

## TRAUMATOLOGIA

01. Escolha a opção que não relaciona a causa primária da osteomielite crônica com o germe mais provável.
- Osteomielite aguda; *S. aureus*.
  - Fratura; Polimicrobiotagran negativo.
  - Usuário de drogas intravenosas; *Pseudomonas / S. aureus*.
  - Nosocomio; Gram-positivo.
02. Qual o melhor método de análise da fratura transtrocanteriana desviada?
- Rx em AP.
  - Cintilografia em 3T.
  - Intensificador de imagens na mesa de tração.
  - Rx da bacia com rotação externa e tração.
03. A fratura do tálus apresenta uma maior associação com a fratura do(a):
- calcâneo.
  - metatarso.
  - coluna lombar.
  - maleolar.
04. Escolha a opção correta sobre a fratura da base do quinto metatarsiano.
- A fratura “do dançarino” apresenta traço transverso na Zona 4.
  - A verdadeira fratura de Jones localiza-se na Zona 2.
  - A fratura por avulsão localiza-se na Zona 3.
  - A fratura por estresse localiza-se na Zona 1.
05. Na “clavícula flutuante”, descrita por Diame, ocorre as seguintes lesões:
- compressão da veia braquicefálica pela luxação esternoclavicular posterior.
  - luxação acromioclavicular associado à luxação esternoclavicular anterior.
  - desvio da traqueia causado pelo fragmento posterior da clavícula na luxação esternoclavicular.
  - lesão da camada íntima da artéria braquicefálica por luxação esternoclavicular causando trombose.
06. Nas instabilidades do ombro, o termo *luxatio erecta* corresponde à:
- luxação inferior.
  - luxação posterior subacromial.
  - luxação intratorácica.
  - luxação subacromial.
07. Paciente do sexo feminino, 70 anos, apresenta dor na coxa direita há 20 dias. O exame radiológico evidencia uma reação tipo estresse na região subtrocantariana do fêmur direito. HPP: fez tratamento de fratura sub-trocantariana esquerda há três meses, apresenta osteoporose fazendo tratamento com bisfosfonato há dois anos. Qual a melhor conduta?
- Uso de ondas de choque.
  - Conduta expectante e uso de dipirona.
  - Uso de haste tipo centromedular.
  - Biópsia com agulha.
08. Sobre o uso da arteriografia juntamente com a ressonância magnética na avaliação da artéria vertebral nas lesões traumáticas da coluna cervical, podemos afirmar.
- A oclusão unilateral é sintomática na maioria dos casos.
  - A recanalização nas lesões unilaterais pode ocorrer com o tempo.
  - O uso de anticoagulantes nas lesões unilaterais é altamente recomendado.
  - É indispensável no planejamento da instrumentação anterior.

09. Com relação à artrose pós-fratura do planalto tibial, podemos afirmar.
- Os resultados são mais favoráveis com aumento da idade do paciente.
  - Os resultados e as taxas de artroses são menos tolerantes do que as fraturas do quadril.
  - Após a fratura do planalto tibial, a artroplastia raramente é indicada.
  - A dor é grande e a função no joelho está prejudicada na maioria desses pacientes.
10. Qual a classificação das fraturas da coluna toracolombares que usa os vetores de força (A - compressão, B - distração, C - rotação)?
- AO/Magerl.
  - Holdsworth.
  - Denis.
  - TLISS (*Thoracolumbar Injury Severity Score*).
11. Paciente masculino, 23 anos, apresenta uma fratura fechada do fêmur distal tipo OTA B do côndilo lateral (33B1), associada com uma fratura homolateral da diáfise do fêmur (C1). Qual a conduta mais apropriada?
- ORIF com placa suporte e acesso medial + placa AO grandes fragmentos (diáfise).
  - ORIF com DCS + fixação rígida com placa AO grandes fragmentos.
  - ORIF para fratura distal com parafuso canulado + haste IM retrógrada.
  - ORIF + síntese rígida com placa condilar longa de 950.
12. Escolha a opção falsa sobre a fratura do colo do fêmur.
- Incomum em pacientes com menos de 60 anos.
  - Risco de segunda fratura do colo em homens em dois anos  $\cong$  5%.
  - Mais comum na raça negra.
  - Sua incidência aumenta exponencialmente com a idade.
13. As fraturas de alta energia do planalto tibial apresentam alto risco em todas as alternativas abaixo, exceto:
- lesão ligamentar.
  - lesão vascular.
  - síndrome do compartimento.
  - lesão do ligamento cruzado.
14. Paciente do sexo feminino, 76 anos, osteoporose, apresenta uma fratura do planalto tibial lateral com uma pequena depressão e sem deformidade clínica. Escolha o tratamento mais aceitável.
- Conservador.
  - Síntese com placa bloqueada para tibia proximal.
  - Redução da depressão, enxerto, placa de sustentação.
  - Redução indireta com artroscopia e parafuso canulado.
15. A osteosíntese das fraturas do colo do úmero com placas bloqueadas pode apresentar varias complicações transoperatórias. Qual a mais comum?
- Lesão do nervo axilar.
  - Perfuração primária da cabeça do úmero com parafusos.
  - Impingement* subacromial pela placa.
  - Perda da fixação.
16. Escolha a alternativa correta no que diz respeito às lesões associadas à fratura de patela.
- A associação mais frequente é a lesão do ligamento cruzado anterior.
  - A fratura óssea associada mais comum é a da borda posterior do acetábulo.
  - A associação com fratura da diáfise da tibia é conhecida com joelho “flutuante”.
  - As lesões associadas são mais frequentes nas fraturas expostas da patela.

