Nucvest
vestibulares e concursos

RESIDÊNCIA MÉDICA
PUC-SP • 2027

PUC-SP

Especialidade com pré-requisito em Ortopedia e Traumatologia ou Cirurgia Plástica

CIRURGIA DA MÃO



O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

Instruções

- A duração da prova é de 3 horas, devendo o candidato permanecer na sala por, no mínimo, 1 hora e meia.
- A prova contém 50 questões objetivas, cada uma com quatro respostas, das quais apenas uma é correta.
- Assinale na folha óptica de respostas a alternativa que julgar correta, preenchendo com caneta esferográfica (azul ou preta), com traço forte, dentro do espaço. Evite amassar e rasurar.
- Não serão computadas as questões que contenham mais de uma resposta assinalada na folha óptica. Também não serão computadas aquelas respostas com emenda ou rasura, ainda que legíveis, assinaladas com traço fraco ou em branco.
- Desligue o celular, similares e quaisquer outros equipamentos eletrônicos e coloque-os no envelope designado para este fim.
- Não é permitido o uso de relógio, seja digital, seja analógico, com calculadoras ou outros recursos. Coloque-o no envelope também.
- Será excluído da seleção o candidato que lançar mão de meios ilícitos para a execução da prova.
- Ao término da prova, o candidato deverá devolver ao fiscal o caderno de questões e a folha óptica de respostas.

Boa prova!

ESPECIALIDADE COM PRÉ-REQUISITO EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA OU CIRURGIA PLÁSTICA:

500 – Cirurgia da Mão

Questão 01

A fasciíte necrotizante é uma emergência cirúrgica de rápida progressão. Qual sinal clínico, além do eritema, é altamente sugestivo do quadro e ajuda a diferenciá-la de uma celulite comum?

a) Edema que se limita estritamente à área da vermelhidão cutânea.
b) Melhora significativa da dor após elevação do membro por 12 horas.
c) Dor desproporcional aos achados físicos iniciais e edema sem cacifo que se estende além das margens do eritema.
d) Presença constante de crepitação e de bolhas de gás visíveis em radiografias simples.

Questão 02

O termo "diátese" é utilizado para descrever um fenótipo de Dupuytren com maior agressividade biológica e risco de recidiva. Quais fatores são classicamente utilizados para guiar essa recomendação clínica?

a) Sexo feminino, diabetes e tabagismo.
b) Localização no dedo indicador, ausência de nódulos e idade acima de 70 anos.
c) História familiar positiva, acometimento bilateral, presença de doença de Ledderhose e coxins interfalângicos (knuckle pads).
d) Trabalho manual pesado, etnia asiática e bilateralidade tardia.

Questão 03

Na reconstrução do ligamento volar para tratamento de instabilidade ou luxação da articulação carpometacarpal (CMC) do polegar (técnica de Eaton), qual enxerto tendíneo é mobilizado e como ele é transfixado no osso?

a) O tendão do abdutor longo do polegar (APL), passado por um túnel no osso trapézio.
b) A metade ulnar do tendão extensor curto do polegar (EPB), passada sob o ligamento transverso do carpo.
c) O tendão palmar longo (PL), fixado com âncoras de sutura na face dorsal do trapézio.
d) A metade radial do tendão flexor radial do carpo (FCR), passada por um túnel feito na base do primeiro metacarpo.

Questão 04

No tratamento não cirúrgico de contraturas em flexão da articulação interfalângica proximal (IFP), o uso de órteses é rotineiro para aplicar tensão e alongar os tecidos. Contudo, o cirurgião de mão deve estar atento aos limites de tolerância biológica para evitar complicações cutâneas. A partir de qual valor de pressão aplicada sobre a pele dorsal da IFP ocorre isquemia, limitando o uso dessas órteses?

a) 15 g/cm² ou superior.
b) 25 g/cm² ou superior.
c) 35 g/cm² ou superior.
d) 50 g/cm² ou superior.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

• Questão 05 •

Na técnica cirúrgica de artrodese escafotrapeziotrapezoidal (STT), o cirurgião deve atentar-se ao alinhamento adequado do escafoide durante a fixação provisória com fios de Kirschner. Para garantir uma congruência radioescafoidea ideal e maximizar a amplitude de movimento no pós-operatório, o escafoide deve ser posicionado em qual angulação na incidência lateral?

a) 30 graus de extensão em relação ao longo eixo do rádio.
b) 55 graus de flexão em relação ao longo eixo do rádio.
c) Alinhamento neutro (0 grau) paralelo ao eixo do terceiro metacarpal.
d) Flexão máxima permitida pela articulação (cerca de 80 graus).

• Questão 06 •

A membrana interóssea desempenha papel fundamental na integridade mecânica do antebraço. Qual estrutura fornece 71% da contribuição de tecidos moles para a rigidez longitudinal do antebraço e atua como a barreira primária contra a migração proximal do rádio quando a cabeça radial está danificada ou ausente?

a) O feixe oblíquo distal (DOB).
b) O ligamento subcruente.
c) O ligamento radioulnar palmar.
d) A banda central da membrana interóssea.

