

Resposta aos recursos - S42 MEDICO 20H ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Questão	Justificativa	Conclusão (Deferido ou Indeferido)	Resposta Alterada para:
Questão 26	<p>Após a análise da questão, esta Banca entendeu por manter o gabarito oficial, pelos motivos apresentados abaixo:</p> <p>Questão elaborada em conformidade com o item “Anatomia e histologia do aparelho locomotor” do Conteúdo Programático, previsto no Edital.</p> <p>FONTE: https://unigra.com.br/arquivos/anatomia-do-sistema-locomotor-e-atlas-fotografico-.pdf</p> <p>Diante do exposto, indefere-se o presente recurso.</p>	INDEFERIDO	
Questão 30	<p>Após a análise da questão, esta Banca entendeu por manter o gabarito oficial, pelos motivos apresentados abaixo:</p> <p>Afirmção I é falsa, e segue o texto correto:</p> <p>Devemos fazer o diagnóstico diferencial com a Coxalgia, Epifisiolise femural (coxa-vara) e com a ósteo-artrite séptica do quadril. . Com a coxalgia: o exame clínico nos revela a presença da adenopatia ganglionar satélite, a radiografia nos dá o aspecto fluor tão característico, além da diminuição da fenda articular. A prova de Tuberculina é positiva e a Hemossedimentação é elevada o que não se verifica na doença de Perthes.</p> <p>Com a epifisiolise: as radiografias nas duas incidências mostram o deslramento tão característicos da epífise femural, sendo negativos todos os sinais radiológicos observados na osteocondrose deformante do quadril. Com a ósteo-artrite séptica do quadril, o quadro inflamatório predomina com a sua riqueza de sintomas. O hemograma é característico e a</p>	INDEFERIDO	

	<p>hemossedimentação está aumentada. A radiografia revela a localização do processo inflamatório na epífise femural.</p> <p>FONTE: https://seer.ufrgs.br/anaisfamed/article/viewFile/78566/45172</p> <p>Diante do exposto, indefere-se o presente recurso.</p>		
Questão 31	<p>Após a análise da questão, esta Banca entendeu por manter o gabarito oficial, pelos motivos apresentados abaixo:</p> <p>Na incidência de “mortise”, observa-se um espaço claro medial, que deve ser menor que 4 mm. A inclinação do tálus (tilt talar) deve ser menor que 2 mm, a subluxação talar menor que 1 mm e as superfícies condrais devem estar paralelas. Na incidência em AP avalia-se a integridade da sindesmose, espaço claro tibiofibular (incisura fibular da tíbia e borda medial do ML), não devendo ultrapassar 5 mm. Observa-se também a sobreposição tibiofibular (overlap), devendo ser maior que 10 mm.</p> <p>FONTE: https://sbot.org.br/wp-content/uploads/2018/09/MANUAL_TRAUMA_ORTOPEDICO.pdf</p> <p>Diante do exposto, indefere-se o presente recurso.</p>	INDEFERIDO	
Questão 32	<p>Após a análise da questão, esta Banca entendeu por manter o gabarito oficial, pelos motivos apresentados abaixo:</p> <p>Devemos avaliar a estabilidade do cotovelo pelo estresse em valgo com o paciente mantido em decúbito dorsal, o braço abduzido em 90°, o ombro rodados lateralmente em 90°, o cotovelo em flexão de 15° para eliminar a força estabilizadora do olécrano. Se o cotovelo estiver instável, a simples força da gravidade abrirá o lado medial. A função do nervo ulnar deve ser cuidadosamente avaliada. O alargamento ou a irregularidade da linha apofisária pode constituir-se no único indício de fratura.</p>	INDEFERIDO	

