

TARO

2021

S B O T

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Caro Especializando:

Este é o **TESTE DE AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES EM ORTOPEDIA (TARO) 2021**.

O objetivo é colaborar com o aprendizado.
Nas últimas páginas estão relacionadas as referências bibliográficas das questões.

Será utilizada uma folha de respostas, já identificada com o nome e o código de matrícula do residente.

São 100 questões de múltipla escolha com apenas uma alternativa correta.

Preencha toda a folha de respostas, devolvendo-a completamente preenchida para correção.

Guarde o caderno de testes para posterior estudo das questões.

Bom Teste!!!!

COMISSÃO DE ENSINO E TREINAMENTO

Dr. Alexandre Leme Godoy dos Santos – Secretário Executivo
Dra. Ana Laura Loyola Munhoz da Cunha
Dr. Eduardo Gil França Gomes
Dr. Gustavo Pacheco Martins Ferreira
Dr. Luciano Elias Barboza – Secretário Adjunto
Dr. Marcel Jun Sugawara Tamaoki
Dr. Marcelo Bragança dos Reis Oliveira
Dr. Marcelo Schmidt Navarro
Dr. Paulo Cesar Faiad Piluski
Dr. Ricardo Canquerini da Silva – Presidente
Dr. Rodrigo Ribeiro Pinho Rodarte
Dr. Walter Ricioli Junior – Vice-Presidente

Preencha o gabarito abaixo com os seus dados.

Preencha todas as 100 questões.

Destaque a folha e entregue ao responsável pela digitação das notas no sistema da SBOT.

Nome completo:
(legível)

Data:

Assinatura

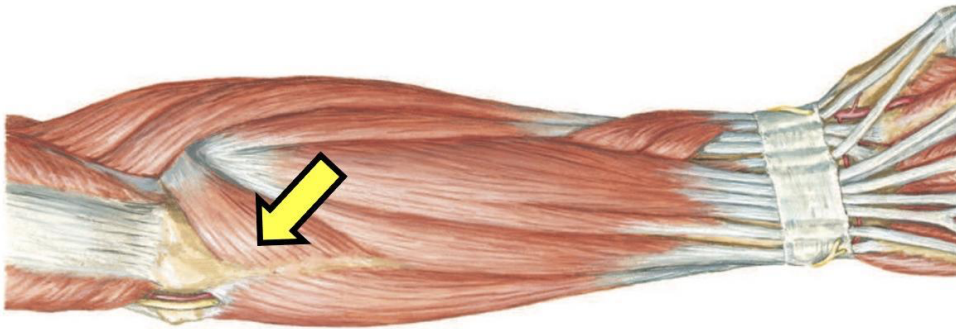
Instruções:

- Assine a prova.
- Preencha as respostas conforme o modelo: ● ○ ○ ○ ○
- Assinale apenas uma alternativa para cada questão. Mais de uma anulará a resposta.
- Não será permitido substituir a Folha de Respostas.
- Não deixe questão sem resposta.
- Utilize caneta esferográfica preta ou azul.

NÃO AMASSE, NÃO DOBRE E NÃO RASURE ESTA FOLHA

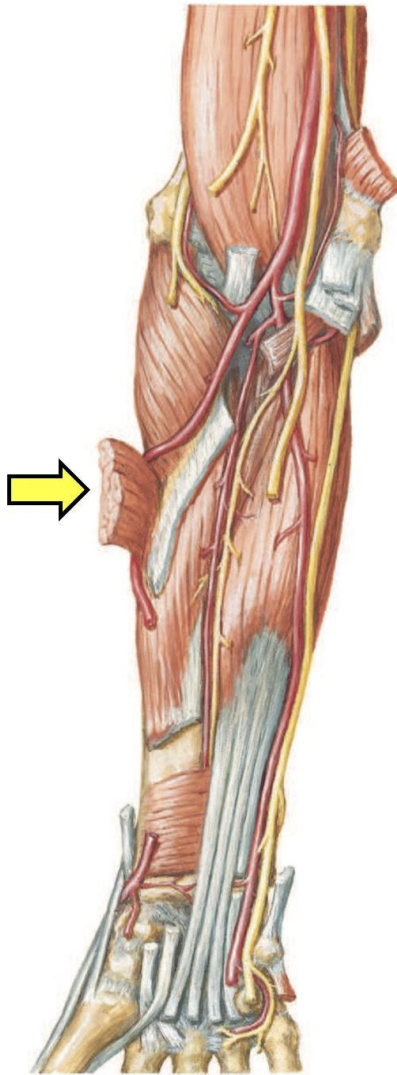
	A	B	C	D		A	B	C	D		A	B	C	D		A	B	C	D			
01 -	○	○	○	○		26 -	○	○	○	○		51 -	○	○	○	○		76 -	○	○	○	○
02 -	○	○	○	○		27 -	○	○	○	○		52 -	○	○	○	○		77 -	○	○	○	○
03 -	○	○	○	○		28 -	○	○	○	○		53 -	○	○	○	○		78 -	○	○	○	○
04 -	○	○	○	○		29 -	○	○	○	○		54 -	○	○	○	○		79 -	○	○	○	○
05 -	○	○	○	○		30 -	○	○	○	○		55 -	○	○	○	○		80 -	○	○	○	○
06 -	○	○	○	○		31 -	○	○	○	○		56 -	○	○	○	○		81 -	○	○	○	○
07 -	○	○	○	○		32 -	○	○	○	○		57 -	○	○	○	○		82 -	○	○	○	○
08 -	○	○	○	○		33 -	○	○	○	○		58 -	○	○	○	○		83 -	○	○	○	○
09 -	○	○	○	○		34 -	○	○	○	○		59 -	○	○	○	○		84 -	○	○	○	○
10 -	○	○	○	○		35 -	○	○	○	○		60 -	○	○	○	○		85 -	○	○	○	○
11 -	○	○	○	○		36 -	○	○	○	○		61 -	○	○	○	○		86 -	○	○	○	○
12 -	○	○	○	○		37 -	○	○	○	○		62 -	○	○	○	○		87 -	○	○	○	○
13 -	○	○	○	○		38 -	○	○	○	○		63 -	○	○	○	○		88 -	○	○	○	○
14 -	○	○	○	○		39 -	○	○	○	○		64 -	○	○	○	○		89 -	○	○	○	○
15 -	○	○	○	○		40 -	○	○	○	○		65 -	○	○	○	○		90 -	○	○	○	○
16 -	○	○	○	○		41 -	○	○	○	○		66 -	○	○	○	○		91 -	○	○	○	○
17 -	○	○	○	○		42 -	○	○	○	○		67 -	○	○	○	○		92 -	○	○	○	○
18 -	○	○	○	○		43 -	○	○	○	○		68 -	○	○	○	○		93 -	○	○	○	○
19 -	○	○	○	○		44 -	○	○	○	○		69 -	○	○	○	○		94 -	○	○	○	○
20 -	○	○	○	○		45 -	○	○	○	○		70 -	○	○	○	○		95 -	○	○	○	○
21 -	○	○	○	○		46 -	○	○	○	○		71 -	○	○	○	○		96 -	○	○	○	○
22 -	○	○	○	○		47 -	○	○	○	○		72 -	○	○	○	○		97 -	○	○	○	○
23 -	○	○	○	○		48 -	○	○	○	○		73 -	○	○	○	○		98 -	○	○	○	○
24 -	○	○	○	○		49 -	○	○	○	○		74 -	○	○	○	○		99 -	○	○	○	○
25 -	○	○	○	○		50 -	○	○	○	○		75 -	○	○	○	○		100 -	○	○	○	○