• Questão 07 •

Em todas as fraturas do escafoide, a não união ocorre em 10% a 15%. Quais fatores aumentam significativamente esse risco?

a) Atraso no tratamento por mais de 4 semanas, fraturas do polo proximal, deslocamento da fratura maior que 1 mm e uso de tabaco.
b) Atraso no tratamento por mais de 4 semanas, deslocamento da fratura maior que 1 mm, idade abaixo de 20 anos e fraturas do tubérculo.
c) Tratamento imediato com gesso curto e fraturas estáveis da cintura.
d) Sexo feminino e fraturas causadas por traumas de baixa energia.

• Questão 08 •

A neuropatia ulnar é uma complicação comum após a fixação cirúrgica de fraturas bicolunares do úmero distal, com incidência estimada em cerca de 19%. Sobre o manejo profilático do nervo ulnar durante a cirurgia, e de acordo com as metanálises recentes, assinale a alternativa correta:

a) A transposição subcutânea anterior sistemática reduz a incidência de neuropatia pós-operatória para menos de 5%.
b) O manejo *in situ* (sem transposição) do nervo ulnar resulta em menor incidência de neuropatia pós-operatória do que a transposição ativa.
c) A transposição anterior intramuscular é o único método que oferece efeito protetor comprovado contra a neuropatia tardia.
d) O nervo ulnar deve ser rotineiramente transposto para o compartimento anterior sob o músculo pronador redondo para evitar estiramento.

• Questão 09 •

Durante a abordagem cirúrgica para redução e fixação interna da cabeça ou colo do rádio, o nervo interósseo posterior (NIP) corre o risco de lesão iatrogênica. Qual posição do antebraço afasta o NIP do campo operatório, proporcionando uma "zona de segurança" média de aproximadamente 5 cm para dissecção e instrumentação?

a) Supinação total do antebraço.

b) Flexão do cotovelo a 90° com posição neutra do antebraço.

c) Extensão total do cotovelo associada à supinação máxima.

d) Pronação total do antebraço.

• Questão 10 •

A chamada "Tríade Terrível" do cotovelo é uma lesão grave caracterizada por alto risco de instabilidade recorrente e artrose pós-traumática. Qual é a composição anatômica dessa tríade e qual é a sequência do algoritmo cirúrgico padrão (*inside-out*) recomendado para o seu tratamento?

a) Fratura do olécrano + fratura do capítulo + lesão do nervo ulnar; repara-se primeiro o nervo ulnar e depois a fise distal.

b) Luxação ulno humeral + fratura da cabeça do rádio + fratura do processo coronoide; o protocolo cirúrgico preconiza a fixação/reparo do coronoide e cápsula anterior, seguido pelo manejo da cabeça do rádio e pelo reparo do ligamento colateral lateral (LCL).

c) Luxação radio capitelar + fratura da diáfise ulnar + ruptura da membrana interóssea; realiza-se primeiramente a fixação da ulna e ressecção simples da cabeça do rádio.

d) Fratura do epicôndilo medial + fratura da cabeça do rádio + luxação anterior; o tratamento consiste em reconstrução do ligamento colateral medial (LCM) e imobilização em extensão total por 6 semanas.

• Questão 11 •

Durante a liberação aberta do cotovelo pela via lateral, o cirurgião realiza a elevação da musculatura extensora e braquiorradial sobre a cápsula articular. Qual estrutura nervosa está em risco durante a extensão proximal dessa abordagem e como ela deve ser identificada?

a) O nervo ulnar que deve ser localizado no intervalo entre os músculos ancôneo e o extensor ulnar do carpo.

b) O nervo radial que corre risco de lesão quando a exposição proximal se estende a 10 cm ou mais acima do epicôndilo lateral, devendo ser identificado no intervalo entre os músculos braquiorradial e o braquial.

c) O nervo interósseo anterior que cruza superficialmente a crista supracondilar lateral.

d) O nervo cutâneo antebraquial medial que necessita ser rotineiramente transposto na abordagem lateral.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

• Questão 12 •

Antes da incisão da pele e da confecção dos portais artroscópicos do compartimento anterior no cotovelo, realiza-se a insuflação/distensão da articulação para aumentar a margem de segurança neurovascular. Qual é o volume de solução salina recomendado e por quais pontos anatômicos deve ser realizada a injeção para distensão articular?

a) Injeção de 5 a 10 mL de solução salina no sulco do nervo ulnar.
b) Injeção de 100 mL de solução salina através da tuberosidade do rádio.
c) Injeção de 20 a 40 mL de solução salina através do "ponto mole" (*soft spot*) ou percutaneamente pelo tendão do tríceps na fossa do olécrano.
d) Injeção de 50 a 80 mL de solução salina exclusivamente pelo portal anteromedial sem insuflação prévia.

