1. D.O.I.D.O., 52 anos sofreu forte pancada na região poplítea (posterior do joelho). A região ficou edemaciada e dolorida. Por orientação do seu médico fez aplicação de gelo por 30 minutos na mesma região e percebeu que após a aplicação não conseguia mais realizar os movimentos de dorsiflexão e eversão. Qual(is) foi(foram) o(os) nervo(s) acometido(s)?

a. Femoral

b. Ciático

c. Fibular Comum

d. Tibial

e. Poplíteo

Gabarito: C

2. C.O.R.N.O., 32 anos, sexo masculino, sedentário, e tabagista. Trabalha sentado durante 10 horas diárias na função de auxiliar administrativo, e realiza pausas apenas para almoço e lanche no final da tarde. Relata formigamento e dormência em regiões inespecíficas do MSE há 2 meses, que sempre vem acompanhado de incômodo na região cervical, principalmente ao acordar e ao virar a cabeça para o lado E. Ao exame de IRM apresenta hérnias discais póstero-laterais à E nos discos C3-C4, C4-C5 e C5-C6, com redução de espaços entre os corpos vertebrais cervicais, osteofitoses e sinais de artrose interfacetária nos segmentos C4-C5 e C5-C6, o que sugere compressão nas raízes nervosas do plexo braquial. Quais são as raízes nervosas que formam o plexo braquial (sem as raízes de contribuição)?

a. C5, C6, C7, T1 e T2

b. C4, C5, C6, C7 e C8

c. C1, C2, C3, C4 e C5

d. C5, C6, C7, C8 e T1

e. C6, C7, C8, T1 e T2

Gabarito: D

3. L.O.I.R.A., 27 anos, sexo feminino, é praticante compulsiva/obsessiva de atividades físicas, principalmente musculação dos membros inferiores (Leg-Press e Step) e exercícios aeróbicos (esteira, bicicleta e elíptico). Há 4 semanas refere fortes dores na região glútea E com formigamento e dormência para o MIE até a planta do pé E, que pioram durante e após o Leg-Press e o Step com dor noturna. À palpação, a região glútea E apresenta-se dolorosa e contraturada e os sintomas acima citados pioram. Ao exame de IRM observou-se variação anatômica do tipo D (classificação de Beaton & Anson) entre a relação neuro-muscular profunda do quadril. Qual o possível nervo afetado nesta situação?

a. Femoral

b. Cluneal superior e médio

c. Femoral e Isquiático

d. Isquiático (ciático)

e. Cutâneo femoral posterior e ilio-hipogástrico

Gabrito: D

4. C.H.A.T.O., 25 anos, é sedentário e trabalha 8 horas por dia sentado e na mesma posição. Há 7 meses relata dor lombar de intensidade 8 (EVA) do tipo fisgada, que irradia em queimação até a parte posterior do joelho D. Apresenta dor à palpação da região lombar com presença de pontos gatilho lombares e nos músculos Isquiotibiais. Não há relato de formigamento e dormência no MID. De acordo com os sintomas:

a. Ele apresenta lombalgia aguda com sintomas de compressão do nervo isquiático

b. O paciente apresenta hérnia de disco crônica, compatível com compressão das raízes L2-L4

c. Ele está sofrendo com lombociatalgia aguda sem compressão do nervo isquiático

d. Há evidências de compressão do nervo ciático durante sua passagem pelo recesso infrapiriforme

e. Ele apresenta lombociatalgia crônica sem sinais de compressão do nervo isquiático

Gabarito: E

5. L.O.U.C.O, 22 anos, sexo masculino, pratica Tênis 4 vezes por semana durante um período de aproximadamente 2 horas por partida. Há 3 semanas refere dor do tipo queimação na face lateral do cotovelo E, mais precisamente no epicôndilo lateral E, que piora à palpação do local. Apresenta sensação de peso e perda de força muscular na região acometida. Teste de Cozen positivo para epicondilite lateral. Quais músculos originam-se no epicôndilo lateral e podem estar inflamados?

a. Extensor radial longo do carpo, extensor radial curto do carpo e flexor radial do carpo

b. Flexor radial longo do carpo, flexor radial curto do carpo e pronador redondo

c. Extensor dos dedos, extensor radial curto do carpo e flexor ulnar do carpo

d. Extensor longo do polegar, extensor curto do polegar e abdutor longo do polegar

e. Extensor radial curto do carpo, extensor ulnar do carpo e extensor dos dedos

Gabarito: E

6. B.R.U.X.A., 22 anos caiu da própria altura sofrendo fratura simples do Úmero D. Ficou imobilizada durante 6 semanas com consolidação completa da fratura. Após este tempo observou-se atrofia muscular no MSD, com perda dos movimentos de extensão do punho e dedos da mão D com parestesia no dorso da mão D. Qual(is) o(s) nervo(s) lesado(s) e os músculos normalmente paralisados neste tipo de lesão?

