

Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología



## Cuestionario de Autopreparación Teórica en Ortopedia y Traumatología

Examen de Certificación de Especialista · **año 2020**



## INDICE

Generalidades	p. 3
Columna	p. 22
Miembro Superior	p. 37
Miembro Inferior	p. 63
Ortopedia y Traumatología Infantil	p. 74
Ortopedia Oncológica	p. 89

## Generalidades

1. De acuerdo con la escala del *Medical Research Council*, la fuerza muscular que permite el movimiento activo contra gravedad y resistencia moderada corresponde ser registrada en la siguiente categoría
  - a. 1
  - b. 2
  - c. 3
  - d. 4
  - e. 5
  
2. ¿Cuáles son los parámetros considerados en la escala de Coma de Glasgow?
  - a. Apertura ocular y respuesta motora
  - b. Apertura ocular ante el dolor y Respuesta motora
  - c. Apertura ocular y Respuesta motora (movimiento en retirada)
  - d. Apertura ocular ante el dolor y Respuesta motora (movimiento en retirada)
  - e. Apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal
  
3. ¿Cuál es el fenómeno que caracteriza al ciclo vital del osteoclasto luego de una fase de reabsorción ósea?
  - a. Apoptosis
  - b. Reabsorción
  - c. Fijación a la superficie ósea
  - d. Fusión de precursores
  - e. Activación
  
4. ¿Cuál es la macromolécula cuya proporción es predominante en la matriz extracelular del cartílago articular?
  - a. Colágeno II
  - b. Colágeno VI
  - c. Colágeno IX
  - d. Colágeno XI
  - e. Hialuronano
  
5. ¿Cuál es el injerto óseo con mayor inmunogenicidad?
  - a. Cortical fresco alogénico
  - b. Cortical xenogénico
  - c. Cortical irradiado alogénico
  - d. Cortical desecado alogénico
  - e. Esponjoso autólogo
  
6. ¿Cómo se denomina la bolsa serosa que se ubica entre el ligamento gleno-humeral medio y la inserción humeral del subescapular?

- a. de Weitbrecht
  - b. de Luschka
  - c. Subescapular
  - d. Subcoracoidea
  - e. Preglenoidea
7. ¿Cómo se denominan las láminas tendinosas correspondientes a la inserción distal del pectoral mayor?
- a. Proximal y distal
  - b. Anterior y posterior
  - c. Cefálica y caudal
  - d. Central y periférica
  - e. Interna y externa
8. ¿Cuál es la función del ancóneo?
- a. Supinación
  - b. Pronación
  - c. Flexión de codo
  - d. Extensión de codo
  - e. Torsión cubital
9. ¿Cuál es la función del 1<sup>er</sup> interóseo dorsal de la mano?
- a. Aducción del pulgar
  - b. Flexión de la IFP del índice
  - c. Aducción del índice
  - d. Extensión del índice
  - e. Abducción del índice
10. ¿En qué porción es más desarrollado (alto) el rodete glenoideo de la coxo-femoral?
- a. Por detrás
  - b. Por delante
  - c. A nivel de escatodura isquio-púbica
  - d. Por arriba y detrás
  - e. Por abajo y adelante
11. ¿Cuál es el fascículo ligamentario que envuelve la cara posterior del cuello femoral?
- a. Isquiofemoral
  - b. Pubofemoral
  - c. Iliofemoral
  - d. Ilioisquiático
  - e. Transverso acetabular

12. ¿Cuál es la característica de la vertiente lateral de la tróclea femoral?
- Es más extensa y menos saliente
  - Es menos extensa y más ancha
  - Es más ancha y menos saliente
  - Es menos ancha y más saliente
  - Es más extensa, más ancha y más saliente
13. ¿Cuál es la orientación de la garganta de la polea astragalina?
- Hacia delante, en ángulo neutro
  - Hacia delante y medial (10°)
  - Hacia delante y medial (20°)
  - Hacia atrás y lateral
  - Hacia delante y de dentro a fuera
14. En relación al pronóstico de los sarcomas de partes blandas, ¿cuál de los siguientes factores es considerado el indicador más importante?
- Edad del paciente
  - Subtipo histológico
  - Ubicación superficial o profunda en relación a la fascia
  - Tamaño del sarcoma
  - Localización corporal
15. ¿Qué localización anatómica es considerada de mayor riesgo de fracturas patológicas?
- Cuello Humeral
  - Diáfisis Humeral
  - Fémur sutrocantérico
  - Diáfisis Femoral
  - Diáfisis Tibial
16. El manejo de una fractura compleja multifragmentaria de la diáfisis femoral o tibial ha cambiado durante la última década. ¿Cuál de los siguientes principios es ahora considerado de menor importancia?
- Alineamiento anatómico
  - Reducción indirecta
  - Reducción anatómica abierta de los fragmentos
  - Fijación estable relativa
  - Preservación de la vascularización de los fragmentos
17. ¿Cuál es la localización más frecuente del condrosarcoma?
- Mano
  - Fémur distal
  - Húmero proximal

- d. Pelvis
  - e. Fémur proximal
18. ¿Qué método de fijación está asociado con la mayor incidencia de consolidación cuando se utilizan aloinjertos segmentarios en reconstrucción tumoral?
- a. Fijación interna con placas y tornillos
  - b. Clavos endomedulares acerrojados
  - c. Clavos endomedulares cementados
  - d. Osteotomías en escalón y clavos endomedulares acerrojados
  - e. Osteotomías en escalón y clavos endomedulares cementados
19. La revisión aislada del componente patelar durante la artroplastía total de rodilla, está
- a. Asociada con un elevado promedio de complicaciones y revisiones
  - b. Depende del éxito de la liberación del componente ligamentario lateral
  - c. Favorece la alineación de otros componentes asociados con la artroplastía total de rodilla
  - d. Está indicada en la subluxación patelar y dolor anterior de rodilla en el posoperatorio inmediato
  - e. Disminuye la probabilidad de aflojamientos posteriores
20. ¿Qué estudio de imagen es el mejor para ver la calidad de la reducción de la pared posterior del acetábulo?
- a. Rx anteroposterior del pelvis
  - b. Rx oblicua de pelvis
  - c. Rx de frente y Rx oblicua a 45° de pelvis
  - d. TAC bidimensional
  - e. Rx perfil de cadera
21. El tratamiento de una fractura diafisaria patológica es
- a. Inmovilización enyesada
  - b. Enclavijamiento elástico
  - c. Osteosíntesis con placa y tornillos
  - d. Enclavado endomedular acerrojado
  - e. Fijación externa
22. Señale cuál es el tipo de luxación de codo más frecuente
- a. Postero externa
  - b. Lateral
  - c. Anterior
  - d. Posterior
  - e. Medial
23. En un síndrome compartimental de antebrazo, ¿qué abordaje utilizaría para la fasciotomía?
- a. Un único abordaje dorsal

- b. Un abordaje dorsal y palmar
  - c. Único abordaje palmar
  - d. Dos abordajes palmares
  - e. Un abordaje palmar y uno lateral
24. El índice acetabular es el ángulo formado entre el techo cotiloideo y la línea de Hilgenreiner, ¿cuál es su valor normal?
- a. Menor a 35°
  - b. Mayor a 55°
  - c. Depende de la edad
  - d. 0°
  - e. 180°
25. Las lesiones pelvianas Tipo A de la AO son
- a. Inestables verticales
  - b. Inestables laterales
  - c. Avulsiones parciales
  - d. Rotacionales
  - e. Compresiones laterales
26. En pacientes bajo el efecto de drogas depresoras o con lesiones craneoencefálicas; ¿cómo diagnostica un síndrome compartimental?
- a. Pulsos
  - b. Palpación de endurecimiento de los compartimentos
  - c. Medición de la presión tisular
  - d. Medición de la presión arterial
  - e. Ecodoppler
27. La clasificación de Gustilo y Anderson descripta en 1976 se basa en
- a. En lesión ósea
  - b. En lesión de partes blandas
  - c. En 6 tipos
  - d. En 3 tipos y 3 subgrupos
  - e. Es solo de partes blandas
28. Una lesión Gustilo III b presenta
- a. Gran lesión de partes blandas con lesión arterial
  - b. Gran lesión de partes blandas con despegamiento perióstico y hueso expuesto
  - c. Poca contaminación de la herida
  - d. Laceración mayor a 1 cm. pero con poca lesión de partes blandas
  - e. Puntiforme y estrellada
29. En la proyección oblicua obturatriz derecha de Judet se observa

- a. Columna posterior
- b. Pared anterior
- c. Columna anterior
- d. Línea iliopectinea
- e. Techo

30. En la proyección oblicua ilíaca derecha de Judet se observa

- a. Columna posterior y pared anterior
- b. Columna anterior y pared posterior
- c. Ambas columnas
- d. El orificio obturatriz
- e. Columna anterior

31. Una adecuada fijación de la sinfisis del pubis indicaría la utilización de

- a. 1 placa de reconstrucción de 3,5 mm. + cerclaje
- b. 1 placa de 6 orificios y 4,5 mm.
- c. 1 placa de 4 orificios y 3,5 mm. superior y otra anterior
- d. 2 placas de 4,5 mm.
- e. Cerclaje solamente

32. El tratamiento quirúrgico de la fractura del cuello glenoideo está indicado en

- a. Fractura conminuta de la cavidad glenoidea
- b. Fractura asociada a neumotórax
- c. Traslación del fragmento glenoideo mayor a 1 cm.
- d. Desplazamiento angular de 20° en el plano sagital
- e. Desplazamiento angular de 20° en el plano coronal

33. ¿Cuál de las siguientes es una contraindicación para la hemiartroplastía como tratamiento de una fractura del humero proximal?

- a. Parálisis del deltoides
- b. Fractura a 3 fragmentos en osteoporosis
- c. Parálisis del manguito rotador
- d. Fractura a cuatro fragmentos
- e. Fractura por impactación que compromete más del 40% de la cabeza humeral

34. ¿Cuál de los siguientes corresponde a un criterio de inestabilidad en una fractura de columna toracolumbar?

