



PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ESPECIALIDADE: Administração em Saúde; Anestesiologia (R4) - Área de atuação Dor;
Ortopedia e Traumatologia (R4)

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira, em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados**, antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área individual na data estabelecida no Anexo II, conforme subitem 8.13 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Fortaleza, 02 de novembro de 2022.

Inscrição

Sala

01. Considere o relato de um paciente de 5 meses de idade que mantém estabilidade na mobilidade coxo-femoral comprovada por exame físico seguido de imagem radiológica aceitável após 6 semanas de uso do suspensório de Pavlik a 90 graus de flexão. Após esse período, o suspensório foi descontinuado e feito seguimento clínico. Tal relato de tratamento e seguimento é corretamente compatível, em termos diagnósticos, com qual alternativa abaixo?
- A) Fratura da diáfise do fêmur unicamente.
 - B) Epifisiólise femoral proximal grau leve.
 - C) Fratura de fêmur e displasia do quadril.
 - D) Displasia da coxo-femoral unicamente.
02. Considere uma analogia entre a Espondilolistese Traumática do Axis tipo II (baseado em Levine & Edwards) e a Espondilolistese Espondilolítica L5-S1 tipo II (de Meyerding) no tocante a fisiopatologia e biomecânica. Qual das alternativas abaixo reúne informações verdadeiras compartilhadas entre as condições supracitadas?
- A) Existe significativa associação à imposição de carga axial em hiperextensão.
 - B) O acometimento neurológico é frequente em ambas pela distensão radicular.
 - C) Ambas são potencialmente instáveis e requerem uma estabilização cirúrgica.
 - D) A pseudo-artrose é infrequente pela estabilidade característica das patologias.
03. Um ortopedista faz o planejamento pré-operatório de uma artroplastia primária de quadril para tratamento de osteoartrose de dois pacientes idosos pertencentes a dois grupos de distribuição populacional normal diferentes quanto ao plano sagital espino-pélvico. O primeiro apresenta a inclinação sacral (slope sacral-SS) menor em ortostase e mobilidade espino-pélvica (variação de SS) de 9 graus quando transfere-se para posição sentada. O segundo apresenta lordose lombar em percentil mais alto sem doença estrutural na coluna vertebral e mobilidade espino-pélvica de 23 graus. Assinale a opção abaixo que aponta a recomendação mais valiosa para evitar instabilidade protética pós-operatória.
- A) A variação da incidência pélvica em sedestação e ortostase deve ser inversamente proporcional à variação da anteversão do componente acetabular no segundo caso.
 - B) A chance de impacto anterior protética será menor no primeiro caso se o componente acetabular foi inserido tão mais antevertido quanto menos retroversão tiver a pelve.
 - C) No caso 2, se mais anterior está a extremidade proximal do plano pélvico anterior, mais antevertida está a bacia. Isso requer maior anteversão do componente acetabular.
 - D) No caso 1, a retroversão pélvica em ortostase é compensatória e naturalmente não há preocupação com impacto e instabilidade posterior mesmo em posição de sedestação.
04. Durante o atendimento e seguimento de uma paciente de 13 anos com fratura fisária Salter-Harris tipo III do fêmur distal esquerdo com desvio, o ortopedista precisa tentar minimizar o subdiagnóstico. Este deve direcionar atenção para as mais frequentes e seu conhecimento epidemiológico é essencial na suspeita. Considerando o exposto acima, qual das alternativas abaixo versa sobre as lesões associadas mais frequentes?
- A) Ruptura aguda da cápsula esplênica.
 - B) Instabilidade ligamentar do joelho.
 - C) Trombose aguda da artéria poplítea.
 - D) Paralisia do nervo fibular profundo.
05. Atacante recreacional de voleibol relata dor aguda anterior na coxa esquerda na aterrissagem unilateral após salto com impulsão máxima. Deambula para fora da quadra em claudicação antálgica. É examinado pelo médico da equipe que percebe uma descontinuidade localizada no músculo reto femoral sem retração proximal ou distal. Considerando a situação acima, qual conduta é melhor indicada?
- A) Tratamento cirúrgico já indicado pelo exame físico e exame de imagem para detalhar.
 - B) Proibir carga, fazer imobilização imediata e seguimento curto para novo exame físico.
 - C) Manter sem imobilização, indicar exame de imagem para detalhamento e terapêutica.
 - D) Imobilização imediata, exame de imagem para detalhar e definir se cirúrgico ou não.