1. Na anatomia do cotovelo, o músculo indicado pela seta é o



- A) ancôneo, innervado pelo nervo ulnar.
B) ancôneo, innervado pelo nervo radial.
C) supinador, innervado pelo nervo ulnar.
D) supinador, innervado pelo nervo radial.
2. Na fratura do terço médio da clavícula, o fragmento distal sofre translação
- A) anterior, inferior e medial associada à rotação anterior.
B) posterior, inferior e lateral associada à rotação posterior.
C) anterior, superior e lateral associada à rotação posterior.
D) posterior, superior e medial associada à rotação anterior.
3. Nas luxações acromioclaviculares superiores, o grau de deslocamento é calculado a partir do aumento do espaço coracoclavicular normal, que varia entre
- A) 8 e 10 mm.
B) 11 e 13 mm.
C) 15 e 17 mm.
D) 18 e 21 mm.

4. Na anatomia do antebraço, o músculo assinalado na imagem a seguir é o



- A) pronador quadrado e faz parte do compartimento volar profundo do antebraço.
- B) pronador quadrado e faz parte do compartimento volar superficial do antebraço.
- C) pronador redondo e faz parte do compartimento volar profundo do antebraço.
- D) pronador redondo e faz parte do compartimento volar superficial do antebraço.

5. A doença de KIENBÖCK ocorre mais frequentemente no sexo

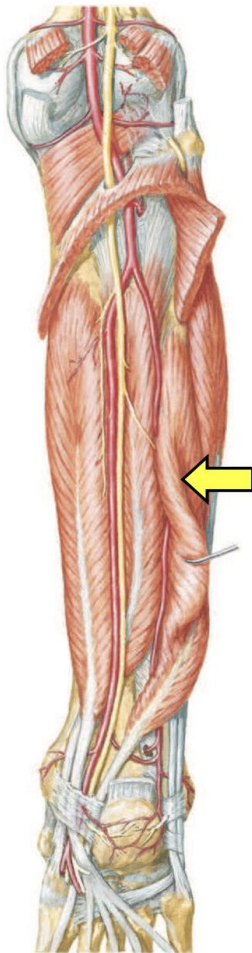
- A) feminino, no punho dominante de trabalhador manual.
- B) masculino, no punho dominante de trabalhador manual.
- C) feminino, no punho não dominante, sem relação com o trabalho.
- D) masculino, no punho não dominante, sem relação com o trabalho.

6. Nas amputações em crianças, o sobrecrecimento do coto ósseo é mais frequente no
- A) fêmur e melhor tratado com epifisiodesse.
 - B) úmero e melhor tratado com epifisiodesse.
 - C) fêmur e melhor tratado com enxerto osteocondral.
 - D) úmero e melhor tratado com enxerto osteocondral.
7. Na hérnia de disco cervical sintomática que acomete o nível C6-C7, na porção central do disco, observa-se
- A) mielopatia com sinal de HOFFMAN presente.
 - B) mielopatia com reflexo de BABINSKI presente.
 - C) radiculopatia de C7 com ausência do reflexo braquiorradial.
 - D) radiculopatia de C6 com alteração da sensibilidade na face lateral do braço.
8. Na artrogripose múltipla congênita, tipicamente o cotovelo está em extensão e o ombro está em
- A) rotação interna e o punho fletido.
 - B) rotação externa e o punho fletido.
 - C) rotação interna e o punho estendido.
 - D) rotação externa e o punho estendido.
9. Na fratura do colo femoral, o índice que avalia a qualidade da redução pelo alinhamento das trabéculas é o de
- A) LOWELL, cujos valores aceitáveis são de 128-135 graus no AP.
 - B) LOWELL, cujos valores aceitáveis são de 160-180 graus no AP.
 - C) GARDEN, cujos valores aceitáveis são de 160-180 graus no AP.
 - D) GARDEN, cujos valores aceitáveis são de 128-135 graus no AP.
10. Na osteotomia valgizante do fêmur proximal, a radiografia em AP necessária para seu planejamento deve ser realizada em
- A) adução máxima, para verificar a extrusão da cabeça.
 - B) abdução máxima, para verificar a extrusão da cabeça.
 - C) adução máxima, para verificar a centralização da cabeça.
 - D) abdução máxima, para verificar a centralização da cabeça.