- a. Compromiso del conducto del 30% a nivel de L2
- b. Dolor persistente
- c. Pérdida de la altura del muro anterior mayor al 50%
- d. Cifosis de 10°
- e. Lesión del complejo ligamentario anterior

35. El método diagnóstico de elección para las fracturas ocultas de platillo tibial es
- Radiografía digital
  - Tomografía lineal
  - Tomografía axial computada
  - Resonancia Magnética Nuclear
  - Centellograma Óseo
36. ¿Cuál de los siguientes es un parámetro radiográfico de reducción satisfactoria en una fractura de radio distal?
- Escalón articular mayor de 2 mm.
  - Acortamiento radial de 10 mm.
  - Subluxación carpiana
  - Desviación radial de 18° en radiografía de frente
  - Angulación de 20° a dorsal en radiografía de perfil
37. ¿Cuál de los siguientes tendones se lesionan con más frecuencia al utilizar placas palmares en las fracturas de radio distal?
- T. Flexor largo del pulgar
  - T. Flexor corto del pulgar
  - T. Abductor largo del pulgar
  - T. Extensor corto del pulgar
  - T. Flexor profundo del dedo índice
38. En las fracturas de radio distal la utilización de placas volares de ángulo fijo está contraindicado en
- Fractura con conminución dorsal
  - Fractura con *Die Punch*
  - Fractura en pacientes osteoporóticos
  - Fractura con compromiso articular
  - Fractura en presencia de infección
39. Según la clasificación de Vancouver la fractura periprotésica de fémur a nivel del tallo femoral con prótesis inestable y reserva ósea inadecuada corresponde al tipo
- A
  - B1
  - B2
  - B3
  - C
40. En la luxación de rodilla el tratamiento quirúrgico de urgencia está indicado en
- Lesión de ambos ligamentos cruzados
  - Luxación irreductible

- c. Fracturas intraarticulares asociadas
  - d. Lesión cerrada del aparato extensor
  - e. Fractura de Segond
41. Según la clasificación de Rockwood y Matsen la luxación acromioclavicular con lesión de los ligamentos del extremo distal de clavícula y con desplazamientos posterior de la misma corresponde al tipo
- a. I
  - b. II
  - c. III
  - d. IV
  - e. V
42. ¿Qué músculo desplaza hacia arriba el fragmento proximal en las fracturas del tercio medio de clavícula?
- a. Deltoides
  - b. Pectoral mayor
  - c. Esternocleidomastoideo
  - d. Trapecio
  - e. Subclavio
43. ¿Cuál de las siguientes es indicación absoluta de tratamiento quirúrgico en las fracturas diafisarias de humero?
- a. Angulación en varo menor de 30°
  - b. Angulación en varo mayor de 30°
  - c. Acortamiento menor de 2 cm.
  - d. Angulación antero posterior menor de 20°
  - e. Paciente politraumatizado
44. En las fracturas de pelvis, ¿qué incidencia radiográfica debe utilizarse para evaluar un desplazamiento superior de la hemipelvis?
- a. Frente
  - b. Perfil
  - c. Entrada
  - d. Salida
  - e. Oblicuas
45. ¿Cuál de los siguientes dispositivos proporcionan la mejor estabilidad mecánica en las fracturas del cuello femoral?
- a. Clavo trilaminares
  - b. Tornillo deslizante de cadera
  - c. Tornillos múltiples
  - d. Clavo cefalomedular
  - e. Placa angulada
46. En el tratamiento quirúrgico de las fracturas de pilón tibial la reducción y osteosíntesis del peroné debe efectuarse



- a. Siempre como primer gesto quirúrgico
  - b. Posterior a la reducción de la tibia
  - c. No debe realizarse reducción del peroné
  - d. Después de la colocación de un tutor externo
  - e. Es indistinto el momento de realizarla
47. Según la clasificación de Eyres la fractura de la base de la coracoides corresponde al tipo
- a. I
  - b. II
  - c. III
  - d. IV
  - e. V
48. Para colocar un tornillo de 3,5 debe hacerse un canal de rosca con una mecha de
- a. 2,0
  - b. 2,5
  - c. 2,7
  - d. 3,2
  - e. 3,5
49. ¿Cuántos milímetros mide el espacio claro medial utilizado para evaluar la reducción de las fracturas de tobillo?
- a. <1 mm.
  - b. 2 mm.-4 mm.
  - c. 5mm.-6 mm.
  - d. 6mm.-8 mm.
  - e. >8 mm.
50. ¿Cuál es la maniobra que debe realizarse para evaluar la estabilidad intraoperatoria de la sindesmosis?
- a. Supinación-rotación externa
  - b. Supinación-rotación interna
  - c. Pronación-rotación externa
  - d. Pronación-rotación interna
  - e. Flexión plantar máxima
51. ¿Qué nervio puede lesionarse utilizando la vía de abordaje anterior transversa de la rodilla?
- a. Rama infrarrotuliana del Nervio safeno
  - b. Rama rotuliana del Nervio Ciático Poplíteo externo
  - c. Rama rotuliana del Nervio Ciático Poplíteo interno
  - d. Nervio Tibial posterior
  - e. Nervio Genicular superior

52. La prueba de Thomas evalúa
- Contractura en flexión de la cadera flexionada por el examinador
  - Contractura en flexión de la cadera contralateral
  - El grado de lordosis lumbar
  - El grado de movilidad del raquis lumbosacro
  - La discrepancia de los miembros
53. ¿A qué se denomina enfermedad de Pellegrini-Stieda?
- Calcificación del ligamento colateral medial de la rodilla
  - Calcificación del ligamento colateral lateral de la rodilla
  - Infiltrado de tejido adiposo en el ligamento lateral de la rodilla
  - Calcificación del ligamento cruzado anterior de la rodilla
  - Calcificación del ligamento cruzado posterior de la rodilla
54. La reacción perióstica en "catáfila de cebolla" es característica de
- Tumor de Células Gigantes
  - Osteoma osteoide
  - Tumor de Ewing
  - Displasia fibrosa
  - Osteocondroma
55. La función de la raíz L5 se explora con la siguiente maniobra semiológica
- Reflejo patelar
  - Reflejo aquiliano
  - Flexión dorsal del pie
  - Flexión plantar del pie
  - Reflejo aductor
56. La fractura del cuello del peroné puede provocar compromiso del nervio
- Crural
  - Sural
  - Ciático poplíteo interno
  - Ciático poplíteo externo
  - Tibial posterior
57. Caída sobre el "talón" de la mano, con mano en flexión dorsal. Dolor en tabaquera anatómica. ¿Cuál es el diagnóstico presuntivo?
- Luxación del semilunar
  - Fractura del semilunar
  - Fractura del escafoides
  - Síndrome del túnel carpiano traumático

- e. Fractura de hueso grande
58. Un hematoma fracturario es, desde el punto de vista clínico
- a. Una pseudoartrosis oligoatrófica
  - b. Una pseudoartrosis hipertrófica
  - c. Una hemorragia interna
  - d. Una artrodesis
  - e. Una osteomielitis
59. La metatarsalgia de Morton se localiza a nivel de
- a. Base de 2° metatarsiano
  - b. Base de 3° metatarsiano
  - c. 2° espacio interóseo del pie
  - d. 3° espacio interóseo del pie
  - e. Cabeza del 5° metatarsiano
60. Según Friedrich: ¿cuál es el plazo en horas a partir del cual la herida de una fractura expuesta pasa de ser considerado "contaminada" a "infectada" por colonización profunda de los micro-organismos?
- a. seis horas
  - b. diez horas
  - c. quince horas
  - d. veinte horas
  - e. veinticuatro horas
61. ¿Porqué los desgarros periféricos del menisco son suturables en pacientes jóvenes y en periodo agudo?
- a. Por la estructura fibrilar del menisco
  - b. Por la forma del menisco
  - c. Por la modalidad anatómica de irrigación
  - d. Por la forma de la aguja de sutura
  - e. Por el nivel de entrenamiento del cirujano
62. ¿Cuál es la localización anatómica del conflicto continente-contenido que motiva el dedo "en resorte o en gatillo"?
- a. Cara palmar de la metacarpo-falángica del pulgar
  - b. Cara palmar de la metacarpo-falángica de los dedos centrales
  - c. Cara palmar de la metacarpo-falángica de cualquier dedo
  - d. Cara dorsal del pulgar
  - e. Cara dorsal de la interfalángica distal
63. La mayor frecuencia del osteosarcoma se registra entre los 10 y los 25 años. ¿Cuál es la causa prevalente de un segundo pico después de la edad media de la vida?
- a. Enfermedad de Paget



- b. Osteomielitis
  - c. Cáncer renal
  - d. Trauma repetitivo
  - e. HIV
64. Fractura expuesta de pierna con extensa contusión tegumentaria. ¿Cómo se tipifica dicha lesión según la clasificación de Gustilo?
- a. I°
  - b. II°
  - c. III°
  - d. IV°
  - e. V°
65. Una paciente de 17 años consulta porque percibe un *chasquido en la rodilla* al ponerse de cuclillas. En el examen físico se comprueba un signo "del resalto" franco. ¿Qué lesión espera confirmar?
- a. Lesión de Ligamento cruzado anterior
  - b. Luxación de rótula
  - c. Osteonecrosis
  - d. Menisco discoide
  - e. Necrosis del paquete adiposo
66. ¿Cuál es la semiología clínica característica que presenta una paciente de 80 años de edad con una fractura subcapital de cuello femoral impactada en valgo?
- a. Postración. Miembro inferior acortado
  - b. Postración. Miembro inferior acortado y en rotación externa
  - c. Postración. Miembro inferior acortado y en rotación interna
  - d. Ingresa a la consulta con marcha claudicante antálgica
  - e. Ingresa a la consulta con marcha claudicante por paresia de cuádriceps
67. El signo característico de la luxación acromio-clavicular es
- a. Charretera
  - b. Surco
  - c. Tecla
  - d. Froment
  - e. Bunnell
68. La marcha "de pato" es característica de
- a. La lesión del nervio ciático poplíteo externo
  - b. La lesión del nervio ciático poplíteo interno
  - c. La luxación congénita de cadera
  - d. La artrogrifosis
  - e. El pie equino varo

69. Un joven de 14 años de edad de hábito constitucional pícnico consulta a la Guardia por dolor referido de rodilla. El síntoma fue de comienzo agudo y de origen no traumático. El estado general es bueno. Se halla al examen físico el signo de "la flexión extrarotada". ¿Cuál es su diagnóstico presuntivo?
- Fractura de cuello femoral
  - Enfermedad de Perthes
  - Epifisiolisis
  - Artritis viral
  - Artropatía por cristales
70. Una señora cursa el segundo trimestre de su segundo embarazo. Consulta por adormecimiento de índices. Refiere exacerbación sintomática nocturna. ¿Cuál es su diagnóstico presuntivo y cuál es el pronóstico?
- Síndrome hombro - mano. Pronóstico de tratamiento artroscópico al finalizar el embarazo.
  - Síndrome escalénico. Tratamiento kinésico durante el embarazo.
  - Radiculopatía C7. Exploración radicular si aparece alteración de los reflejos.
  - Tenosinovitis estenosante. Apertura de la vaina tendinosa a partir del tercer trimestre.
  - Síndrome de túnel carpiano. Desaparecerán los síntomas luego del parto.
71. En fracturas de platillos tibiales: ¿con cuál de las siguientes condiciones clínicas correlaciona la disminución de la masa ósea total?
- Compromiso vascular
  - Compromiso neurológico
  - Cizallamiento
  - Hundimiento central
  - Disociación metafiso-diafisaria
72. ¿Cuál es la característica de la fractura de Segond?
- Avulsión de espinas tibiales
  - Avulsión condílea del ligamento cruzado anterior
  - Avulsión condílea del ligamento cruzado posterior
  - Avulsión marginal periférica del platillo tibial
  - Avulsión del tubérculo tibial anterior
73. En fracturas de platillos tibiales, ¿cuál es el factor que se vincula con peores resultados en el plazo mediano a pesar de haber obtenido reducción satisfactoria y montaje estable?
- Condrolisis traumática
  - Meniscopatía degenerativa sin fragmentos "inestables"
  - Limitación de flexión de 10°
  - Osteoporosis
  - Anemia posquirúrgica

