



**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.**



# ESPECIALIDADES COM PRÉ-REQUISITO EM CIRURGIA DA MÃO 2016 RESIDÊNCIA MÉDICA

## INSTRUÇÕES

- Verifique se o número do seu RG e de seu CPF estão corretos.
- A duração da prova é de 2 horas, devendo o candidato permanecer na sala por, no mínimo, 1 hora.
- A prova contém 35 questões objetivas, cada uma com 4 alternativas, das quais apenas uma é correta.
- Assinale na folha ótica de respostas a alternativa que julgar correta, preenchendo com caneta esferográfica (azul ou preta), de forma firme e forte, dentro do espaço. Evite amassar ou rasurar.
- Durante a realização da prova não será permitido: consulta de nenhuma espécie a livros, revistas ou folhetos; comunicação entre os candidatos; telefone celular, relógio que não seja analógico, notebook, máquina fotográfica, agenda eletrônica ou similares, tablet, ipod, gravador, pendrive, MP3, walkman ou similares, aparelhos eletrônicos ou similares, bipe, pager, protetor auricular, máquina de calcular e qualquer material que não seja o estritamente necessário para realizar a prova.
- Ao final da prova, entregue ao fiscal o caderno de questões e a folha de respostas.

## IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

RG \_\_\_\_\_

CPF Cirurgia de Mão

DATA: 11.01.2016

1. O período crítico do desenvolvimento de malformações dos membros ocorre após a fecundação

- (A) entre o 1º e 20º dia.
- (B) entre o 24º e 42º dia.
- (C) entre o 3º e 4º mês.
- (D) em qualquer época, dependendo do agente agressor.

2. O nervo mediano, responsável pela síndrome do túnel do carpo, origina-se dos

- (A) fascículos medial e lateral.
- (B) fascículos medial e posterior.
- (C) fascículos lateral e posterior.
- (D) fascículos medial, lateral e parte do posterior.

3. O músculo não comprometido na compressão do nervo radial na região da arcada de Fröhse é:

- (A) músculo extensor ulnar do carpo.
- (B) músculo extensor radial curto do carpo.
- (C) músculo extensor radial longo do carpo.
- (D) músculo supinador.

4. Na anatomia de superfície da região palmar, o ponto de intersecção entre a linha cardinal e a linha que acompanha a borda radial do dedo médio é utilizado nos procedimentos de liberação artroscópica do punho, pois corresponde

- (A) à região do arco palmar superficial.
- (B) à região do arco palmar profundo.
- (C) ao ponto de divisão do nervo ulnar.
- (D) à região de penetração do ramo motor do nervo mediano.

5. Na via de acesso posterior do antebraço (Thompson), a abordagem deve ser feita entre os músculos

- (A) extensor comum dos dedos e extensor radial curto do carpo.
- (B) extensor comum dos dedos e extensor ulnar do carpo.
- (C) extensor radial curto do carpo e extensor ulnar do carpo.
- (D) extensor ulnar do carpo e extensor e braquiorradial.

6. O teste de Finkelstein, utilizado para o diagnóstico da tenossinovite do primeiro compartimento dorsal (De Quervain) avalia o comprometimento dos músculos

- (A) abdutor longo e extensor longo do polegar.
- (B) abdutor longo e extensor curto do polegar.
- (C) abdutor curto e extensor curto do polegar.
- (D) abdutor curto e extensor longo do polegar.

7. Na contratura da musculatura intrínseca da mão, utiliza-se o teste de Bunnel-Finochietto ou Bunnel-Littler, que corresponde à realização da

- (A) hipoflexão da metacarpofalângica e tenta-se a flexão da interfalângica proximal.
- (B) hiperflexão da metacarpofalângica e tenta-se a extensão da interfalângica proximal.
- (C) hiperflexão da metacarpofalângica e tenta-se a flexão da interfalângica proximal.
- (D) hipoflexão da metacarpofalângica e tenta-se a extensão da interfalângica proximal.

8. A cintilografia óssea para avaliação de metástase óssea

- (A) não tem relevância.
- (B) tem a mesma sensibilidade que a radiografia.
- (C) tem sensibilidade inferior à da radiografia.
- (D) tem sensibilidade superior à da radiografia.

9. Em uma lesão do tipo neurotímese, ocorre degeneração walleriana, porém os axônios distais não param imediatamente de funcionar. Logo a indicação da eletroneuromiografia deve ser feita

- (A) após a primeira semana.
- (B) após a segunda semana.
- (C) após a terceira semana.
- (D) logo após a lesão.

10. A sindactilia ocorre por falha na diferenciação e

- (A) pode ocorrer somente na forma isolada.
- (B) tem incidência na proporção de 1:5000 nascimentos.
- (C) apresenta fraca tendência a bilateralidade.
- (D) prevalece o aparecimento esporádico.

11. A lesão mais frequente na classificação de Wassel para duplicação do polegar é a do tipo

- (A) II, que corresponde à duplicação da falange distal.
- (B) IV, que corresponde à duplicação da falange distal e proximal.
- (C) II, que corresponde à duplicação da falange distal e proximal.
- (D) IV, que corresponde à duplicação da falange distal.

