

QUESTÃO 01

SLIDE 1 (1 MINUTO)

DIAGNÓSTICO: Doença de Dupuytren

EPIDEMIOLOGIA

- Maior incidência em homens (branco/caucasiano), com proporções variando de 2:1 até 10:1. A razão homem:mulher diminui conforme idade
- Mais comum entre os 50 e 60 anos
- História familiar +.
- Bilateral em torno de 50% dos casos. (mais comum em pacientes mais velhos. Jovens têm 20% de bilateralidade, idosos 70%).

FATORES ASSOCIADOS

- Associação com diabetes, tabagismo, alcoolismo, epilepsia/uso de anticonvulsivantes, hiperlipidemia, psoríase, trauma local (escaladores, por exemplo), exposição à vibrações. Fatores genéticos e imunológicos.

SLIDE 2 (1 MINUTO E 30 SEGUNDOS)

FASES EVOLUTIVAS

Classificação histológica de Luck

Fase proliferativa: nódulos e muitas células, alta taxa de mitose.

Fase involutiva: Cordas nodulares, poucas células, não há mitose.

Fase residual: Cordas não nodulares, acelular.

CLASSIFICAÇÃO

Classificação de Tubiana

0: sem lesão

2: deformidade total em flexão de 45 a 90 graus

N: nódulo palmar

3: deformidade total em flexão de 90 a 135 graus

1: deformidade total em flexão de 0 a 45 graus

4: deformidade total em flexão maior de 135 graus

SLIDE 3 (1 MINUTOS E 30 SEGUNDOS)

NOMEIE AS ESTRUTURAS

1 - Banda Pré-tendínea

A - Corda Pré-tendínea

2 - Banda espiral

B - Corda central

3 - Ligamento natatório

C - Corda espiral

4 - Ligamento de Grayson

5 - Ligamento de Cleland

SLIDE 4 (2 MINUTOS)

TRATAMENTO: INDICAÇÕES CIRÚRGICAS E TÉCNICAS

- contraturas em torno de 30° na MTCF e/ou angulações menores na IFP (geralmente quadro mais agressivo quando acomete esta última).

- Evitar cirurgia na fase proliferativa.

Os procedimentos atuais são:

(1) minimamente invasivos

(3) dermofasciectomia

(2) fasciectomia

(4) salvamento.

Tipos de acesso cirúrgico e técnicas:

- Brunner ou longitudinal com zetaplastias (para as pregas flexoras)

- Fasciotomia percutânea, Fasciectomia parcial ou total

- Fechamento primário / "Palma aberta" (McCash) / enxerto de pele

ESTRUTURAS EM RISCO

- Corda espiral – risco pela medialização do nervo digital

QUESTÃO 02

SLIDE 1 (1 MINUTO)

DIAGNÓSTICO: Artrite Reumatóide

EXAMES COMPLEMENTARES: Exames laboratoriais (provas reumatológicas) e radiografia simples

OBJETIVOS DO TRATAMENTO:

1º aliviar a dor

3º retardar progressão / prevenir perda funcional

2º melhorar função

4º melhorar estética

SLIDE 2 (1 MINUTO E 30 SEGUNDOS)

DEFORMIDADES: Dedo em batoeira - Hiperextensão da IFD, Flexão da IFP

OPÇÕES DE TRATAMENTO DE ACORDO COM O ESTÁGIO:

Sistema de classificação de Feldonand

Estágio	IFP	IFD
Leve: Pequeno déficit de extensão (10-15°) da IFP, podendo a IFD estar ou não levemente hiperestendida. MCF geralmente não está afetada.	Tala dinâmica Sinovectomia	Tenotomia do extensor
Moderado: Flexão da IFP entre 30-40°, geralmente compensada por hiperextensão da MCF.	Correção da flexão + reconstrução do mecanismo extensor	Tenotomia do extensor
Grave: IFP não pode ser passivamente estendida.	Artrodese Artroplastia	Tenotomia do extensor

SLIDE 3 (1 MINUTO E 30 SEGUNDOS)

DEFORMIDADES: O desvio ulnar e a luxação volar da articulação MCF

EXPLIQUE A FISIOPATOLOGIA DA DEFORMIDADE:

- Sinovite proliferativa distende cápsula e ligamentos → destruindo os colaterais da MCF.
- Distensão da banda sagital radial → luxação ulnar dos extensores
- Colapso no lado radial do punho e o desvio radial dos metacarpos → alteram o vetor tendinoso na articulação MCF
- Desbalanço/contratura da musculatura intrínseca
- Força da gravidade e movimento de pinça → força de desvio volar e ulnar no 2º e 3º dedo, e força palmar na MCF dos 4 dedos

SLIDE 4 (2 MINUTOS)

SINOVECTOMIA

RELEASE DA MUSCULATURA INTRINSECA

TRANSFERÊNCIA CRUZADA DA MUSCULATURA INTRÍNSECA

RECENTRALIZAÇÃO DOS TENDÕES EXTENSORES

ARTROPLASTIA

- Indicada para incongruência articular da MCF.
- Contraindicada em infecção ativa, cobertura de pele inadequada, comprometimento neurovascular, estoque ósseo inadequado e lesão do aparelho extensor.

COMPLICAÇÕES

- Recorrência do desvio ulnar e perda da extensão da MCF
- Fratura periprotética/falha ou luxação da prótese (encapsulamento pode manter a MCF funcional)
- Infecção

QUESTÃO 03

SLIDE 1 (1 MINUTO)

DESCREVA AS IMAGENS

- Área de necrose na região posterior do calcâneo, sem exposição óssea (área de apoio)
- Verificar sinais de infecção, sensibilidade e perfusão

EXAMES COMPLEMENTARES

- Radiografias
- TC ou RNM (opcionais)
- AngioTC, arteriografia ou USG Doppler (verificar integridade vascular)

SLIDE 2 (1 MINUTO)

DESCREVA AS RADIOGRAFIAS

- Sem fraturas
- Sem perda óssea
- Sem sinais de osteomielite

CONDUTA

- Nova limpeza cirúrgica, desbridamento agressivo de tecidos desvitalizados e coleta de material para culturas
- Curativo simples ou terapia por pressão negativa (VAC) para posterior cobertura
- Cobertura definitiva já neste momento (opção questionável)

SLIDE 3 (1 MINUTO)

OPÇÕES DE COBERTURA (TEM QUE CITAR 4)

Preferencialmente cobertura com retalho (melhor opção: cutâneo sensitivo)

- Plantar medial (cavo plantar)
- Lateral do braço
- Serrátil
- Anterolateral da coxa (ALT)
- Sural
- Grande dorsal

SLIDE 4 (2 MINUTOS)

RETALHO UTILIZADO? Retalho plantar medial (cavo plantar)

PEDÍCULO VASCULAR? Ramo superficial da artéria plantar medial (ramo da artéria tibial posterior)

TÉCNICA CIRÚRGICA

- Desenho da ilha de pele fora da área de carga
- Pedículo localizado entre os músculos abdutor do hálux e flexor curto dos dedos
- Incluir a fáscia do músculo abdutor do hálux no retalho
- Secção do músculo abdutor do hálux para melhor dissecação do pedículo
- Identificação da artéria tibial posterior e da artéria plantar lateral
- Preservação dos nervos digitais para o hálux e para os demais dedos
- Preservação dos ramos do nervo plantar medial que inervam o retalho
- Ligadura da artéria plantar lateral aumenta o eixo de rotação do retalho porém leva a maior risco de déficit de perfusão do pé

FECHAMENTO DA ÁREA DOADORA: enxerto de pele parcial ou fechamento por segunda intenção

SLIDE 5 (1 MINUTO)

VANTAGENS:

- Pele de alta resistência e semelhante ao tecido original
- Presença de sensibilidade
- Baixa morbidade da área doadora

DESvantagens:

- Arco de rotação pequeno (ligadura da artéria plantar lateral aumenta do risco de déficit de perfusão do pé)
- Tamanho reduzido
- Dificuldade técnica

QUESTÃO 04

SLIDE 1 (1 MINUTO)

DIAGNÓSTICO

- Lesão nervo ulnar a nível do canal cubital

CLASSIFICAÇÃO

- Lesão grau 5 na classificação de SUNDERLAND (neurotmesis).

DESCRIÇÃO

- Lesão total do nervo ulnar.
- Encurtamento significativo dos cotos da lesão.
- Cotos proximal e distal se encontram fora do canal cubital.
- Abaulamento e formação de um neuroma aparente no coto proximal e afilamento do coto distal do nervo ulnar.

