontece sem a formação de um calo ósseo. Em que região(ões) do osso isso acontece com maior frequência?

- (A) Epífise e diáfise.
- (B) Metáfise e diáfise.
- (C) Apenas na metáfise.
- (D) Epífise e metáfise.

— QUESTÃO 03 —

Na artroplastia total do quadril, a perda óssea na região proximal do fêmur é chamada de *stress shielding*. Quais os tipos de implante que produzem mais *stress shielding*?

- (A) Hastes de maior diâmetro e fixação distal.
- (B) Hastes de maior diâmetro e fixação proximal.
- (C) Hastes de menor diâmetro e fixação distal.
- (D) Hastes de menor diâmetro e fixação proximal.

— QUESTÃO 04 —

No tratamento cirúrgico das fraturas metafisárias da tíbia, quais são os implantes mais adequados a serem utilizados?

- (A) Fixadores externos.
- (B) Hastes intramedulares.
- (C) Placas.
- (D) Fios lisos.

— QUESTÃO 05 —

No tratamento das fraturas do terço proximal da tíbia com haste intramedular bloqueada, quais são os tipos de deformidades que podem ocorrer mais comumente?

- (A) Valgo e recurvato.
- (B) Valgo e antecurvato.
- (C) Valgo e desvio rotacional.
- (D) Valgo e encurtamento.

— QUESTÃO 06 —

Na fratura diafisária do fêmur tratada com duas placas ortogonais, a retirada das placas, quando necessária, deve ser realizada:

- (A) em um só tempo.
- (B) em dois tempos, com intervalo mínimo de três meses.
- (C) em dois tempos, com intervalo mínimo de seis meses.
- (D) em dois tempos, com intervalo mínimo de 12 meses.

— QUESTÃO 07 —

Os pacientes HIV-positivos, submetidos a cirurgia ortopédica com uso de implantes, apresentam risco de infecção pós-operatória

- (A) maior que os pacientes soronegativos.
- (B) maior que os pacientes soronegativos, se a doença estiver em atividade.
- (C) menor que os pacientes soronegativos.
- (D) igual ao dos pacientes soronegativos, se a doença estiver em atividade.

— QUESTÃO 08 —

A osteogênese imperfeita representa um grupo de patologias resultantes de mutações nos genes responsáveis pela formação de qual tipo de colágeno?

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

— QUESTÃO 09 —

Em que fase da osteoporose transitória femoral proximal observa-se nas imagens de ressonância magnética desmineralização da cabeça e do colo do fêmur?

- (A) Fase difusa.
- (B) Fase focal.
- (C) Fase residual.
- (D) Fase de reabilitação.

— QUESTÃO 10 —

A classificação de Singh para osteoporose é um método qualitativo de avaliação visual da massa óssea, realizado através de radiografias do quadril. Quais graus são considerados patológicos nesta classificação?

- (A) I, II e III.
- (B) IV e V.
- (C) IV, V e VI.
- (A) V e VI.

— QUESTÃO 11 —

Qual é a localização mais frequente das lesões labrais no quadril do atleta?

- (A) Posterior.
- (B) Anterior.
- (C) Lateral.
- (D) Medial.

— QUESTÃO 12 —

O índice de Torg é definido como a relação entre o diâmetro anteroposterior do canal neural cervical e o diâmetro anteroposterior do corpo vertebral. A ocorrência de tetraparesia cervical traumática em atletas é mais frequente quando esse índice for inferior a:

- (A) 0.5
- (B) 0.8
- (C) 1.0
- (D) 1.5

— QUESTÃO 13 —

O rabdomiossarcoma é um tumor maligno de partes moles, sendo mais frequente em crianças. Qual é o tipo histológico que acomete crianças e atinge principalmente as extremidades?

- (A) Embrionário.
- (B) Botrioide.
- (C) Pleomórfico.
- (D) Alveolar.

— QUESTÃO 14 —

As metástases ósseas de origem desconhecida estão associadas a tumores com sítio primário localizados:

- (A) na mama e na próstata.
- (B) no pulmão e no rim.
- (C) no pulmão e na mama.
- (D) na próstata e no rim.

— QUESTÃO 15 —

Qual é a taxa de malignização e em que tipo de tumor maligno se transforma o osteocondroma isolado?

