

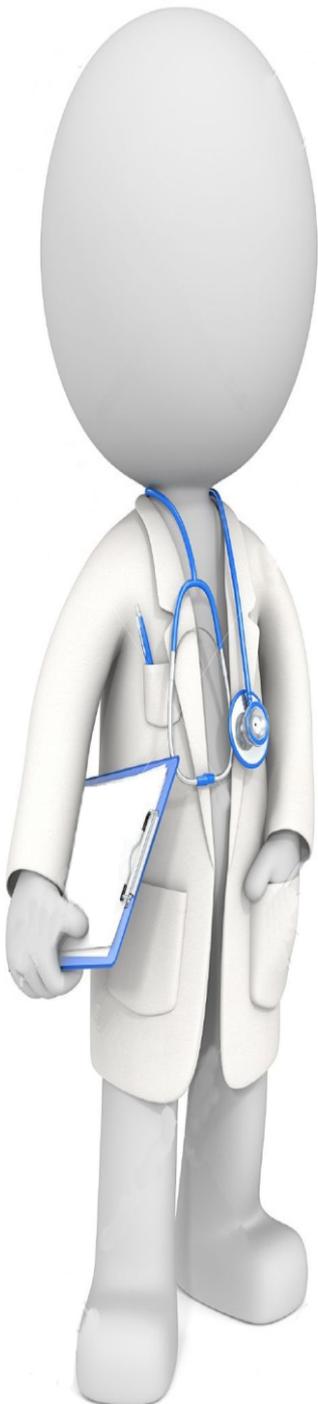
CIRURGIA DA MÃO

12/11/2017

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas de Cirurgia Plástica e Ortopedia.
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 ou AZUL, 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 estará autorizado a retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorrido três 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 —

É uma das características do enxerto de pele total:

- (A) maior espessura com maior tendência à retração.
- (B) não fechamento por primeira intenção da zona doadora.
- (C) maior maleabilidade que o enxerto parcial, após a cicatrização.
- (D) pele pigmentada após a cicatrização.

— QUESTÃO 02 —

Para cobertura de estruturas nobres expostas na mão,

- (A) o retalho da artéria interóssea posterior tem seu ponto de rotação no carpo.
- (B) o retorno venoso é feito por anastomoses, entre as veias comitantes e as superficiais, na drenagem do retalho antebraquial (chinês).
- (C) o retalho antebraquial baseado na artéria radial não deve ser indicado com o teste de Allen alterado.
- (D) o retalho inguinal pediculado tem sua vascularização baseada na artéria circunflexa ilíaca profunda.

— QUESTÃO 03 —

A mão, dada sua grande exposição, é passível de infecções por diversos fatores. Nesse contexto,

- (A) as osteomielites hematogênicas ocorrem em crianças e são comuns.
- (B) o germe mais encontrado em lesões extensas e contaminadas é o *Staphylococcus aureus*.
- (C) as infecções provocadas por mordedura de animal devem ser fechadas após correta irrigação.
- (D) as causas mais frequentes são traumas penetrantes e feridas abertas.

— QUESTÃO 04 —

O retalho fasciocutâneo anterolateral da coxa é utilizado para fazer cobertura em perdas cutâneas graves. Os vasos perfurantes são provenientes do

- (A) ramo da femoral profunda.
- (B) ramo da circunflexa ilíaca superficial.
- (C) ramo da circunflexa femoral descendente.
- (D) ramo superficial da artéria obturatória.

— QUESTÃO 05 —

Os retalhos são confeccionados tendo em vista o suprimento vascular ou a estrutura do tecido. Nesse sentido, é necessário observar que:

- (A) o comprimento e a largura devem ser semelhantes, na elevação de retalhos com padrão de vascularização axial.
- (B) o retalho inguinal tem padrão de vascularização axial.
- (C) os retalhos musculares devem ser transferidos com pele para evitar sofrimento.
- (D) os vasos, nos retalhos fasciocutâneos, passam primeiro no músculo antes de emergir à fáscia.

— QUESTÃO 06 —

Na abordagem das feridas graves contaminadas,

- (A) o debridamento com uso de torniquete permite identificar de maneira adequada o tecido viável e o comprometido.
- (B) o debridamento deve ser parcimonioso para evitar a remoção de estruturas viáveis.
- (C) a excisão dos tecidos suspeitos deve ser realizada antes do reparo vascular, na presença de lesão arterial.
- (D) a cobertura cutânea deve ser feita nas primeiras vinte e quatro horas.