74. ¿Cuál de las siguientes es la fractura de platillos tibiales, según la clasificación de Schatzker, que se asocia más frecuentemente con compromiso vásculo-nervioso?
- I
  - II
  - III
  - IV
  - VI
75. En las fracturas de platillos tibiales variedad IV° (según la clasificación de Schatzker) en las cuales el trazo por cizallamiento se extiende entre la cortical tibial y el platillo contralateral. ¿Cuál es el fragmento desplazado (o "móvil")?
- El anterior
  - El posterior
  - El central
  - El epifiso-metafisario
  - El epífisometadiafisario
76. En condiciones normales, con una actividad osteoblástica y osteoclástica equilibradas
- La masa esquelética total permanece constante
  - La masa esquelética total tiende a aumentar
  - La masa esquelética total tiende a disminuir
  - La cantidad de hueso formado es superior a la cantidad de hueso que fue previamente reabsorbido
  - Es patológico, excepto en la infancia
77. ¿Cuál de las siguientes enfermedades se caracteriza por tasa anormal de recambio óseo?
- Osteopetrosis
  - Osteoporosis
  - Metástasis esqueléticas
  - Osteitis deformante
  - Artrosis
78. ¿Cuál es la variedad de colágeno predominante en el cartílago articular?
- Tipo II
  - Tipo VI
  - Tipo IX
  - Tipo XI
  - Tipo X
79. ¿Cuál es el ritmo del sistema de transporte axonal lento?
- 1 a 2 mm/día
  - 2 a 4 mm/día
  - 4 a 6 mm/día



- d. 6 a 8 mm/día
  - e. 5 a 7 mm/día
80. ¿Cómo se denomina la zona cutánea inervada por segmento espinal?
- a. Gangliotoma
  - b. Radiculotoma
  - c. Neurotoma
  - d. Dermatoma
  - e. Esclerotoma
81. ¿Cuál es la variedad de injerto óseo con mejor inductividad?
- a. Esponjoso autólogo
  - b. Esponjoso alogénico
  - c. Esponjoso alogénico tratado con alendronato
  - d. Esponjoso alogénico tratado con sinbastatina
  - e. Esponjoso y cortical
82. ¿Cuál es el atributo diferencial entre las variedades autóloga y alogénica del injerto esponjoso?
- a. Colágeno
  - b. Minerales
  - c. Irrigación
  - d. Células
  - e. Plaquetas
83. ¿En cuánto se incrementa el riesgo de fracturas con cada decremento de un desvío estándar de la densidad mineral ósea?
- a. No se incrementa
  - b. 0, 5 veces
  - c. 0, 5 a 1 veces
  - d. 1,5 a 3 veces
  - e. 5 veces
84. ¿Cuál es el factor causal de osteoporosis que correlaciona con la influencia hereditaria?
- a. Subpeso
  - b. Síndrome de malabsorción
  - c. Oligomenorrea
  - d. Osteoporosis en padres
  - e. Diabetes
85. ¿Cuál es el porcentaje de disminución de la volemia en la Clase III de shock hipovolémico?
- a. 10%

- b. 20%
  - c. 30 a 40%
  - d. 50%
  - e. 60%
86. ¿Cuál es la diferencia entre las presiones compartimental sistólica y diastólica que fundamenta la indicación de descompresión compartimental?
- a. Menor de 100 mm. Hg.
  - b. Menor de 80 mm. Hg.
  - c. Menor de 50 mm. Hg.
  - d. Menor de 30 mm. Hg.
  - e. 50 a 60 mm. Hg.
87. ¿Cuál es la presión compartimental que fundamenta la indicación de descompresión compartimental?
- a. Mayor de 5 mm. Hg.
  - b. Mayor de 10 mm. Hg.
  - c. Mayor de 15 a 20 mm. Hg.
  - d. Mayor de 30 a 45 mm. Hg.
  - e. Menor de 20 mm. Hg.
88. ¿Cuál es el tipo de morfología acromial (según la clasificación de Bigliani) que se asocia con la tasa más elevada de patología del manguito de los rotadores?
- a. Tipo I
  - b. Tipo II
  - c. Tipo III
  - d. Tipo IV
89. ¿Cuáles son los tipos anatómicos de osteomielitis según la clasificación de Cierny y Mader?
- a. Medular y superficial
  - b. Medular, superficial y localizada
  - c. Medular, localizada y difusa
  - d. Medular, superficial, localizada y difusa
  - e. Profunda y celular
90. ¿Cuál considera contraindicación de colgajo muscular pediculado en caso de herida abierta?
- a. Hueso y tendón expuestos
  - b. Placa expuesta
  - c. Lesión del nervio regional
  - d. Aflujo vascular insuficiente
  - e. Hiperglucemia
91. ¿Cuál es localización característica de tofo gotoso?



- a. Vaina de los tendones flexores de la mano
- b. Vaina de los tendones flexores del pie
- c. Bolsa olecraneana
- d. Bolsa del poplíteo
- e. Pulpejo

92. ¿Cómo son el recuento celular y el porcentaje de PMN en caso de la osteonecrosis de cabeza femoral?

- a. menos de 2.000 y menos de 25%
- b. 10.000
- c. 15000 y menos de 25%
- d. 30000 y menos de 25%
- e. 60000 y menos de 25%

93. ¿Cuál es la zona de Gruen correspondiente al trocánter mayor?

- a. 1
- b. 2
- c. 4
- d. 5
- e. 7

94. ¿Cuál es la fractura patológica más frecuente en los pacientes con osteitis deformante (Enfermedad de Paget)?

- a. Radio distal
- b. Húmero
- c. Platillo tibial interno
- d. Supracondílea femoral
- e. Subtrocantérica

95. ¿Cuál es la fractura de codo más frecuente en el niño?

- a. Supracondílea
- b. Cóndilo humeral
- c. Cabeza radial
- d. Epiróclea
- e. Olécranon

96. ¿A qué grado de la clasificación de Brooker para las calcificaciones heterotópicas corresponden los espolones óseos femoral y pelviano que dejan menos de 1 cm. entre las superficies óseas opuestas?

- a. Grado 2 a
- b. Grado 2 b
- c. Grado 3
- d. Grado 4
- e. Grado 5

97. En RTR: ¿Cuál es el gesto quirúrgico recomendado para solucionar una brecha en extensión mayor que la de flexión?
- Aumentar tibia proximal
  - Aumentar cóndilos femorales en el sector posterior
  - Liberar aparato extensor
  - Aumentar fémur distal
  - No implantar rótula
98. En RTR: ¿Cuál es el gesto quirúrgico recomendado para solucionar una brecha en extensión menor que la de flexión?
- Aumentar tibia proximal
  - Aumentar cóndilos femorales en el sector posterior
  - Resecar fémur distal y aumentar el fémur posterior
  - Aumentar fémur distal
  - No implantar rótula
99. ¿Cuál es característica de la enfermedad por partículas?
- Línea radiolúcida lineal
  - Línea radiolúcida lineal de menos de 2 mm.
  - Línea radiolúcida festoneada
  - Línea radiolúcida festoneada progresiva de más de 2 mm.
  - Puntillado en marco
100. ¿Cuál corresponde a un diagnóstico diferencial de la osteólisis inducida por partículas?
- Hiperparatiroidismo
  - Osteitis deformante
  - Fibroma no osificante
  - Hipotiroidismo
  - Hipertiroidismo
101. ¿Cuál es la característica del Tipo 4 de deficiencia acetabular según la clasificación de la *American Academy of Orthopedic Surgeons*?
- Artrodesis
  - Deficiencia combinada
  - Deficiencia cavitaria central
  - Discontinuidad pélvica
  - Osteoporosis difusa
102. ¿Cómo tipifica en la historia clínica según la clasificación de Gruen un aflojamiento acetabular en zona central (transfondo) del acetábulo?
- Zona 1
  - Zona 2

- c. Zona 3
- d. Zona 4
- e. Zona 5

103. ¿Cuál es el arco de movimiento de abducción en el cuál se manifiesta el dolor en el "Síndrome de fricción acromial"?

- a. 0°-20°
- b. 0°-50°
- c. 20°-50°
- d. 50°-70°
- e. 60°-120°

104. ¿Cuál es la complicación más frecuente y severa de la luxación de rodilla?

- a. Exposición
- b. Fractura de rótula
- c. Vascular
- d. Elongación nerviosa del ciático poplíteo externo
- e. Elongación nerviosa del ciático poplíteo interno

105. ¿Cuál puede ser una manifestación ortopédica de la anemia por células falciformes ("sickle cell")?

- a. Artritis de tobillo
- b. Fractura patológica
- c. Osteoporosis
- d. Rigidez articular
- e. Necrosis ósea de la cabeza femoral

106. ¿A qué entidad se conoce con el nombre de "*hallux rigidus*"?

- a. Juanete
- b. Juanetillo de sastre
- c. Dedo gordo en garra
- d. Artrosis de la metatarso-falángica del dedo gordo
- e. Dedo gordo flexo

107. Una paciente de 80 años de edad trastabilla a partir de lo cual refiere dolor inguinocrural . Concorre a la consulta caminando por propios medios con claudicación antálgica. No tiene lumbalgia. La movilidad activa de cadera en decúbito es en rango funcional. Las rotaciones son dolorosas al llegar al extremo del rango articular. Limitación funcional para la elevación del miembro extendido. La radiografía (incidencias Frontal y Perfil) es interpretada normal. ¿Cuál es su orientación diagnóstica?

- a. Desgarro de psoas. Reposo. AINE
- b. Desgarro de aductores. Reposo. AINE
- c. Lombocruralgia por canal estrecho
- d. Fractura incompleta de cuello femoral. Centellograma. RMN

e. Hernia crural. Faja elastizada

108. ¿Cuál es un signo característico del síndrome del canal de Guyon?

- a. Impotencia de oposición
- b. Impotencia de flexión interfalángica de pulgar
- c. Hipoestesia en borde radial de índice
- d. Hipoestesia en meñique y borde medial de anular
- e. Dedo medio en resorte

109. Una niña de 7 años de edad llama la atención de su profesora de Educación Física por el modo correr caracterizada por la anomalía vulgarmente conocida con el nombre de "en batidora de huevos" (*"eggbeater running pattern"*). Cuando la mamá consulta al ortopedista relata que también le ha llamado la atención que habitualmente se sienta en el piso "como ranita, es decir con las piernitas hacia fuera". ¿Cuál es el principal diagnóstico de presunción?