a. Nervo Radial – Músculo flexores de punho e dedos

b. Nervo Mediano – Músculos extensores de punho e dedos

c. Nervo Radial – Músculos extensores de punho e dedos e supinador

d. Nervo Ulnar – Músculos extensores e flexores de punho e dedos

e. Nervo Radial – Músculos extensores de punho e dedos e pronadores

Gabarito: C

7. L.E.S.A.D.O., 28 anos, sexo masculino, atleta profissional de Vôlei, relata que de 2 meses pra cá percebe perda de rendimento durante a prática esportiva, perdendo a vaga no time titular, o que o fez procurar a equipe médica. Ao exame físico apresenta perda de força muscular principalmente nos movimentos de abdução e flexão do ombro E, e do movimento de flexão do cotovelo E. Apresenta força muscular grau 3 em abdução de ombro e grau 4 em flexão de ombro e cotovelo de acordo com a escala de Oxford. Não consegue manter abdução sustentada em 90º por mais de 15 segundos, entrando em fadiga porém sem dor significativa. Ao exame de ressonância magnética apresenta uma hérnia póstero-lateral E no disco C4-C5 comprimindo a raíz de C5 à E e uma protusão discal posterior moderada C5-C6 comprimindo o segmento medular C6 e parte da raiz nervosa de C6 à E. Na eletroneuromiografia (ENMG) apresentou velocidade de condução normal para tríceps braquial, extensores de punho e dedos, pronador redondo e flexores de punho e dedos, porém velocidade de condução diminuída para bíceps braquial, braquial e nas 3 porções do deltoide, compatível com neuropraxia radicular à E. Quais nervos estão sofrendo compressão, de acordo com os sintomas clínicos e (ENMG)?

a. Mediano e Axilar

b. Axilar, músculo-cutâneo e mediano

c. Músculo-cutâneo e axilar

d. Radial, axilar e músculo-cutâneo

e. Radial e axilar

Gabarito: C

8. D.J.A.V.A.N., 43 anos, sexo masculino, não fuma e não bebe, é praticante de corrida de rua e sempre que pode participa de maratonas correndo entre 10 e 21km. Cerca de 3 vezes por semana ele treina para essas maratonas correndo entre 5 e 7km variando a intensidade de seu treinamento com curtos ´sprints´ durante a corrida e também com variação de terrenos, entre o asfalto, areia e grama. Durante os treinos e corridas em subidas, mesmo com baixas inclinações, começa a apresentar dor na região calcânea, com dor referida tanto para o tendão calcâneo quanto para a planta do pé. Esta dor plantar piora à palpação de retropé e médiopé e principalmente durante a extensão passiva de todos os artelhos e hálux. À movimentação ativa refere fortes dores no terço distal do tendão calcâneo ao ficar na ponta dos pés realizando o movimento de flexão plantar com a resistência do peso de seu corpo. Ele pesa 65kg e tem pé plano. Seu médico solicitou ultrassonografia da região plantar e retrocalcânea onde foram observadas 3 alterações na morfologia normal das estruturas pericalcâneas. De acordo com os sintomas supra citados, quais são as lesões de D.J.A.V.A.N.?

a. Ruptura da porção distal do tendão calcâneo, espessamento na origem da aponeurose plantar e esporão subcalcâneo

b. Espessamento da porção distal do tendão calcâneo, esporão subcalcâneo e espessamento na origem da aponeurose plantar

c. Espessamento da porção proximal do tendão calcâneo, esporão subcalcâneo e espessamento na origem da aponeurose plantar

d. Espessamento da porção proximal do tendão calcâneo, esporão subcalcâneo e espessamento nas inserções da aponeurose plantar junto às falanges proximais dos artelhos

e. Ruptura da porção distal do tendão calcâneo, sesamoidite e espessamento nos tendões dos músculos extensor curto dos dedos e abdutor curto do hálux