— QUESTÃO 07 —

Os músculos e tendões flexores dos dedos apresentam aspectos anatômicos distintos. Assim,

- (A) os músculos flexores profundos dos dedos têm origem no epicôndilo medial.
- (B) os tendões dos flexores superficiais dos dedos, no punho, estão dispostos em duas camadas: superficial e profunda.
- (C) os músculos flexores superficiais dos dedos têm inervação do mediano e do ulnar.
- (D) os músculos flexores superficiais dos dedos têm origem na membrana interóssea do antebraço.

— QUESTÃO 08 —

Kleinert e Verdan classificaram as lesões de tendão em cinco zonas anatômicas. De acordo com essa classificação,

- (A) os tendões flexores superficiais dividem-se na altura da polia A1 e formam o quiasma de Camper na falange proximal.
- (B) os músculos lumbricais têm origem nos tendões flexores profundos, na zona IV.
- (C) o túnel osteofibroso é o segmento compreendido entre as zonas I, II e III.
- (D) as polias anulares têm propriedade de se retraírem na flexão dos dedos.

— QUESTÃO 09 —

Na zona II da classificação de Kleinert e Verdan, a nutrição dos tendões flexores apresenta-se com a seguinte característica:

- (A) a parte dorsal do tendão, a que fica em contato com a falange, é a mais vascularizada.
- (B) os vasos penetram no tendão através das polias flexoras.
- (C) as vínculas carregam os vasos pela parte ventral dos tendões.
- (D) a parte distal do flexor profundo é nutrida por difusão de líquido sinovial, pois é desprovido de vínculas.

— QUESTÃO 10 —

Em reparo de lesões de tendões flexores, na zona II,

- (A) a resistência do reparo aumenta com o número de passadas e não pelo diâmetro dos fios.
- (B) o melhor momento para iniciar a reabilitação, para evitar sangramentos, é após a completa cicatrização da ferida.
- (C) o flexor superficial deve ser sacrificado para melhorar o deslizamento do flexor profundo.
- (D) a contratura causada por encurtamentos de mais de um centímetro é compensada na fisioterapia pós-operatória.

— QUESTÃO 11 —

A síndrome do túnel do carpo é a neuropatia compressiva mais comum no membro superior. Nessa síndrome,

- (A) o nervo cutâneo palmar do mediano tem seu trajeto lateral ao tendão do flexor radial do carpo e inerva a eminência tenar.
- (B) o nervo motor para eminência tenar emerge distal ao ligamento transversal e é recorrente.
- (C) a epineurotomia beneficia a recuperação nos casos graves por melhorar a circulação.
- (D) a sinovectomia, nos casos primários, é recomendada para evitar recidiva.

— QUESTÃO 12 —

Os nervos periféricos podem sofrer compressão no membro superior, levando a situações clínicas conhecidas, com alterações nos exames físicos e complementares. Nessa condição,

- (A) o teste do Tinel é específico para as síndromes compressivas.
- (B) a alteração do exame eletromiográfico é encontrada na síndrome do pronador, além da parestesia no território do mediano.
- (C) a compressão do nervo radial é diagnosticada pelo teste de Cozin.
- (D) a compressão do nervo interósseo anterior leva à fraqueza dos flexores longo do polegar e do segundo dedo.

— QUESTÃO 13 —

Com referência à anatomia cirúrgica do nervo ulnar, considera-se que:

- (A) a arcada de Struthers é uma banda osteofibrosa localizada cerca de 8 cm acima do cotovelo.
- (B) o ligamento arqueado de Osborne está localizado distal ao canal cubital.
- (C) a compressão no canal de Guyon é idiopática.
- (D) o ramo motor, localizado distal ao canal de Guyon, é o mais profundo.

— QUESTÃO 14 —

A enfermidade de Dupuytren, que acomete a aponeurose palmar, levando à retração dos dedos e a diferentes graus de comprometimento,

- (A) é rara em asiáticos e negros.
- (B) acomete mulheres e homens na mesma proporção.
- (C) tem o melhor prognóstico de tratamento associado ao início mais precoce da doença.
- (D) é comumente associada à osteoartrite primária.

— QUESTÃO 15 —

Na enfermidade de Dupuytren, qual é a estrutura responsável pela medialização do feixe neurovascular?

- (A) Ligamento natatório.
- (B) Ligamento de Cleland.
- (C) Corda espiral.
- (D) Corda central.

