

## MÉDICO TRAUMATOLOGISTA

# CONCURSO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS/2008

### **LEIA COM ATENÇÃO E SIGA RIGOROSAMENTE ESTAS INSTRUÇÕES**

1. Examine se a prova está completa, se há falhas ou imperfeições gráficas que causem dúvidas. Qualquer reclamação deverá ser feita durante os 30 minutos iniciais.
2. A prova consistirá de 40 questões com quatro alternativas (**A, B, C e D**), das quais apenas uma é verdadeira. Leia atentamente cada questão e escolha a alternativa, marcando sua resposta no cartão-resposta, cobrindo todo o espaço correspondente à letra a ser assinalada. **Utilize somente caneta azul ou preta.**  
Ex.: 

A	<b>B</b>	C	D
---	----------	---	---
3. A leitora de marcas **não registrará** as respostas em que houver **falta de nitidez, uso de corretivo, marcação a lápis ou marcação de mais de uma letra.**
4. O cartão-resposta não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado. Exceto sua assinatura, nada deve ser escrito ou registrado fora dos locais destinados às respostas.
5. Verifique se o seu nome, número de inscrição, número de identidade e cargo, estão corretos no cartão-resposta. Se houver erro, comunique-o ao chefe de sala. Não se esqueça de assiná-lo.
6. Durante a prova, é vedado o intercâmbio e o empréstimo de material de qualquer natureza entre os candidatos. A fraude ou tentativa, a indisciplina, o desrespeito às autoridades encarregadas dos trabalhos são faltas que desclassificarão o candidato.
7. Não poderão ser utilizados, durante a prova, recursos, tais como: régua de cálculo, dicionário, máquina de calcular, aparelho celular e similares, bem como qualquer outro material de consulta.
8. Ao terminar, entregue ao chefe de sala a prova e o **cartão-resposta** assinado, que é o único documento válido para a correção.
9. Esta prova terá duração de **4 horas**, com início às 8h e término às 12h.

10. Coloque os seus dados abaixo:

**INSCRIÇÃO Nº**

--	--	--	--	--

**SALA**

--

**NOME EM LETRA DE FORMA**

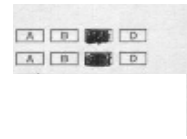
--

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
JUNHO/2008

**PROVA OBJETIVA:**

Este Caderno de Prova contém 40 (quarenta) questões, numeradas de 01 a 40, todas com 04 (quatro) alternativas. Verifique se o caderno está completo ou se há imperfeições. Nestes casos, informe, imediatamente, ao fiscal.

**Marque seu cartão-resposta, pintando completamente o quadrinho correspondente à sua resposta, conforme o modelo:**



**MÉDICO TRAUMATOLOGISTA – SMS**

01. Em relação à via de acesso posterior ao cotovelo, podemos afirmar, corretamente, que
- A) não existe risco de lesão do nervo radial.
  - B) a extensão proximal do acesso pode ser feita, com segurança, além do 1/3 distal do úmero.
  - C) pode ser utilizada para o tratamento das contraturas em extensão da articulação do cotovelo.
  - D) dispensa o isolamento do nervo ulnar.
02. Com o advento da fixação interna estável das fraturas observou-se um novo tipo de consolidação óssea, denominado consolidação óssea primária. Como características radiológicas desse novo tipo de consolidação óssea, são citadas:
- I. Formação abundante de calo ósseo.
  - II. Em sua fase inicial, reabsorção das extremidades ósseas do foco de fratura e espessamento cortical.
- Sobre as duas características listadas acima, assinale o correto.
- A) Apenas a I é característica.
  - B) Apenas a II é característica.
  - C) Ambas são características.
  - D) Ambas não são características.
03. As fraturas do colo do fêmur, em crianças, devem ser tratadas levando-se em consideração o tipo da fratura, o plano ou ângulo da linha da fratura, o grau do desvio e a idade do paciente. Assinale a alternativa que contém uma afirmação verdadeira.
- A) A ocorrência de fraturas nas regiões transepifisárias ou cervicotrocanteriana não está associada a altos índices de necrose avascular da cabeça do fêmur.
  - B) Na osteossíntese das fraturas do colo femoral, em crianças, são utilizados, preferencialmente, fios rosqueados e que ultrapassem a fase de crescimento.
  - C) Se o ângulo de Pauwell for maior que 40 graus, nas fraturas transcervicais ou cervicotrocanterianas não desviadas, não há necessidade de fixação interna de tal fratura.
  - D) Nas fraturas do tipo II de Debet-Colona, a melhor conduta é a cirurgia.
04. O grande risco de fraturas do fêmur, em crianças, é a necrose asséptica da cabeça do fêmur. Ratliff descreveu três padrões de necrose avascular, após fraturas do colo femoral, em crianças. Assinale a alternativa que contém uma afirmação verdadeira.
- A) A artéria do ligamento redondo tem contribuição significativa para a circulação da epífise da cabeça do fêmur, antes da idade dos 8 anos.
  - B) Nas necroses do tipo I, ocorre interrupção do suprimento sanguíneo pelos vasos epifisários laterais, metafisários e nutrientes.
  - C) Nas necroses do tipo II, ocorre necrose total e colapso completo da cabeça do fêmur.
  - D) As necroses do tipo III são as mais comuns.
05. Em relação ao uso de antibiótico como profilaxia nas cirurgias traumato-ortopédicas, é **INCORRETO** afirmar que
- A) o antibiótico a ser utilizado como profilático deve apresentar como características: ser adequado ao combate do agente bacteriológico, ser isento de toxicidade e ter baixo custo.
  - B) A maior parte das infecções em cirurgia ortopédica é provocada por *Staphylococcus* ou outros cocos Gram positivos.
  - C) As cefalosporinas de primeira geração não têm atuação sobre bactérias Gram negativas.
  - D) A cefazolina apresenta características de altas concentrações no osso e no sangue e meia vida mais longa.