12. Com relação à contratura da aponeurose palmar (Dupuytren),

- (A) ocorre acometimento principalmente das fibras longitudinais da fáscia palmar dos dedos ulnares.
- (B) apresenta três fases de evolução: proliferativo, evolutivo e residual.
- (C) ocorre acometimento igual de ambos os sexos da quinta à sétima década.
- (D) apresenta alteração fibroproliferativa de causa inflamatória.

13. Na paralisia seletiva do nervo mediano (síndrome do interósseo anterior), ocorre

- (A) geralmente comprometimento dos músculos flexor longo do polegar, flexor profundo do indicador e do médio, e do pronador quadrado.
- (B) alteração da sensibilidade da região do triângulo palmar.
- (C) anastomose entre os nervos mediano e ulnar em 45% dos casos.
- (D) compressão pelo músculo de Gantzer que é uma cabeça acessória do pronador redondo.

14. A síndrome compressiva do nervo ulnar no punho (canal de Guyon)

- (A) é mais frequente que a compressão deste nervo no cotovelo.
- (B) pode ocorrer por trauma local, fratura do hamato e piramidal, presença de músculo anômalo como o palmaris brevis.
- (C) apresenta sintomas sensitivos e motores, sendo mais frequente a queixa sensitiva.
- (D) compromete a sensibilidade da região posterior e medial da mão.

15. A compressão do ramo superficial do nervo radial (Síndrome de Wartenberg)

- (A) provoca a alteração da sensibilidade na região dorso radial da mão, nos dedos médio, anular e mínimo.
- (B) compromete o nervo no terço proximal do antebraço.
- (C) pode ocorrer no seu trajeto na borda lateral do músculo braquiorradial.
- (D) pode ocorrer no terço médio ou distal do antebraço, entre os tendões do braquiorradial e extensor radial longo do carpo.

16. Na classificação por região da paralisia obstétrica, o tipo

- (A) Erb-Duchene acomete a parte proximal, com comprometimento do ombro.
- (B) Klumpke acomete a região do cotovelo e mão.
- (C) Erb-Duchene apresenta o membro junto ao corpo, com rotação interna e, na maioria das vezes, a extensão do cotovelo está preservada.
- (D) total preserva os movimentos do punho e pode estar acompanhada de alguns fatores de mau prognóstico.

17. De acordo com os princípios fundamentais para transferência de tendão,

- (A) o músculo perde um grau da força segundo a classificação de Plastridge.
- (B) a rigidez articular não é contraindicação para a cirurgia.
- (C) a linha de ação não interfere no resultado da força.
- (D) o sinergismo propicia melhor função, fato que ocorre entre o extensor do punho e extensor do dedo.

18. A sinovectomia realizada no tratamento da artrite reumatoide **NÃO** tem por finalidade

- (A) aliviar a dor e prevenir ruptura do tendão.
- (B) melhorar a estabilidade e aliviar a obstrução mecânica.
- (C) quebrar o círculo vicioso autoimunológico.
- (D) melhorar a estabilidade sem alterar a preservação da cartilagem articular.



19. Na artrose da articulação interfalângica distal submetida à artrodese,

(A) a amplitude articular é importante para apreensão de pequenos objetos, mas a perda de movimento não é muito incapacitante.

(B) a maioria dos pacientes valoriza a perda da amplitude articular.

(C) o aumento de volume prévio ocorre pela presença do nódulo de Bouchart.

(D) a consulta ocorre no início da doença.

20. Na classificação radiográfica de Lichtman para necrose avascular do semilunar, o tipo

(A) I apresenta o semilunar normal, com cintilografia e ressonância nuclear sem alterações.

(B) II apresenta o semilunar com esclerose.

(C) III A tem fragmentação do semilunar.

(D) IV tem fragmentação do semilunar com alteração dos ângulos do carpo.

21. A moléstia de Preiser ou necrose avascular do escafoide

(A) tem etiologia e fisiopatologia conhecidas.

(B) apresenta maior incidência no homem e o estágio III apresenta alteração no formato, que pode estar fragmentado.

(C) compromete predominantemente o polo proximal e o estágio II apresenta alteração de densidade, sem alteração da forma.

(D) não tem tratamento padronizado e, na maioria das vezes, não causa incapacidade.

22. A paroníquia aguda

(A) é uma infecção da região distal da unha.

(B) tem como agente etiológico o *Staphylococcus epidermidis*.

(C) não é frequente em pacientes com onicofagia.

(D) ocorre por causa do rompimento da vedação entre a placa e a dobra ungueal.

23. Na artroscopia do punho, o portal

(A) 3-4 localiza-se entre a borda radial dos tendões extensores comum dos dedos e a borda ulnar do tendão do extensor longo do polegar.

(B) 4-5 localiza-se entre a borda radial dos tendões extensores comum dos dedos e o extensor curto do polegar.