SLIDE 2 (1 MINUTO E 30 SEGUNDOS)

OPÇÕES DE TRATAMENTO

- Reconstrução do nervo ulnar com enxerto de nervo mais cola de fibrina (enxerto de nervo sural).
- Transposição anterior com dissecação mais proximal e distal do nervo para ganho de comprimento e sutura direta com técnica microcirúrgica mais cola de fibrina.
- Neurotização distal do nervo interósseo anterior que sai do mediano com ramo motor do nervo ulnar descrito por Mackinnon (lesões mais altas do nervo ulnar).
- Associação das técnicas anteriores.

SLIDE 3 (2 MINUTOS)

PASSOS DA NEUROTIZAÇÃO DISTAL CLÁSSICA PARA RECONSTRUÇÃO DO NERVO ULNAR.

- 1- Dissecação do ramo profundo e motor do nervo ulnar (mais medial em relação a porção sensitiva).
- 2- Dissecação ramo sensitivo do ulnar.
- 3- Dissecação um pouco mais lateral com afastamento dos flexores dos dedos e visualização do pronador quadrado.
- 4- Isolamento nervo interósseo anterior (NIA) antes de sua ramificação abaixo do pronador quadrado.
- 5- Neurectomia do interósseo anterior e ramo motor do ulnar.
- 6- Transferência do NIA para ramo motor do ulnar.

ESTRUTURAS ANATÔMICAS NUMERADAS

- 1 - Ramo motor nervo ulnar.
- 2 - Músculo pronador quadrado.
- 3 - Nervo interósseo anterior.

SLIDE 4 (1 MINUTO E 30 SEGUNDOS)

VANTAGENS DA NEUROTIZAÇÃO NESTE CASO:

- 1 - As lesões mais altas do nervo ulnar apresentam prognóstico ruim para reinervação.
- 2 - Longa distância a ser percorrida pelo axoplasma até sua chegada à placa motora do músculo alvo.
- 3 - Processo de reinervação mais rápido.
- 4 - Melhor inervação da musculatura intrínseca da mão.
- 5 - Menor atrofia.
- 6 - Melhor força de preensão.

QUESTÃO 05

SLIDE 1 (1 MINUTO)

DESCREVA A IMAGEM

- deformidade de encurtamento do rádio e proeminência da cabeça da ulna
- equimose no dorso do punho

EXAMES COMPLEMENTARES

- RX de punho e antebraço

SLIDE 2 (1 MINUTO)

DIAGNÓSTICO

- Fratura de Galeazzi

DESCREVA A RADIOGRAFIA

- Fratura do 1/3 distal do rádio
- Incongruência da art. radioulnar distal

CONDUTA

- Tratamento cirúrgico (fixação da fratura do rádio e avaliar estabilidade ARUD)

SLIDE 3 (30 SEGUNDOS)

AValiação INTRA-OPERATÓRIA (COMENTE O VÍDEO)

- Após a osteossíntese notou-se instabilidade ARUD em neutro e pronação

CONDUTA

- Fixação da ARUD em neutro

SLIDE 4 (30 SEGUNDOS)

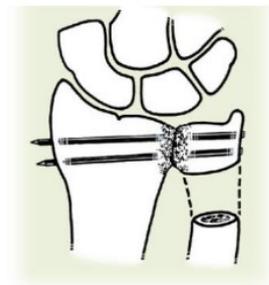
POSIÇÃO DE BLOQUEIO

- Realizada fixação provisória em neutro com fio de kirschner (4 a 6 semanas)
- Fio posicionado 2 cm abaixo da fossa sigmóide

SLIDE 5 (1 MINUTOS)

OPÇÕES DE TRATAMENTO COM E SEM ARTROSE

- Candidatos devem citar 1 técnica para cada situação
- Exemplos:
 - com artrose: Darrach, Bowers, Sauvé-Kapandji, artroplastia
 - sem artrose: Bryan-Adams, Hui-Linscheid, Boyes-Bunnell



SLIDE 6 (2 MINUTOS)

DESCREVA A TÉCNICA CIRÚRGICA: Bryan-Adams

- enxerto de palmar longo
- túnel ósseo da ulna saindo na fôvea
- tensão do enxerto em neutro
- parafuso de interferência ou laçada ao redor da ulna
- fixação provisória da ARUD por 4 a 6 semanas.