- 06.** Inadvertidamente, um trabalhador de 27 anos que manipula vidros foi vítima de uma lesão cortante no anterior no antebraço direito e chega com sangramento significativo para o atendimento de urgência. Na abordagem inicial, foi possível excluir uma lesão da artéria radial e ligar as veias superficiais sangrantes. O ortopedista é chamado a realizar uma tenorrafia do flexor radial do carpo.
No planejamento pré-operatório do caso acima, qual das alternativas se mostra mais correta?
- A) Utilizar fio nylon 2.0 para o cerne volar e fio reabsorvível para o epitendão. Por isso a imobilização será necessária.
 - B) Utilizar fio de nylon 2.0 para o cerne volar e 4.0 para sutura epitendínea. Assim, não será necessária a imobilização com objetivo de mobilidade precoce na primeira semana.
 - C) Utilizar fio nylon 3.0 para o cerne dorsal e não usar sutura epitendínea para reduzir volume da rafia e aderência adjacente. Por isso, será feita imobilização na fase inicial.
 - D) Utilizar fio de nylon 3.0 para o cerne volar e monofilamentar 6.0 para o epitendão. A sutura deve perder resistência na primeira semana e por isso está indicada uma imobilização.
- 07.** Uma jovem turista de 19 anos decidiu apanhar lixo do chão da praia. Se surpreendeu com uma sensação de picada quando tentou pegar um papel que cobria um ouriço do mar. Após a pequena perfuração, houve reação rápida de retirada e seguiu suas atividades incluindo frescobol. Percebeu algum desconforto na mão, no mesmo dia, sem limitação funcional. No dia seguinte, acorda com mais dor, edema, eritema e limitação funcional. Procura atendimento e foi percebida dor à palpação local e longitudinal no centro da região volar da mão acometida. O terceiro quirodáctilo se encontrava em flexão em relação aos outros e havia muita dor quando se tentava equalizar. Considerando o quadro, assinale a alternativa que versa sobre a melhor opção de tratamento descrita abaixo.
- A) Antibioticoterapia empírica imediata com reavaliação clínica no dia seguinte.
 - B) Descompressão cirúrgica aberta do raio colheita, lavagem e desbridamento.
 - C) Punção para cultura, mini-acessos e lavagem tunelizada do raio acometido.
 - D) Descompressão ampla cirúrgica dos compartimentos palmares adjacentes.
- 08.** Na avaliação pré-operatória de pacientes portadores de fraturas da tíbia distal e tornozelo considere a presença de edema, flictenas hemáticas e flictenas não-hemáticas.
Assinale a alternativa que contém a afirmação mais correta no manejo dos achados acima descritos.
- A) Flictenas hemáticas devem ser removidas e a cirurgia realizada prontamente.
 - B) A cirurgia ocorrerá após regressão total do edema para prevenir complicações.
 - C) Uso de enfaixamento compressivo, ao invés de crioterapia, reduz mais o edema.
 - D) A cirurgia definitiva deve ser precoce, independente de flictenas não-hemáticas.
- 09.** Após queda de skate, uma criança de 8 anos dá entrada no serviço de urgência com uma fratura fechada transversa do colo do rádio sem cominuição, lesão cutânea, neurológica ou vascular distal. A mensuração radiográfica mostra desvio inicial de 40 graus. Um médico mais jovem decidiu realizar uma redução fechada com uma técnica específica cuja radiografia de controle mostrou a persistência de 20 graus. Tal caso foi relatado ao ortopedista experiente que deu opinião. Marque a opção abaixo que aponta o comentário mais adequado a ser proferido pelo ortopedista.
- A) Está indicada nova redução fechada mesclando técnicas.
 - B) O caso é cirúrgico desde o início pela baixa remodelação.
 - C) O caso é conservador desde o início pela alta remodelação.
 - D) O caso passou ser aceitavelmente conservador pela redução.
- 10.** Paciente pedreiro de 57 anos sofre queda de andaime sustentando corda de segurança resultando em movimento brusco no punho esquerdo. Procura emergência e é diagnosticada fratura fechada distal do rádio B1.1 sem alteração neurovascular. Trata-se de um fragmento único desviado dorsal de 9 graus, 1mm de degrau articular, encurtamento de 2mm.
Considere o caso acima e assinale a alternativa que aponta a forma mais correta de tratamento.
- A) Redução incruenta e seguida de aparelho gessado axilo-palmar.
 - B) Redução incruenta e fixação percutânea com parafuso de tração.
 - C) Redução aberta via dorsal e fixação com placa anticisalhamento.
 - D) Gesso antebraqu岸o-palmar por 12 semanas sem redução fechada.