- a. Tibia vara
- b. Tibia valga
- c. Metatarso aducto
- d. Anteversión femoral
- e. Retroversión femoral

110. Un paciente de sexo masculino de 70 años de edad presenta una coxartrosis bilateral con deformidad de caderas fijas en flexión de 30°. ¿Cuál es la postura raquídea compensadora que espera hallar en el examen físico?

- a. Hiperlordosis lumbar
- b. Hiperlordosis cervical
- c. Escoliosis Toraco-Lumbar
- d. Cifosis torácica
- e. Dorso plano

111. Un paciente de sexo masculino de 47 años de edad fue intervenido quirúrgicamente por necrosis aséptica de cabeza femoral idiopática en etapa de colapso, implantándose una prótesis total no cementada. ¿Cuál es la información que debió ser dada al paciente en relación con la expectativa de dolor residual en muslo ipsilateral?

- a. Menos del 5% de los casos y durante el 1er. mes
- b. Más del 70% de los casos y definitivo
- c. 20% de los casos durante 1 a 2 años
- d. 90% de los casos durante 3 meses
- e. No deja dolor residual

112. Un paciente de 65 años de edad con diagnóstico de "osteitis deformante" desde hace 5 años permaneció asintomático bajo tratamiento con calcitonina. Consulta por dolor en fémur de 30 días de evolución, progresivo y de origen no traumático; ya no calma con calcitonina ni con dosis crecientes de analgésicos y refiere que, en la última semana, le duele aún en reposo. ¿Cuál es su diagnóstico presuntivo?

- a. Mieloma simultáneo
- b. Osteomalacia

- c. Paget-Sarcoma
- d. Osteomielitis subaguda
- e. Periostitis

113. Un paciente de 35 años de edad concurre a la guardia con dolor lumbar agudo pos-esfuerzo de 24 horas de evolución. Refiere irradiación del dolor a través de cara posterior de muslo hasta la región aquiliana. Al examen físico se halla disminución del reflejo aquiliano y de la fuerza de flexión plantar del pie. Claudica por pérdida de fuerza al intentar caminar en puntas de pies. ¿Cuál es su diagnóstico presuntivo?

- a. Extrusión discal del 5° disco lumbar
- b. Extrusión discal del 5° disco lumbar con signos de lesión de raíz
- c. Extrusión discal del 4° disco lumbar
- d. Extrusión discal del 4° disco lumbar con signos de lesión de raíz
- e. Lumbago "simple" de causa muscular

114. Un paciente diabético de 58 años de edad sufre un traumatismo de pie hace una semana. Concurre a la consulta llamándole la atención al propio paciente la deformidad progresiva. El ortopedista efectúa el diagnóstico de fractura de tobillo desplazada. ¿Cuál es su diagnóstico presuntivo?

- a. Artropatía neuropática
- b. Disautonomía simpática
- c. Microangiopatía diabética
- d. Espina bífida
- e. Mal perforante plantar

115. Un paciente hemofílico de 30 años es jardinero. Luego de una jornada de trabajo habitual en la cual debió cavar zanjas con una pala comienza progresivamente con dolor de fosa ilíaca derecha, palidez y transpiración fría. Es llevado a la Guardia donde se comprueba taquicardia y, resulta llamativa, la limitación para efectuar la flexión de la cadera derecha. El reflejo cuadrípital se halla disminuido. ¿Cuál es su diagnóstico presuntivo?

- a. Hemartrosis de cadera
- b. Sacroileitis aguda
- c. Apendicitis hemorrágica
- d. Hematoma de la vaina del psoas
- e. Radiculopatía L3/L4



## Generalidades

### Bibliografía sugerida

- Fitzgerald RH, Kaufer H, Malkani AL.** *Ortopedia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2002.
- Gustilo RB, Kyle RF, Templeman DC.** *Fracturas y luxaciones*. Madrid: Mosby, 1995.
- Hoppenfeld.** *Exploración física de la columna vertebral y las extremidades*.
- Insall & Scout.** Rodilla. Tercera edición.
- Rouvière H.** *Anatomía Humana. Descriptiva y topográfica*. Madrid: Bailly-Bailliere, S. A. 1967.
- Ruedi TP, Murphy WM.** *Principios de la AO en el tratamiento de las fracturas*. 1ª Ed. Barcelona: Ed. Masson, 2003.
- Simon MA, Springfield DS, eds.** *Surgery for Bone and Soft Tissue Tumors*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998
- Wiss DA Ed.** *Master techniques in orthopaedic surgery: fractures*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1998.

## Columna

116. ¿Cual es el tipo más frecuente de espondilolistesis según la clasificación de Wiltse?
- Displásica
  - Istmica
  - Degenerativa
  - Traumática
  - Patológica
117. ¿Cual es el tipo más frecuente de Escoliosis Idiopática según la clasificación de Lenke?
- Tipo I
  - Tipo II
  - Tipo III
  - Tipo V
  - Tipo VI
118. Según la clasificación AO de fracturas toracolumbares. ¿Cuál de ellas es la más frecuente?
- Tipo A1
  - Tipo A3
  - Tipo B1
  - Tipo B3
  - Tipo C2
119. Todas las siguientes son factores predisponentes para la progresión en una espondilolistesis ístmica según Marchetti-Bartolozzi excepto uno. ¿Cuál?
- Grado de deslizamiento
  - Índice lumbar bajo (forma trapezoidal)
  - Insuficiencia de platillo vertebral del sacro
  - Verticalización del sacro
  - Cambios degenerativos a nivel facetario
120. Todas las siguientes son factores predisponentes de progresión en una escoliosis idiopática con excepción de
- Sexo femenino
  - 10 años de edad
  - Menarca (+)
  - Valor angular 55° según método de Cobb
  - Risser 1
121. En una curva escoliótica única torácica izquierda, se suelen descartar algunas de las patologías preexistentes a través de una RMN excepto

- a. Siringomielia
- b. Medula anclada
- c. Síndrome de Marfan
- d. Tumor intradural
- e. Malformación de Arnold-Chiari tipo I

122. ¿Cual es el tumor óseo más frecuente a nivel del esqueleto axial?

- a. Cordoma
- b. Condrosarcoma
- c. Osteoma Osteoide
- d. Metástasis de un tumor primario
- e. Osteosarcoma

123. Todos los siguientes tumores primarios suelen ubicarse en el cuerpo vertebral con excepción de uno que se ubica preferentemente en arco posterior

- a. Quiste Oseo Aneurismático
- b. Hemangioma
- c. Tumor de Células Gigantes
- d. Histiocitosis de Células de Langerhans
- e. Osteomielitis

124. ¿Cuál es el nivel más frecuentemente afectado en las espondilolistesis degenerativas?

- a. L1-L2
- b. L2-L3
- c. L3-L4
- d. L4-L5
- e. L5-S1

125. Un paciente con una mielopatía cervical por canal estrecho cervical suele presentarse con los siguientes signos a excepción de uno. ¿Cuál?

- a. Hiporreflexia
- b. Babinsky
- c. Clonus
- d. Parestesias en los dedos
- e. Marcha inestable con aumento de la base de sustentación

126. Todas las siguientes son contraindicaciones de realizar una laminoplastia cervical en un paciente con canal estrecho cervical, salvo una. ¿Cuál?

- a. Cifosis cervical
- b. Compresión a varios niveles
- c. Cervicalgia previa
- d. Extrusión discal masiva

e. Artrodesis previa por vía posterior

127. En una luxofractura C5-C6, en un paciente con un score de ASIA tipo D se debe realizar todas las siguientes excepto una. ¿Cuál?

- a. Colocar en tracción
- b. Mantener inmovilizado con collar cervical
- c. Llamar al especialista
- d. Realizar RMN
- e. Realizar radiografía cervical de frente y perfil

128. Las espondilodiscitis en un paciente adulto (todas son correctas excepto una)

- a. Son ocasionadas por *Stafilococo aureus* en su mayoría
- b. Suelen presentarse como consecuencia de una infección a distancia
- c. Deben tratarse a través de una laminectomía descompresiva sin instrumentación
- d. Pueden presentarse con complicaciones neurológicas severas
- e. Necesitan de antibioticoterapia prolongada

129. Según la clasificación de Weinstein-Boriani-Biagini (WBB) los números que representan el cuerpo vertebral estarían comprendidos por

- a. 1-6
- b. 2-7
- c. 4-9
- d. 7-12
- e. 10-3

130. Todas las siguientes son verdaderas en relación al Síndrome Medular Central, excepto una. ¿Cuál?

- a. Suele darse en pacientes con canal estrecho previo
- b. Suele afectar con mayor severidad a los miembros inferiores
- c. Es la lesión medular incompleta más frecuente
- d. Su tratamiento suele ser in cruento de entrada
- e. Su pronóstico será en relación con el score de ASIA al momento de la lesión inicial

131. La claudicación de la marcha originada por un canal estrecho lumbar debe diferenciarse de la producida por causas vasculares. Esta última se caracteriza por tener

- a. Presencia de pulsos palpable a nivel distal
- b. Trofismo de la piel distal sin modificaciones
- c. Sintomatología disminuye al andar en bicicleta
- d. Mejoría sintomática con la flexión del tronco
- e. Sintomatología de distal a proximal

132. Las siguientes serían indicaciones de una osteotomía de sustracción pedicular como técnica de corrección en un desbalance sagital, excepto

- a. Disbalance sagital entre 10-12 cm
- b. Cifosis estructurada
- c. Artrodesis circunferencial previa
- d. Espondilitis Anquilopoyética
- e. Necesidad de corregir hasta 10° en el plano sagital

133. Una hemisección medular tipo Brown-Sequard a nivel de T8 daría como cuadro clínico

- a. Paresia contralateral
- b. Anestesia ipsilateral
- c. Pérdida de propiocepción ipsilateral
- d. Termo-anestesia ipsilateral
- e. Pérdida de estereognosis (discriminación entre 2 puntos) contralateral

134. Las curvas en la escoliosis neuromuscular se caracteriza por

- a. Tener una buena corrección con el uso de corset
- b. Presentan un mayor índice de pseudoartrosis
- c. Suelen ser curvas de radio corto
- d. Suelen frenar su progresión al llegar a la madurez esquelética
- e. Suelen ser mas graves en pacientes ambuladores

135. El uso de corset como tratamiento de la escoliosis idiopática del adolescente tendría una contraindicación relativa en

- a. Sobrepeso (percentilo 85 o superior)
- b. Risser 2
- c. Curva torácica única derecha de 25
- d. Cartílago trirradiado abierto
- e. Menarca (-)

136. En la clasificación de escoliosis congénita según Winter, un defecto combinado en alas de mariposa se clasificaría como

- a. Tipo I
- b. Tipo II
- c. Tipo III
- d. Tipo IV
- e. Tipo V

137. La ventaja de corregir una curva idiopática por vía anterior en comparación con la vía posterior es que

- a. Permite un mejor balance en el plano coronal
- b. Permite incorporar menor cantidad de vértebras en la fusión
- c. Presenta un menor volumen de sangrado
- d. Presenta un menor riesgo de lesión neurológica
- e. Presenta una menor incidencia de ruptura del implante a largo plazo

138. Todas las siguientes son causas de degeneración discal con excepción de una. ¿Cuál?

- a. Genética
- b. Infecciosa
- c. Inmune
- d. Nutricional
- e. Escoliosis Idiopática

139. Una estenosis foraminal L4-L5 derecho dará como resultado

- a. Hiporreflexia aquiliana derecho
- b. Disminución de la dorsiflexión del tobillo derecho
- c. Parestesias en cara lateral de pierna derecha
- d. Alteración para la eversión del pie derecho
- e. Disminución en la dorsiflexión del *hallux* derecho

140. Las fracturas tipo Chance

- a. Deben tratarse por doble vía de abordaje
- b. Se clasifican dentro del grupo C según la clasificación AO
- c. Se dan por un mecanismo de compresión
- d. Se asocian con una incidencia elevada de lesiones intraabdominales
- e. Suelen involucrar un solo segmento

141. Un síndrome de cola de caballo originado por una extrusión discal masiva se caracteriza por todos los siguientes signos y/o síntomas con excepción de uno. ¿Cuál?