17. Paciente do sexo feminino, 69 anos, ativa, apresenta uma fratura do colo anatômico do úmero e depressão da cabeça interessando 45% da superfície articular. Qual a opção terapêutica mais apropriada?
- Redução por via transdeltoidea e síntese com placa bloqueada.
  - Artroplastia total com prótese reversa.
  - Redução incruenta minimamente invasiva e síntese com parafusos canulados.
  - Imobilização tipo Velpeau e exercícios de Codmann com duas semanas.
18. Os processos uncinados dos corpos vertebrais de C3 a C7 formam as articulações uncovertebrais. São conhecidos como processos de:
- Malgaigne.
  - Testut.
  - Luschka.
  - Jaksonn.
19. Paciente masculino, 34 anos, após acidente de moto, apresentou uma fratura desviada do colo do tálus com luxação da subtalar e tibiotalar (*Hawkins type III*). O que você deve informar para o paciente?
- A possibilidade de necrose será de 80 a 100%.
  - Existe uma grande possibilidade de obtermos uma redução não cirúrgica.
  - O acesso será duplo, já que o corpo do tálus desloca-se no sentido anterolateral, tendo o ligamento talofibular interposto.
  - A artrodese pantalar primária com haste é a melhor opção de tratamento.
20. Qual a melhor indicação da TC na avaliação da fratura da patela?
- Fraturas por estresse em pacientes com osteopenia.
  - Fratura vertical.
  - Fratura do polo superior.
  - Fratura multifragmentar sem desvio.
21. A complicação mais frequente do acesso cervical anterior para tratamento das fraturas/luxações da coluna cervical é:
- Síndrome de Horner.
  - Radiculopatia.
  - Perfuração esofágica.
  - Disfagia.
22. Sobre as fraturas da diáfise do fêmur causadas por mecanismo de baixa energia, é inverídico afirmar que:
- cerca de um terço são expostas.
  - predominam em pacientes idosos.
  - estão associadas à osteopenia.
  - geralmente são lesões isoladas.
23. Lesões neurológicas ipsolaterais no membro inferior ocorrem em cerca de 30% dos pacientes com fraturas do acetábulo. Qual o nervo mais acometido?
- Isquiático.
  - Obturador.
  - Femoral.
  - Glúteo superior.
24. Qual a estrutura que pode impedir a redução incruenta na luxação lateral traumática da articulação subtalar?
- Ligamento deltoide.
  - Tendão dos fibulares.
  - Ligamento tibiofibular anterior.
  - Tendão do tibial posterior.