06. O atendimento ao paciente politraumatizado é baseado em orientações contidas no ATLS (*Advanced Trauma Life Support*). Assinale a alternativa que contém uma afirmação verdadeira.
- A) O controle das perdas sanguíneas, bem como do volume sanguíneo, deve preceder o controle das condições respiratórias.
  - B) A avaliação do estado neurológico é precedida pela exposição do corpo, à procura de possíveis sangramentos.
  - C) O controle da via aérea (permeabilidade), com estabilização da coluna cervical, é o 1º passo a ser tomado, no atendimento do politraumatizado.
  - D) O controle da circulação cardíaca deve preceder o controle respiratório.
07. De acordo com a classificação de Anderson e Dalonso para as fraturas do processo odontóide do eixo, podemos afirmar, corretamente, que
- A) as fraturas dos tipos I e III são tratadas de forma cirúrgica, a princípio.
  - B) nas fraturas do tipo II, existe um alto índice de pseudoartrose.
  - C) as fraturas do tipo III são algumas que atingem o ápice do dente do eixo.
  - D) as fraturas do tipo II quase nunca são tratadas cirurgicamente.
08. No estadiamento dos sarcomas, segundo Enneking, o estágio IIB corresponde àquele tumor que, além da ausência de metástase, apresenta
- A) baixo grau (G1) intra compartimental.
  - B) baixo grau (G1) extra compartimental.
  - C) alto grau (G2) intra compartimental.
  - D) alto grau (G2) extra compartimental.
09. Um menino com 11 anos de idade, queixa-se de “estalo” no joelho, sem dor, há vários anos. O exame físico apresenta protuberância de 1 cm, imediatamente anterior ao ligamento colateral lateral. O exame radiográfico é normal, exceto por leve achatamento do côndilo femoral lateral e pequeno alargamento do espaço articular lateral, quando comparado com o joelho oposto. O diagnóstico mais provável é
- A) osteocondrite dissecante.
  - B) cisto poplíteo.
  - C) corpo livre intra-articular.
  - D) menisco lateral discóide.
10. Em relação aos fixadores externos e levando-se em consideração sua classificação quanto aos planos de fixação, assinale a associação correta.
- A) Uniplanar unilateral: pinos rosqueados, transfixantes com barras de fixação colocadas em apenas um dos lados do segmento.
  - B) Uniplanar bilateral: pinos rosqueados, não-transfixantes com barras de estabilização colocadas uma em cada face do membro.
  - C) Biplanar unilateral: pinos rosqueados, não passantes, inseridos em uma só face do membro, em dois planos diversos.
  - D) Biplanar bilateral: montagem uniplanar bilateral com uma terceira série de pinos inseridos paralelamente ao plano das outras.
11. São locais seguros para colocação de pinos de Schantz, na montagem dos fixadores externos no úmero:
- A) acrômio, grande tuberosidade e superfície posterior da metade proximal do úmero.
  - B) acrômio, grande tuberosidade e superfície posterior do 1/3 distal do úmero.
  - C) acrômio, superfície posterior do 1/3 distal do úmero e epicôndilo medial.
  - D) grande e pequena tuberosidade do úmero e epicôndilo lateral.
12. Assinale a alternativa com a afirmação **FALSA**.
- A) A dinamização dos fixadores externos promove estímulo à revitalização local, com conseqüente estímulo à consolidação óssea.
  - B) As principais complicações decorrentes do uso de fixadores externos são: infecção nos locais de inserção dos pinos, afrouxamento e quebra dos pinos e limitação da movimentação articular.
  - C) Os sistemas que permitem transporte ósseo constituem recurso inestimável no tratamento das perdas de substância, tanto óssea quanto de partes moles.
  - D) Não há necessidade da troca de posição e trajeto dos pinos, quando na substituição de um fixador externo por outro mais estável, naqueles casos em que há infecção local.