• Questão 13 •

A apresentação clínica da compressão do nervo ulnar no punho varia de acordo com o nível anatômico exato dentro do Canal de Guyon. Qual achado clínico-anatômico define uma compressão localizada especificamente na Zona II desse canal?

a) Déficit misto (motor e sensitivo) por compressão proximal à bifurcação do nervo.
b) Déficit motor puro dos músculos intrínsecos por compressão ao longo do ramo motor profundo.
c) Déficit sensitivo puro no território digital palmar ulnar devido à compressão do ramo superficial.
d) Dor e parestesia na face dorsal do dedo mínimo devido à compressão do ramo cutâneo dorsal.

• Questão 14 •

Quando há um defeito nervoso (gap) que impede o reparo direto sem tensão, a enxertia nervosa é indicada. Qual é considerado o nervo doador de escolha *(workhorse)* para enxerto autólogo devido ao seu comprimento e baixa morbidade no sítio doador?

a) Nervo sensitivo radial.
b) Nervo fêmoro-cutâneo lateral.
c) Nervo sural.
d) Nervo colateral medial do antebraço.

• Questão 15 •

Na avaliação motora de um paciente com lesão fechada do plexo braquial, o examinador constata perda completa da função dos músculos romboides e do músculo serrátil anterior. Do ponto de vista anatômico, o que esse achado indica?

a) Lesão distal no nível dos cordões infraclaviculares.
b) Lesão isolada dos ramos terminais musculocutâneo e mediano.
c) Lesão muito proximal ou pré-ganglionar (avulsão) envolvendo as raízes de C5, C6 e C7.
d) Compressão do nervo radial no septo intermuscular lateral.

• Questão 16 •

No tratamento cirúrgico da sindactilia congênita em crianças, a idade ideal para a separação dos dedos varia de acordo com as comissuras envolvidas e o risco de desenvolvimento de deformidades secundárias. Qual é a conduta recomendada quanto ao momento cirúrgico para a separação de uma sindactilia que acomete a primeira comissura (polegar-indicador) ou a quarta comissura (anelar-mínimo)?

a) A separação deve ser realizada precocemente, entre os 3 e 6 meses de idade, pois a discrepância de taxa de crescimento entre os dedos de tamanhos diferentes faz com que o dedo menor restrinja o dedo maior, levando a contraturas em flexão e deformidades rotacionais.

b) A cirurgia deve ser postergada para após os 5 anos de idade, visando aguardar a ossificação completa das falanges e diminuir a incidência de encurtamento do espaço interdigital (*web creep*).

c) A separação deve ocorrer rotineiramente entre 18 e 24 meses de idade para todas as comissuras indistintamente, pois o tamanho da mão já duplicou em relação ao nascimento.

d) Apenas a separação do quarto espaço interdigital deve ser precoce aos 3 meses; a primeira comissura só deve ser separada após a maturação esquelética devido ao risco de lesão do nervo mediano.

• Questão 17 •

A sinostose radioulnar proximal congênita (PRUS) é uma anomalia decorrente do defeito de separação pré-natal entre o rádio e a ulna. Qual é a principal indicação para a realização de uma osteotomia de derrotação do antebraço?

a) Ausência isolada da pronossupinação em casos unilaterais com o antebraço fixo em posição neutra (0°).

b) Antebraço fixo em posição de pronação extrema (> 60 graus) que interfere na função e em atividades diárias.

c) Subluxação posterior assintomática da cabeça do rádio em crianças menores de 2 anos.

d) Pedido cosmético dos pais para remoção da massa de fusão óssea proximal em casos de fusão completa.

• Questão 18 •

A classificação clínica descrita por Narakas e Slooff categoriza o espectro de gravidade da Paralisia Braquial Obstétrica (PBO) em quatro grupos para fins prognósticos. Qual das alternativas abaixo caracteriza corretamente o Grupo IV de Narakas e o seu prognóstico de recuperação espontânea?

a) Lesão clássica de C5-C6 sem déficit em punho/dedos, apresentando taxa de recuperação espontânea superior a 90%.

b) Lesão de C5-C7 com postura em "gorjeta de garçom" (*waiter's tip*), mantendo sensibilidade preservada sem acometimento simpático.

c) Extremidade totalmente flácida sem Síndrome de Horner, com alta probabilidade de recuperação motora completa sem cirurgia.

d) Extremidade flácida associada à Síndrome de Horner (ptose, miose, enoftalmia e anidrose), representando o comprometimento mais grave e com mínima chance de recuperação espontânea funcional sem reconstrução cirúrgica.

• Questão 19 •

Os limites de tolerância ao tempo de isquemia variam drasticamente conforme o nível anatômico da amputação e a quantidade de massa muscular contida no segmento amputado. Em amputações envolvendo o antebraço, qual é o limite de isquemia quente a partir do qual ocorre necrose muscular substancial e risco de coagulopatia grave após a reperfusão?

a) De 2 a 3 horas.

b) De 6 a 12 horas.

c) De 18 a 24 horas.

d) De 36 a 48 horas.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

• Questão 20 •

Na preparação do leito receptor para a aplicação de enxertos de pele (parciais ou totais) na mão, o controle da carga bacteriana é determinante para a integração (*take*) do enxerto. Qual é o limite quantitativo crítico de contaminação por grama de tecido a partir do qual a taxa de sucesso da enxertia cai drasticamente de 94% para apenas 19%?

a) 1.000.000 organismos por grama de tecido.
b) 100.000 organismos por grama de tecido.
c) 10.000 organismos por grama de tecido.
d) 1.000 organismos por grama de tecido.

