**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – RCG 3012**

**Avaliação Final - 27/11/2019**

**Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No. USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Considere que o paciente com o exame radiológico ao lado tem um quadro doloroso lombar agudo. Qual seria o fator de indicação de tratamento cirúrgico? (0,5)
2. Dor intensa.
3. Febre.
4. Sinal de Lasegue positivo.
5. Alteração de controle esfincteriano.
 | Resultado de imagem para hernia de disco lombar ressonancia magnetica |

1. Assinale verdadeiro (V) ou falso (F) nas seguintes afirmativas: (0,5)
* A articulação do ombro é a segunda articulação de maior amplitude de movimento do corpo humano, ficando atrás da articulação coxo-femoral. ( F )
* A articulação do ombro é composta por 3 diartroses: glenoumeral, acromioclavicular e esternoclavicular. ( V )
* A função do lábio glenoidal é aumentar a superfície de contato da glenóide com a cabeça do úmero, garantindo maior amplitude de movimento. ( F )
* A articulação escapulotorácica é uma articulação verdadeira, compondo a articulação do ombro. ( F )
* O ritmo articular do ombro é composto pela amplitude articular glemoumeral e escapulotorácia, na proporção de 2:1 ( V )
1. Considere uma mulher de 45 anos de idade, destra, secretária executiva com hipotireoidismo que apresenta dor e formigamento nas mãos, principalmente do segundo ao quarto dedo. Recentemente relata piora das atividades manuais e de carga e que desperta a noite com dor e formigamento nas mãos. Ao exame físico foi diagnosticado sinal de Phalen positivo, redução da força de preensão, sinal de Tinel positivo bilateral. Apresenta amiotrofia da eminência tenar somente na mão direita. Assinale a alternativa correta: (0,5)
2. Há indicação cirúrgica para a mão esquerda.
3. O exame de ENMG não interfere na decisão cirúrgica.
4. O tratamento conservador está indicado bilateralmente com a tala noturna em extensão.
5. O tratamento cirúrgico pode ser artroscópico ou ‘à ceu aberto’.
6. A doença do manguito rotador ocorre quando há comprometimento de algum dos 4 músculos que o compõem: supraespinhal, infraespinhal, redondo menor e subescapular. Assinale a alternativa CORRETA quanto a essa doença: (0,5)
7. A fisiopatologia está relacionada a degeneração do colágeno dos tendões do manguito influenciado por um fator genético.
8. O tabagismo é um fator de risco, pois interfere na microvasculatura local e pode retardar o processo de reparação de traumas de repetição/esportivos ou mesmo comprometer o ritmo de recuperação pós-operatória.
9. O movimento que tipicamente está associado a essa síndrome é a adução do ombro, como ao empurrar objetos para baixo.
10. Tendo em vista a velocidade de recuperação e o baixo risco cirúrgico, o tratamento artroscópico tornou-se recentemente a primeira opção de tratamento.
11. Quanto a instabilidade do ombro assinale verdadeiro (V) ou falso (F) (0,5)
* O relevo ósseo é o principal mecanismos de manutenção da estabilidade do ombro ( F )
* Os principais testes para avaliar a estabilidade do ombro são: teste da apreensão, teste da instabilidade posterior (teste de Fukuda), teste da gaveta anterior e posterior, teste do sulco e teste da recolocação (V)
* A luxação recidivante do ombro pode ocorrer nos quadros de etiologia traumática pode estar a lesões do labrum ou da borda óssea da glenoide (V)
* A classificação da instabilidade glenoumeral ocorre quanto a etiologia (traumática ou atraumática) e quanto à direção da instabilidade, sendo inferior, posterior ou anterior (V)
* Entre as complicações da luxação glenoumeral estão a lesão do labrum, da glenóide e da superfície da cabeça do úmero, mas não ocorrem lesões nervosas ou vasculares ( F )
1. Um homem com 59 anos de idade, aposentado, jogador de vôlei de praia amador. Relata dor em ombro direito após uma partida, com dificuldade de abdução e rotação externa de ombro. Indique a conduta mais adequada: (0,5)
2. Realização de ressonância magnética para verificar a condição do tendão do músculo deltóide.
3. Tratamento cirúrgico é indicado quando ocorre lesão completa do tendão supraespinhal.
4. Não há necessidade de realizar imobilização imediata após o pós-operatório de reconstrução de manguito rotador.
5. A prótese da cabeça do úmero é indicada.
6. Em relação a zonas flexoras da mão delimitadas por estruturas internas, assinale verdadeiro (V) ou falso (F): (0,5)
* A região 2, denominada “terra de ninguém” localiza todas as polias dos dedos, sendo a pior região para uma lesão e exige um cuidado maior durante o procedimento cirúrgico e durante a reabilitação (V)
* A região 1 é onde se localiza o túnel do carpo (F)
* Na região 3 se encontra a origem dos lumbricais e dos flexores profundos (V)
* A região 4 e 5 englobam a região do túnel do carpo e a região proximal do túnel do carpo, respectivamente (V)
* A região 5 também é fonte de grande dificuldade técnica na cirurgia, porque há muitos tendões e nervos, que exigem cuidadosa exploração para religação de forma correta ( V ).
1. Em relação ao prognóstico e o tratamento das lesões em tendões das mãos, responda: (1,0)
2. Por que lesões em tendões das mãos geralmente apresentam mau prognóstico?