11. No entorse do tornozelo, há significativa mudança da mobilidade subtalar quando ocorre lesão dos ligamentos talofibular anterior e
- A) mola.
 - B) deltoide.
 - C) bifurcado.
 - D) talocalcâneo interósseo.
12. Na fratura por estresse, são considerados sítios de alto risco e de baixo risco, respectivamente,
- A) a patela e a costela.
 - B) a patela e a base do quinto metatarso.
 - C) a costela e a diáfise da ulna.
 - D) a diáfise da ulna e a base do quinto metatarso.
13. Na fratura isolada da diáfise da ulna na criança, a manobra de redução, descrita por BLOUNT, consiste em aplicar uma força no sítio da fratura em
- A) varo e pressão com o polegar sobre o fragmento distal.
 - B) valgo e pressão com o polegar sobre o fragmento distal.
 - C) varo e pressão com o polegar sobre o fragmento proximal.
 - D) valgo e pressão com o polegar sobre o fragmento proximal.
14. Na avaliação radiográfica da redução da fratura do antebraço no adulto, a incidência para melhor visualizar a tuberosidade bicipital deve ser com o cotovelo
- A) estendido e a fonte perpendicular ao antebraço.
 - B) fletido a 90 graus e a fonte perpendicular ao antebraço.
 - C) estendido e a fonte com 20 graus de inclinação posterior.
 - D) fletido a 90 graus e a fonte com 20 graus de inclinação posterior.
15. O sarcoma de tecidos moles mais comum da mão é o
- A) lipossarcoma.
 - B) fibrossarcoma.
 - C) rabdomiossarcoma.
 - D) sarcoma epitelióide.

16. Na fratura supracondiliana do fêmur, o risco de lesão da artéria poplítea é
- A) maior do que na luxação do joelho e na fratura da extremidade proximal da tíbia.
 - B) menor do que na luxação do joelho e na fratura da extremidade proximal da tíbia.
 - C) maior do que na luxação do joelho, e menor do que na fratura da extremidade proximal da tíbia.
 - D) menor do que na luxação do joelho, e maior do que na fratura da extremidade proximal da tíbia.
17. A lesão fisária por estresse ocorre mais frequentemente
- A) no fêmur dos corredores.
 - B) no fêmur dos jogadores de futebol.
 - C) nos ossos do antebraço dos ginastas.
 - D) nos ossos do antebraço dos jogadores de *baseball*.
18. Na doença de SCHEUERMANN, são critérios radiográficos para o seu diagnóstico, segundo SORENSEN, o
- A) estreitamento do espaço do disco intervertebral e escoliose degenerativa.
 - B) estreitamento do espaço do disco intervertebral e hiperlordose lombar rígida.
 - C) acunhamento anterior maior que 5° de três vértebras adjacentes no ápice da deformidade e escoliose degenerativa.
 - D) acunhamento anterior maior que 5° de três vértebras adjacentes no ápice da deformidade e irregularidade das placas terminais.
19. Na osteotomia do joelho varo com lesão do ligamento cruzado posterior, a correção deve ser realizada no plano
- A) sagital isoladamente.
 - B) coronal isoladamente.
 - C) coronal e diminuir a inclinação sagital da tíbia.
 - D) coronal e aumentar a inclinação sagital da tíbia.

20. Na visão posterior da perna e do tornozelo, demonstrada na imagem a seguir, o músculo assinalado pela seta é o



- A) tibial posterior.
- B) fibular profundo.
- C) fibular superficial.
- D) flexor longo do hálux.

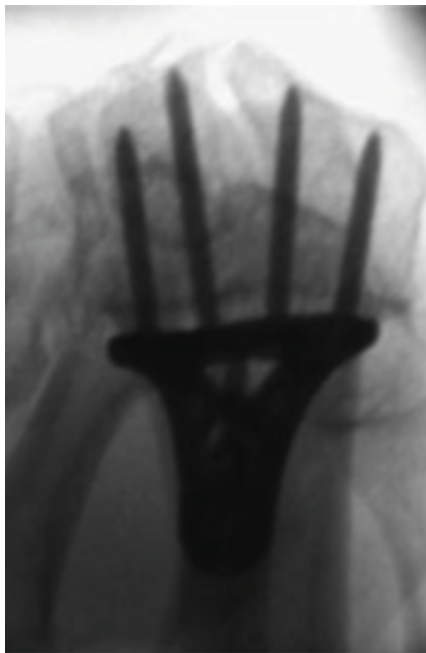
21. Na fratura da coluna torácica, a perda do movimento dos membros inferiores e da sensibilidade a partir da cicatriz umbilical corresponde à lesão ao nível de

- A) T4.
- B) T7.
- C) T10.
- D) T12.

22. Os tendões que passam mais volarmente no interior do túnel do carpo são os flexores superficiais dos

- A) I e II dedos da mão.
- B) II e V dedos da mão.
- C) II e III dedos da mão.
- D) III e IV dedos da mão.

23. Na fratura da extremidade distal do rádio, a incidência radiográfica tangencial dorsal, mostrada na figura a seguir, é realizada com o punho em



- A) flexão máxima e angulação da fonte do raio x de 15 graus.
- B) flexão máxima e angulação da fonte do raio x de 60 graus.
- C) extensão máxima e angulação da fonte do raio x de 15 graus.
- D) extensão máxima e angulação da fonte do raio x de 60 graus.

24. Na luxação do cotovelo da criança, o nervo mais frequentemente lesado é o

- A) ulnar.
- B) mediano.
- C) interósseo anterior.
- D) interósseo posterior.

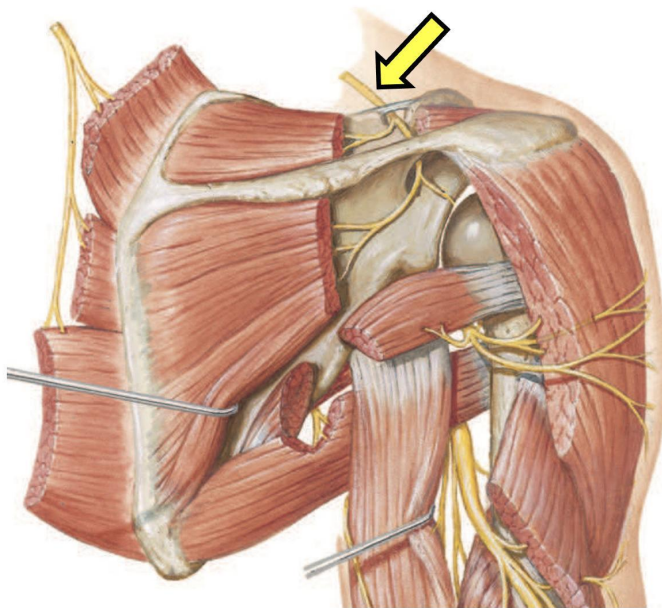
25. Na neurofibromatose, a manifestação esquelética mais frequente é a
- A) escoliose.
 - B) sinostose radioulnar.
 - C) pseudoartrose congênita da tíbia.
 - D) pseudoartrose congênita de clavícula.
26. No acesso posterior ao quadril, a estrutura vascular que deve ser preservada para manutenção da viabilidade da cabeça femoral é o ramo
- A) transverso da artéria circunflexa lateral.
 - B) transverso da artéria circunflexa medial.
 - C) ascendente da artéria circunflexa medial.
 - D) descendente da artéria circunflexa lateral.
27. A associação entre displasia fibrosa polioestótica e mixomas intramusculares ocorre na síndrome de
- A) MAZABRAUD.
 - B) LI-FRAUMENI.
 - C) MCCUNE-ALBRIGHT.
 - D) JAFFE-CAMPANACCI.
28. A neoplasia maligna não hematológica primária do osso mais frequente é
- A) o osteossarcoma.
 - B) a metástase óssea.
 - C) o condrossarcoma.
 - D) o mieloma múltiplo.
29. O fibroma condromixoide acomete mais frequentemente a extremidade
- A) proximal do fêmur.
 - B) distal do fêmur.
 - C) proximal da tíbia.
 - D) distal da tíbia.