- (A) 10% e osteossarcoma.
- (B) 10% e condrossarcoma.
- (C) 0.1% e condrossarcoma.
- (D) 0.1% e osteossarcoma.

— QUESTÃO 16 —

A síndrome compartimental ocorre com maior frequência na perna e está associada a fraturas. Qual é o compartimento mais acometido por essa síndrome na perna?

- (A) Anterior.
- (B) Lateral.
- (C) Posterior superficial.
- (D) Posterior profundo.

— QUESTÃO 17 —

Como regra geral, nos casos de politrauma com traumatismo cranioencefálico grave, a osteossíntese dos ossos longos e da pelve está indicada se a pressão intracraniana estiver:

- (A) instável e acima de 20 mmHg.
- (B) estável e acima de 20 mmHg.
- (C) instável e abaixo de 20 mmHg.
- (D) estável e abaixo de 20 mmHg.

— QUESTÃO 18 —

As fraturas do processo odontoide foram classificadas por Anderson e D'Alonzo e apresentam riscos de pseudoartrose relacionados ao grau de desvio e angulação. Qual das fraturas de odontoide tem um melhor prognóstico segundo a referida classificação?

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

— QUESTÃO 19 —

Qual é a articulação menos acometida pela tuberculose articular?

- (A) Coxofemoral.
- (B) Joelho.
- (C) Sacroilíaca.
- (D) Mão.

— QUESTÃO 20 —

Os meniscos são vascularizados por ramos das artérias geniculares lateral, medial e média. Qual porcentagem da estrutura meniscal é vascularizada ao nascimento e quanto desta vascularização persiste após a adolescência?

- (A) 100% e 25%.
- (B) 100% e 5%.
- (C) 80% e 10%.
- (D) 50% e 25%.

— QUESTÃO 21 —

Na luxação anterior do joelho, a lesão da artéria poplítea ocorre quando há hiperextensão maior que

- (A) 20 graus.
- (B) 30 graus.
- (C) 50 graus.
- (D) 70 graus.

— QUESTÃO 22 —

As lesões longitudinais periféricas do menisco medial são consideradas estáveis na avaliação artroscópica quando apresentam comprimento e deslocamento ao probe, respectivamente,

- (A) maior que 10 mm e menor que 3 mm.
- (B) menor que 10 mm e menor que 3 mm.
- (C) maior que 10 mm e maior que 3 mm.
- (D) menor que 10 mm e maior que 3 mm.

— QUESTÃO 23 —

A fase do médio apoio corresponde ao instante no qual o quadril se alinha verticalmente com o médio pé na projeção sagital. Nessa etapa, o músculo solear faz uma

- (A) contração excêntrica, acelerando a dorsiflexão do tornozelo.
- (B) contração excêntrica, acelerando a flexão plantar do tornozelo.
- (C) contração concêntrica, acelerando a dorsiflexão do tornozelo.
- (D) contração concêntrica, acelerando a flexão plantar do tornozelo.

— QUESTÃO 24 —

O sinal de Hawkins é um sinal radiográfico de viabilidade talar. A radiografia AP de frente do tornozelo com atrofia do osso subcondral exclui a necrose avascular. O sinal de Hawkins, quando presente, aparece a partir de

- (A) 3 a 4 semanas.
- (B) 4 a 5 semanas.
- (C) 6 a 8 semanas.
- (D) 10 a 12 semanas.

— QUESTÃO 25 —

A polidactilia é uma condição congênita em que ocorre a duplicação de um ou mais dedos do pé. Qual é a porcentagem de casos em que o comprometimento é bilateral e qual é a incidência familiar?

- (A) 80% e 50%.
- (B) 80% e 30%.
- (C) 50% e 50%.
- (D) 50% e 30%.

— QUESTÃO 26 —

A classificação radiológica da rizartrose do polegar foi feita por Eaton. Assim, nessa doença,

- (A) a superfície da articulação trapézio-metacarpeana apresenta-se com alterações radiográficas, no estágio I.
- (B) a articulação escafo-trapezoidal está preservada, no estágio III.
- (C) as alterações radiográficas apresentam-se compatíveis com a intensidade da queixa do paciente.
- (D) as tenoartroplastias com flexor radial do carpo ou abductor longo do polegar são boas indicações para pacientes jovens.