Pois são lesões incapacitantes e que requerem tratamento cirúrgico especializado e o mais ágil possível, pois pode haver complicações como restrição da mobilidade articular, aderências ou retrações tendinosas, entre outros. São, portanto, lesões que podem levar a perdas funcionais importantes se não tratadas corretamente desde o início.

1. Como se faz o tratamento das lesões dos tendões da mão?

O princípio do tratamento é a identificação correta da lesão tendínea e o tratamento da ferida em si. As lesões dos tendões flexores exigem reparo cirúrgico. Inicialmente, é necessário limpar o ferimento, suturar a pele e imobilizar a mão. Depois deve ser planejado o reparo cirúrgico das lesões tendíneas, que deve ser realizado num prazo de até duas semanas após a lesão para evitar complicações e uso de enxertia. Após o tratamento cirúrgico, tem início o tratamento de reabilitação com protocolos de mobilidade precoce, bem como o planejamento do uso funcional da mão machucada.

1. Quais aspectos do paciente devem ser avaliados após a amputação, com vista a programação da protetização e reabilitação? Como o nível de amputação interfere no desempenho funcional? (1,0)

A avaliação antes da protetização deve considerar aspectos do paciente e do coto:

Aspectos gerais do paciente incluem: equilíbrio, visão, força do membro inferior contralateral, dos membros superiores devem ser avaliadas e tolerância cardiorrespiratória ao esforço.

Quanto ao coto, é importante avaliar a presença de deformidades articulares, cicatrizes retraídas ou dolorosas, dores musculares ou neuromas.

Deve-se ter em mente qual o nível de atividade habitual do indivíduo e suas condições de saúde. Quanto mais alta a amputação, maior é o consumo energético para a marcha e mobilidade, o que pode ser uma limitação para pacientes com comorbidades que trazem prejuízo à realização de esforços (exemplo: cardiopatias).

1. Em relação aos tumores ósseos, assinale a alternativa correta e responda a pergunta abaixo: (0,5)
2. Tumores benignos latentes geralmente precisam de tratamento cirúrgico.
3. Os tumores benignos ativos e agressivos são curetados, com conduta adjuvante (cauterização, crioterapia, fenolização), para aumentar a margem de segurança e estabilização óssea.
4. A maior incidência de tumores ósseos ocorre entre crianças (5-10 anos) e idosos com mais de 50 anos.
5. As principais características radiográficas de tumores ósseos é o Triangulo de Codman.
6. Diferencie o tratamento clínico de tumores ósseos do tratamento cirúrgico. (0,5)

Tratamento clínico: Quimioterapia, hormonioterapia e radioterapia

Tratamento cirúrgico: Tratamento oncológico, reconstituição: pequenas falhas e grandes falhas.

1. Quais são as indicações para a utilização de enxertos e retalhos? (0,5)

O enxerto está indicado para cobertura de feridas com boa superfície de tecidos moles, sem exposição direta de osso ou tendão sem peritendão. As indicações para realização de retalho são falhas de cobertura com exposição de tecidos nobres, como cartilagem articular, osso com periósteo, tendões sem peritendão, vasos e nervos. Também está indicado nas lesões de partes moles que dificultem outros tratamentos em virtude de más condições locais (cicatrizes, fistulas, osteomielite).