• Questão 21 •

O enxerto ósseo pediculado da face dorsal do rádio distal baseado na artéria supraretinacular intercompartimental 1,2 (1,2 ICSRA) é amplamente utilizado no tratamento das pseudoartroses do polo proximal do escafoide. Qual é a origem anatômica da 1,2 ICSRA e qual é o seu trajeto em relação ao retináculo dos extensores?

a) Origina-se da artéria interóssea anterior e corre profundamente ao quarto compartimento extensor.
b) Origina-se da artéria radial (aproximadamente 5 cm proximal à articulação radiocárpica) e corre superficialmente ao retináculo dos extensores, entre o primeiro e o segundo compartimentos dorsais.
c) Origina-se da artéria ulnar e corre profundamente ao tendão do flexor ulnar do carpo.
d) Origina-se da artéria interóssea posterior e situa-se no septo entre o terceiro e quartos compartimentos.

• Questão 22 •

O retalho avançado volar de Moberg é uma técnica clássica para a cobertura de defeitos na polpa do polegar, sendo baseado em ambos os feixes neurovasculares próprios. Qual é o limite de cobertura desse retalho e a complicação associada quando se tenta cobrir defeitos excessivamente grandes exigindo mais de 45° de flexão da articulação interfalângica (IF)?

a) Cobre defeitos de até 1 cm; causa deformidade em garra e anestesia dorsal.
b) Cobre defeitos de até 2 cm (cerca de metade da polpa); o excesso de tensão pode resultar em contratura em flexão da articulação IF, polegar doloroso e deformidade em unha em bico (*beaked nail*).
c) Cobre defeitos de até 4 cm; causa necrose avascular constante da falange distal. D) Cobre defeitos restritos ao leito ungueal; leva à perda do movimento da articulação carpometacarpal.
d) Cobre defeitos restritos ao leito ungueal; leva à perda do movimento da articulação carpometacarpal.

• Questão 23 •

Ao planejar uma amputação transradial para restauração funcional e acoplamento protético ideal, qual é a distância de osteotomia recomendada em relação ao estiloide ulnar e qual o comprimento mínimo de ulna?

a) De 8 a 10 cm proximal ao estiloide ulnar; mínimo de 5 cm de ulna.
b) De 2 a 3 cm proximal ao estiloide ulnar; mínimo de 15 cm de ulna.
c) De 15 a 20 cm proximal ao estiloide ulnar; mínimo de 10 cm de ulna.
d) No nível exato da fise distal do rádio; mínimo de 1 cm de ulna.

• Questão 24 •

As perfurações na mão causadas por ferrões de bagres (marinhos ou de água doce) comumente evoluem com infecções bacterianas graves e retenção de fragmentos do ferrão, podendo exigir debridamento agressivo ou amputação do raio por osteomielite. Quais são os organismos bacterianos mais frequentemente isolados nessas infecções e os antibióticos recomendados para a fase inicial?

a) *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*; tratados com cefazolina ou vancomicina.

b) *Edwardsiella tarda*, espécies de *Vibrio* e *Aeromonas hydrophila*; tratados inicialmente com aminoglicosídeos ou ciprofloxacino.

c) *Clostridium perfringens* e *Bacteroides fragilis*; tratados exclusivamente com metronidazol oral.

d) *Mycobacterium marinum* e *Treponema pallidum*; tratados com penicilina benzatina.

• Questão 25 •

As posturas disfuncionais não anatômicas constituem uma das apresentações mais marcantes dos transtornos factícios e de conversão na mão. Na apresentação clássica da Síndrome do Punho Fechado (*clenched fist syndrome*), qual é o padrão característico de acometimento dos dedos?

a) Posição fletida fixa do polegar e indicador, com os três dedos ulnares totalmente estendidos e móveis.

b) Manutenção dos três dedos ulnares (médio, anelar e mínimo) em posição fletida rígida, enquanto o polegar e o indicador permanecem totalmente móveis e funcionais.

c) Extensão fixa de todos os cinco dedos associada a desvio radial rígido do punho a 90°.

d) Flexão isolada das articulações interfalângicas distais de todos os dedos com articulações metacarpofalângicas em hiperextensão.