	<p>Quando há encarceramento do fragmento este pode ser ocultado pela ulna ou pelo úmero distal.</p> <p>FONTE: https://sbot.org.br/wp-content/uploads/2018/09/MANUAL_TRAUMA_ORTOPEDICO.pdf PÁG.312</p> <p>Diante do exposto, indefere-se o presente recurso.</p>														
Questão 33	<p>Após a análise da questão, esta Banca entendeu por manter o gabarito oficial, pelos motivos apresentados abaixo:</p> <p>Algumas classificações foram descritas para as luxações traumáticas do quadril, e incluem subtipos que levam em consideração as lesões associadas:</p> <table><tr><th colspan="2">Thompson e Epstein</th></tr><tr><td>Tipo I</td><td>Luxação pura ou com pequeno fragmento</td></tr><tr><td>Tipo II</td><td>Luxação com fragmento grande único da parede posterior</td></tr><tr><td>Tipo III</td><td>Luxação com fragmento cominuído da parede posterior, com ou sem um grande fragmento principal</td></tr><tr><td>Tipo IV</td><td>Luxação com fratura do fundo acetabular</td></tr><tr><td>Tipo V</td><td>Luxação com fratura da cabeça femoral</td></tr></table> <p>FONTE: https://sbot.org.br/wp-content/uploads/2018/09/MANUAL_TRAUMA_ORTOPEDICO.pdf PÁG.152</p>	Thompson e Epstein		Tipo I	Luxação pura ou com pequeno fragmento	Tipo II	Luxação com fragmento grande único da parede posterior	Tipo III	Luxação com fragmento cominuído da parede posterior, com ou sem um grande fragmento principal	Tipo IV	Luxação com fratura do fundo acetabular	Tipo V	Luxação com fratura da cabeça femoral	INDEFERIDO	
Thompson e Epstein															
Tipo I	Luxação pura ou com pequeno fragmento														
Tipo II	Luxação com fragmento grande único da parede posterior														
Tipo III	Luxação com fragmento cominuído da parede posterior, com ou sem um grande fragmento principal														
Tipo IV	Luxação com fratura do fundo acetabular														
Tipo V	Luxação com fratura da cabeça femoral														

	Diante do exposto, indefere-se o presente recurso.																	
Questão 34	<p>Após a análise da questão, esta Banca entendeu por manter o gabarito oficial, pelos motivos apresentados abaixo: Tratamento baseado na Classificação de Russel-Taylor</p> <table><tr><th>Tipo</th><th>Descrição</th><th>Indicação</th></tr><tr><td>IA</td><td>Com fossa piriforme e pequeno trocânter intactos</td><td>Haste estândar (parafusos proximais transversais na região do pequeno trocânter)</td></tr><tr><td>IB</td><td>Fossa piriforme intacta e pequeno trocânter fraturado</td><td>Haste de reconstrução (Parafusos proximais oblíquos no colo do fêmur)</td></tr><tr><td>IIA</td><td>Fossa piriforme fraturada e pequeno trocânter intacto</td><td>DCS ou Haste de reconstrução</td></tr><tr><td>IIB</td><td>Tanto a fossa piriforme quanto o pequeno trocânter estão fraturados</td><td>DCS associado a enxerto ou Haste de reconstrução</td></tr></table> <p>FONTE: https://sbot.org.br/wp-content/uploads/2018/09/MANUAL TRAUMA ORTOPEDICO.pdf</p>	Tipo	Descrição	Indicação	IA	Com fossa piriforme e pequeno trocânter intactos	Haste estândar (parafusos proximais transversais na região do pequeno trocânter)	IB	Fossa piriforme intacta e pequeno trocânter fraturado	Haste de reconstrução (Parafusos proximais oblíquos no colo do fêmur)	IIA	Fossa piriforme fraturada e pequeno trocânter intacto	DCS ou Haste de reconstrução	IIB	Tanto a fossa piriforme quanto o pequeno trocânter estão fraturados	DCS associado a enxerto ou Haste de reconstrução	INDEFERIDO	
Tipo	Descrição	Indicação																
IA	Com fossa piriforme e pequeno trocânter intactos	Haste estândar (parafusos proximais transversais na região do pequeno trocânter)																
IB	Fossa piriforme intacta e pequeno trocânter fraturado	Haste de reconstrução (Parafusos proximais oblíquos no colo do fêmur)																
IIA	Fossa piriforme fraturada e pequeno trocânter intacto	DCS ou Haste de reconstrução																
IIB	Tanto a fossa piriforme quanto o pequeno trocânter estão fraturados	DCS associado a enxerto ou Haste de reconstrução																