QUESTÃO 06

SLIDE 1 (15 SEGUNDOS)

DIAGNÓSTICO: Fratura 1/3 médio escafoíde sem desvio

SLIDE 2 (45 SEGUNDOS)

TRATAMENTO CONSERVADOR

- 06 a 09 semanas: não há evidência sobre a necessidade de inclusão de cotovelo ou polegar na imobilização

TRATAMENTO CIRÚRGICO

- Fixação percutânea: tendência atual com a fixação mais precoce da fratura
- Reduz tempo de imobilização (literatura: não há evidências sobre a superioridade do método)

SLIDE 3 (01 MINUTO E 30 SEGUNDOS)

IMAGENS

- ausência de consolidação / esclerose / cistos / Humpback

DIAGNÓSTICO: Pseudo artrose terço médio escafoíde

CLASSIFICAÇÃO: ALNOT (no caso, tipo II)

SLIDE 4 (1 MINUTO)

TRATAMENTO CIRÚRGICO ABERTO

- enxerto ósseo estruturado (candidato deve escolher uma opção e justificar escolha)
- correção deformidade DISI (se presente)
- fixação com parafuso retrógrado
- opção: ARTROSCOPIA

SLIDE 5 (1 MINUTO)

TÉCNICA: placa bloqueada escafoíde

INDICAÇÃO: reabordagem pós falha de cirurgia primária (principal)

COMPLICAÇÕES: impacto com rádio / necessita de retirada pós cirurgia

SLIDE 6 (1 MINUTO E 30 SEGUNDOS)

DIAGNÓSTICO: SNAC GRAU 2 (artrose radioescafoide e escafo capitato)

INDICAÇÃO: adultos jovens / ativos / necessitam manter força e estabilidade / comprometimento da mediocárpica

COMPLICAÇÕES

- redução de arco de movimento (50 a 60% contra-lateral)
- não união (10%)
- dor residual

Grade	Description
I	Linear non-union without altered scaphoid form, instability or intracarpal malalignment
IIA	Stable non-union with incipient bone resorption at fracture line, without instability or malalignment
IIB	More or less mobile non-union with anterior defect and proximal pole flexion on distal tubercle inducing DISI
III	More or less mobile displacement non-union with instability or reducible malalignment with IIIA: isolated styloscapoid arthritis IIIB: radial and/or intracarpal arthritis
IV	Proximal fragment necrosis with IVA: malalignment IVB: radioscapoid and/or intracarpal arthritis

QUESTÃO 07

SLIDE 1 (1 MINUTO)

EXAME FÍSICO

- equimose falange distal
- déficit de flexão IFP e IFD.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

- Lesão de tendões flexores
- Lesão vascular
- Lesão nervos digitais

EXAMES COMPLEMENTARES

- RX / USG / RNM (é obrigatório?)
- OBS: Diagnóstico é clínico. Exames de imagens podem atrasar a intervenção e comprometer o resultado cirúrgico.

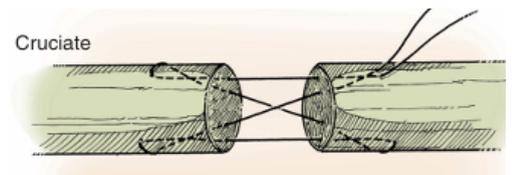
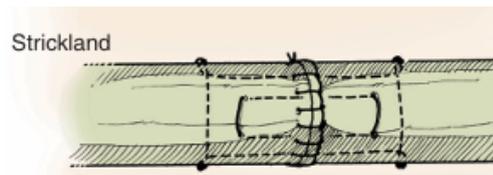
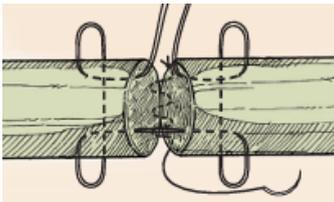
SLIDE 2 (2 MINUTOS)

DIAGNÓSTICO

- Lesão tendão flexor profundo ao nível falange média (presença de coto distal)

TÉCNICA (DESENHO EM FOLHA)

- Kessler modificado / Strickland / Cruciate



SLIDE 3 (1 MINUTO)

TÉCNICA

- Anestesia local com diluição de lidocaína + adrenalina e bicarbonato (opcional) sem uso de garrote
- Tempo: aguardar de 20 a 30 minutos

VANTAGENS EM REPAROS TENDINOSOS (citar pelo menos 03)

- Custo mais baixo, avaliar Gaps na sutura, dispensa anestesista, avaliar atrito com polia, procedimento ambulatorial, reabilitação precoce, flexão ativa intra operatória

SLIDE 4 (2 MINUTOS)

CONDUTA

- reconstrução primária
- espaçador e reconstrução de polias.