• Questão 26 •

A fisiopatologia do dedo em gatilho (tenossinovite estenosante) envolve alterações biomecânicas e estruturais no tendão flexor e na polia A1. Em relação à constituição histológica da polia A1 normalmente comparada à polia do dedo em gatilho, assinale a alternativa correta:

a) A polia A1 normalmente é composta por três camadas e no dedo em gatilho sofre atrofia acentuada, tornando-se uma camada única de fibrose hialina.

b) A polia A1 normalmente possui duas camadas (interna densa e externa frouxa), enquanto no dedo em gatilho desenvolve três camadas distintas: uma lâmina interna de tecido conjuntivo irregular, uma camada média densa com condrometaplasia e uma camada externa frouxa.

c) No dedo em gatilho, a polia A1 apresenta proliferação de fibras elásticas com metaplasia óssea madura restrita à sua camada adventícia.

d) A alteração histológica do dedo em gatilho restringe-se exclusivamente ao tendão flexor profundo, mantendo a polia A1 histologicamente inalterada.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

• Questão 27 •

Ao avaliar um paciente idoso que apresenta uma faixa pigmentada escura na unha de um único dígito (melanoníquia longitudinal), o cirurgião de mão deve reconhecer os sinais clínicos de alerta para o diagnóstico de melanoma subungueal. Qual achado semiológico é conhecido como Sinal de Hutchinson e é altamente indicativo de proliferação melanocítica maligna?

a) Extensão da pigmentação escura para a pele peri ungueal.
b) Presença de distrofia e fratura transversal da lâmina ungueal sem alteração da prega cutânea.
c) Aparecimento simultâneo de faixas longitudinais em todas as unhas das mãos e dos pés.
d) Desaparecimento completo da faixa pigmentada após 2 semanas de imobilização e repouso.

• Questão 28 •

Sabe-se que a neuropraxia é a possível complicação mais comum após um bloqueio regional. A sua incidência de acometimento está entre

a) 3% a 8% dos casos e o uso de ultrassonografia pode minimizar o risco.
b) 8% a 13% dos casos e o uso de ultrassonografia pode minimizar o risco.
c) 3% a 8% dos casos e o uso de ultrassonografia não minimiza o risco.
d) 8% a 13% dos casos e o uso de ultrassonografia não minimiza o risco.

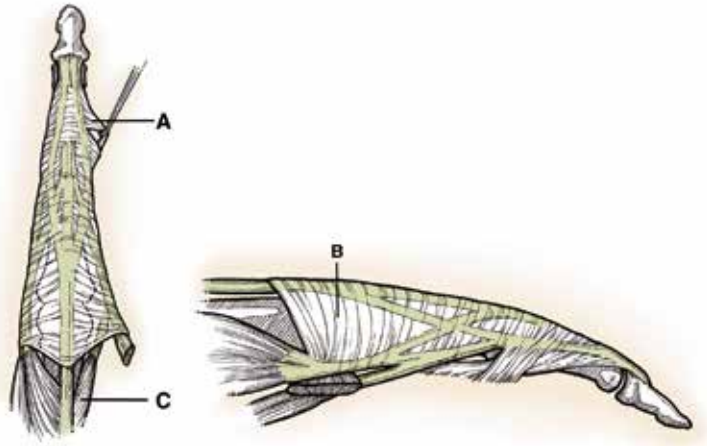
• Questão 29 •

Quais são as três apresentações mais comuns da infecção por *Mycobacterium tuberculosis* nas mãos?

a) Artrite das interfalângicas, abscesso da polpa digital e osteomielite dos metacarpais.
b) Tenossinovite dos flexores, infecção do punho e osteomielite de falange.
c) Tenossinovite dos extensores, artrite metacarpofalângica e osteomielite do rádio distal.
d) Infecção do espaço tenar, artrite radioulnar distal e osteomielite dos ossos do carpo.

• Questão 30 •

Quais as estruturas correspondentes às letras A, B e C, respectivamente, nas imagens abaixo?



a) A - Ligamento Retinacular Oblíquo, B - Banda Lateral, C - Músculo lumbrical.
b) A - Ligamento Triangular, B - Banda Lateral, C - Músculo interósseo dorsal.
c) A - Ligamento Retinacular Transverso, B - Banda Sagital, C - Músculo interósseo dorsal.
d) A - Ligamento Retinacular Oblíquo, B - Banda Sagital, C - Músculo lumbrical.

• Questão 31 •

Em relação às indicações de redução aberta nas fraturas diafisárias dos metacarpos, assinale a alternativa INCORRETA:

a) Fraturas expostas apresentam indicação particularmente relevante quando associadas à perda óssea, lesão de partes moles ou outras fraturas regionais.

b) Nas fraturas múltiplas, a perda do efeito estabilizador proporcionado pelos metacarpos adjacentes pode determinar instabilidade, embora a presença de múltiplas fraturas, isoladamente, não constitua indicação absoluta de tratamento cirúrgico.

c) Fraturas dos metacarpos da borda tendem a apresentar maior instabilidade que as dos metacarpos centrais, em razão do menor suporte de partes moles em ambos os lados.

d) Nas fraturas instáveis, deve-se buscar obrigatoriamente fixação rígida, pois a fixação apenas estável é insuficiente para permitir consolidação e reabilitação precoce.