	<p>PÁG.166</p> <p>Diante do exposto, indefere-se o presente recurso.</p>																						
Questão 36	<p>Após a análise da questão, esta Banca entendeu por manter o gabarito oficial, pelos motivos apresentados abaixo:</p> <p>As fraturas do terço médio sem desvio são de tratamento conservador e cursam com bons resultados. Não há diferença dos resultados funcionais e tempo de consolidação entre o uso da tipóia e da imobilização tipo 8. Nenhuma destas reduz o desvio da fratura, e a imobilização tipo 8 tem a desvantagem de ser mais incômoda para o paciente. A imobilização pode ser descontinuada assim que o paciente tiver melhora da dor, o que normalmente ocorre entre 2 e 3 semanas de tratamento, marcando o retorno às atividades habituais sem carga.</p> <table><tr><th>Indicações absolutas – Terço Médio</th><th>Indicações relativas – Terço Médio</th></tr><tr><td>Encurtamento ≥ 2 cm</td><td>Deslocamento < 2cm</td></tr><tr><td>Fratura exposta</td><td>Desordem neurológica (Parkinson, convulsões, etc)</td></tr><tr><td>Ruptura iminente da pele e fratura irreduzível</td><td>Trauma múltiplo</td></tr><tr><td>Lesão vascular</td><td>Previsão de repouso prolongado no leito</td></tr><tr><td>Prejuízo neurológico progressivo</td><td>Ombro flutuante</td></tr><tr><td>Fratura patológica deslocada, com paralisia associada do trapézio</td><td>Intolerância à imobilização</td></tr><tr><td>Dissociação escapulotorácica</td><td>Fraturas bilaterais</td></tr><tr><td></td><td>Fratura da extremidade superior ipsilateral</td></tr><tr><td></td><td>Razão estética</td></tr></table> <p>FONTE: https://sbot.org.br/wp-content/uploads/2018/09/MANUAL_TRAUMA_ORTOPEDICO.pdf</p> <p>PÁG.46</p> <p>Diante do exposto, indefere-se o presente recurso.</p>	Indicações absolutas – Terço Médio	Indicações relativas – Terço Médio	Encurtamento ≥ 2 cm	Deslocamento < 2 cm	Fratura exposta	Desordem neurológica (Parkinson, convulsões, etc)	Ruptura iminente da pele e fratura irreduzível	Trauma múltiplo	Lesão vascular	Previsão de repouso prolongado no leito	Prejuízo neurológico progressivo	Ombro flutuante	Fratura patológica deslocada, com paralisia associada do trapézio	Intolerância à imobilização	Dissociação escapulotorácica	Fraturas bilaterais		Fratura da extremidade superior ipsilateral		Razão estética	INDEFERIDO	
Indicações absolutas – Terço Médio	Indicações relativas – Terço Médio																						
Encurtamento ≥ 2 cm	Deslocamento < 2 cm																						
Fratura exposta	Desordem neurológica (Parkinson, convulsões, etc)																						
Ruptura iminente da pele e fratura irreduzível	Trauma múltiplo																						
Lesão vascular	Previsão de repouso prolongado no leito																						
Prejuízo neurológico progressivo	Ombro flutuante																						
Fratura patológica deslocada, com paralisia associada do trapézio	Intolerância à imobilização																						
Dissociação escapulotorácica	Fraturas bilaterais																						
	Fratura da extremidade superior ipsilateral																						
	Razão estética																						

Questão 37	<p>Após a análise da questão, esta Banca entendeu por manter o gabarito oficial, pelos motivos apresentados abaixo:</p> <p>Descolamento Epifisário do Rádio Ocorrem em sua maioria em pacientes pré-adolescentes (sendo 80% delas em pacientes acima de 10 anos). O tipo mais comum é o grau II de Salter Harris (a lesão grau I é de difícil documentação). O potencial de remodelação das lesões epifisárias é ainda maior que nas fraturas metafisárias. Desvios de até 15 graus corrigem rapidamente mesmo nos adolescentes.</p> <p>FONTE: https://sbot.org.br/wp-content/uploads/2018/09/MANUAL TRAUMA ORTOPEDICO.pdf PÁG.326</p> <p>Diante do exposto, indefere-se o presente recurso.</p>	INDEFERIDO	
Questão 38	<p>Após a análise da questão, esta Banca entendeu por manter o gabarito oficial, pelos motivos apresentados abaixo:</p> <p>Osteotomia de cunhas combinadas ou duplas: indicada acima de 4 anos de vida, com cunha retirada do cuboide e inserida no cuneiforme medial. Pode ser associada a osteotomia da base dos metatarsais para melhor correção.</p> <p>Osteotomia da base dos metatarsais: costuma ser indicada em crianças com aduções graves e para idade acima de 6 anos, com cuidado na base do primeiro metatarsal, evitando lesar a placa de crescimento ali presente. São realizadas 2 ou 3 incisões</p>	INDEFERIDO	