FONTE DE ENXERTO

- palmar longo / extensor longo dedos do pé / flexor superficial dos dedos / extensor do indicador / flexor longo dedos dos pé

RECONSTRUÇÃO DE POLIAS

- Técnica Bunnel (reconstrução da polia com enxerto tendinoso em volta da falange)

PANEVA-HOLEVICH

- sutura do tendão flexor superficial com profundo na palma da mão para ser utilizado como enxerto.

QUESTÃO 08

SLIDE 1 (1 MINUTO E 30 SEGUNDOS)

EXAMES COMPLEMENTARES

- solicitar RX do punho e antebraço; e USG ou RNM

SLIDE 2 (1 MINUTO E 30 SEGUNDOS)

DESCREVA AS IMAGENS

- RX com aumento de partes moles, sem comprometimento ósseo
- RNM em T1 e T2 com lesão expansiva de partes moles de contornos bem definidos, hipoatenuante em T1 e hiperatenuante em T2

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

- Schwannoma
- Neurofibroma
- Sarcoma
- Tumor vascular

CONDUTA

- RX / TC de tórax (avaliação preliminar de metástases)
- Biópsia

SLIDE 3 (1 MINUTO)

TIPOS DE BIÓPSIA

- Biópsia por agulha ou aberta (excisional se lesões menores que 2 cm ou incisional)

SLIDE 4 (2 MINUTOS)

TABLE 59.2 Surgical Procedures for Extremity Sarcomas

SURGICAL METHOD				
Margin	Limb Salvage	Amputation	Planes of Dissection	Microscopic Appearance
Intralesional	Debulking, piecemeal excision/curettage	Translesional amputation	Within tumor (palliative)	Tumor at all margins
Marginal	Marginal en bloc excision	Marginal amputation	Within tumor "reactive zone"	Reactive tissue (± microextensions of tumor)
Wide	Wide en bloc excision	Wide through-bone amputation	Through normal tissue but within compartment	Normal tissue (± "skip lesions")
Radical	En bloc resection of entire compartment	Extraarticular disarticulation	Normal tissue extracompartmental	Normal tissue

TIPO DE RESSECÇÃO

- Marginal (tumor benigno)

EPIDEMIOLOGIA

- Tumor benigno mais frequente de nervo periférico no membro superior
- Entre a 4º e 6º década
- Célula de Schwann com crescimento excêntrico, lento e circunscrito
- Malignização rara
- Massa indolor, menos frequente déficit neurológico, palpação pode produzir queixa neurológica, frequentemente móvel na direção transversal e não longitudinal
- Pode ser dissecado livre ou "descascado" do nervo circundante.
- 5 a 15 % de déficit neurológico

QUESTÃO 9

SLIDE 1 (2 MINUTOS)

DESCREVA AS IMAGENS

Vídeo 1 – supinação do punho visualizamos deslocamento anterior da cabeça da ulna
Vídeo 2 – translação da radioulnar distal em neutro e pronação (pistonagem)

DIAGNÓSTICO

- Instabilidade radioulnar distal

EXAMES COMPLEMENTARES

- RX e RNM

SLIDE 2 (1 MINUTO)

DESCREVA AS IMAGENS

- RX de frente sem fratura do processo estilóide ulnar, aparente aumento da ARUD
- RX perfil cabeça da ulna proeminente (luxada)
- RNM em T2 com imagem sugestiva de lesão da FTC

CLASSIFICAÇÃO DE PALMER

SLIDE 3 (30 SEGUNDOS)

OPÇÕES DE TRATAMENTO

- Reparo aberto
- Reinserção da FCT
- Reparo Artroscópico minimamente invasivo

Type of Tear	Location of Tear
Traumatic	
1A	Tear in horizontal or central portion
1B	Tear from distal ulna insertion ± ulnar styloid fracture
1C	Tear with ulnocarpal ligaments disrupted Tear of ulnolunate and ulnotriquetral ligaments
1D	Tear from insertion at radius