• Questão 32 •

Em relação ao tratamento do hematoma subungueal traumático, assinale a alternativa CORRETA:

a) Hematomas que ocupam mais de 30% da superfície ungueal constituem indicação absoluta de remoção da unha e exploração do leito ungueal.

b) A presença de fratura da falange distal associada ao hematoma subungueal determina a retirada da unha, independentemente da integridade de suas margens.

c) A indicação de remoção da unha é determinada principalmente pela porcentagem do hematoma, sendo 50% o limite utilizado para diferenciar drenagem de exploração cirúrgica.

d) Na presença de unhas e margens ungueais íntegras, recomenda-se apenas drenagem do hematoma; se a unha estiver fraturada ou suas margens estiverem rompidas, recomenda-se sua remoção, exploração e reparo do leito ungueal.

• Questão 33 •

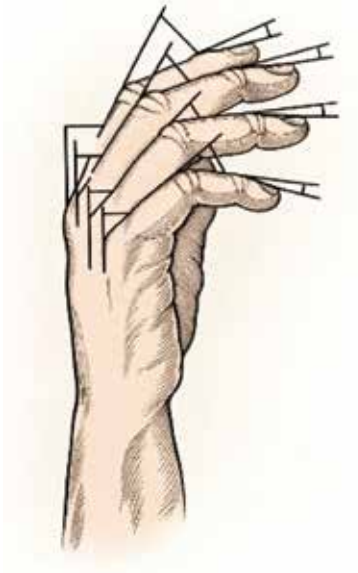
Na artrodese da articulação interfalângica proximal (IFP), o ângulo de flexão recomendado aumenta progressivamente do indicador para o dedo mínimo. Qual alternativa apresenta corretamente os ângulos para indicador, médio, anular e mínimo, respectivamente?

a) 40°, 45°, 50° e 55°.

b) 20°, 30°, 40° e 50°.

c) 50°, 45°, 40° e 35°.

d) 30°, 35°, 40° e 45°.



• Questão 34 •

Durante uma artroscopia do punho, observa-se ruptura dos componentes volar e dorsal do ligamento escafolunar, com alargamento global do espaço escafolunar, redutível após a retirada do probe. Segundo a classificação EWAS, qual o estágio da lesão?

a) II.

b) IIIA.

c) IIIB.

d) IIIC.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

• Questão 35 •

Em relação às lesões do ligamento escafolunar (SL) associadas às fraturas do rádio distal, assinale a alternativa CORRETA:

a) Lesões escafolunares Geissler I–III não tratadas apresentam elevada taxa de progressão para punho SLAC em longo prazo.
b) O alargamento escafolunar identificado na radiografia pré-operatória de pacientes de meia-idade ou idosos deve ser considerado uma lesão traumática aguda até prova em contrário.
c) Em pacientes jovens com fratura intra-articular de alta energia que termina na crista entre as fossas do escafoide e semilunar, deve-se suspeitar de lesão escafolunar aguda associada.
d) Lesões escafolunares associadas são exclusivas das fraturas intra-articulares do rádio distal.

• Questão 36 •

Segundo a classificação de Hastings e Graham para ossificação heterotópica do cotovelo, a perda parcial tanto da flexo extensão quanto da pronos supinação corresponde a:

a) Classe IIC.
b) Classe IIA.
c) Classe IIB.
d) Classe III.

• Questão 37 •

Qual é a complicação mais frequente após a reconstrução do complexo ligamentar colateral lateral (LCL) do cotovelo?

a) Neuropatia do nervo ulnar.
b) Rigidez do cotovelo.
c) Ossificação heterotópica.
d) Instabilidade recorrente.

• Questão 38 •

Um golfista apresenta dor medial súbita no cotovelo após atingir o solo com o taco durante uma tacada. O quadro persiste apesar do tratamento conservador para epicondilite medial. Qual diagnóstico deve ser especialmente considerado?

a) Avulsão da origem do grupo flexor pronador.
b) Lesão do ligamento colateral lateral.
c) Síndrome do túnel cubital.
d) Síndrome do pronador.

• Questão 39 •

Paciente de 74 anos apresenta fratura cominutiva do úmero distal, associada à dor e importante limitação funcional. A reconstrução por osteossíntese é considerada inviável. Considerando as indicações e contraindicações da artroplastia total do cotovelo, qual dos seguintes achados contraindica o procedimento?

a) Osteoartrite primária pré-existente do cotovelo.
b) Artrite pós-traumática associada à rigidez articular.
c) Cobertura inadequada de partes moles na região do cotovelo.
d) Idade avançada associada à impossibilidade de osteossíntese da fratura.