	<p>dorsais longitudinais, sendo que a forma da osteotomia é geralmente em “V” ou em dômus de ápice proximal. Pode-se ressecar a cunha lateral da base do metatarsal, para melhor correção. Prevenir o desvio volar ou dorsal do fragmento distal da osteotomia.</p> <p>FONTE: Ortopedia_examenes_e_diagnostico_consulta_rapida_Hebert_1_ed._- _www.meulivro.biz Pág.387 https://www.meulivro.biz/medicina/ortopedia/1314/ortopedia-exames-e-diagnosticos-consulta-rapida-hebert-1-ed-pdf/</p> <p>Diante do exposto, indefere-se o presente recurso.</p>		
Questão 49	<p>Após a análise da questão, esta Banca entendeu por manter o gabarito oficial, pelos motivos apresentados abaixo:</p> <p>Sinais e sintomas da artrogripose múltipla congênita As deformidades são evidentes ao nascimento. Artrogripose múltipla congênita não é progressiva, mas os agentes que a causam podem ser progressivos (p. ex., distrofia muscular). As contraturas das articulações afetadas podem ficar em flexão ou extensão. Na manifestações clássicas da artrogripose múltipla congênita, os ombros são quase sempre aduzidos e rodados internamente; os cotovelos em extensão; punhos e dedos fletidos. Pode haver deslocamento dos quadris, que ficam levemente fletidos. Os joelhos ficam em extensão e os pés frequentemente em posição equinovara. Os músculos do membro inferior são, geralmente, hipoplásicos e os membros tendem a se tornarem tubulares e encaracterísticos. Membrana de tecido mole, às vezes, é encontrada sobre a face ventral das articulações fletidas. A coluna pode ser escoliótica. Exceção feita à ossatura delgada, a radiografia do esqueleto é aparentemente normal. As limitações físicas podem ser graves. Algumas</p>	INDEFERIDO	

	<p>crianças podem ter disfunções do sistema nervoso central, mas a inteligência costuma não ser afetada.</p> <p>FONTE: https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/anormalidades-craniofaciais-e-musculoesquel%C3%A9ticas-cong%C3%AAnitas/artrogripose-m%C3%BAltipla-cong%C3%AAnita</p> <p>Diante do exposto, indefere-se o presente recurso.</p>		
Questão 50	<p>Após a análise da questão, esta Banca entendeu por anular o gabarito oficial, pelos motivos apresentados abaixo:</p> <p>Houve um erro comando da questão, pois onde se lê 2ª e 3ª idade, deveria ser 2ª ou 3ª décadas da vida:</p> <p>Forma das cinturas dos membros (limb girdle) — Iniciando-se geralmente na 2ª ou 3ª décadas da vida, a moléstia principia com o comprometimento de uma das cinturas, escapular ou pélvica, acometendo depois a outra 1 4 ; são afetados ambos os sexos igualmente; a evolução é variável, sendo freqüentes os casos abortivos e aqueles que, a partir de um dado momento, mantêm-se estacionários; as pseudo-hipertrofias são raras, o mesmo se dando com as retrações fibrotendinosas e com as deformidades esqueléticas secundárias. Os primeiros sinais da moléstia são o déficit motor de tipo proximal, dificuldades para subir escadas, para andar e para assumir a posição erecta, acentuação da lordose lombar e hipotrofias musculares.</p> <p>FONTE: https://www.scielo.br/j/anp/a/d4tsdKnp4rxq7nKkc9FWsvN/?lang=pt&format=pdf</p>	DEFERIDO - ANULAR	

	Diante do exposto, defere-se o presente recurso, questão anulada		
--	--	--	--