(C) 6R localiza-se radial ao tendão do extensor próprio do dedo mínimo.

(D) 6U localiza-se do lado ulnar do tendão do extensor próprio do dedo mínimo.

24. O bloqueio interescalênico do plexo braquial (Winnie)

(A) é realizado com introdução da agulha perpendicularmente à pele e no sentido caudal entre os músculos escaleno anterior e médio, ao nível de C4.

(B) apresenta falha frequente do bloqueio do tronco inferior.

(C) não causa efeitos secundários, como rouquidão ou síndrome de Horner.

(D) pode causar pneumotórax.

25. Com relação ao enxerto de pele total, assinale a alternativa **ERRADA**:

(A) é mais grosso, por isso tem menor retração.

(B) é mais maleável após a cicatrização.

(C) a integração é mais fácil pela inosculação.

(D) a quantidade a ser retirada é pequena.

26. A queimadura pode ser classificada, quanto à profundidade, em

(A) 1º grau, que apresenta lesão de continuidade da pele com coloração avermelhada.

(B) 2º grau superficial, que apresenta lesão da epiderme e presença de vesículas.

(C) 2º grau profunda, que apresenta lesão da pele e parte reticular da derme com ausência de enchimento capilar.

(D) 3º grau, que apresenta lesão de toda espessura da pele até o subcutâneo, sem escara necrótica.

27. No ferimento superficial da região volar do punho, os tendões flexores dos dedos com maior possibilidade de lesão são:

(A) flexor longo do polegar e flexor superficial do indicador.

(B) flexor superficial do indicador e do dedo mínimo.

(C) flexor superficial do indicador e dedo médio.

(D) flexor superficial do dedo médio e anular.



28. Na lesão "dedo em martelo", o tipo

- (A) A1 corresponde à lesão do tendão com queda da falange menor que 30 graus.
- (B) B1 corresponde à lesão com arrancamento ósseo com queda da falange maior que 30 graus.
- (C) C2 corresponde à lesão com fratura da base e interfalângica distal estável.
- (D) D2 corresponde ao descolamento epifisário da falange distal.

29. Na lesão proximal (alta) do nervo ulnar,

- (A) ocorre paralisia dos músculos distalmente à lesão, em associação com a metade radial do flexor profundo e flexor ulnar do carpo.
- (B) a deformidade em garra não é tão nítida quanto na lesão distal (baixa).
- (C) ocorre perda sensitiva somente da região palmar dos dedos anular e mínimo.
- (D) o uso de órtese tem finalidade diferente da lesão distal (baixa).

30. São critérios de Lafontaine para instabilidade nas fraturas do terço distal do rádio, **EXCETO**

- (A) desvio dorsal maior que 20 graus e cominuição dorsal.
- (B) acometimento da articulação radicárpica e fratura do estilóide da ulna.
- (C) idade maior que 50 anos e fratura cominuitiva.
- (D) encurtamento radial maior que 5mm.

31. No paciente com trauma em hiperextensão, desvio radial do punho e suspeita de fratura de escafoide não confirmada na radiografia inicial,

- (A) deve-se repetir a radiografia após uma semana.
- (B) a cintilografia negativa não descarta a possibilidade de fratura.
- (C) a ressonância nuclear magnética realizada na primeira semana está indicada nos casos de radiografia sem evidência de fratura.
- (D) a ultrassonografia apresenta sensibilidade de 65 a 75%.

32. Na dissociação escafossemilunar, o estágio

- (A) 1 apresenta lesão total do ligamento escafossemilunar sem alteração do alinhamento.
- (B) 2 apresenta lesão completa do ligamento escafossemilunar sem condição de reparo.
- (C) 3 apresenta lesão completa do ligamento escafossemilunar sem condição de reparo e escafoide desalinhado.
- (D) 4 apresenta lesão completa do ligamento escafossemilunar sem condição de reparo e subluxação rotatória do escafoide redutível.

33. A deformidade com angulação dorsal na fratura da diáfise do metacarpo é causada pela

- (A) musculatura intrínseca e tendões flexores.
- (B) ação da musculatura extrínseca dos dedos.
- (C) ação deformante da anatomia do metacarpo.
- (D) contratura ligamentar intermetacárpica.

34. A fratura da base do polegar na classificação de Green e O'Brien,

- (A) denominada Bennet, apresenta fragmento triangular interno que permanece em sua relação normal pelo ligamento oblíquo anterior.
- (B) denominada Rolando, apresenta um traço intraarticular em "T" ou "Y".
- (C) tipo IIb, apresenta fratura extra-articular com traço transverso.
- (D) tipo IV, apresenta fratura extra-articular com traço oblíquo.

35. A deformidade na fratura da falange média proximal à inserção do tendão flexor superficial é em

- (A) extensão.
- (B) desvio radial pela ação do músculo interósseo.
- (C) flexão.
- (D) desvio ulnar.





Pontifícia Universidade  
Católica de São Paulo  
RESIDÊNCIA MÉDICA 2016