— QUESTÃO 27 —

A nutrição dos tendões ocorre por

- (A) uma única fonte relacionada ao líquido sinovial.
- (B) duas fontes, uma pelo sistema de polias e outra pelo sistema de vínculas.
- (C) duas fontes, uma pelo líquido sinovial e outra pelo sistema de vínculas.
- (D) duas fontes, uma pelo líquido sinovial e outra pelas polias.

— QUESTÃO 28 —

A necrose asséptica do semilunar, ou seja, doença de Kienbock,

- (A) ocorre com maior frequência em mulheres após os quarenta anos, envolvidas em trabalhos manuais.
- (B) apresenta no estágio I de Lichtman alterações radiográficas.
- (C) tem como opção de tratamento a carpectomia, quando apresenta instabilidade do semilunar, no estágio III A.
- (D) tem como indicação de tratamento da doença, no estágio III B e ulna plus, a artrodese triescafo ou escapocapitato.

— QUESTÃO 29 —

Com referência ao dedo em martelo, pode-se afirmar:

- (A) nas lesões agudas puramente tendinosas, o tratamento é conservador, com utilização de órteses corretivas.
- (B) nas lesões agudas associadas à avulsão do fragmento dorsal da falange distal, o tratamento é cirúrgico.
- (C) nas lesões crônicas, a tenodermodese com fixação da interfalangiana distal com pino em extensão é o melhor tratamento.
- (D) nas lesões agudas com avulsão de fragmento articular com 40% da superfície, o tratamento é conservador.

— QUESTÃO 30 —

A fratura avulsão da borda dorsal da falange média do dedo deve ser adequadamente tratada para evitar a seguinte deformidade:

- (A) dedo em botoeira.
- (B) dedo em pescoço de cisne.
- (C) dedo em martelo.
- (D) dedo em garra.

— QUESTÃO 31 —

As lesões do nervo ulnar causam alterações sensitivas e motoras na mão, com sinais e sintomas característicos. Nessas lesões,

- (A) a atrofia dos músculos intrínsecos é pouco frequente.
- (B) a perda da sensibilidade está restrita à face volar do quarto e do quinto dedos.
- (C) a garra do quarto e do quinto dedos não é acentuada quando a lesão ocorre acima do cotovelo.
- (D) a pinça digital entre o polegar e o segundo dedo não se altera.

— QUESTÃO 32 —

Em casos de lesões do nervo radial,

- (A) a extensão do punho com desvio radial é indicativo de lesão abaixo da arcada do músculo supinador.
- (B) a sensibilidade ficará alterada na face anterolateral do antebraço, pela lesão do ramo sensitivo.
- (C) a deficiência na extensão dos dedos decorre da paralisia do extensor brevis.
- (D) o abductor longo, por ser inervado pelo mediano, não é comprometido.

— QUESTÃO 33 —

Em relação à anatomia dos nervos periféricos no membro superior, conclui-se o seguinte:

- (A) o nervo ulnar na mão se divide na porção sensitiva dorsal e motora, ao nível do canal de Guyon.
- (B) a expansão aponeurótica do bíceps braquial, conhecida como *lacertus fibrosus*, pode ser causadora de compressão do nervo radial ao nível do cotovelo.
- (C) a arcada do músculo supinador forma um arco fibroso que pode comprimir o nervo interósseo anterior.
- (D) a anastomose entre ramos motores do nervo mediano e ulnar na mão é conhecida por Cannieu-Riché.

— QUESTÃO 34 —

Tendo em vista a anatomia dos tendões, na mão,

- (A) o tubérculo de Lister separa o terceiro compartimento (extensor longo do polegar) do quarto compartimento extensor (extensor comum dos dedos).
- (B) o flexor radial do carpo, que é inervado pelo mediano, insere-se no trapezoide.
- (C) o flexor profundo dos dedos tem seu trajeto superficial ao flexor superficial e aprofunda-se após passar pelo quiasma de Camper.
- (D) o extensor curto do polegar, que passa no primeiro compartimento extensor, insere-se na base do primeiro metacarpiano.

— QUESTÃO 35 —

Quanto à biomecânica da articulação do punho, deve-se considerar o seguinte:

- (A) o punho em desvio ulnar faz o escafoide verticalizar, o que favorece fraturas do mesmo, pelo impacto com o rádio.
- (B) a flexão do punho ocorre mais mediocárpica, pela anatomia da articulação radiocárpica.
- (C) a articulação mediocárpica contribui mais para a flexão do punho, pois o escafoide não bloqueia a flexão.
- (D) a fileira proximal realiza movimento de pronação e flexão, no desvio radial do carpo.