As questões 13, 14 e 15 devem ser resolvidas com base na seguinte situação clínica:

“Paciente do sexo masculino, 35 anos, vítima de atropelamento em zona rural, apresentando fratura exposta ao nível do 1/3 médio da tíbia esquerda associada à laceração cutânea de 5 cm de extensão.”

13. De acordo com a situação clínica exposta, podemos enquadrar tal fratura, levando-se em consideração a classificação de Gustillo e Anderson para fraturas expostas, como sendo do tipo
- A) I.
  - B) II.
  - C) III A.
  - D) III B.
14. Ainda em relação à situação descrita, anteriormente, o atendimento inicial ao paciente deve ser:
- A) encaminhá-lo, imediatamente, ao centro cirúrgico.
  - B) fazer lavagem exaustiva do foco, na sala de emergência.
  - C) realizar a estabilização clínica (ATLS).
  - D) solicitar exames radiológicos.
15. A antibioticoprofilaxia, mais adequada, a ser empregada, nesse caso, é
- A) cefalospirina de 1ª geração.
  - B) cefalosporina de 1ª geração + aminoglicosídeo.
  - C) cefalospirina de 1ª geração + aminoglicosídeo + penicilina.
  - D) cefalosporina de 3ª geração.
16. Nas fraturas expostas grau III de Gustilla e Andreson são consideradas indicação absoluta de amputação imediata, **EXCETO**
- A) lesão do nervo tibial posterior.
  - B) contraturas articulares de qualquer gravidade.
  - C) lesão, esmagamento > 6 horas de isquemia quente.
  - D) lesão muscular extensa, sem condições de reconstrução.
17. Levando-se em consideração a classificação de Hotchkiss para as fraturas da cabeça do rádio, podemos afirmar, corretamente, que
- A) a fratura de grau I é aquela em que o desvio é menor que 2 mm e existe bloqueio mecânico.
  - B) quando houver indicação para excisão da cabeça do rádio, seja nas fraturas do tipo 2 ou nas do tipo 3 é necessária a manutenção da integridade do complexo ligamentar lateral do cotovelo.
  - C) as fraturas do tipo III permitem, na maioria das vezes, a osteossíntese e preservação da cabeça do rádio.
  - D) as fraturas do tipo II são aquelas em que o desvio é maior que 2 mm e, obrigatoriamente, há bloqueio mecânico da rotação.
18. De acordo com a classificação de Sauter e Harris para as lesões fisárias, é **INCORRETO** afirmar que
- A) as lesões do tipo II são intra-articulares.
  - B) nas lesões do tipo II, o fragmento metafisário aderido à epífise é conhecido como sinal de Thuston Holland.
  - C) a lesão do tipo VI trata-se de uma contusão do anel pericondral, na margem externa da fise.
  - D) nas lesões do tipo II, o plano de fratura acompanha a linha fisária por uma distância variável, antes de deslocar-se para a metáfise.
19. Com relação ao tumor de células gigantes (TCG), é **INCORRETO** afirmar que
- A) acomete pacientes com maturidade esquelética.
  - B) apresenta localização diafisária nos ossos longos.
  - C) há incidência maior em torno dos 30 anos de idade.
  - D) são comuns achados clínicos não específicos como dor, aumento de volume e limitação funcional.
20. Em relação ao osteoma osteóide, é **INCORRETO** afirmar que
- A) seu nicho é formado por tecido celular altamente vascularizado, composto por osso imaturo e tecido osteóide.
  - B) seu nicho tem diâmetro superior a 1,5 cm.
  - C) pode ocorrer tanto em osso cortical quanto em osso esponjoso.
  - D) apresenta características histológicas semelhantes ao osteoblastoma.
21. Quando realizamos artroscopia do ombro, uma das estruturas a ser examinada é o tendão da porção longa do bíceps que, em algumas situações, pode estar alterado. Nesta situação específica, assinale a alternativa que contém a melhor opção de tratamento.
- A) Se o tendão encontra-se com uma lesão de, aproximadamente, 50% de sua espessura, deve ser feito, apenas, o seu debridamento.
  - B) Se o tendão encontra-se com uma lesão de, aproximadamente, 50% de sua espessura, deve ser realizada sua tenotomia e/ou tenodese, junto ao sulco intertubercular.
  - C) Se o tendão encontra-se com fibrilação, é necessária sua tenodese junto ao tendão do subescapular, que se encontra ao lado.
  - D) Sempre que houver uma fibrilação de suas fibras, independente do grau de comprometimento da espessura do tendão, realizar a tenotomia.