- a. Hipo/anestesia en silla de montar
- b. Pérdida del tono del esfínter anal
- c. Alteraciones de la vejiga (generalmente incontinencia)
- d. Signo de Hoffman
- e. Lumbalgia intensa

142. ¿Cuál de los siguientes es el tumor que genera metástasis con menor frecuencia en el esqueleto axial?

- a. Pulmón
- b. Riñón
- c. Mama
- d. Vejiga
- e. Próstata

143. Según Nash y Moe los pedículos están equidistantes en

- a. Grado I
- b. Grado III
- c. Grado IV
- d. Grado 0

e. Grado II

144. La denominada técnica de medición de Cobb y Lippman, se forma

- a. Se traza una línea en la extremidad superior de la vértebra terminal craneal y se traza otra línea en la extremidad inferior de la vértebra caudal
- b. Se traza una línea en la extremidad inferior de la vértebra terminal craneal y se traza otra línea en la extremidad inferior de la vértebra caudal
- c. Se traza una línea en la extremidad superior de la vértebra terminal craneal y se traza otra línea en la extremidad superior de la vértebra caudal
- d. Se traza una línea en la extremidad inferior de la vértebra terminal craneal y se traza otra línea en la extremidad superior de la vértebra caudal
- e. Se traza una línea en la extremidad superior de la vértebra terminal craneal y se traza otra línea a partir de los pedículos de la vértebra caudal

145. El estudio radiológico del ángulo de Cobb mide

- a. Alteraciones en el plano parasagital
- b. Valor angular de una deformidad
- c. La distancia interpedicular
- d. Desplazamiento de L5 sobre S1
- e. Potencial de crecimiento

146. Paciente de 15 años de edad que consulta por escoliosis, presentando un valor angular de la curva de 13° y Risser 2. ¿Qué conducta tomaría?

- a. Indicaría directamente una conducta quirúrgica
- b. Indicaría una conducta ortopédica con corset
- c. Indicaría una conducta de seguimiento
- d. Indicaría corset seguida de cirugía
- e. Indicaría tratamientos de distracción de la curva

147. Para decidir el tratamiento con corset en una escoliosis Idiopática, ¿en qué caso lo indicaría?

- a. Curva Neuromuscular de 60°
- b. Curva de 50° en el adulto
- c. Curva de 22° en el adulto joven
- d. Curva de 30° en el niño en desarrollo
- e. Curva de 15° en el niño en desarrollo

148. La escoliosis por Neurofibromatosis se caracteriza por

- a. Curva cifoesciolitica solamente
- b. Curvas de radio corto que responden al tratamiento con corset
- c. Curvas de radio corto con vértebras distróficas progresivas
- d. Curvas que no se asocian con manchas de café con leche en la piel
- e. Curvas que se corrigen en la adultez

149. ¿Qué factores intervienen en el Dorso Curvo de fase avanzada?

- a. Valor angular y altura del paciente
- b. Valor angular y envergadura del paciente
- c. Irregularidades de los platillos vertebrales, hernias intra esponjosas y valor angular
- d. Acuñaamiento vertebral, altura del paciente y valor angular
- e. Irregularidades de los platillos vertebrales, acuñaamiento vertebral y valor angular

150. En el dorso curvo del adolescente, ¿qué patrón predomina?

- a. Edad del paciente
- b. Valor angular de la cifosis solamente
- c. Envergadura del paciente
- d. Vértebras acunadas mayor de 5º en por lo menos 3 vértebras adyacentes al ápex de la curva
- e. Patrón heredado familiar asociado a la edad del paciente

151. La arteria vertebral asciende por los agujeros transversos e ingresa en el agujero de

- a. C6
- b. C5
- c. C7
- d. C4
- e. D1

152. Paciente con una cifosis pura por una deformidad congénita de la columna vertebral. ¿Qué piensa?

- a. Defecto de segmentación
- b. Defecto lateral
- c. Defecto Mixto
- d. Defecto anterior puro
- e. Defecto anterior lateral

153. ¿Cuál de estas opciones en una deformidad congénita no muestra crecimiento potencial?

- a. Hemi vértebra postero lateral
- b. Hemi vértebras múltiples unilaterales
- c. Hemi vértebras simples segmentadas no encarcerada
- d. Hemi vértebras dobles
- e. Hemi vértebra simple no segmentada encarcerada

154. Paciente con una deformidad congénita lateral con bloque no segmentado unilateral. Se indica tratamiento quirúrgico. ¿Por dónde se lograría la equilibración del crecimiento de la columna?

- a. Vía anterior de la columna
- b. Vía postero-lateral de la columna
- c. Por la concavidad de la columna
- d. Por la convexidad de la columna

e. Por una vía mixta

155. Con respecto a escoliosis en el Síndrome de Marfan, marque la opción incorrecta

- a. Es un defecto del tejido conjuntivo
- b. Tienen aracnodactilia
- c. Tienen insuficiencia mitral
- d. Tienen aneurisma disecante
- e. Tienen sobrepeso

156. Paciente que sufre un accidente con lesión de C6. ¿Qué espera encontrar?

- a. Disminución en la flexión de muñeca
- b. Disminución en la extensión de muñeca con alteración en el reflejo del tendón del tríceps
- c. Disminución en la flexión de la muñeca con reflejo del supinador largo normal
- d. Extensión de la muñeca normal y disminución del reflejo del tendón del tríceps
- e. Disminución en la extensión de la muñeca con disminución en el reflejo del tendón del supinador largo

157. Paciente que presenta una hernia de disco cervical entre las vértebras C6 y C7. ¿Qué espera encontrar?

- a. Disminución de fuerza en el Deltoides y disminución en el reflejo del supinador largo
- b. Disminución de fuerza del bíceps y Deltoides, reflejos conservados
- c. Disminución de fuerza en la flexión de muñeca y disminución del reflejo bicipital
- d. Disminución de fuerza en la flexión de muñeca y disminución del reflejo tríceps
- e. Disminución de fuerza en la extensión de muñeca y disminución del reflejo tríceps

158. Paciente que presenta hernia de disco cervical entre las vértebras D1-D2. ¿Qué espera encontrar?

- a. Disminución de fuerza de los inter óseos
- b. Disminución de fuerza de los flexores de los dedos y disminución del reflejo bicipital
- c. Disminución de fuerza de los extensores de los dedos
- d. Disminución de fuerza de los extensores de la muñeca y disminución del reflejo tripital
- e. Disminución de fuerza del supinador largo

159. Paciente con una hernia de disco central o posteromedial entre las vértebras L3-L4. ¿Qué raíz compromete?

- a. L5
- b. L3
- c. S1
- d. L4
- e. L2

160. Paciente que presenta una hernia de disco central o posteromedial entre las vértebras L4-L5. ¿Qué espera encontrar?

- a. Disminución de fuerza del tibial anterior con disminución del reflejo Aquiliano
- b. Disminución del fuerza del cuádriceps
- c. Disminución de fuerza del extensor común de los dedos del pie y extensor propio del *Hallux*

- d. Disminución de fuerza del tibial anterior con disminución del reflejo rotuliano
- e. Disminución reflejo aquiliano

161. Paciente que presenta hernia de disco foraminal entre L3-L4. ¿Qué espera encontrar?

- a. Disminución de la fuerza del cuádriceps
- b. Disminución de fuerza del peroneo lateral largo y reflejo aquiliano normal
- c. Disminución de fuerza del extensor común de los dedos y reflejo rotuliano disminuido
- d. Disminución de fuerza del tibial anterior y reflejo tendinoso aquiliano disminuido
- e. Disminución de fuerza del tibial anterior y reflejo rotuliano disminuido

162. Paciente con hernia de disco entre las vértebras C4-C5. ¿Qué raíz compromete?

- a. C4
- b. C6
- c. C7
- d. D1
- e. C5

163. El signo de Hoffman, significa

- a. Un signo radiográfico de una fractura de vértebra
- b. Un signo radiográfico de una luxación de vértebra
- c. Signo de claudicación neurológica
- d. Es indicativo de una compresión radicular
- e. Es indicativo de lesión de neurona motora superior

164. La fractura de Jefferson es

- a. Una fractura por luxación de C1
- b. Fractura por estallido de C2
- c. Fractura por rotación y flexión
- d. Fractura por estallido de C1
- e. Fractura de la apófisis odontoides

165. La fractura del ahorcado es

- a. Es una fractura de C1
- b. Es una fractura siempre mortal
- c. Es una fractura de la base de la apofisis odontoides
- d. Es una fractura de la parte media de la odontoides
- e. Es una fractura de C2 que separa el cuerpo de sus elementos posteriores

166. Paciente que sufre lesión medular completa a nivel C3. ¿Qué espera encontrar?

- a. Paciente con reflejos tendinosos alterados
- b. Paciente con disminución de la fuerza motora

- c. Paciente con disminución de la fuerza muscular y disminución de reflejos
- d. Paciente tetraplégico
- e. Paciente con disminución de fuerza muscular disminución de reflejos solo en miembro superior

167. ¿En qué caso indicaría una cirugía inmediata?

- a. Claudicación por canal estrecho
- b. Escoliosis de 25º en adulto joven
- c. Espondilolistesis Grado I
- d. Síndrome de cola de caballo
- e. Fractura por acúñamiento sin neurológico

168. Con respecto a la Espondilolistesis degenerativa

- a. El tratamiento quirúrgico es siempre el indicado
- b. La *pars interarticular* esta intacta
- c. Se debe a una fractura L5-S1
- d. Se debe por anomalías congénitas de la unión lumbo-sacra
- e. Se debe a una fractura lítica por fatiga

169. ¿Cuál opción no corresponde a la clasificación de Espondilolistesis?