11. Em consulta de retorno de 10 semanas, paciente previamente submetido à osteossíntese de fratura distal do fêmur com DCS apresenta dor na coxa ao deambular drenagem amarelada espessa por orifício na cicatriz prévia. Diante do caso, qual conduta abaixo é mais acertada?
- A) Biópsia aberta profunda após desbridamento e lavagem amplos.
 - B) Iniciar antibiótico inicial para germes gram+ e retorno precoce.
 - C) Colher swab da fístula após assepsia e iniciar antibioticoterapia.
 - D) Desbridamento cirúrgico e envio do tecido fistuloso para cultura.
12. Trata-se de uma consulta ortopédica de um paciente de 9 anos, portador de Paralisia Cerebral GMFCS V, escoliose neuromuscular toracolombar de 25 graus à esquerda, obliquidade pélvica e subluxação do quadril direito. A mãe tem dúvidas e receio sobre a necessidade de uma cirurgia na coluna vertebral. Dentre as informações abaixo dispostas, qual é a mais alinhada com as evidências atuais de literatura?
- A) Ideal operar primeiro o quadril, pois há deformidade importante.
 - B) Para postergar a cirurgia, o colete é a melhor opção de momento.
 - C) Ideal operar coluna para poder avaliar congruência coxo-femoral.
 - D) Escoliose com obliquidade não causa instabilidade coxo-femoral.
13. Paciente de 35 anos salta do primeiro andar por incêndio em seu prédio e há impacto ao solo na posição sentada. Segue-se dor lombar importante, é imobilizado e transferido ao serviço de urgência. Está estável hemodinamicamente sem alterações ventilatórias e neurológicas em quatro membros. Há dor localizada à palpação central lombar média. Sua radiografia em decúbito mostra fratura em impacção do planalto superior de L3 (com ângulo interplanaltos de 10 graus) sem listese associada e com neutralidade no ângulo de cifose medidos nos segmentos proximal e distal da vértebra. A tomografia confirma impacção do planalto superior, principalmente anterior, e preservação do terço médio e distal da mesma vértebra. Sua ressonância mostra edema em L3 e hipersinal em ligamentos posteriores com lesão impossível de determinar. De posse de tais informações, qual é o melhor tratamento para o paciente?
- A) Conservador com colete em 3 pontos de Jewitt em hiperextensão.
 - B) Fixação posterior L2-L3, descomprimir e artrodese intersomática.
 - C) Artrodese pedicular posterior L2-L3 sem descompressão do canal.
 - D) Artrodese pedicular bilateral de L1-L5 sem associar laminectomia.
14. Motoqueiro de 23 anos dá entrada no serviço de urgência com uma fratura segmentar grave da perna esquerda com significativa contaminação e lesão de partes moles incluindo isquemia distal irreparável segundo a opinião especializada. O foco de fratura proximal está 2 cm abaixo do nível da tuberosidade da tíbia e o distal no terço médio. Foi decidido por amputação a ser realizada pelo ortopedista. Baseado no caso acima, qual afirmativa está correta sobre qual técnica operatória utilizar (se as condições de perfusão das estruturas remanescentes permitirem)?
- A) Desarticulação ao nível do joelho para acelerar reabilitação.
 - B) Amputação ao nível do foco proximal com miodese global.
 - C) Amputação distal, síntese óssea e mioplastia de base dorsal.
 - D) Amputação distal, síntese óssea e mioplastia de base ventral.
15. Paciente de 17 anos, jogador de futebol, queixa-se de dor medial na região proximal da perna. Recebe diagnóstico inicial de síndrome da pata de ganso, faz tratamento conservador e não melhora. Recentemente, percebe dificuldade de adaptar caneleira na perna direita onde percebe uma proeminência no local sem eritema associado. Procura novo atendimento, é radiografado e a imagem mostra os seguintes achados: lesão lítica insuflativa excêntrica na metáfise proximal e medial na tíbia direita. Há elevação periosteal, porém não rompe a cortical que se torna fina. A zona de transição é intermediária. A ressonância mostra imagem intralesional de dupla densidade e com septações. Qual é o diagnóstico mais provável do caso acima?
- A) Tumor de células gigantes.
 - B) Cisto ósseo aneurismático.
 - C) Sarcoma telangiectásico.
 - D) Fibroma não ossificante.