30. Na fratura aguda da patela, a ausência de derrame articular significativo e a presença de defeito ósseo patelar palpável aumentam a suspeita de lesão
- A) retinacular.
 - B) do ligamento patelar.
 - C) do tendão quadricipital.
 - D) do ligamento colateral fibular.
31. Na confecção dos portais artroscópicos do tornozelo, para visualizar o nervo fibular superficial e evitar sua lesão iatrogênica, devemos realizar a
- A) flexão dorsal do tornozelo.
 - B) flexão plantar e eversão do pé.
 - C) flexão plantar e inversão do pé.
 - D) pronação e rotação externa do tornozelo.
32. No paciente politraumatizado, o melhor marcador inflamatório para avaliar a gravidade da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS) é
- A) o TNF.
 - B) a IL-1.
 - C) a IL-6.
 - D) o interferon beta.
33. Na ruptura muscular do gastrocnêmio (*tennis leg*), o tipo de lesão mais frequente é a
- A) total na cabeça lateral.
 - B) total na cabeça medial.
 - C) parcial na cabeça lateral.
 - D) parcial na cabeça medial.

34. No tratamento da pseudoartrose, são propriedades comuns aos enxertos esponjosos autólogo e homólogo a

- A) osteogênese e a osteoindução.
- B) osteogênese e a osteocondução.
- C) osteocondução e a osteoindução.
- D) osteocondução e a vascularização.

35. Na imagem a seguir da anatomia do ombro, a estrutura indicada pela seta e o local mais frequente de compressão são o nervo



- A) supraescapular e a incisura supraescapular.
- B) supraescapular e a incisura espinoglenoidal.
- C) dorsal da escápula e a incisura supraescapular.
- D) dorsal da escápula e a incisura espinoglenoidal.

36. Na instabilidade de ombro, a técnica de *remplissage* é

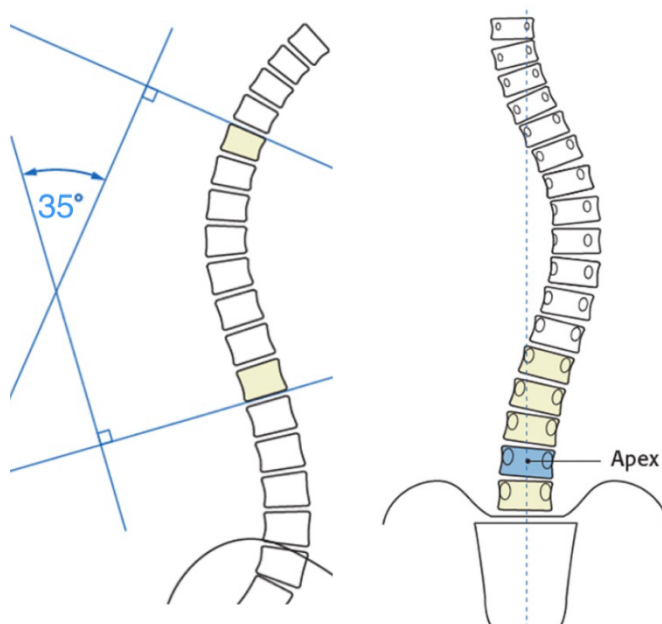
- A) a plicatura capsular.
- B) a sutura da lesão labral.
- C) o fechamento do intervalo rotador.
- D) a tenodese do tendão infraespinhoso.

37. Os campos visuais gerados por óticas artroscópicas de 2,7 mm e 4,0 mm são, respectivamente,
- A) 45 graus e 65 graus.
 - B) 45 graus e 90 graus.
 - C) 65 graus e 90 graus.
 - D) 90 graus e 115 graus.
38. Na fratura da extremidade proximal do úmero, a complicação mais frequente da osteossíntese com placa bloqueada é
- A) o colapso em varo.
 - B) a osteonecrose avascular.
 - C) o retardo de consolidação.
 - D) a perfuração condral dos parafusos.
39. Na displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ), a limitação da abdução do quadril é um sinal clínico
- A) sem relevância.
 - B) imperceptível em displasias bilaterais.
 - C) mais evidente em displasias unilaterais.
 - D) relevante somente quando associado à hiperlordose.
40. No tratamento da espondilolistese L5/S1, a técnica de GILL corresponde à
- A) artrodese posterolateral.
 - B) laminectomia descompressiva de L5.
 - C) laminectomia descompressiva de S1.
 - D) artrodese intersomática por via anterior.
41. Na hérnia de disco cervical, a radiculopatia com déficit sensitivo no polegar e indicador, perda de força no bíceps braquial e alteração no reflexo braquiorradial corresponde ao nível
- A) C4/C5 comprimindo raiz de C4.
 - B) C4/C5 comprimindo raiz de C5.
 - C) C5/C6 comprimindo raiz de C5.
 - D) C5/C6 comprimindo raiz de C6.

42. A lesão cervical em menor de 8 anos de idade é mais comum no segmento atlantoaxial devido a

- A) cabeça menor comparada ao corpo.
- B) facetas articulares mais verticalizadas.
- C) maior tendência à translação posterior.
- D) maior mobilidade por causa da frouxidão ligamentar.

43. Na escoliose idiopática do adolescente, a imagem mostrada a seguir, segundo a classificação de LENKE, corresponde ao tipo



- A) 1 A N.
- B) 1 B N.
- C) 2 B +.
- D) 3 A -.