- a. Espondilolistesis congénita
- b. Espondilolistesis ístmica
- c. Espondilolistesis por escoliosis
- d. Espondilolistesis degenerativa
- e. Espondilolistesis traumática

170. El sistema de gradación de Meyerdin. Marque la opción incorrecta

- a. Grado I deslizamiento hasta 25%
- b. Grado II deslizamiento de 25%-50%
- c. Grado III deslizamiento de 50%-75%
- d. Grado IV deslizamiento mayor 75%
- e. Grado V deslizamiento mayor 85%

171. ¿Qué entiende por espondilolistesis?

- a. Desplazamiento hacia delante de un cuerpo vertebral sobre el elemento subyacente
- b. Solución de continuidad del arco neural de una vértebra
- c. Discopatía lumbar
- d. El estudio de elección es RMN
- e. Siempre se asocia a una artrosis de cadera

172. En una espondilolistesis L5-S1 por lisis de L5, ¿qué raíz afecta?

- a. L1

- b. S1
- c. L4
- d. L5
- e. L3

173. ¿Qué concepto considera correcto con respecto a una ciática de origen discal?

- a. Es una indicación quirúrgica urgente
- b. Nunca se trata quirúrgicamente
- c. En un 90% mejora con tratamiento ortopédico
- d. Se indica una cirugía mínimamente invasiva
- e. Solo se opera si es un disco degenerativo

174. ¿Qué nivel se afecta más frecuentemente en una espondilo-listesis degenerativa?

- a. L2-L3
- b. T12-L1
- c. L5-S1
- d. L4-L5
- e. L3-L4

175. ¿Qué entiende por espondilólisis?

- a. Desplazamiento hacia adelante de un cuerpo vertebral sobre otro
- b. Discopatía lumbar asociado a un desplazamiento de una vértebra sobre otro
- c. Se diagnostica usando IRM
- d. Solución de continuidad del arco neural de una vértebra
- e. Siempre se asocia a un traumatismo.

176. ¿Con qué estudio diagnosticaría una espondilólisis?

- a. IRM
- b. Mielografía
- c. Rx
- d. Centellograma
- e. Electromiograma

177. ¿En qué vértebra se observa más frecuentemente la espondilólisis?

- a. L3
- b. S1
- c. L5
- d. L4
- e. L2

178. Una niña de 2 años de edad tiene una barra ósea y hemivértebra contralateral en unión dorso lumbar. La escoliosis aumento de 35° a 48° en un año. ¿Qué tratamiento le haría al paciente?

- a. Artrodesis anterior
- b. Corset
- c. Artrodesis anterior y posterior
- d. Tratamiento kinesico
- e. Artrodesis posterior

179. Paciente operada de una cifoescoliosis grave, con buena corrección, que durante el postoperatorio inmediato presenta vómitos incoercibles, distensión abdominal y deshidratación. ¿En qué complicación piensa?

- a. En una lesión medular
- b. En un síndrome de la arteria mesentérica
- c. En un hematoma peridural
- d. En un síndrome hipovolémico
- e. En una lesión vascular

180. En un paciente con un síndrome de canal estrecho lumbar. ¿En qué situaciones empeora significativamente la sintomatología?

- a. Tronco en extensión
- b. Sentado
- c. En reposo
- d. Tronco en flexión
- e. Caminando

181. ¿A que dermatoma corresponde la sensibilidad en el tronco a nivel de las mamilas?

- a. T2-T3
- b. T4-T5
- c. T6-T7
- d. T8-T9
- e. T10-T11

182. La causa más frecuente de estenosis lumbar luego de la sexta década de la vida es

- a. Pérdida de lordosis
- b. Fracturas por osteoporosis
- c. Metástasis lumbares
- d. Procesos degenerativos benignos
- e. Calcificación ligamentaria

183. La patogenia de la ciática discal se debe

- a. Por aumento de la presión intradiscal
- b. Desequilibrio sodio-potasio radicular
- c. Irritación del nervio sinuvertebral
- d. Compresión e inflamación radicular

e. Procesos degenerativos

184. Paciente que presenta cuadro agudo de ciática derecha hace 3 meses que desaparece en 4 semanas con la ingesta de AINE. Al examen físico presenta signo de Trendelenburg izquierdo, ¿en qué piensa?

- a. Lesión de L3
- b. Lesión plexo sacro
- c. Lesión L5
- d. Lesión nervio ciático mayor
- e. Lesión L2

185. ¿Qué entiende por *Sciwora*?

- a. Fractura vertebral con lesión medular
- b. Fractura vertebral sin lesión medular
- c. Hemisección medular
- d. Lesión medular sin lesión ósea
- e. Signo de inestabilidad lumbar

186. ¿Cuál es la indicación absoluta de tratamiento quirúrgico en la urgencia, en un paciente con lesión en una vértebra?

- a. Síndrome medular completo
- b. Solo el dolor
- c. Solo parestesias
- d. Déficit neurológico progresivo
- e. Déficit neurológico estable

187. ¿Qué estudio de laboratorio emplea, para el seguimiento de una espondilodiscitis?

- a. Asto
- b. Proteinograma
- c. Recuento de glóbulos
- d. Proteína C reactiva cuantitativa
- e. Fosfatasa

188. Paciente que presenta una fractura toraco-lumbar acunada de 25%, sin compromiso de la columna media y posterior

- a. Es una lesión estable y debe tratarse con ortesis toracolumbosacra
- b. Es una lesión estable pero indicaría una artrodesis posterior
- c. Es una lesión inestable por lo que indicaría artrodesis sol anterior
- d. Es una lesión inestable indicaría una laminectomía y artrodesis posterior
- e. Es una lesión inestable indicaría una artrodesis anterior y posterior

189. La diferencia entre un dorso curvo postural y la Enfermedad de Scheuerman está dada por

- a. Edad el paciente

- b. Acuñaamiento de dos o más vértebras en el perfil  
c. Signo de Risser  
d. Altura del paciente  
e. Sexo del paciente
190. La estabilidad de la columna depende de la integridad del complejo de ligamentos posteriores, ¿Cómo está formado?. Marque la opción incorrecta
- a. Ligamento supraespinoso  
b. Ligamento interespinoso  
c. Cápsula de la faceta articular  
d. Ligamento infraespinoso  
e. Ligamento amarillo
191. Con respecto a la gradación para realizar un examen muscular. El "Grado 0", ¿qué significa?
- a. Hay evidencia de contracción muscular leve, sin movimiento articular  
b. Tiene arco de movilidad completo contra gravedad  
c. Tiene arco de movilidad completo contra gravedad con cierta resistencia  
d. Tiene arco de movilidad completo con eliminación de la gravedad  
e. No hay evidencia de contracción muscular
192. Según Denis en su clasificación para fracturas de columna toraco lumbar, divide a las vértebras en
- a. Anterior, media y posterior  
b. Anterior y posterior  
c. Anterior, superior y posterior  
d. Superior e inferior  
e. Antero superior y postero inferior
193. Según Denis, la clasificación de fractura se divide en
- a. Región del ala y los agujeros sacros  
b. Región del conducto sacro central y región alar  
c. Región del conducto sacro central y región de los agujeros sacros  
d. Hemicuerpo sacro izquierdo y hemicuerpo sacro derecho  
e. Región del ala, región de los agujeros sacros y región del conducto sacro central
194. ¿Cuál es el germen más frecuente en la infección de columna?
- a. *Estafilococo sp.*  
b. *Pseudomona sp.*  
c. *Streptococco sp.*  
d. *Mycobacterium sp.*  
e. *E. coli*
195. Con respecto a la espondilitis piógena. ¿Cuál es la localización más frecuente?

- a. Columna cervical
- b. Columna torácica
- c. Columna lumbar
- d. Sacro
- e. Columna cervical y torácica

196. Con respecto a la espondilitis piógena. ¿Cuál es la vía más frecuente?

- a. Por tejido de granulación inflamatorio
- b. Por absceso paravertebral
- c. Por vía linfática
- d. Por vía contigua
- e. Por vía del plexo de Batson

197. En los accidentes por motocicleta, ¿qué raíz nerviosa se lesiona con mayor frecuencia?

- a. C2
- b. C4
- c. C5
- d. C7
- e. C8

198. El Síndrome centro medular se caracteriza por

- a. Mayor afección de miembros superiores que inferiores
- b. Mayor afección de miembros inferiores que superiores
- c. Parálisis homolateral a la lesión y alteración contralateral de la sensibilidad
- d. Parálisis flaccida con atrofia muscular y espasticidad
- e. Mayor afección de fibras motoras que sensitivas

199. El ángulo costo vertebral de Metha

- a. La diferencia entre los ángulos  $\alpha$  y  $\beta$  es inferior a  $20^\circ$  en curvas progresivas
- b. La diferencia entre los ángulos  $\alpha$  y  $\beta$  es inferior a  $20^\circ$  en curvas resolutivas
- c. La mayoría de las curvas resolutivas presentan una diferencia superior a  $20^\circ$
- d. La mayoría de curvas progresivas presentan diferencia inferior a  $20^\circ$
- e. En las curvas progresivas el 20% tiene una diferencia de  $20^\circ$

200. Un score C en la ASIA Impairment Scale correspondería a

- a. Sección medular completa con parálisis sensitivo motora por debajo de la lesión
- b. Déficit motor y sensitivo incompleto con test motor igual o superior a tres
- c. Normalidad neurológica
- d. Lesión medular con déficit motor y sensitivo con test motor inferior a tres
- e. Parálisis motora completa y sensitiva incompleta por debajo de la lesión



201. En la cirugía de la espondilolistesis, la reducción de la misma
- No origina complicaciones neurológicas
  - Es imprescindible para obtener un buen resultado
  - Aumenta el riesgo de progresión postoperatoria
  - Altera la transmisión de cargas
  - La fusión in situ brinda muy buenos resultados
202. Las Espondilodiscitis
- No se asocian a localizaciones sépticas preexistentes
  - Hay una alta frecuencia de manipulación instrumental genito urinaria
  - El germen que se presenta mayor frecuencia es el *E. coli*
  - Las lesiones aparecen en la parte posterior del cuerpo vertebral
  - La Rx es el mejor método para evidenciarla en la fase precoz
203. La causa más común de cifosis en los adolescentes es
- Dorso curvo
  - Neurofibromatosis
  - Hemivertebras
  - Postural
  - Scheuermann
204. En la artritis reumatoidea las articulaciones más afectadas son
- Neurocentrales
  - Atlantoaxil
  - Atlantooccipital
  - Alantoodontoidea
  - Lushka
205. Un hombre de 28 años de edad sufre una fractura-luxación de T8 en un accidente automovilístico hace una semana. La lesión le provoca paraplejía completa. El manejo debería consistir en
- Comenzar protocolo de esteroides
  - Laminectomía inmediata de T7, T8 y T9
  - Inmovilización con corset
  - Reducción abierta y estabilización segmentaria posterior más injerto
  - Estabilización segmentaria posterior y liberación anterior
206. ¿La subluxación que se produce en la artritis reumatoidea es más frecuente a qué nivel de la columna cervical?
- Occipital-C1
  - C1-C2
  - C2-C3
  - C3-C4

e. C6-C7

207. ¿Cuál de las siguientes sustancias tendría menos riesgo de afectar la consolidación en una artrodesis lumbar?