25. Qual o sinal clínico que você não costuma encontrar nos pacientes portadores de fraturas do anel pélvico?
- Roversong.
  - Morel-Lavalle.
  - Grey Turner.
  - Destot.
26. Paciente masculino, 35 anos, apresenta uma fratura da diáfise do fêmur. Qual das opções abaixo não necessita de um fixador externo inicial e uma conversão para haste intramedular?
- Injury Severity Score* (ISS) elevado.
  - Trauma torácico associado.
  - TCE com Escala de Coma de Glasgow 13.
  - Lesão arterial homolateral.
27. Na semiótica das instabilidades do ombro, o teste de Gagey é usado para:
- demonstrar a lesão de Bankart inversa.
  - contrapor ao *Palm-up test* da *SLAP lesion*.
  - frouxidão posterior.
  - testar as discinesias pós-instabilidade recorrente do ombro.
28. Sobre o uso do “*pelvic packing*” nas instabilidades hemodinâmicas pós-fraturas pélvicas, podemos afirmar.
- Deve ser usado nos sangramentos venosos e nas superfícies das fraturas pélvicas.
  - Deve ser usado após a reparação do ureter.
  - Deve ser usado sem fixador pélvico adjuvante.
  - Deve ser usado após as lesões de bexiga.
29. Estudos recentes, que comparam o benefício do uso da tração pré-operatória com a não utilização, puderam concluir que seu uso:
- não é mais recomendado.
  - alivia a dor.
  - facilita a qualidade da redução no ato operatório.
  - melhora a redução da fratura.
30. Paciente masculino, 23 anos, após uma ORIF para tratamento de uma fratura da diáfise do úmero (AO/OTA tipo 12 B-2) por via de acesso anterior (MIPO) de Livani & Belangero, apresentou uma paralisia do nervo radial. Qual a melhor informação que você deve transmitir ao seu paciente?
- A paralisia é permanente e devemos reabordar e reparar o nervo com enxerto do sural.
  - Se não houver retorno da função em um ano, o nervo deve ser reparado.
  - Como esse é um acesso cirúrgico novo, faremos uma abordagem lateral imediatamente para retirar a placa.
  - Normalmente essa paralisia é transitória.
31. Qual o microrganismo mais comum na osteomielite fúngica?
- Sporothrixschenckii*.
  - Aspergillus*.
  - Blastomycesdermatitidis*.
  - Candida sp.*
32. Paciente do sexo feminino, 23 anos, após colisão de veículos, apresenta uma fratura de C6 tipo *teardrop* com retrolistese de C6/C7, sem déficit neurológico e sem compressão medular na RM. Qual a opção terapêutica mais usual?
- Corporectomia/*cage*/placa anterior.
  - Redução/halo-vest.
  - Instrumentação posterior.
  - Síntese com parafuso com técnica de Roy-Camille.

33. Paciente do sexo feminino, 75 anos, artrite reumatoide, osteoporose, apresenta uma fratura intra-articular, cominutiva, do terço distal do úmero tipo (AO/OTA 13 C3). Qual a conduta mais apropriada para obter bons resultados funcionais?
- ORIF com acesso transolecraniano e fixação com uma placa bloqueada.
  - Tratamento pelo método “*bag of bones*” de Evans.
  - Artroplastia total do cotovelo.
  - Tração transolecraniana por sete dias e gesso pendente.
34. Escolha a indicação relativa de ORIF em uma fratura da diáfise do úmero (AO/OTA 12-A3) em paciente do sexo feminino, 34 anos.
- Obesidade com gigantomastia.
  - Cotovelo flutuante.
  - Paralisia radial após redução fechada.
  - Déficit neurológico após lesão penetrante.
35. A lesão de Stener corresponde à:
- lesão do ligamento colateral ulnar associada à rotura da cartilagem triangular.
  - lesão completa do ligamento colateral ulnar da metacarpofalangeana do polegar.
  - Fratura/luxação da base do terceiro metacarpo.
  - lesão de Rolando no quinto metacarpo.
36. Nas lesões vasculares associadas à fratura da diáfise do fêmur:
- o pulso é normal da maioria das angiografias positivas para lesão vascular.
  - o índice tornozelo-braquial  $> 0.9$ .
  - o alinhamento e tração podem mudar o resultado do exame vascular.
  - o pulso normal afasta completamente a possibilidade de lesão vascular.
37. Com relação à fratura de Maisonneuve sem diástase da sindesmose anterior, escolha a melhor opção de tratamento.
- Reparação da sindesmose posterior.
  - Bota gessada por quatro semanas.
  - Síntese do maléolo interno.
  - Proteger a diástase da tibiofibular proximal com parafuso cortical.
38. Segundo Claffey, o risco de aumentar a necrose avascular na fratura do colo do fêmur acontece com a lesão dos vasos retinaculares:
- mediais.
  - anteriores.
  - posteriores.
  - laterais.
39. Qual a contraindicação do tratamento conservador da fratura da patela com o mecanismo extensor intacto?
- Fratura exposta Grau I.
  - Fratura transversa com incongruência articular  $< 2\text{mm}$ .
  - Fratura com diástase dos fragmentos  $< 3\text{mm}$ .
  - Comorbidade clínica severa.
40. Escolha a lesão mais comum nos pacientes que apresentam fraturas da diáfise do fêmur.
- Lesão do ligamento cruzado posterior.
  - Rotura do menisco medial.
  - Lesão em “alça de balde” do menisco lateral.
  - Frouxidão ligamentar.