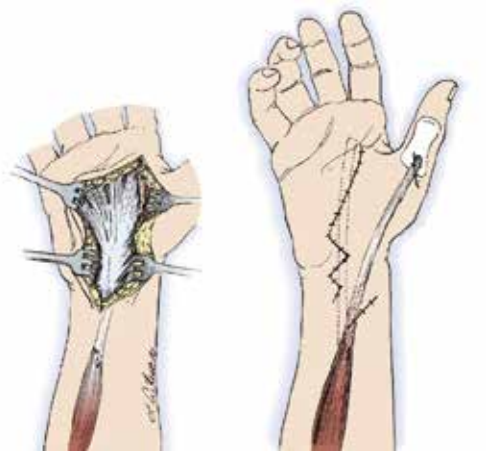
• Questão 40 •

Em relação à epidemiologia da síndrome do desfiladeiro torácico (TOS), assinale a alternativa CORRETA:

a) É mais frequente em homens e idosos.
b) É diagnosticada em mulheres 3,5 a 4 vezes mais frequentemente que em homens.
c) Não apresenta associação descrita com fatores ocupacionais.
d) Atividades realizadas com os membros superiores elevados diminuem a ocorrência de sintomas.

• Questão 41 •

Qual oponentoplastia está representada na imagem abaixo?



a) Oponentoplastia de Burkhalter.
b) Oponentoplastia de Huber.
c) Oponentoplastia de Bunnell.
d) Oponentoplastia de Camitz.

• Questão 42 •

Em relação à transferência tendínea do bíceps para o tríceps, assinale a alternativa CORRETA:

a) Contratura em flexão do cotovelo superior a 30° pode resultar em comprimento insuficiente do tendão do bíceps para alcançar o olécrano.
b) Pode ser realizada em pacientes com contratura em flexão do cotovelo de até 45°.
c) A presença de função residual do tríceps é requisito para indicação do procedimento.
d) O trajeto lateral do tendão é preferível por reduzir o risco de lesão do nervo radial.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

• Questão 43 •

A deformidade em mão em espelho está relacionada a alterações em qual centro de sinalização embrionária e respectiva proteína?

a) Crista ectodérmica apical — FGF.
b) Zona de atividade polarizante (ZPA) — *Sonic hedgehog* (SHH).
c) Via Wnt — Lmx-1.
d) Crista ectodérmica apical — Lmx-1.

• Questão 44 •

Qual das seguintes alterações é característica da aparência de crianças com amioplasia?

a) Hemangiomas tipo *stork bite* no occipício e na ponte nasal.
b) Hipertelorismo e implantação baixa das orelhas.
c) Macroglossia e micrognatia.
d) Hemangiomas predominantemente em região malar e mentoniana.

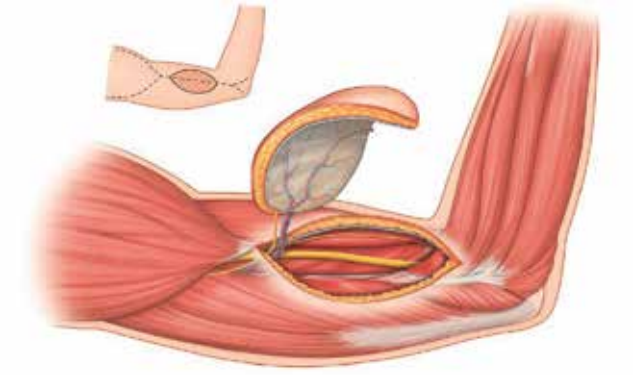
• Questão 45 •

Em relação ao tratamento da osteonecrose do polo proximal do escafóide em crianças, assinale a alternativa INCORRETA:

a) Enxertos ósseos vascularizados pediculados podem ser utilizados em procedimentos reconstrutivos.
b) A osteonecrose pode ocorrer especialmente em fraturas da cintura ou do polo proximal do escafóide.
c) Enxertos ósseos vascularizados provenientes do rádio distal podem ser utilizados com segurança em crianças com fise aberta.
d) A osteonecrose do polo proximal é uma situação rara e de tratamento complexo na população pediátrica.

• Questão 46 •

Qual é o principal suprimento arterial do retalho lateral do braço (ilustrado na imagem abaixo)?



a) Artéria colateral radial posterior.
b) Artéria colateral radial anterior.
c) Artéria recorrente radial.
d) Artéria colateral ulnar superior.

• Questão 47 •

Em relação à cicatrização por segunda intenção nas amputações da ponta digital, assinale a alternativa CORRETA:

a) Em perdas cutâneas de até 1,5 cm, a cicatrização geralmente ocorre no período de 3 a 4 semanas.
b) É indicada preferencialmente para perdas cutâneas de até 3 cm.
c) Apresenta recuperação sensitiva inferior às técnicas de reconstrução cirúrgica.
d) Deve-se evitar mobilização durante a cicatrização pelo risco de deiscência.

• Questão 48 •

A SDRC (Síndrome da Dor Complexa Regional) tipo II caracteriza-se por:

a) Ausência de lesão nervosa periférica.
b) Dor exclusivamente miofascial.
c) Ausência de disfunção autonômica.
d) Lesão nervosa periférica diagnosticável.