- a. Ketorolac
- b. Indometacina
- c. Codeína
- d. Nicotina
- e. Ibuprofeno

208. ¿Cuál de los siguientes tipos de lesiones del anillo pelviano posterior necesitan una reducción anatómica y fijación interna para asegurar el un buen resultado clínico?

- a. Fractura del sacro a través de los forámenes
- b. Fractura del sacro a través del ala
- c. Luxación sacroilíaca
- d. Fractura del ala ilíaca
- e. Fractura transversa del sacro

209. ¿Cuál es la complicación más común de la inmovilización con *halo vest*?

- a. Deterioro neurológico
- b. Aflojamiento de los pins
- c. Ulceras por decúbito
- d. Lesión de la duramadre
- e. Complicaciones respiratorias

## Columna

### Bibliografía sugerida

- American Acad. of Orthop. Surg.** *Orthopaedic Knowledge Update. O.K.U. 7.* Rosemont, IL, 2002.
- del Sel JM.** *Ortopedia y Traumatología*, 2001.
- García Rodríguez LA.** *Conceptos básicos de cirugía vertebral.* Madrid: Ed. Panamericana, 2001.
- Green NE, Swiontkowski MF.** *Skeletal Trauma in Children.* Philadelphia: W. B. Saunders, 1998.
- Hendelman WJ.** *Atlas of Functional Neuroanatomy.* 2nd Edition. Taylor & Francis. 2006
- Hoppenfeld S.** *Neurología Ortopédica.* México: El Manual Moderno, 1981.
- Moe J.** *Deformaciones de la columna vertebral*, 1982.
- Rothman RH.** *La columna vertebral*, 1985.
- Rothman-Simeone.** *The Spine.* 4<sup>th</sup> Ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1999.
- Rothman-Simeone.** *Columna vertebral.* 4<sup>a</sup> Ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 2000.
- Rouviere H.** *Anatomía humana. Descriptiva y topográfica.* Madrid: Bailly-Bailliere, S. A, 1967.

## Miembro Superior

210. ¿Cuál es el porcentaje de lesiones de la pared torácica homolateral asociada a una fractura de escápula?

- a. 5%
- b. 10%
- c. 35%
- d. 50%
- e. 25%

211. ¿Cuál de estas no es una indicación absoluta para la osteosíntesis de diáfisis de húmero?

- a. Politraumatismo
- b. Fracturas abiertas
- c. Fracturas patológicas
- d. Fracturas humerales bilaterales
- e. Fracturas transversales

212. ¿Cuál de las siguientes es una indicación absoluta para la osteosíntesis de diáfisis de húmero?

- a. Obesidad
- b. Lesiones de plexo braquial
- c. Fracturas espiroideas largas
- d. Fracturas transversales
- e. Fracturas patológicas

213. ¿Cuál de las fracturas de la escápula es la más frecuente?

- a. Del cuello
- b. De la glena
- c. Del acromion
- d. De la coracoides
- e. Del cuerpo

214. ¿A qué edad aparece el núcleo de osificación del cóndilo humeral?

- a. 5 años
- b. 3 años
- c. 10 años
- d. 12 años
- e. 1 año

215. ¿Cuál es el nervio más afectado en las fracturas supracondíleas de codo?

- a. N. cubital

- b. N. mediano
- c. N. interóseo posterior
- d. N. musculocutáneo
- e. N. interóseo anterior

216. ¿Cuáles son las fracturas que más se asocian con las fracturas supracondíleas de codo?

- a. Fracturas del olécranon
- b. Fracturas del radio proximal
- c. Fracturas de antebrazo
- d. Fracturas del extremo proximal del húmero
- e. Fracturas del radio distal

217. ¿Cuál es la incidencia de lesión arterial en una fractura supracondílea de codo?

- a. 0,1%
- b. 6%
- c. 10%
- d. 15%
- e. 4%

218. ¿Cuál es la incidencia de síndrome compartimental en una fractura supracondílea de codo?

- a. 0,1%
- b. 3
- c. 5%
- d. 10%
- e. 1%

219. Con respecto a las fracturas de epitroclea. ¿Cuál de las siguientes es una indicación absoluta de cirugía?

- a. Disfunción del nervio cubital
- b. Prevenir la inestabilidad en valgo
- c. Pacientes que requieran un codo totalmente estable
- d. Estabilización para movilizar precozmente
- e. Desplazamientos mayores de 4 mm.

220. ¿Cuáles de los siguientes no es un factor predisponente de la pseudoartrosis de la clavícula?

- a. Fractura en el politraumatismo grave
- b. Refractura
- c. Magnitud del desplazamiento inicial
- d. Fijación interna incorrecta
- e. Fractura del extremo proximal

221. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la pseudoartrosis de la clavícula es falsa?

- a. Proporcionalmente las fracturas distales son las más proclives a la falta de unión
- b. Cuando el paciente es asintomático no requiere tratamiento
- c. La mayoría de las pseudoartrosis diafisarias son hipertróficas
- d. La localización de la fractura es un factor predisponente
- e. el 75% de las pseudoartrosis se localizan en la diáfisis

222. Según la clasificación de Rockwood para las lesiones acromioclaviculares ¿qué tipo de lesión presenta desprendimiento de los músculos deltoides y trapecio y luxación acromioclavicular con “caída del hombro”?

- a. Tipo II.
- b. Tipo IV
- c. Tipo IV
- d. Tipo V
- e. Tipo III

223. ¿Cuál es el tratamiento indicado en un paciente de sexo masculino de 30 años de edad con una fractura de cuello quirúrgico del húmero con 30° de angulación?

- a. Reducción cruenta y osteosíntesis estable
- b. Artrodesis
- c. Hemiartroplastía
- d. Artroplastía total
- e. Cabestrillo y movilización

224. ¿Cuáles son las lesiones asociadas más frecuentes a la fractura de escápula?

- a. Del miembro superior homolateral
- b. Del hombro contralateral
- c. De la pelvis
- d. Lesiones torácicas
- e. Lesiones plexuales

225. ¿Cuál de las siguientes no es indicación absoluta para cirugía primaria de fractura de clavícula?

- a. Fractura expuesta
- b. Compromiso vascular
- c. Fractura con gran desplazamiento
- d. Hombro flotante
- e. Paciente neurológico que no tolera tratamiento ortopédico

226. Según la clasificación de Rockwood para las lesiones acromioclaviculares, una lesión con ligamentos acromioclaviculares y coracoclaviculares desgarrados, deltoides y trapecio desinsertados de la mitad distal de la clavícula y luxación acromioclavicular de 100% a 300% respecto del hombro pertenece al tipo

- a. I
- b. II
- c. III

- d. IV
- e. V

227. La hemiartroplastia de hombro está indicada en las siguientes patologías excepto

- a. Necrosis avascular sin compromiso glenoideo
- b. Artropatia por ruptura del manguito rotador
- c. Secuela de fracturas mal consolidadas
- d. Artritis reumatoidea sin pérdida del stock óseo a nivel de la glena
- e. Artrosis glenohumeral sin mayor compromiso glenoideo

228. ¿A qué se denomina "*Milwaukee shoulder*"?

- a. Artropatia por ruptura del manguito rotador
- b. Artroplastia fallida
- c. Necrosis avascular de la cabeza humeral
- d. Artrosis glenohumeral primaria
- e. Falla en el balance de las partes blandas de la cintura escapular

229. ¿Cuál es la complicación más frecuente en un reemplazo total de hombro?

- a. Lesión nerviosa
- b. Aflojamiento el componente humeral
- c. Ruptura del manguito rotador
- d. Fractura intraoperatorio
- e. Inestabilidad de los componentes

230. ¿Cuales de las siguientes no es una ventaja de la hemiartroplastia sobre la artroplastia total del hombro?

- a. Menor tiempo operatorio
- b. Mejor cierre del manguito rotador
- c. Menor sangrado
- d. Mejor centro de rotación
- e. Evita complicaciones del componente glenoideo

231. ¿A qué se denomina "signo de la ceja" en la incidencia radiográfica de frente en las lesiones del manguito rotador?

- a. Osteofitos a nivel del troquiter
- b. Artrosis acromioclavicular
- c. Línea esclerótica en la cara inferior del acromion
- d. Calcificaciones a nivel del manguito rotador
- e. Osteofitos en la cara inferior de la articulación acromioclavicular

232. ¿Cuál de las siguientes no es indicación de abordaje quirúrgico en agudo de la inestabilidad traumática posterior?

- a. Reducción incoercible
- b. Fractura desplazada de troquin

- c. Fractura desplazada del reborde glenoideo
- d. Defecto cefálico de 10% de la superficie articular
- e. Luxación expuesta

233. El abordaje quirúrgico más apropiado para una fractura diafisaria de húmero con lesión del nervio radial es

- a. Anteroexterna
- b. Posteroexterna
- c. Postero interna
- d. Posterior
- e. Lateral recta

234. El tratamiento de elección en una fractura mediodiafisaria del húmero con gran desplazamiento en un adulto joven es

- a. Reducción incruenta y yeso colgante
- b. Reducción incruenta y velpeau
- c. Osteosíntesis con placa con tornillos
- d. Endomedular con mínima exposición del foco
- e. Reducción cruenta y tutor externo

235. El tratamiento a elección en un paciente de 30 años de edad con fractura estable de cuello quirúrgico del húmero con 30° de angulación es

- a. Cabestrillo y movilización temprana
- b. Reducción cruenta y placa con tornillos
- c. Hemiartroplastia
- d. Artrodesis
- e. Artroplastia total

236. El tratamiento a elección en una paciente de 80 años de edad con fractura a cuatro fragmentos del extremo proximal del húmero con osteoporosis es

- a. Cabestrillo y movilización temprana
- b. Reducción incruenta y velpeau
- c. Reducción cruenta y osteosíntesis con cemento
- d. Hemiartroplastia
- e. Artroplastia total

237. ¿Cuál de las siguientes no es una lesión habitualmente relacionada con la luxación glenohumeral aguda?

- a. Lesión capsular anteroinferior
- b. Desgarros del tendón supraespinoso
- c. Parálisis del nervio braquial cutáneo interno
- d. Desprendimiento del rodete glenoideo
- e. Lesión de Bankart

238. ¿Qué es la lesión de *Hill Sach*?