— QUESTÃO 16 —

Os tendões extensores do punho e dos dedos, no punho, passam por compartimentos individualizados. Algumas afecções estão relacionadas a essa disposição anatômica, a saber:

- (A) ruptura do extensor longo do polegar após fratura de rádio – terceiro compartimento.
- (B) tenossinovite do extensor do quinto dedo – sexto compartimento.
- (C) síndrome da intersecção – terceiro compartimento.
- (D) tenossinovite dos extensores radiais do carpo medial ao tubérculo de Lister – segundo compartimento.

— QUESTÃO 17 —

O tendão extensor forma um capuz sobre o dorso do dedo, compondo um complexo mecanismo de extensão das articulações metacarpofalângicas e interfalângicas. Dessa forma, considerando a correlação anatomia e função,

- (A) a bandeleta central estende a articulação metacarpofalângica.
- (B) a banda sagital mantém o tendão sobre a metacarpofalângica.
- (C) o ligamento triangular une a bandeleta lateral aos ligamentos retinaculares.
- (D) o ligamento retinacular oblíquo flete a interfalângica distal.

— QUESTÃO 18 —

As lesões dos tendões extensores são divididas em nove zonas por suas características anatômicas e funcionais. Nesse sentido,

- (A) na zona II, a sutura preconizada é tipo Kessler modificado, com nylon 5.0.
- (B) na zona III, a lesão causa deformidade em pescoço de cisne.
- (C) na zona V, está associada a lesão da cápsula articular metacarpofalângica.
- (D) na zona VII, o reparo está associado a miorragias.

— QUESTÃO 19 —

Levando em conta a classificação de Fernandez/Palmer, que se baseia no mecanismo de trauma e lesões associadas às fraturas distais do rádio,

- (A) as fraturas marginais de Barton são do tipo III.
- (B) as fraturas-luxações radiocarpais são do tipo V.
- (C) a correspondência da epifisiólise Salter-Harris tipo II é do tipo I.
- (D) o tratamento é conservador nas fraturas do tipo II.

— QUESTÃO 20 —

O polegar é alvo de traumatismo por forças de compressão no eixo longitudinal, o que provoca lesões na sua base. Nas fraturas da base do polegar com desvio,

- (A) o ligamento oblíquo rompe-se, causando instabilidade, nas fraturas-luxações tipo Bennett.
- (B) a deformidade mais comum nas extra-articulares é em flexão/adução provocada pelos músculos curtos.
- (C) o tratamento conservador é indicado como primeira escolha nas fraturas tipo Bennett irreduzíveis.
- (D) as fraturas de Rolando são as marginais do metacarpo.

— QUESTÃO 21 —

As lesões de plexo braquial levam à paralisia parcial ou total do membro afetado. Acerca do diagnóstico clínico,

- (A) as lesões de C5 e C6, altas, não comprometem a função motora da mão, mas a sensibilidade no território do mediano.
- (B) o nervo supraescapular, responsável pela inervação dos músculos supraespinhal e infraespinhal, emerge da raiz de C5.
- (C) o deltoide, abductor do ombro, é inervado pelo nervo axilar, que é ramo do fascículo lateral.
- (D) o fascículo medial contribui para formar o nervo mediano com fibras provenientes de C8 e T1 para dar sensibilidade aos três dedos radiais.

— QUESTÃO 22 —

Do ponto de vista da anatomia funcional dos nervos periféricos do membro superior,

- (A) a lesão do primeiro ramo do nervo mediano no antebraço leva à deficiência de flexão do punho.
- (B) a lesão do nervo interósseo posterior caracteriza-se pela possibilidade de fazer a extensão do punho com desvio radial.
- (C) a lesão alta do nervo radial compromete a função do músculo redondo menor.
- (D) a lesão alta do nervo ulnar, acima do cotovelo, tem como característica um sinal de Duchenne bem acentuado.

— QUESTÃO 23 —

As duplicações congênitas do polegar levam à deformidade estética e funcional. Entre as características dessas duplicações, encontra-se a seguinte:

- (A) deformidade pós-axial na mão.
- (B) defeito na formação de partes.
- (C) defeito na diferenciação de partes.
- (D) ablação do dedo mais ulnar, quando completas.