— QUESTÃO 36 —

Os enxertos de pele são recursos valiosos no tratamento de perda cutânea da mão. Nesse tratamento,

- (A) o enxerto de pele total “pega” melhor que o de pele parcial.
- (B) os enxertos de pele total ficam mais maleáveis e retraem menos que o de pele parcial.
- (C) o enxerto de pele parcial, por ser mais fino, tem menos retração após a cicatrização.
- (D) a cicatrização da área doadora de enxerto de pele total faz-se por segunda intenção.

— QUESTÃO 37 —

Considerando os princípios para a confecção de retalhos miocutâneos,

- (A) a irrigação do músculo é distinta do território cutâneo adjacente a ser rodado.
- (B) a pele adjacente ao músculo superficial pode ser incluída, pois é suprida pelos vasos perfurantes miocutâneos.
- (C) o ponto de rotação de um retalho é determinado pelo comprimento de seu tendão.
- (D) o arco de rotação de um retalho é determinado pela espessura do músculo.

— QUESTÃO 38 —

As queimaduras podem ser causadas por diferentes agentes e ter graus variados de profundidade. Nesse sentido, pode-se afirmar que

- (A) a queimadura de primeiro grau tem solução de continuidade na pele.
- (B) a presença de bolhas (vesículas) resultará em necrose de pele.
- (C) as queimaduras de segundo grau profundo causam necrose parcial da pele, o que confunde com as de terceiro grau.
- (D) as queimaduras de terceiro grau são aquelas que têm comprometimento restrito da pele e do subcutâneo.

— QUESTÃO 39 —

A síndrome compartimental não tratada pode evoluir para contratatura isquêmica nos membros. Nessa condição,

- (A) o aumento da permeabilidade capilar causado pela isquemia resulta em edema e consequente aumento da pressão intracompartimental.
- (B) a isquemia causa vasoconstrição, que é responsável pela necrose tecidual muscular, dentro do compartimento.
- (C) a pressão intracompartimental necessária para impedir perfusão tecidual deve ser acima da pressão sistólica.
- (D) a indicação da fasciotomia está condicionada à perda do pulso arterial do membro acometido.

— QUESTÃO 40 —

Entre as deformidades congênicas mais frequentes está a polidactilia. As que envolvem o polegar foram classificadas por Wassel e têm a seguinte característica:

- (A) no tipo I, ocorre a duplicação da falange distal, que é a mais frequente.
- (B) no tipo IV, ocorre a duplicação completa das falanges proximal e distal, sendo constatada em menos de 10% dos casos.
- (C) no tipo V, o polegar mais ulnar geralmente é o removido na cirurgia.
- (D) no tipo VII, associado à duplicação, ocorre o polegar trifalângico.

— QUESTÃO 41 —

A sindactilia na mão pode causar deformidade estética e funcional. Qual é a recomendação quanto ao planejamento das cirurgias?

- (A) Operar mais precocemente, por volta de seis meses.
- (B) Priorizar, nas síndromes de Apert, as deformidades craniofaciais, pois a função da mão será rudimentar.
- (C) Operar os pacientes com sinostoses somente com dois anos ou mais, pois elas não são visíveis nas radiografias iniciais.
- (D) Fazer a separação, na sindactilia múltipla, em duas etapas para evitar o comprometimento vascular dos raios centrais.

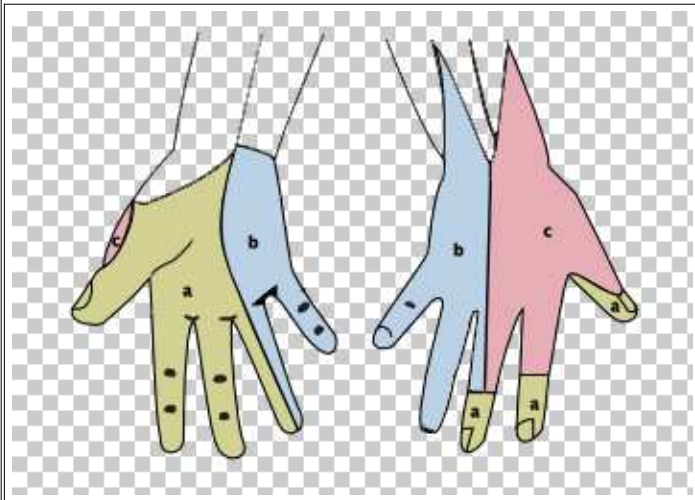
— QUESTÃO 42 —

Em qual situação clínica a excisão da cabeça do rádio é contraindicada nos casos de fraturas irreduzíveis?