Gabarito: B

9. C.O.R.O.N.A., 52 anos, sexo feminino, gerente administrativa, trabalha 8 horas por dia e não pratica atividades físicas porque não gosta. Relata insônia persistente há mais de 6 meses e como está com um travesseiro ruim apresenta torcicolo cervical que piora ao acordar e melhora durante o dia, mas com dor residual 6 (de acordo com a EVA) que persiste até momentos antes de dormir, e atribui esta dor ao estresse de seu trabalho, com enxaqueca de intensidade moderada. Ao exame clínico apresenta dor à palpação cervical com pontos gatilho ativos à D lateralmente a vértebra C5, compatível a músculos superficiais e de profundidade média do pescoço. Apresenta dor referida do tipo queimação em direção à base externa do crânio, região superior da cabeça, ao redor dos olhos e também a mesma dor referida em direção ao ombro D. Não apresenta formigamento nem dormência. De acordo com a sua avaliação, quais músculos apresentam estes pontos gatilho e devem ser trabalhados?

a. Trapézio, esplênio da cabeça e semi-espinal da cabeça

b. Trapézio, romboide maior e romboide menor

c. Escaleno anterior, escaleno médio e levantador da escápula

d. Trapézio e esternocleidomastóideo

e. Esternocleidomastóideo, semi-espinal da cabeça e esplênio da cabeça

Gabarito: A

10. M.A.L.U.C.O., 27 anos, sexo masculino, sofreu acidente de automóvel há 2 meses e teve lesão completa da medula espinhal na altura de C-4. Apresenta tetraplegia e anestesia do pescoço para baixo, acompanhados de dispnéia quando tenta falar ou até mesmo deglutir. Em decúbito dorsal (DD) apresenta piora da dispnéia e acumula secreções respiratórias, piorando o quadro respiratório. Qual alternativa está ERRADA, de acordo com a história clínica atual?

a. Não apresenta movimentos nos membros superiores, pois sua lesão apresenta-se acima do plexo braquial, mesmo se este apresentar variação anatômica pós-fixada

b. A dispneia e a piora do quadro respiratório se dá pelo comprometimento do nervo frênico, que possui seus dois últimos pares de origens de raízes nervosas em C4 e C5

c. O comprometimento respiratório é agravado em DD pois a dificuldade em deglutir faz com que o peso da língua e a faringe obstruam as vias aéreas superiores, causando roncos e dispneia

d. O diafragma e os músculos intercostais externos apresentam perda de força muscular pois a lesão é na altura de C4, onde o segundo par do nervo frênico é originado, e este inerva ambos os músculos

e. A força muscular de bíceps braquial, tríceps braquial e flexores de punho e dedos, de acordo com a escala de Oxford, é 0 nos três grupos musculares