16. Paciente vítima de trauma no futebol durante bola dividida percebendo estalido. Durante o exame físico, o ortopedista percebe ausência de dor ou edema medial e ambos presentes no maléolo lateral. Não há exposição ou lesão vascular. A radiografia mostra discreta incongruência no sinal da bola, manutenção do sinal da mercedes-benz, traço oblíquo longo com cisalhamento de 2mm para posterior. Com essas informações, que alternativa versa sobre a melhor opção de tratamento?
- A) Tratamento conservador sem exames adicionais com aparelho gessado moldado.
 - B) Solicitação de tomografia computadorizada para melhor detalhamento e decisão.
 - C) Osteossíntese com placa e parafuso de tração sem solicitar exames adicionais.
 - D) Indicação de ressonância magnética para acrescentar o inventário ligamentar.
17. O tratamento cirúrgico da Osteoartrose unicompartmental medial do joelho envolve algumas possibilidades para tomada de decisão do ortopedista. Considere uma situação onde o tratamento conservador foi bem executado e não gerou resultados satisfatórios. Nas alternativas abaixo existem argumentos corretos e incorretos sobre as opções. Marque o correto.
- A) O racional da osteotomia objetiva desacelerar a artrose sem melhora artroscópica.
 - B) A artroplastia unicompartmental é benefício em octagenários com baixa demanda.
 - C) A conversão para prótese total é mais fácil após unicompartmental que osteotomia.
 - D) Uma subluxação lateral tibial de 14mm pode ser corrigida na osteotomia valgzante.
18. Adolescente de 12 anos, atleta de basquete, após intensificação dos treinos para o final da temporada sem trauma direto, passou a sentir dor anterior no joelho localizada sobre a tuberosidade anterior da tíbia com percepção de aumento de volume local. A queixa piora com o ato de ajoelhar-se na igreja. Não há indício de instabilidade na anamnese. A radiografia mostra fragmentação da tuberosidade. Em conversa com os pais sobre prognóstico do tratamento, qual das alternativas está melhor escrita?
- A) O tipo de esporte não interfere no diagnóstico, por isso, no futuro, continuará.
 - B) Em adolescentes, pode-se usar anti-inflamatórios por mais tempo, nesses casos.
 - C) Se for necessária cirurgia, melhor esperar a ossificação total para não deformar.
 - D) Como tal diagnóstico ocorre mais em crianças menores, o quadro se prolongará.
19. Funcionária de uma lavanderia tem 35 anos e é responsável por passar manualmente roupas com ferro aquecido sobre tábua. Trabalha intensa e diariamente nos dois turnos. Passa a sentir dor na região subclavicular lateral direita (membro dominante) sempre quando completa o movimento da direita para esquerda em roupas longas (posicionando-se de frente para a lateral longa da tábua). Ao exame físico, não se percebem alterações de inspeção, há dor à palpação unicamente da região subclavicular lateral. Mobilidade ampla multiplanar incluindo contraresistência. Há também queixa ao teste de Gerber. Testes de Jobe, Gaveta e Patte negativos. Baseado na história informada, qual diagnóstico é mais provável?
- A) Síndrome do impacto subcoracódeo.
 - B) Osteólise do terço lateral da clavícula.
 - C) Tendinopatia da cabeça longa do bíceps.
 - D) Tendinopatia da cabeça curta do bíceps.
20. Idosa de 80 anos e diabética chega ao consultório com queixa que seu segundo “dedo do pé direito está dobrado e incomodando”. Relata ter que usar sapatos fechados e segue sintomática mesmo usando maiores e mais confortáveis. O exame físico mostra uma atitude em flexão de 60 graus da articulação interfalângica distal no repouso e pouco móvel na tentativa de extensão ativa. Há moderada hiperqueratose dorsal sem ulceração da pele e mobilidade passiva parcialmente preservada. Nesse contexto, qual é a melhor opção de tratamento a ser recomendada?
- A) Mini-férula removível, corretiva e maleável.
 - B) Transferência do flexor longo para extensor.
 - C) Dermodesse dorsal com tenotomia do flexor.
 - D) Tenotomia plantar e manipulação articular.