As questões 22, 23 e 24 devem ser resolvidas com base na seguinte situação clínica:

“Paciente do sexo feminino, 13 anos de idade, menarca 0, com relato de dor na face medial da coxa e joelho esquerdos, há 7 meses, com piora após atividade física, sem trauma ou febre associada, com exame físico mostrando marcha claudicante, à custa do MIE, com limitação da abdução e rotação interna do quadril esquerdo e manobra de Dhreman positiva.”

22. O exame complementar que você solicitaria, neste momento, seria
- A) raio X do joelho esquerdo AP/P.
  - B) raio X da bacia AP e Rã.
  - C) raio X do joelho esquerdo AP/P e raio X de coluna lombar AP/P.
  - D) ressonância magnética do joelho esquerdo.
23. Com base no exame requerido, anteriormente, você
- A) solicitaria uma artro-ressonância magnética.
  - B) solicitaria uma cintilografia óssea.
  - C) solicitaria uma planigrafia do quadril.
  - D) não solicitaria outro exame de imagem.
24. Em relação a este caso, a doença
- A) é mais comum em meninas.
  - B) é, freqüentemente, bilateral.
  - C) pode ocorrer em qualquer idade.
  - D) na maioria das vezes, é de origem traumática.
25. Em relação ao comprometimento do pé e do tornozelo pela neuroartropatia de Charcot, assinale a alternativa que contém uma afirmação **FALSA**.
- A) As principais causas que podem desencadear a neuroartropatia de Charcot são: diabetes *mellitus*, hanseníase, mielodisplasia, alcoolismo crônico, lesões traumáticas dos nervos periféricos e as doenças desmielinizantes progressivas.
  - B) No paciente diabético, com neuropatia sensitiva instalada, as fraturas-luxações agudas do médio-pé devem ser, preferencialmente, tratadas com redução aberta imediata e restituição completa da anatomia. A fixação interna deve ser transarticular, empregando parafusos de pequenos fragmentos e compressão interfragmentária, para evitar o uso de imobilização gessada prolongada e suas complicações, nos pacientes com pés insensíveis.
  - C) A presença de proeminências ósseas anormais na superfície plantar do pé provoca o aparecimento de áreas de hiperpressão e, freqüentemente, desencadeia o aparecimento de úlceras recorrentes nas áreas de apoio.
  - D) O médio-pé é a sede mais freqüente de comprometimento osteoarticular, ocorrendo deformação progressiva em abdução e colapso do arco medial.
26. O diagnóstico definitivo de osteoporose é fechado pelo(a)
- A) história clínica.
  - B) exame físico.
  - C) exame radiográfico.
  - D) densitometria óssea.
27. A terapia de reposição hormonal (TRH) é indicada para o tratamento da osteoporose porque
- A) estimula a osteogênese, por ação dos osteócitos.
  - B) inibe a ação dos osteoblastos.
  - C) estimula a ação dos osteoclastos.
  - D) diminui o risco de fratura do quadril.
28. Em relação à artrite séptica do quadril em crianças, podemos afirmar, corretamente, que
- A) o membro acometido, freqüentemente, adquire uma posição de rotação interna e flexão, sendo dolorosa a manipulação.
  - B) febre elevada, leucocitose e discreto quadro algíco são achados comuns em prematuros.
  - C) as bactérias chegam à articulação por três vias que são, em ordem de importância: hematogênica, contigüidade de foco infeccioso adjacente e inoculação direta.
  - D) alterações radiográficas precoces, mostrando aumento do espaço articular e distensão da cápsula, sugerem destruição da cartilagem da cabeça femural.
29. A síndrome do piriforme é causada por compressão do nervo
- A) supra-escapular, na incisura supra-escapular.
  - B) fêmuro-cutâneo, na região anterior do quadril.
  - C) axilar, no ombro.
  - D) ciático, na face posterior do quadril.