Gabarito: D

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 11. M.A.R.I.A., 29 anos, jornalista, digita em média 12 laudas de matérias para publicações diárias do jornal e tem essa rotina há 6 anos. Relata que nos últimos 2 anos apresenta sensação de peso nos dois ombros, dor em queimação na região cervical com enxaqueca de intensidade 7 (EVA) e dor noturna tanto na cervical quanto na cabeça. O que a trouxe ao serviço foi uma forte dor em queimação no compartimento ântero-medial de ambos os antebraços há mais de 1 ano. Esta dor é persistente, durante e após o trabalho, acompanhado de dor latejante à noite de intensidade 8 (EVA) e formigamento na palma da mão D com perda de força muscular principalmente ao carregar objetos como garrafas de refrigerante e sua bolsa, que frequentemente deixa cair. Sinal de Tinel e teste de Phalen + à D e – à E. Baseado nos sintomas que a paciente sente, qual alternativa é a CORRETA?a.  Apresenta sinais de tendinite de flexores de punho e dedos, com síndrome do túnel do carpo unilateral à Db. Apresenta sinais de tendinite de extensores de punho e dedos, com síndrome do túnel do carpo unilateral à Dc. Apresenta sinais de tendinite de flexores de punho e dedos, com síndrome do túnel do carpo bilaterald. Apresenta sinais de tendinite de extensores de punho e dedos, com sinais de compressão radicular cervical causa por protusão/hérnia discal que leva ao quadro parestésico da mãoe. Apresenta sinais de tendinite de flexores de punho e dedos, com evidências de compressão do nervo radial durante sua passagem através do músculo supinador, levando ao quadro parestésico da mão, chamado de síndrome do n. interósseo posteriorGabarito: A12. G.O.Z.Z.I., 40 anos, atleta, um cara legal, sofreu acidente de moto há 3 meses com fratura do terço médio da clavícula D e terço médio do úmero D. A moto está inteira! Ficou com imobilização em 8 para a fratura de clavícula por 1 mês e meio e já apresenta sinais radiológicos de formação de calo mole, porém sente muita dor durante movimentação ativa do MSD. Ao retirar o gesso do braço após 4 semanas, apresenta atrofia de musculatura proximal do ombro e musculatura do braço, e apresenta o sinal da ´mão caída´, pois não consegue movimentos coordenados de extensão de punho, dedos e polegar à D (FM grau 2). Os movimentos de flexão de punho e dedos, preensão do polegar e oponência do dedo mínimo estão preservados (FM grau 4). Sensibilidade preservada na palma da mão D e hipoestesia no dorso da mão D. Iniciou tratamento para recuperação dos movimentos de extensão de punho e dedos com FES e cinesioterapia para ganho de ADM e FM em flexão e preensão. De acordo com os sintomas, qual a provável lesão de G.O.Z.Z.I.?a. A fratura de clavícula levou a uma lesão supra axilar dos nervos mediano e ulnar, levando-o ao quadro de mão caída.b. A mão caída ocorreu pela ruptura do nervo radial ocasionada pela fratura do terço médio do úmero, que apresenta forte relação anatômica com este nervo.c. O tratamento com FES não é indicado logo após a retirada do gesso, pois além de não se tratar de uma lesão nervosa periférica o FES pode agravar o quadro de mão caída e há o risco de ele não retornar seus movimentos ativos novamente.d. Por se tratar de uma lesão recente não é indicada a realização de cinesioterapia de forma precoce, sendo mais importante apenas a utilização de TENS para aliviar o quadro álgico e esperar para fazer exercícios em fases mais tardias, diminuindo os riscos de manipulação/cinesioterapia precoce. e. As alternativas A e B estão corretasGabarito: B13. B.O.M.B.A.D.O., 22 anos, marombeiro, está sofrendo na quarentena por não poder ir na academia, fazia musculação todos os dias e agora segue os treinos em casa. Há pouco mais de um mês refere dor (EVA= 8) na parte medial do antebraço D, doendo até em um aperto de mão, com perda de força ao segurar e apertar objetos não muito pesados. Mesmo com essa dor continua fazendo musculação em casa e percebeu que o exercício que mais lhe trás dor é a flexão do punho D com o uso de pesos livres, sendo que a dor ocorre mais pelo aumento da amplitude do movimento de flexão de punho do que pelo peso, que tem sido com carga baixa. Quando faz o movimento completo de flexão do punho, mesmo com essa carga baixa, refere sensação semelhante a um choque logo abaixo do cotovelo D com formigamento e dormência na parte anteromedial do antebraço D que se estende até a palma da mão D. O membro contralateral não apresenta alterações. Durante a pronação do antebraço D a dor e estes sintomas acima citados pioram. Qual(is) a(s) provável(is) causa(s) da dor que o B.O.M.B.A.D.O. está sentindo?a. Ao que tudo indica ele apresenta epicondilite lateral D com compressão do nervo radial durante sua passagem através do músculo supinadorb. Pelos sintomas ele apresenta epicondilite medial D com compressão do nervo ulnar durante sua passagem pela fossa cubitalc. Apresenta sinais de tendinite de flexores de punho e dedos associada a síndrome do pronador redondo à Dd. Apresenta síndrome do túnel do carpo a D com tendinite de extensores de punho e dedose. Estes sintomas são característicos de tendinite de flexores de punho e dedos associada a síndrome do canal de Guyon Gabarito: C14. D.O.L.O.R.E.S., 72 anos, aposentada, ativa do ponto de vista motor, sem graves lesões ortopédicas ou doenças cardiovasculares, refere que nos últimos 3 meses evolui com dor no ombro de intensidade 7 (EVA) ao iniciar a abdução do ombro E e quando está com o braço elevado guardando coisas em cima do armário ou ao estender roupas no varal a dor piora. Esta dor é como um pinçamento, uma fisgada, que piora durante os movimentos citados e melhora ao repouso com o ombro em posição neutra. Não apresenta alteração de forma nem da coloração da pele na região do ombro E. Ao exame físico, apresenta dor à palpação da região periacromial E que irradia até o terço médio ântero-lateral do braço. Durante a movimentação ativa apresenta dor ao iniciar a abdução do ombro E, que piora quando o Fisio coloca uma resistência para a execução deste movimento. Teste da apreensão anterior -, Teste de Neer + e Teste de Jobe +, Teste de Hawkins +, Teste de Gerber - e Teste de Speed -. Foi diagnostica com Síndrome do Impacto. De acordo com os sintomas e testes, quais estruturas do ombro podem estar lesadas?a. Tendão da cabeça longa do bíceps braquial e Bursa subacromialb. Tendões do subescapular e supraespinalc. Bursa subacromial e tendão do infraespinald. Tendão do supraespinal e Bursa subacromiale. Tendão da cabeça longa do bíceps braquial e do supraespinal Gabarito: D 15. M.A.N.É., 36 anos, masculino, atleta de final de semana, joga futebol com os amigos todos os sábados à tarde. No último jogo, ao chutar a bola sentiu forte dor na região posterior da coxa D e ouviu um barulho semelhante a um estalo, acompanhado de forte dor, o que o fez abandonar a partida. Saiu mancando da quadra e chegando em casa observou que a região posterior da coxa D apresentava uma equimose severa e muita dor ao andar (EVA=10) e durante a flexão ativa do joelho D (EVA=8). Procurou um médico que fez uma ultrassonografia do compartimento posterior da coxa D que demonstrou distensão muscular grau 2 na musculatura superficial medial-posterior dos isquiotibiais a cerca de 10 cm de sua origem, com um grande hematoma subcutâneo (15,4 cm de comprimento X 7,6 cm de largura) e forte edema, sem sinais de síndrome compartimental. Qual a extensão da lesão e o provável músculo lesado?a. Lesão completa da cabeça curta do bíceps femoralb. Estiramento da cabeça longa do bíceps femoralc. Lesão completa do ventre do semitendíneod. Lesão completa do tendão do semimembranáceoe. Lesão parcial do ventre do semitendíneo Gabarito: E16. Esta imagem é do mesmo paciente do caso anterior, o M.A.N.É, que sofreu uma lesão grau 2 a 10 cm da origem do semitendíneo jogando futebol. Voltou 10 dias depois com este padrão de equimose na região ântero-lateral da perna D e na borda lateral do pé D, sem dor nem perda de ADM do tornozelo. De acordo com seu histórico clínico, qual a origem desta equimose?1. O agravamento da lesão do semitendíneo para grau 3 nesses 10 dias levou a uma distensão da panturrilha, ainda sem a confirmação de seu grau através de ultrassonografia
2. Se trata de uma lesão associada muito comum após a lesão dos isquiotibiais, que é a distensão da panturrilha pós ruptura de isquiotibiais
3. A equimose proveniente da lesão do semitendíneo desceu pela ação da gravidade, deixando a perna e o pé arroxeados, porém sem nenhuma lesão estrutural nessas regiões
4. Esta equimose é um sinal clássico da ruptura do tendão calcâneo pela sobrecarga da panturrilha pós lesão dos isquiotibiais
5. As alternativas C e D estão corretas