44. Na paralisia braquial obstétrica, segundo a classificação de NARAKAS, o grupo 2 apresenta

- A) lesão isolada do tronco inferior.
- B) lesão isolada do tronco superior.
- C) sinal de CLAUDE BERNARD-HORNER.
- D) lesão do tronco superior associado à lesão do tronco médio.

45. Na síndrome do desfiladeiro torácico, um dos focos de compressão do plexo braquial se encontra
- A) no espaço coracoclavicular.
 - B) no triângulo interescalênico.
 - C) anteriormente à musculatura peitoral.
 - D) na região posterior do esternocleidomastóideo.
46. Nas amputações dos dedos da mão, o neuroma sintomático do coto é uma complicação que ocorre mais frequentemente no
- A) terceiro dedo e nos traumas por avulsão.
 - B) segundo dedo e nos traumas por avulsão.
 - C) terceiro dedo e nos traumas por laceração.
 - D) segundo dedo e nos traumas por laceração.
47. Na fratura trimaleolar do tornozelo, o ligamento que está usualmente preservado é o
- A) de CHAPUT.
 - B) de WAGSTAFE.
 - C) tibiofibular anteroinferior.
 - D) tibiofibular posteroinferior.
48. Na fratura triplanar do tornozelo da criança, a radiografia em perfil do tornozelo demonstra uma fratura SALTER-HARRIS tipo
- A) I.
 - B) II.
 - C) III.
 - D) IV.

49. No cordoma sacrococcígeo, a manifestação clínica inicial mais frequente é a

- A) ciatalgia.
- B) massa palpável.
- C) retenção urinária.
- D) dor lombar baixa.

50. A lesão presente na imagem radiográfica a seguir é sugestiva de



- A) osteoblastoma.
- B) condroblastoma.
- C) osteoma osteoide.
- D) fibroma não ossificante.

51. No diagnóstico dos tumores ósseos, são lesões que dispensam biópsia antes do tratamento cirúrgico o

- A) osteoma osteoide e o osteocondroma.
- B) osteoma osteoide e o condroblastoma.
- C) tumor de células gigantes e o osteocondroma.
- D) tumor de células gigantes e o condroblastoma.

52. Nas complicações tardias da fratura por avulsão do tubérculo tibial do adolescente, a deformidade mais frequente é o
- A) recurvato.
 - B) antecurvato.
 - C) alongamento.
 - D) encurtamento.
53. A fratura do côndilo femoral medial SALTER-HARRIS tipo III é mais frequentemente associada à lesão do
- A) menisco medial.
 - B) ligamento colateral medial.
 - C) ligamento cruzado anterior.
 - D) ligamento cruzado posterior.
54. Na fratura diafisária do fêmur da criança, o maior percentual de remodelação óssea ocorre devido
- A) à translação fragmentar.
 - B) à reorientação rotacional.
 - C) ao crescimento no local da fratura.
 - D) à reorientação fisária e crescimento longitudinal.
55. Na luxação de cotovelo, o complexo ligamentar lateral insuficiente pode ser parcialmente compensado pela estabilização dinâmica na
- A) flexão.
 - B) extensão.
 - C) pronação.
 - D) supinação.

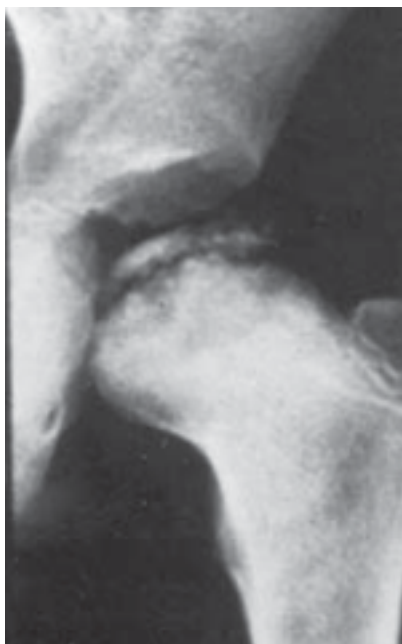
56. Na fratura supracondiliana do úmero da criança com desvio posteromedial, o periósteo geralmente está roto na região

- A) lateral e a pronação auxilia na redução.
- B) lateral e a supinação auxilia na redução.
- C) medial e a pronação auxilia na redução.
- D) medial e a supinação auxilia na redução.

57. Na fratura bilateral dos ramos púbicos superior e inferior da criança, o desvio do fragmento “flutuante” ocorre geralmente pela ação do músculo

- A) sartório.
- B) iliopsoas.
- C) reto femoral.
- D) reto do abdome.

58. Na doença de LEGG-CALVÉ-PERTHES, de acordo com classificação de CATTERALL, a imagem a seguir corresponde ao tipo



- A) III com fragmentação.
- B) III com reossificação.
- C) IV com fragmentação.
- D) IV com reossificação.

59. Em uma paciente de 15 anos de idade, com dor no pé, claudicação e a imagem radiográfica a seguir, o diagnóstico mais provável é a doença de



- A) SEVER.
- B) ISELIN.
- C) KÖHLER.
- D) FREIBERG.

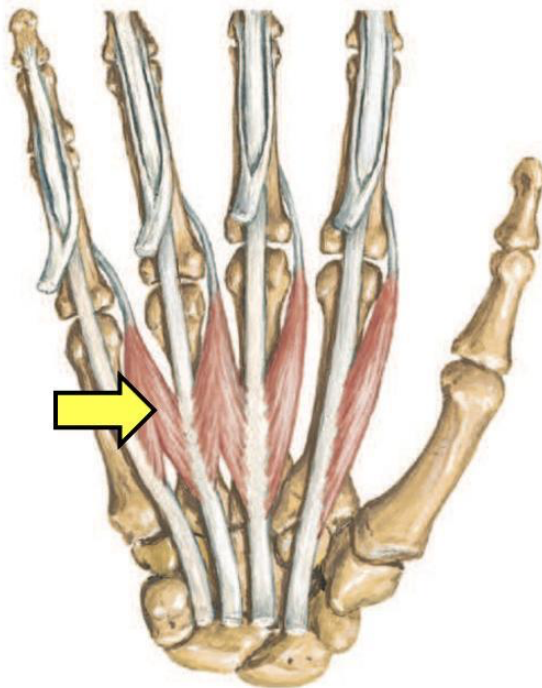
60. Nas coalizões tarsais, o achado do exame físico predominantemente associado ao pé plano é

- A) a abdução do antepé.
- B) a deformidade em valgo do retropé.
- C) o encurtamento dos tendões fibulares.
- D) a diminuição da mobilidade da articulação subtalar.