30. São indicações absolutas de tratamento cirúrgico das fraturas da diáfise do úmero em adultos, **EXCETO**
- A) bilateralidade.
  - B) fraturas associadas à lesão vascular.
  - C) fratura exposta.
  - D) interposição de partes moles.
31. Analisando a classificação de Bado, para fratura-luxação de Monteggia, assinale a alternativa que contém uma afirmação **FALSA**.
- A) Tipo I: luxação anterior da cabeça radial com fratura angulada anteriormente da diáfise ulnar.
  - B) Tipo II: luxação posterior ou póstero-lateral da cabeça radial, com fratura angulada anteriormente da diáfise ulnar.
  - C) Tipo III: luxação lateral ou antero-lateral da cabeça radial e fratura da metáfise proximal da ulna.
  - D) Tipo IV: luxação anterior da cabeça radial, com fratura diafisária do 1/3 proximal de ambos os ossos do antebraço.
32. Paciente de 55 anos de idade que apresenta lesões osteolíticas arredondadas, difusas, tipo saca-bocado, osteoporose, com VHS elevado, hipercalcemia e hipergamaglobulinemia, tem como dignóstico mais provável
- A) hiperparatireoidismo.
  - B) doença de Gaucher.
  - C) mieloma múltiplo.
  - D) reticulossarcoma.
33. Irritabilidade, deficiência para ganho de peso, hemorragia gengival e dores ósseas generalizadas, com raio X da região distal do fêmur mostrando as, chamadas, linhas de Fraenkel, sugerem
- A) hiperparatireoidismo.
  - B) deficiência de fator VIII.
  - C) escorbuto.
  - D) osteogênese imperfeita.
34. Na escoliose idiopática, a classificação de King é usada para as curvas
- A) lombares.
  - B) tóraco-lombares.
  - C) torácicas.
  - D) duplas.
35. É indicação para utilização de colete, para o tratamento da escoliose idiopática,
- A) paciente esqueleticamente maduro.
  - B) curvas acima de 40 graus.
  - C) paciente de Risser 5.
  - D) paciente esqueleticamente imaturo com curvas de 20 a 40 graus.
36. A lesão do tipo "mallet finger" (dedo em martelo), quando não é tratada, pode evoluir para
- A) garra ulnar.
  - B) dedo em gatilho.
  - C) deformidade em pescoço de cisne.
  - D) deformidade em botoeira.
37. Paciente com 78 anos de idade com doença de Parkinson, sofre fratura do colo do fêmur grau IV de Garden. Neste caso, a melhor terapêutica é
- A) artroplastia parcial do quadril.
  - B) tração trans-esquelética.
  - C) fixação com DHS.
  - D) cirurgia de Girdstone.
38. Sobre a moléstia de De Quervain, assinale o correto.
- A) A patologia ocorre no primeiro túnel extensor, entre os tendões do abductor longo e extensor curto do polegar.
  - B) O teste clínico que melhor reproduz a dor baseia-se em agarrar o polegar e promover rápida abdução na mão no sentido ulnar.
  - C) No tratamento conservador, são condenadas talas de repouso e injeção de corticóides.
  - D) É uma patologia que acomete mais os homens.
39. São sinais importantes, na semiologia da síndrome do impacto do ombro, **EXCETO**
- A) manobra de Jobe.
  - B) manobra de Neer.
  - C) sinal do bíceps ou Speed.
  - D) sinal do sulco.
40. Na deformidade de Sprengel,
- A) o osso homovertebral está presente, em todos os casos.
  - B) a musculatura paraescapular é normal.
  - C) o tratamento cirúrgico, que inclui abaixamento da escápula, é mais indicado em pacientes com menos de 10 anos de idade.
  - D) a morcelização da clavícula nunca deve ser indicada.