• Questão 49 •

Em relação à gota, assinale a alternativa CORRETA:

a) A hiperuricemia é necessária para confirmar o diagnóstico de gota durante uma crise aguda.
b) Níveis séricos normais de ácido úrico durante uma crise excluem o diagnóstico de gota.
c) Os cristais de urato apresentam formato rombóide e birrefringência positiva.
d) O diagnóstico é confirmado pela identificação de cristais em forma de agulha com birrefringência negativa no líquido articular.

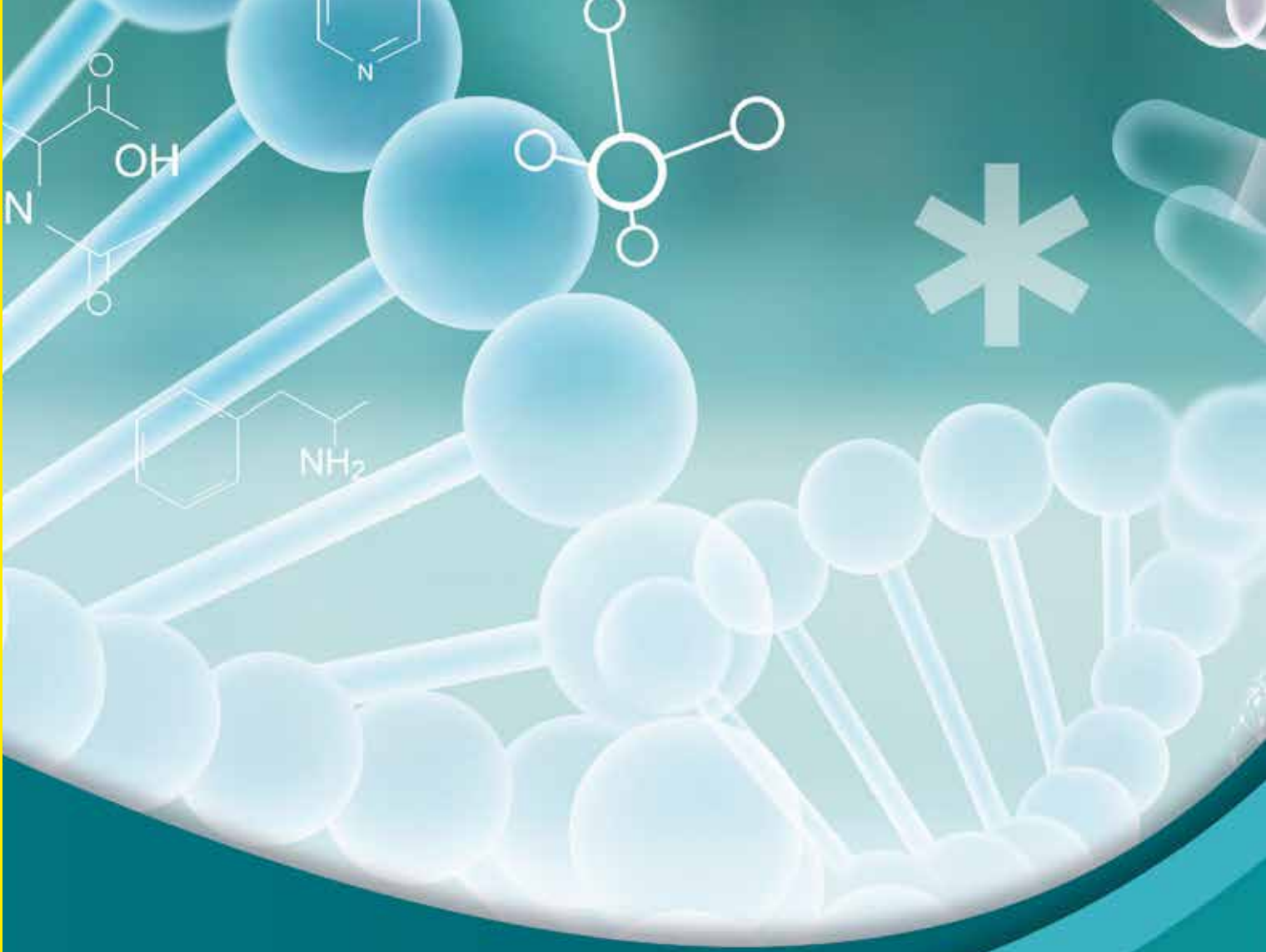
• Questão 50 •

Quais são os dois locais da mão mais suscetíveis à infecção secundária após queimaduras?

a) Polpa digital e região tenar.
b) Palma da mão e articulações metacarpofalangeanas.
c) Dorso das articulações interfalangeanas proximais e leito ungueal.
d) Comissuras digitais e região hipotênar.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.

O conteúdo desta prova é de propriedade da Fundação São Paulo. É expressamente proibida a sua reprodução, utilização em outros concursos, bem como o uso em sala de aula ou qualquer outro tipo, na totalidade ou em parte, sem a prévia autorização por escrito, estando o infrator sujeito à responsabilidade civil e penal.



PUC-SP

FUNDAÇÃO SÃO PAULO

Nucvest
vestibulares e concursos

www.nucvest.com.br