- (A) Fraturas com menos de 24 horas.
- (B) Lesão da membrana interóssea.
- (C) Pacientes com menos de 40 anos.
- (D) Lesão condral do capítulo.

— QUESTÃO 43 —

A figura a seguir apresenta a área de inervação sensitiva da mão.



As áreas de inervação indicadas por a, b, c correspondem, respectivamente, aos nervos:

- (A) mediano, ulnar, radial.
- (B) mediano, radial, ulnar.
- (C) radial, ulnar, mediano.
- (D) ulnar, mediano, radial.

— QUESTÃO 44 —

Sobre os músculos intrínsecos da mão, pode-se afirmar o seguinte:

- (A) os músculos interósseos dorsais afastam os dedos, flexionam as articulações MCF e estendem as articulações interfalangeanas proximais e distais.
- (B) os músculos intrínsecos originam-se no antebraço e inserem-se nos metacarpos.
- (C) o interósseo palmar aproxima os dedos para a linha média e flexiona as articulações metacarpofalangeanas (MCF) dos primeiro, segundo e terceiro dedos.
- (D) o músculo intrínseco dos terceiro, quarto e quinto dedos consiste nos interósseos palmar e dorsal e nos músculos lumbricais.

Leia o caso a seguir para responder às questões 45 e 46.

Um médico é chamado para avaliar um metalúrgico de 22 anos que cortou a palma da mão direita com uma lâmina, há 40 minutos. Ao exame, nota-se uma laceração de 1,5 cm na base do terceiro dedo. A flexão da articulação metacarpofalangeana está intacta, mas o paciente não consegue fletir nenhuma articulação interfalangeana neste dedo.

— QUESTÃO 45 —

Qual é o diagnóstico, neste caso?

- (A) Laceração do tendão flexor superficial.
- (B) Laceração do tendão flexor profundo.
- (C) Laceração dos músculos intrínsecos do terceiro dedo.
- (D) Laceração conjunta dos flexores profundo e superficial.

— QUESTÃO 46 —

O plano de tratamento para esse paciente inclui:

- (A) limpeza cuidadosa e irrigação da ferida, colocação de curativo apropriado e suturas simples, imobilização da mão até o reparo cirúrgico primário definitivo, dentro de 48 horas.
- (B) bloqueio anestésico do punho, extensão da ferida ao longo das linhas de incisão apropriadas e exploração para confirmação diagnóstica.
- (C) reparo imediato (antes de seis horas) dos tendões para evitar as dificuldades relacionadas à anastomose tendínea tardia.
- (D) limpeza da ferida, sutura primária da pele, imobilização da mão, acompanhamento ambulatorial porque essa lesão requer reconstrução com enxerto livre de tendão seis semanas após o acidente.

— QUESTÃO 47 —

O teste que avalia a vascularização da mão através do tempo de reenchimento dos vasos após compressão seletiva das artérias radial e ulnar é denominado teste de

- (A) Filkenstein.
- (B) Allen.
- (C) Phalen.
- (D) Froment.

— QUESTÃO 48 —

Quais são os tendões que ocupam o primeiro túnel dos extensores?

- (A) Tendões próprio do indicador e comum do indicador.
- (B) Tendões longo abductor e longo extensor do polegar.
- (C) Tendões primeiro e segundo extensores do punho.
- (D) Tendões curto extensor e longo abductor do polegar.

— QUESTÃO 49 —

O tratamento da tenossinovite estenosante dos dedos longos é realizado cirurgicamente liberando-se a polia:

- (A) A1
- (B) A2
- (C) A3
- (D) A4

— QUESTÃO 50 —

A musculatura intrínseca da mão, composta pelos interósseos e lumbricais, promove a

- (A) abdução do dedo mínimo.
- (B) extensão das articulações metacarpofalangeanas.
- (C) abdução do polegar.
- (D) flexão das articulações metacarpofalangeanas e a extensão das interfalangeanas.