61. A tendinopatia do fibular longo é avaliada no exame físico com o tornozelo em eversão
- A) ativa e o examinador empurrando a cabeça do primeiro metatarso para dorsal.
 - B) ativa e o examinador empurrando a cabeça do primeiro metatarso para plantar.
 - C) passiva e o examinador empurrando a cabeça do primeiro metatarso para dorsal.
 - D) passiva e o examinador empurrando a cabeça do primeiro metatarso para plantar.
62. Na síndrome do pé diabético, o principal fator preditivo para o desenvolvimento de úlceras é a
- A) estase venosa.
 - B) microangiopatia.
 - C) macroangiopatia.
 - D) neuropatia periférica.
63. Na deformidade do segundo dedo do pé, é fator anatômico relevante a presença de
- A) um músculo interósseo dorsal e um interósseo plantar.
 - B) dois músculos interósseos dorsais e dois interósseos plantares.
 - C) nenhum músculo interósseo dorsal e dois interósseos plantares.
 - D) dois músculos interósseos dorsais e nenhum músculo interósseo plantar.
64. Na recidiva precoce do pé torto congênito, o tratamento preconizado é
- A) transferência do tendão tibial anterior.
 - B) método de PONSSETI com gessos seriados.
 - C) tenotomia percutânea do tendão calcâneo.
 - D) correção cirúrgica dos tecidos moles e ósseo.

65. São vantagens das placas bloqueadas em relação às placas convencionais, a preservação do fluxo sanguíneo
- A) endosteal e a resistência ao deslocamento da placa.
 - B) periosteal e a resistência ao deslocamento da placa.
 - C) endosteal e a resistência ao deslocamento do parafuso.
 - D) periosteal e a resistência ao deslocamento do parafuso.
66. Na osteoartrite da mão, o acometimento monoarticular da metacarpofalangeana ocorre normalmente por etiologia
- A) genética
 - B) reumática.
 - C) traumática.
 - D) iatrogênica.
67. Na doença de DUPUYTREN, a corda responsável pelo desvio do feixe neurovascular é a
- A) lateral.
 - B) espiral.
 - C) central.
 - D) retrovascular.
68. Na sindactilia da síndrome de APERT, segundo a classificação de UPTON, o tipo II apresenta a mão em forma de
- A) pá.
 - B) foice.
 - C) colher.
 - D) botão de rosa.
69. As lesões traumáticas da banda sagital extensora ocorrem mais frequentemente no dedo
- A) médio, na sua porção ulnar.
 - B) médio, na sua porção radial.
 - C) indicador, na sua porção ulnar.
 - D) indicador, na sua porção radial.

70. A fratura do hêmulo do hamato é diagnosticada na radiografia através das incidências *tunnel view* e
- A) anteroposterior do punho.
 - B) posteroanterior do punho.
 - C) oblíqua do punho em pronação de 45°.
 - D) oblíqua do punho em supinação de 45°.
71. Na fratura irreduzível com deslocamento volar da extremidade distal do antebraço em crianças, geralmente ocorre interposição pelo periósteo
- A) volar e/ou tendões flexores.
 - B) volar e/ou pronador quadrado.
 - C) dorsal e/ou tendões extensores.
 - D) dorsal e/ou tendão do braquiorradial.
72. O músculo assinalado é innervado pelo



- A) ulnar.
- B) mediano.
- C) interósseo anterior.
- D) interósseo posterior.

73. Para prevenir a discrepância dos membros inferiores durante a osteossíntese das fraturas multifragmentárias da diáfise femoral, devemos realizar
- A) primeiramente a fixação distal.
 - B) o alinhamento anatômico do fêmur.
 - C) a mensuração do comprimento do fêmur comparando-o com o lado contralateral.
 - D) a avaliação da congruência e do diâmetro das corticais do fêmur no local da fratura.
74. Na sinovite vilonodular pigmentada, a biópsia sinovial evidencia hipertrofia nodular com proliferação de fibroblastos e
- A) macrófagos com depósito de hemossiderina.
 - B) membrana sinovial com focos de hemorragia.
 - C) células sinoviais com depósitos de fenilalanina.
 - D) células sinoviais oxidadas por purinas e tiamina.
75. Na capsulite adesiva do ombro é fator de pior prognóstico a associação com
- A) diabetes tipo I.
 - B) hipotireoidismo.
 - C) hiperparatireoidismo.
 - D) doença de Dupuytren.
76. Na fratura da extremidade distal do úmero AO-C3 em idosos com osteoporose, o melhor resultado clínico é obtido com
- A) artroplastia total do cotovelo.
 - B) RAFI com placas bloqueadas paralelas.
 - C) tratamento conservador (saco de ossos).
 - D) RAFI com placas bloqueadas ortogonais.

77. Na fratura da extremidade proximal do úmero da criança de 14 anos, demonstrada nas imagens a seguir, o tratamento indicado é



- A) imobilização com tipoia.
- B) redução incruenta e imobilização tipo *velpeau*.
- C) redução cruenta e fixação com parafusos canulados.
- D) redução incruenta e fixação percutânea com fios de KIRSCHNER.

78. O cisto parameniscal do joelho é mais frequentemente encontrado no menisco

- A) lateral e anteriormente ao LCL.
- B) lateral e posteriormente ao LCL.
- C) medial e anteriormente ao LCM.
- D) medial e posteriormente ao LCM.

79. Na reconstrução do ligamento cruzado posterior pela técnica *Inlay*, o acesso para fixação tibial é realizado entre os músculos

- A) semitendíneo e grácil.
- B) grácil e semimembranáceo.
- C) semitendíneo e semimembranáceo.
- D) semimembranáceo e gastrocnêmio medial.