— QUESTÃO 24 —

As deformidades congênitas são definidas com base nas estruturas envolvidas. Dessa forma,

- (A) clinodactilia é a angulação do dedo no plano antero-posterior distal à metacarpofalângica.
- (B) braquidactilia é o encurtamento do dedo por retração de partes moles.
- (C) acrossindactilia é a fusão das extremidades dos dedos causada pela banda amniótica.
- (D) macrodactilia é o desenvolvimento desproporcional de partes moles de um ou mais dedos.

— QUESTÃO 25 —

Os músculos intrínsecos da mão têm anatomia e funções complexas, exercendo ações nos movimentos finos. Dessa maneira,

- (A) os músculos lumbricais são em número de quatro e são inervados pelo mediano.
- (B) os músculos interósseos palmares exercem a função adutora dos dedos.
- (C) os músculos interósseos dorsais inserem-se na base das falanges proximais, do lado radial dos dedos.
- (D) os músculos interósseos, na articulação metacarpofalângica, têm mais ação flexora do que os lumbricais.

— QUESTÃO 26 —

A inervação dos músculos romboide, redondo maior e infraespinhoso é, respectivamente,

- (A) escapular dorsal, toracodorsal e supraescapular.
- (B) espinhal acessório, axilar e toracodorsal.
- (C) escapular dorsal, axilar e supraescapular.
- (D) escapular dorsal, subescapular e supraescapular.

— QUESTÃO 27 —

A inervação do músculo redondo menor é feita pelo

- (A) subescapular.
- (B) axilar.
- (C) torácico longo.
- (D) supraescapular.

— QUESTÃO 28 —

Na artrite reumatoide, um dedo com deformidade em pescoço de cisne, interfalangeana proximal rígida, porém sem degeneração, é classificado por Nalebuff como:

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

— QUESTÃO 29 —

Na lesão aguda do ligamento colateral ulnar da articulação metacarpofalangeana do polegar, a lesão de Stener é definida pela interposição da seguinte estrutura:

- (A) músculo lumbrical.
- (B) músculo primeiro interósseo dorsal.
- (C) aponeurose do adutor do polegar.
- (D) aponeurose do abdutor do polegar.

— QUESTÃO 30 —

Um paciente tem déficit de flexão da interfalangeana do polegar e interfalangeana distal do index e dedo médio. Não há déficit sensitivo. Qual é o nervo lesado?

- (A) Cutâneo medial do antebraço.
- (B) Interósseo posterior.
- (C) Interósseo anterior.
- (D) Ulnar.

— QUESTÃO 31 —

O músculo gracilis, de acordo com a classificação de Mathes e Nahai, pertence à vascularização do

- (A) Tipo II: um pedículo vascular dominante e vários pedículos menores.
- (B) Tipo III: dois pedículos dominantes e pedículos segmentais.
- (C) Tipo IV: pedículos vasculares segmentais.
- (D) Tipo V: pedículo vascular dominante e pedículos vasculares segmentais.

— QUESTÃO 32 —

A sindactilia é uma malformação congênita da mão que ocorre na incidência de 1:2000 nascidos vivos. É considerada, por isso, relativamente comum entre as anomalias congênitas. Assim,

- (A) a história familiar é dominante em mais de 60% dos casos.
- (B) o comprometimento do polegar e index é relativamente comum, nos casos síndrômicos.
- (C) o comprometimento do dedo anular e do dedo mínimo, na sindactilia isolada, pode ocorrer em torno de 57%.
- (D) a bilateralidade está presente em 25% dos casos.

— QUESTÃO 33 —

Considerando o retalho de perfurante anterolateral da coxa,

- (A) os vasos perfurantes, em 87% dos casos, são septocutâneos.
- (B) a artéria circunflexa femoral lateral é ramo direto da artéria femoral e passa entre o reto femoral e o vasto lateral.
- (C) a inervação potencialmente poderia ser feita pelo nervo cutâneo femoral lateral.
- (D) os perfurantes do ramo descendente da artéria circunflexa lateral femoral são, 13%, musculocutâneos, e constituem a principal fonte de irrigação do retalho.

— QUESTÃO 34 —

No tratamento da contratura pós-traumática crônica da interfalangeana proximal, após a liberação da placa volar e a incisão da cápsula da articulação deve ser liberada a seguinte estrutura:

- (A) inserção do tendão flexor superficial.
- (B) ligamento triangular.
- (C) bandas laterais.
- (D) ligamentos colaterais.