41. Escolha a opção incorreta sobre a fratura do escafoide.
- a) Fraturas sem desvio podem ser tratadas com gesso axilopalmar incluindo o polegar.
  - b) Fratura do corpo apresenta maior risco de necrose avascular do fragmento proximal.
  - c) Síntese moderna com um parafuso de Acutrak possibilita movimentos vigorosos.
  - d) O escafoide é o osso do carpo mais lesado.
42. Escolha a opção inverídica sobre as fraturas expostas tipo III de Gustilo.
- a) Fratura IIIB frequentemente necessita de retalho cutâneo local ou microcirúrgico.
  - b) Fratura de tibia com lesão da artéria tibial anterior com preservação da posterior deve ser tecnicamente tratada como tipo IIIC.
  - c) A grande indicação para os fixadores externos são as fraturas tipo III.
  - d) Fratura IIIA pode apresentar perda cutânea, porém o músculo é suficiente para proteger o osso e os tecidos nobres.
43. Na pseudartrose infectada do fêmur pós-osteossíntese com haste intramedular:
- a) Síntese com Waveplate e enxerto ósseo apresenta alta incidência de refraturas.
  - b) Retirada da haste e fresagem é a melhor opção.
  - c) A viabilidade óssea pode ser acessada com o laser Doppler.
  - d) Proteína C reativa e VHS são mais importantes no diagnóstico do que no follow up.
44. Escolha o nervo que tem menos risco de ser lesionado na osteossíntese intramedular no tratamento da fratura diafisária do fêmur em adulto.
- a) Glúteo superior.
  - b) Pudendo.
  - c) Femoral.
  - d) Isquático.
45. Usada nas instabilidades do carpo, a manobra de Watson pode detectar a instabilidade entre:
- a) piramidal e pisiforme.
  - b) escafoide e semilunar.
  - c) uncinato e captato.
  - d) piramidal e captato.
46. É incorreto afirmar sobre as fraturas da diáfise e subtraocanteriana do fêmur associadas ao uso prolongado de alendronato.
- a) A maioria dos pacientes apresentam dor e envolvimento bilateral.
  - b) Tem um traço de fratura transversa; envolve uma cortical hipertófica.
  - c) Fraturas intraoperatórias são mais frequentes nesses pacientes.
  - d) Pacientes apresentam distúrbios de coagulação.
47. Na instabilidade pélvica, sobre a lesão do tipo AP (anteroposterior de Young & Burgess), podemos afirmar.
- a) A lesão tipo AP III causa uma lesão do assoalho pélvico e muscular perineal.
  - b) O ponto de corte para diferenciar AP II de APIII é a diástase da sínfise púbica > 4,5 cm.
  - c) O mecanismo incomum da lesão "open-book" é rotação externa severa de uma hemipelve.
  - d) A variante AP I apresenta lesão dos ligamentos intra-articulares e sacroilíacos posteriores.
48. Qual a contraindicação da síntese percutânea das fraturas do acetábulo?
- a) Fraturas impactadas do teto acetabular.
  - b) Fraturas da coluna anterior em paciente geriátrico.
  - c) Fraturas com pouco desvio em paciente obeso.
  - d) Fraturas com grande potencial para desvio.

49. Escolha a opção incorreta na osteossíntese intramedular em pacientes obesos.

- a) Haste retrógrada.
- b) Acesso em posição lateral pela fossa piriforme.
- c) O risco de trombose venosa profunda encontra-se aumentado.
- d) Haste anterógrada com entrada no grande trocanter.

50. A osteomielite pós-traumática, quando o acidente ocorre em água salgada, tem com agente mais casual:

- a) *Pseudomonas*.
- b) *Erysipelothrix*.
- c) *C. perfringens*.
- d) *Epidermitis*.