80. Na correção da deformidade angular da extremidade proximal da tíbia pela técnica de hemicalotase com fixador externo, proposta por TURI, o alongamento é iniciado no
- A) 3º dia de pós-operatório com uma taxa de 0,25 mm quatro vezes por dia.
 - B) 7º dia de pós-operatório com uma taxa de 0,25 mm quatro vezes por dia.
 - C) 3º dia de pós-operatório com uma taxa de 0,50 mm quatro vezes por dia.
 - D) 7º dia de pós-operatório com uma taxa de 0,50 mm quatro vezes por dia.
81. Na artroplastia total do joelho, o acesso para deformidade em valgo grave irreduzível é o de
- A) MULLER.
 - B) KEBLISH.
 - C) WHITESIDE.
 - D) PIE-CRUSTING.
82. Na marcha normal, a rotação pélvica no plano transversal proporciona, em conjunto com a flexão do quadril, um deslocamento
- A) anterior que resulta em menor oscilação vertical do tronco.
 - B) posterior que resulta em menor oscilação vertical do tronco.
 - C) anterior que resulta em menor oscilação horizontal do tronco.
 - D) posterior que resulta em menor oscilação horizontal do tronco.
83. Na fratura do platô tibial, a lesão associada mais frequente é a do
- A) menisco lateral.
 - B) menisco medial.
 - C) ligamento colateral medial.
 - D) ligamento cruzado posterior.

84. Nas luxações posteriores do quadril, para ocorrer fratura da borda acetabular ou cisalhamento da cabeça femoral, o fêmur deve estar

- A) mais aduzido e com rotação interna.
- B) mais aduzido e com rotação externa.
- C) menos aduzido e com rotação externa.
- D) menos aduzido e com rotação interna.

85. A fratura isolada do trocânter menor está frequentemente associada a

- A) tumor e deve sempre ser fixada.
- B) trauma em flexão e deve sempre ser fixada.
- C) tumor e deve-se investigar extensão da fratura.
- D) trauma em flexão e deve-se investigar extensão da fratura.

86. Na fratura do acetábulo, a artroplastia total de quadril imediata está indicada para indivíduos idosos com fratura

- A) da coluna anterior.
- B) diafisária associada.
- C) do colo do fêmur associada.
- D) da dupla coluna com congruência secundária.

87. Na artrite séptica do quadril, a característica mais comum observada no exame físico é

- A) o edema local.
- B) a atitude viciosa.
- C) a hiperemia e dor palpação.
- D) a claudicação e não apoio do membro na marcha.

88. A função do parafuso de tração no tratamento da fratura é converter

- A) força linear em torque.
- B) torque em compressão.
- C) compressão em torque.
- D) compressão em força linear.

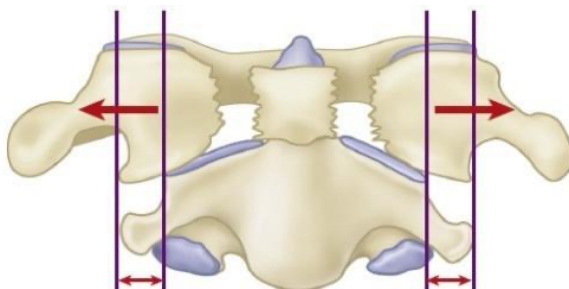
89. A infecção de vértebras, em relação a todas as osteomielites piogênicas, representa

- A) 3 a 5%.
- B) 8 a 10%.
- C) 15 a 18%.
- D) 20 a 22%.

90. Na via de acesso à coluna cervical alta, deve-se dissecar lateralmente o arco posterior de C1 até no máximo 1,5 cm da linha média para evitar lesionar

- A) a artéria vertebral.
- B) a raiz nervosa de C1.
- C) a raiz nervosa de C2.
- D) o segundo gânglio cervical.

91. Na fratura do atlas do adulto, a suspeita de lesão do ligamento transverso ocorre quando há um afastamento das massas laterais maior que



- A) 2,0 mm.
- B) 3,1 mm.
- C) 5,5 mm.
- D) 6,9 mm.

92. Na fratura do tálus, a reabsorção linear subcondral no domus, que é indicativa de integridade vascular, é observada na radiografia por volta da

- A) 1ª a 3ª semana.
- B) 4ª a 5ª semana.
- C) 6ª a 8ª semana.
- D) 10ª a 11ª semana.

93. Na síndrome compartimental na perna da criança, o preditor mais forte para seu desenvolvimento é

- A) a baixa idade.
- B) o peso > 50 kg.
- C) o déficit neurológico.
- D) a cominuição da fratura.

94. Na epicondilite lateral, as alterações características visualizadas na ressonância magnética são o

- A) hipossinal em T1 e T2.
- B) hipersinal em T1 e T2.
- C) hipersinal em T2 e hipossinal em T1.
- D) hipersinal em T1 e hipossinal em T2.

95. Na osteíte púbica, o sinal de fenda (*cleft signal*) observado na ressonância magnética decorre da

- A) aderência na parede média por mioma uterino.
- B) tendinose insercional do músculo reto do abdome.
- C) tendinose insercional do músculo adutor magno no púbis.
- D) lesão do ligamento capsular que envolve o disco fibrocartilaginoso.

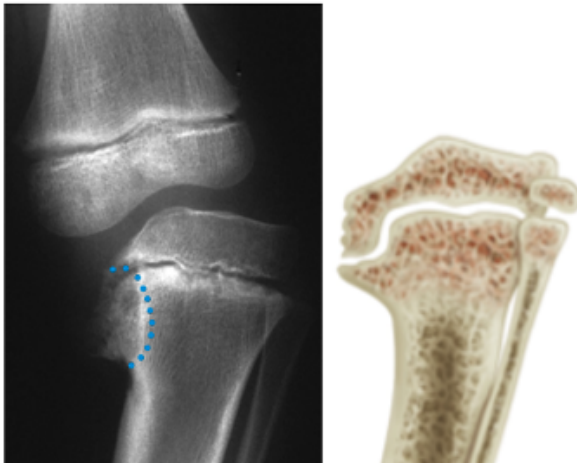
96. Na paralisia cerebral, o distúrbio de movimento resultante da lesão nos gânglios da base, frequentemente relacionado a *kernicterus* neonatal, é a

- A) ataxia.
- B) atetose.
- C) distonia.
- D) espasticidade.

97. Na fixação *in situ* para tratamento da epifisiólise femoral superior, a fim de minimizar o risco de necrose avascular, a posição do parafuso canulado deve evitar o quadrante epifisário

- A) anteroinferior.
- B) anterossuperior.
- C) posteroinferior.
- D) posterossuperior.