Gabarito: C17. Paciente chega ao seu serviço referindo dor na região inguinal que piora durante a flexão ativa do quadril E e ao caminhar. Ao fazer a elevação da perna retificada não consegue a manter sustentada, apresentando FM grau 3 (Oxford). Ao contrair ativamente o quadríceps na maca observa-se um gap abaixo das espinhas ilíacas anteriores (ver imagens) com movimentação anormal da musculatura dessa região e presença de uma elevação atípica. Apresenta dor a palpação abaixo da EIAI com depressão palpável e edema moderado com cacifo de cerca de 20 segundos. Teste de Ober -, Teste de Thomas- e Teste de Gaenslen-. Qual a provável lesão?1. Desinserção da origem do músculo sartório
2. Ruptura parcial do músculo reto femoral
3. Ruptura completa do vasto lateral
4. Desinserção da origem do músculo reto femoral
5. Ruptura parcial do músculo tensor da fáscia lata

E:\fig 019.JPG

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |  |  |



Gabarito: D

18. T.C.H.U.C.A., 22 anos, jogadora profissional de futebol, treina 8 horas por dia em campo e faz fortalecimento muscular na academia do clube. Há 3 semanas refere forte dor no púbis, o que a impede de correr e chutar com a perna D de forma adequada, pois a dor nessas condições é 9 (EVA). Ao realizar cadeira adutora na academia a dor é 10 (EVA) mesmo com cargas leves e baixa amplitude de abertura no início do exercício. Apresenta dor à palpação da sínfise púbica e dos tendões que ali se originam na coxa à D. Manobra de Grava +. HD: Pubalgia. Qual o grupo muscular afetado?

a. Rotadores externos do quadril

b. Quadríceps Femoral

c. Isquiotibiais

d. Abdutores de quadril

e. Adutores da Coxa

Gabarito: E