— QUESTÃO 35 —

Na transferência nervosa descrita por Leechavengvongs, o nervo receptor, durante o seu trajeto, passa pela região denominada

- (A) espaço quadrangular.
- (B) espaço triangular.
- (C) intervalo triangular.
- (D) espaço interescalênico.

— QUESTÃO 36 —

Na transferência nervosa descrita por Oberlin, o fascículo nervoso escolhido para transferência geralmente se localiza na seguinte região do nervo doador:

- (A) posterolateral.
- (B) anterolateral.
- (C) posteromedial.
- (D) anteromedial.

— QUESTÃO 37 —

Na classificação de Sunderland, a lesão do axônio com endoneuro é do grau:

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

— QUESTÃO 38 —

De acordo com a classificação de Lichtman para doença de kienbock, o colapso do semilunar com migração proximal do capitato caracteriza o tipo:

- (A) II
- (B) III A
- (C) III B
- (D) IV

— QUESTÃO 39 —

A avulsão distal traumática da fibrocartilagem triangular, na classificação de Palmer, corresponde ao tipo

- (A) IA
- (B) IB
- (C) IC
- (D) ID

— QUESTÃO 40 —

No movimento de oposição do polegar, não há envolvimento do músculo:

- (A) abductor curto do polegar.
- (B) adutor do polegar.
- (C) oponente.
- (D) flexor curto do polegar.

— QUESTÃO 41 —

A paralisia obstétrica

- (A) ocorre com maior frequência no parto cesáreo.
- (B) afeta mais comumente o lado direito.
- (C) é mais comum no tipo III de Narakas e Slooff.
- (D) tem indicação de tratamento estabelecida na ENMG, realizada após os três meses de idade.

— QUESTÃO 42 —

O músculo primeiro interósseo dorsal é innervado pelo nervo mediano e pelo nervo radial, respectivamente, em

- (A) 10% e 1%.
- (B) 1% e 10%.
- (C) 12% e 5%.
- (D) 5% e 12%.

— QUESTÃO 43 —

Na anastomose de Martin Gruber, a variante mais comum corresponde ao

- (A) Tipo I – 60% dos pacientes.
- (B) Tipo II – 70% dos pacientes.
- (C) Tipo III – 80% dos pacientes.
- (D) Tipo IV – 85% dos pacientes.

— QUESTÃO 44 —

A estrutura que mais comumente se interpõe, impedindo a redução de uma luxação metacarpofalangeana do segundo dedo, é

- (A) o tendão do flexor profundo.
- (B) a placa volar.
- (C) o músculo lumbrical.
- (D) o ligamento natatório.

— QUESTÃO 45 —

Na moléstia de Preiser, a alteração do formato do escafoide, que pode estar fragmentado, é classificada por Herbert como:

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

— QUESTÃO 46 —

O enxerto ósseo vascularizado dorsal do rádio distal, descrito por Zaidenberg e col., é baseado na circulação

- (A) anterógrada da artéria suprarretinacular intercompartimental 1,2.
- (B) retrógrada da artéria suprarretinacular intercompartimental 1,2.
- (C) anterógrada da artéria infrarretinacular intercompartimental 2,3.
- (D) retrógrada da artéria suprarretinacular intercompartimental 2,3.

— QUESTÃO 47 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente do sexo feminino deu entrada no pronto-socorro, referindo dor intensa no punho direito e aumento de volume, sem deformidade aparente, após trauma banal há 24 horas, com limitação importante do arco de movimento. A radiografia mostra uma lesão lítica expansiva que compromete toda a região metafisária distal, com uma fratura metafisária do rádio distal patológica. A RNMG evidencia invasão de partes moles.

Qual é o provável diagnóstico?

- (A) Cisto ósseo aneurismático.
- (B) Cisto ósseo simples.
- (C) Encondroma.
- (D) Tumor de células gigantes.

— QUESTÃO 48 —

O enxerto ósseo vascularizado do côndilo femoral medial é baseado na artéria:

- (A) genicular lateral.
- (B) genicular superolateral.
- (C) sural.
- (D) genicular descendente.

— QUESTÃO 49 —

A síndrome compartimental por causa de fratura do rádio distal é comumente vista no compartimento

- (A) volar do antebraço.
- (B) dorsal do antebraço.
- (C) tenar da mão.
- (D) hipotenar da mão.

— QUESTÃO 50 —

O envolvimento da articulação interfalangeana distal na moléstia de Dupuytren é causado pela corda

- (A) espiral.
- (B) natatória.
- (C) retrovascular.
- (D) central.