1. Um atleta de tênis de 24 anos foi encaminhado ao seu consultório com o diagnóstico de ‘bursite’ no ombro direito, porém ao avaliá-lo você percebeu que ele não tem dor nessa articulação, mas sim uma queixa recorrente de que ele “sai do lugar”, ficando impossível movimentá-lo, devido a dor extrema. Essa queixa iniciou-se há 2 anos após um episódio em que o ombro luxou quando estava em pé num ônibus muito cheio e ficou com a mão presa num trilho superior de apoio e precisou segurar o peso de vários outros passageiros numa freada. Nessa ocasião, foi levado a um pronto socorro onde os ortopedistas puxaram o seu braço e colocaram-no no lugar. Quadros semelhantes ocorreram outras 3 vezes, sempre com redução da luxação por manobras não-cirúrgicas. Considerando a sua hipótese diagnóstica, responda: (1,0)
2. Quais são as estruturas anatômicas que garantem a estabilidade da articulação gleno-umeral?

Estabilizadores estáticos: arco coraco-acromial, labrum, cápsula articular, ligamentos, angulação superior e anterior da fossa glenoidal

Estabilizadores dinâmicos: músculos deltoide, manguito rotador (supraespinhal, infraespinhal, redondo menor, subescapular), porção longa do bíceps braquial, musculatura periescapular (peitorais, grande dorsal, redondo maior, serrateis), pressão negativa intra-articular.

1. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

Instabilidade glenoumeral.

1. Quais são as indicações e objetivos de tratamento cirúrgico na luxação aguda e na recidivante do ombro?

Na luxação aguda, o tratamento cirúrgico está indicado para os quadros de luxação irredutível ou quando ocorre ‘bony bancart’, ou seja, a lesão da borda óssea da glenoide ou do lábio glenoidal.

Na luxação recidivante, o tratamento cirúrgico está indicado conforme o perfil do paciente que considera: idade, nível de atividade esportiva, tipo de esporte praticado, lassidão ligamentar do ombro, lesão óssea da cabeça umeral (lesão de Hill-Sachs) ou do contorno da glenoide ao exame de imagem.

1. Quais as vantagens e desvantagens dos procedimentos artrocópicos em relação aos procedimentos abertos? (1,0)

Por realizar menor invasão e desvitalização de tecidos, a dor pós-operatória, cicatrizes, volume de sangramento e taxas de infecção são menores em relação à cirurgia aberta convencional. Além disso, há apelo cosmético, principalmente em jovens e atletas preocupados com a aparência. No entanto, talvez sua maior vantagem seja a melhor visualização dos detalhes da articulação, possibilitado pelo uso de lupas, o que oportuniza o diagnóstico mais preciso. As desvantagens da artroscopia são o custo dos insumos utilizados e a necessidade de um treinamento mais prolongado uma vez que essa técnica é caracterizada pela típica curva de aprendizado bem mais longa que a cirurgia aberta, exigindo um treinamento mais dispendioso.

1. Uma adolescente, do sexo feminino, com 14 anos apresenta escoliose com curva a direita, sem queixas de dor. Começou a apresentar os sinais de alteração postural com 12 anos. Assinale a alternativa correta em relação ao caso clínico. (1,0)
2. Trata-se de uma escoliose classificada como congênita do adolescente, porque teve início após os 10 anos de idade.
3. A avaliação é composta por história clínica e exame físico (inspeção, palpação, movimentação, exame neurológico e testes especiais).
4. Em pacientes com escoliose geralmente o teste de Adams é negativo.
5. Escoliose classificada como neuromuscular por não possuir causa conhecida.

Com base no caso clínico acima como você realizaria o acompanhamento do paciente para determinar o uso ou não do colete? Quais testes e exames devem ser realizados para confirmar o diagnóstico?

**O acompanhamento** é realizado através da solicitação de radiografias, além da inspeção que serve para observar o tipo de curva, localização, sua intensidade, progressão, etiologia, flexibilidade e idade do paciente. Como regra, quanto maior a potencialidade de crescimento do indivíduo, maior a possibilidade da curva piorar. Assim, o tratamento vai desde a observação para curvas pequenas, dor, uso de colete para curvas moderadas e flexíveis, até cirurgia que interfere diretamente na curva, usando vários tipos de fixação interna.

**Para a indicação do colete o adolescente deve apresentar:**

* Uma curva moderada (25 a 40 graus)
* Uma curva progressiva (com piora de mais de 5 graus)
* Muito potencial de crescimento restante (Risser 0 a 2)

**Testes e exames:** Se o indivíduo fizer uma inclinação anterior do tronco, as gibosidades tornam-se mais nítidas e a assimetria do tronco é mais facilmente percebida. O exame do dorso do indivíduo na posição ereta e inclinada é chamado de "teste de um minuto".