98. Na tibia vara de BLOUNT, de acordo com a classificação de LANGESKIÖLD, as imagens a seguir correspondem ao tipo



- A) III.
- B) IV.
- C) V.
- D) VI.

99. No tratamento das fraturas abertas, de acordo com a classificação *HOST*, a presença de doença sistêmica múltipla ocorre no tipo

- A) A.
- B) B.
- C) C.
- D) D.

100. Na fratura diafisária do fêmur no paciente obeso, a principal vantagem da utilização da haste intramedular retrógrada em relação à anterógrada é a menor

- A) dificuldade em realizar a fluoroscopia.
- B) dificuldade de fresagem do canal medular.
- C) dificuldade de encontrar o ponto de entrada correto.
- D) probabilidade de desenvolver trombose venosa profunda.

- 1 NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. Cap. 7
- 2 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap. 33
- 3 MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Cap 5.8
- 4 NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. Cap 7.
- 5 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 69.
- 6 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 14.
- 7 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 38.
- 8 FLYNN, J. M.; WEINSTEIN, S. L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. 7. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2014. Cap 8.
- 9 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 52.
- 10 SIZÍNIO, HEBERT; BARROS FILHO, T. E. P.; XAVIER, Renato; PARDINI JÚNIOR, A. G. Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Cap 11.
- 11 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 89.
- 12 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 23.
- 13 WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 9.
- 14 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 41.

- 15 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 28.
- 16 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 57.
- 17 WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 2.
- 18 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap. 44.
- 19 MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Cap 9.7.
- 20 NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. Cap 8.
- 21 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 41.
- 22 NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. Cap 7.
- 23 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 42.
- 24 WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 15.
- 25 HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022. Cap 9.
- 26 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 1.
- 27 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 25.
- 28 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 27.
- 29 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 26.
- 30 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Capitulo 59

- 31 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed.
Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 50.
- 32 MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia. 1.
ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Cap 2.3.
- 33 MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia. 1.
ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Cap 15.4.
- 34 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed.
Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 1.
- 35 NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier,
2019. Cap 7.
- 36 MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia. 1.
ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Cap 5.6
- 37 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed.
Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 49.
- 38 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE,
M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9.
ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 35.
- 39 HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics. 6. ed. Philadelphia:
Elsevier, 2022. Cap.13.
- 40 HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics. 6. ed. Philadelphia:
Elsevier, 2022. Cap 11.
- 41 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed.
Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap. 38.
- 42 WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins'
Fractures in Children. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 20.
- 43 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed.
Philadelphia: Elsevier, 2021.. Cap 44.
- 44 MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia. 1.
ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Cap 11.10.
- 45 MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia. 1.
ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Cap 7.4.1.
- 46 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed.
Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap. 19.

- 47 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE,
M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9.
ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap. 64.
- 48 WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins'
Fractures in Children. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap. 29.
- 49 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed.
Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 27.
- 50 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed.
Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 24.
- 51 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed.
Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 24.
- 52 FLYNN, J. M.; WEINSTEIN, S. L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics.
7. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2014. Cap 34.
- 53 WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins'
Fractures in Children. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 25.
- 54 FLYNN, J. M.; WEINSTEIN, S. L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics.
7. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2014. Cap 34.
- 55 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE,
M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9.
ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 39.
- 56 WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins'
Fractures in Children. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 13.
- 57 WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins'
Fractures in Children. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 22.
- 58 FLYNN, J. M.; WEINSTEIN, S. L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics.
7. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2014. Cap 24.
- 59 HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics. 6. ed. Philadelphia:
Elsevier, 2022. Cap 19.
- 60 HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics. 6. ed. Philadelphia:
Elsevier, 2022. Cap 19.
- 61 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed.
Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap. 82.
- 62 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed.
Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap. 85.

- 63 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap. 83.
- 64 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap. 29.
- 65 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 11.
- 66 SIZÍNIO, HEBERT; BARROS FILHO, T. E. P.; XAVIER, Renato; PARDINI JÚNIOR, A. G. Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Cap 7.
- 67 MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Cap. 7.13.
- 68 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap. 80.
- 69 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap. 66.
- 70 SIZÍNIO, HEBERT; BARROS FILHO, T. E. P.; XAVIER, Renato; PARDINI JÚNIOR, A. G. Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Cap 52.
- 71 WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 8.
- 72 NETTER, F. H. Atlas de Anatomia Humana. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. Cap 7.
- 73 SIZÍNIO, HEBERT; BARROS FILHO, T. E. P.; XAVIER, Renato; PARDINI JÚNIOR, A. G. Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. Cap 60.
- 74 FLYNN, J. M.; WEINSTEIN, S. L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. 7. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2014. Cap 11.
- 75 MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Cap 5.4.
- 76 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap. 38.
- 77 WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap. 18.

- 78 MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Cap 9.3.
- 79 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 45.
- 80 MOTTA FILHO, G. R.; BARROS FILHO, T. E. P. Ortopedia e Traumatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018. Cap 9.
- 81 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 7.
- 82 LEITE, N. M.; FALOPPA, F. Propedêutica Ortopédica e Traumatologia. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Cap. 20.
- 83 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 54.
- 84 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 51.
- 85 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 53.
- 86 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 50.
- 87 FLYNN, J. M.; WEINSTEIN, S. L. Lovell and Winter's pediatric orthopaedics. 7. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2014.. Cap 12.
- 88 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 11.
- 89 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap. 42.
- 90 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 47.

- 91 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 41.
- 92 TORNETA III, P.; RICCI, W. M.; OSTRUM, R. F.; MCQUEEN, M. M.; MCKEE, M. D.; COURT-BROWN, C. M. Rockwood and Green's Fractures in adults. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 65.
- 93 . WATERS, P. M.; SKAGGS, D. L.; FLYNN, J. M. Rockwood and Wilkins' Fractures in Children. 9. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2020. Cap 5.
- 94 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 46.
- 95 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 6.
- 96 HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics. 6. ed. Philadelphia: Saunders, 2022. Cap 31.
- 97 HERRING, J. A. Tachdjian's pediatric orthopaedics. 6. ed. Philadelphia: Saunders, 2022. Cap 15.
- 98 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 32.
- 99 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap. 53.
- 100 AZAR, F. M.; BEATY, J. H. Campbell's operative orthopaedics. 14. ed. Philadelphia: Elsevier, 2021. Cap 54.