Degenerative	
2A	TFCC wear but no perforation
2B	TFCC wear but no perforation; chondromalacia of lunate or ulnar head
2C	Central perforation of TFCC Chondromalacia of lunate or ulnar head
2D	Central perforation of TFCC; chondromalacia of lunate or ulnar head; perforation of LT ligament
2E	Central perforation of TFCC; perforation of LT ligament; ulnocarpal arthritis

SLIDE 4 (2 MINUTOS)

PORTAIS

- Inicia artroscopia pelo 3-4 e 6R, depois os portais (6U, 4-5) conforme a necessidade

Radiocarpal portals	
Portal	Function,
1-2	Situated Between (abductor pollicis longus) APL and ECRB (extensor carpiradial brevis). Liquid inflow
3-4	Primary viewing portal, mainly for TFCC visualization. Situated distal of Lister tubercle
4-5	For instrumentation, visualization of TFCC. Situated distal from the ring finger. Between EDM and EDC
6U	Used for visualization and instrumentation, Situated ulnar from ECU.
6R	Used for visualization and instrumentation, Situated radial from ECU

TIPOS DE SUTURA

- Inside-out, Outside-in, All-inside, transósseo (kit de reparo artroscópico)

QUANTIDADE DE PONTOS

- De 2 a 3 (literatura são 3)

COMPLICAÇÕES

- Dor na região do nó de sutura
- Lesão do ramo cutâneo dorsal do nervo ulnar e lesão tendinosa
- Instabilidade residual / limitação de prono supinação

SLIDE 5 (30 SEGUNDOS)

PÓS-OPERATÓRIO

- gesso longo 2 semanas, depois gesso curto mais 3 semanas
- Reabilitação
- Retorno às atividades esportivas após 6 meses

QUESTÃO 10

SLIDE 1 (1 MINUTO)

DIAGNÓSTICO

- Duplicação de polegar

EPIDEMIOLOGIA

- brancos, unilateral, esporádica, sem associação com outras deformidades

EXAMES COMPLEMENTARES

- RX e RM (opcional)

SLIDE 2 (2 MINUTOS)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

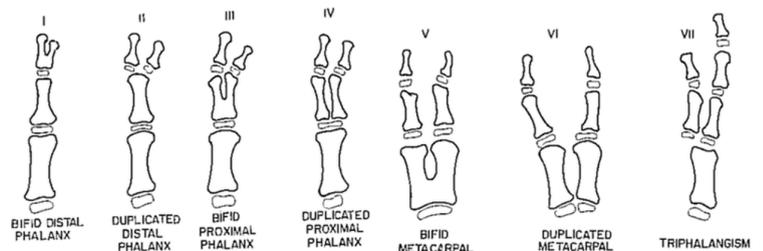
- polegar dividido define melhor a deformidade
- possibilidade de compartilhamento de estruturas
- quanto mais distal a deformidade, menos comprometida é a função

EXAME FÍSICO

- buscar segmento dominante
- pesquisar estabilidade articular, função extensão e flexão
- atrofia tenar (planejamento de transferências)

CLASSIFICAÇÃO

- WASSEL (mais frequente IV, menos frequente II)
- classificação do caso: VII



SLIDE 3 (2 MINUTOS)

CONDUTA

QUANDO OPERAR

- 1 ano (desenvolvimento da pinça)

O QUE FAZER

- ablação do segmento não dominante
- preservar aparelho ungueal
- identificar conexão entre flexores e extensores
- identificar conexão das fises
- preservar ligamento colateral do segmento excisado
- reinserir musculatura tenar
- fixação da MCF com fio (4 a 6 semanas)

Se necessário:

- comissuroplastia
- transferências para oponentoplastia e estabilidade articular (técnica de Huber, flexor superficial dedo anelar, palmar longo)
- osteotomia (realinhamento e remodelamento da cabeça do metacarpo/falange)

SLIDE 4 (1 MINUTO)

COMPLICAÇÕES

- dedo menor
- instabilidade articular
- desvio angular por hipocorreção ou barra fisária
- contratura cicatricial
- no caso: deformidade em Z, corrigido com osteotomia da falange e encurtamento do ligamento colateral ulnar