- a. Una parálisis del ciático-popliteo externo asociada con lesión del ligamento lateral externo de la rodilla
- b. Una fractura por impacción de la cabeza humeral asociada con la luxación recidivante del hombro
- c. Una tenosinovitis estenosante de la muñeca
- d. Un signo radiológico de la enfermedad de Perthes
- e. Una impronta en la cavidad glenoidea

239. ¿Cuál es el tratamiento a seguir en fracturas por impactación de la cabeza humeral que comprometen más del 50 % de la superficie articular?

- a. Reemplazo protésico
- b. Reducción a cielo cerrado y evaluación de estabilidad
- c. Transferencia de troquíen para llenar el defecto óseo
- d. Artrodesis
- e. Artroscopia y reducción

240. El estadio 2 del Síndrome de fricción acromial de Neer corresponde a

- a. Edema y hemorragia
- b. Engrosamiento y fibrosis
- c. Roturas del manguito
- d. Alteraciones óseas
- e. Roturas del bíceps

241. En la clasificación de Neer una fractura se considera desplazada cuando existe entre los fragmentos

- a. Angulación mayor de 45°, desplazamiento de más de 2 cm.
- b. Angulación mayor de 60°, desplazamiento de más de 1 cm.
- c. Angulación mayor de 45°, desplazamiento de más de 1 cm.
- d. Angulación mayor de 60°, desplazamiento de más de 2 cm.
- e. Angulación mayor a 30°

242. La complicación vascular más frecuente en la fractura supracondilea del codo del niño es por lesión de

- a. La arteria axilar
- b. La arteria humeral
- c. La arteria cubital
- d. Las colaterales anteriores
- e. La vena basilica

243. ¿Cuál sería el tratamiento a seguir en un paciente de 72 años con una fractura-luxación a cuatro fragmentos con lesión completa del nervio axilar sin lesión vascular?

- a. Reducción incruenta y velpeau
- b. Exploración del nervio axilar
- c. Hemiartroplastia luego de la recuperación clínica del nervio
- d. Hemiartroplastia con exploración del nervio axilar

e. Reducción cruenta y osteosíntesis

244. Un paciente de 52 años de edad sufre una luxación anterior fue tratado con reducción incruenta, seis meses después consulta por dolor moderado a la elevación y abducción activa sin clínica de inestabilidad, el diagnóstico más probable es

- a. Síndrome de hombro congelado
- b. Neuropraxia del nervio axilar
- c. Ruptura del manguito rotador
- d. Plexitis braquial
- e. Síndrome de los escalenos

245. ¿Cuál de los siguientes grupos musculares constituyen el denominado estabilizador escapular principal?

- a. Trapecio y romboides y supraespinoso
- b. Infraespinoso y romboides
- c. Serrato anterior, trapecio y romboides
- d. Subescapular, serrato anterior e infraespinoso
- e. Subescapular, romboides y redondo menor

246. Una disfunción del serrato mayor con parálisis secundaria del serrato anterior producirá

- a. Una escápula alada
- b. Una inestabilidad anterior del hombro
- c. Una inestabilidad multidireccional
- d. Una inestabilidad acromio-clavicular
- e. Una inestabilidad esterno-clavicular

247. Según la descripción de la *American Academy of Orthopaedic Surgeons* los siguientes son considerados como "Principios para medir y registrar la movilidad articular", excepto

- a. Movimientos articulares desde una posición de inicio definida como cero
- b. Comparar el arco con el del lado opuesto sano
- c. Comparar el arco con el de los movimientos promedio de una persona de edad, sexo y constitución física similares (cuando el lado opuesto no es sano)
- d. Los movimientos se definen como activos
- e. Cuando es posible, se examina la extremidad con el paciente en la posición más cómoda

248. Para la evaluación clínica del serrato anterior en la escápula alada, se pide al paciente que

- a. Encoja los hombros contra resistencia
- b. Empuje una pared con los brazos extendidos
- c. Con el brazo en abducción de 90° se aplica presión en sentido inferior
- d. Brazo a los costados con codo fijo a 90° y rotación interna resistida
- e. Brazo a los costados con codo fijo a 90° y rotación externa resistida

249. ¿Cuál de las siguientes pruebas resulta más útil para la reproducción de dolor en el conducto bicipital a los fines de evaluar clínicamente una lesión?

- a. Speed
- b. Yergason
- c. Ludington
- d. Adson
- e. Matsen

250. La llamada “prueba de retroceso o separación” propuesta por Gerber y Krushell sirve para evaluar la rotura del

- a. Supraespinoso
- b. Infraespinoso
- c. Deltoides
- d. Subescapular
- e. Redondo menor

251. En la maniobra de Adson para evaluar compresiones vasculares en el estrecho torácico superior se utiliza la arteria

- a. Radial
- b. Cubital
- c. Braquial
- d. Axilar
- e. Subclavia

252. Señale la opción incorrecta respecto a la maniobra de Spurling

- a. El cuello se somete a tensión en flexión lateral y rotación
- b. Busca despertar dolor
- c. Las raíces cervicales se comprimen en su salida de los agujeros neurales
- d. Tensa las facetas articulares
- e. Es una maniobra específica

253. ¿Cuál de las siguientes no es indicación para realizar olecranectomía?

- a. Fractura conminuta en pacientes ancianos
- b. Fracturas conminuta y con mal trofismo óseo del anciano
- c. Respetar el 30 % del olécranon
- d. No debe tener fractura de la apófisis coronoides
- e. No debe estar asociada a lesión ligamentaria

254. ¿Cuál será el desplazamiento de la escápula en una parálisis del serrato anterior?

- a. Arriba y adentro
- b. Arriba y afuera
- c. Abajo y adentro
- d. Abajo y afuera

e. Solo posterior

255. ¿Cuál será el desplazamiento de la escápula en una parálisis del trapecio?

- a. Arriba y adentro
- b. Arriba y afuera
- c. Abajo y adentro
- d. Abajo y afuera
- e. Solo superior

256. ¿En qué grados de angulación ubicaría el “arco doloroso subacromial”?

- a. 0°-90°
- b. 40°-90°
- c. 40°-120°
- d. 90°-120°
- e. 120°-180°

257. La compresión del nervio supraescapular a nivel de la escotadura espinoglenoidea produce

- a. Hipotrofia del supraespinoso
- b. Hipotrofia del infraespinoso
- c. Hipotrofia del supra e infraespinoso
- d. Hipotrofia del redondo menor
- e. Hipotrofia del supraespinoso y redondo menor

258. El enclavado endomedular de las fracturas de clavícula no están indicadas en fracturas

- a. Transversales
- b. Oblicuas cortas
- c. Con tercer fragmento pequeño y sin conminución excesiva
- d. Oblicuas largas
- e. Con tercer fragmento pequeño

259. ¿Cuál de estos factores se ve asociado con alta incidencia de pseudoartrosis de clavícula?

- a. Fractura del tercio proximal
- b. Fractura del tercio medio
- c. Fractura del tercio distal
- d. Primer antecedente de fractura de clavícula
- e. Paciente joven deportista

260. ¿Cuál de las siguientes inmovilizaciones es el mejor soporte ortopédico para una fractura mediodiafisaria de clavícula?

- a. Velpeau
- b. Vendaje en ocho
- c. Vendaje de Robert Jones

- d. Cabestrillo
- e. Aparato de Bonadeo

261. ¿Cuál es el sitio más frecuente de compresión del nervio interóseo posterior?

- a. Bandas fibrosas anteriores a la cabeza del radio
- b. Vasos radiales recurrentes
- c. Origen de los tendones de los radiales
- d. Arcada de Frohse
- e. Borde distal del supinador corto

262. El signo de Froment representa un signo característico, ¿de qué patología compresiva del miembro superior?

- a. Síndrome del pronador redondo
- b. Parálisis del interóseo posterior
- c. Neurodocitis cubital
- d. Síndrome del túnel radial
- e. Síndrome del nervio interóseo anterior

263. De acuerdo con la Clasificación de Gartland para las fracturas supracondíleas de codo en los niños, una fractura Tipo II presenta

- a. Una fractura no desplazada
- b. Una fractura desplazada hacia anterior con cortical anterior intacta
- c. Una fractura desplazada al dorso con cortical dorsal intacta
- d. Una fractura desplazada al dorso sin contacto entre las corticales
- e. Una fractura con desplazamiento al dorso más del 75% con compromiso articular

264. La complicación más importante de la fractura de epitroclea en el niño es

- a. Pérdida de la pronosupinación
- b. Calcificación del ligamento medial
- c. Limitación de la movilidad por fractura intraarticular no diagnosticada
- d. Miositis osificante
- e. Parálisis del nervio mediano

265. ¿Cuál es el tratamiento de elección de las luxofracturas de Galeazzi?

- a. Reducción cerrada de la fractura radial y la articulación radiocubital distal (RCD) inmovilizadas con yeso en leve supinación
- b. Reducción cerrada de la fractura del radio fijada con clavo endomedular y reducción cerrada RCD con yeso en leve supinación
- c. Reducción abierta y fijación interna del radio con placa y tornillos y reducción cerrada RCD con yeso en leve supinación
- d. Reducción abierta y fijación interna del radio con placa y tornillos y reducción cerrada RCD con yeso en leve pronación
- e. Reducción abierta y fijación interna del radio con placa y tornillos y reparación quirúrgica de los ligamentos radiocubitales distales

266. ¿Cuál es el principal estabilizador del codo en valgo?
- La banda anterior del ligamento colateral medial
  - La banda transversa del ligamento colateral medial
  - La banda posterior del ligamento colateral medial
  - Las bandas posterior y transversa del ligamento colateral medial conjuntamente
  - La cúpula radial
267. El abordaje clásico de Kocher en el codo es
- Anterior
  - Posterior
  - Medial
  - Anterolateral
  - Posterolateral
268. Según la clasificación de la *Clinica Mayo*, una fractura de olecranon tipo III es
- Una fractura incompleta
  - Una fractura no desplazada
  - Una fractura desplazada estable
  - Una fractura desplazada conminuta
  - Una fractura inestable
269. Una paciente de 80 años de edad presenta una fractura de olecranon desplazada y conminuta que compromete el 50% de la articulación. ¿Cuál representaría el método más adecuado?
- Inmovilización con yeso por 6 semanas
  - Reducción abierta y fijación interna con sistema de absorbe-tracción
  - Reducción abierta y fijación interna con placa y tornillos
  - Tutor externo
  - Resección proximal con/sin avance del tríceps
270. ¿Cuál es la zona de seguridad para la colocación de osteosíntesis en la cúpula radial, con el antebrazo en posición neutra?
- La mitad anterior
  - El tercio anterior
  - El tercio lateral
  - El tercio posterior
  - Los tercios anterior y lateral
271. Un hombre de 45 años de edad presenta una luxofractura de Essex-Lopresti con conminución de la cúpula radial. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado?
- Reducción y osteosíntesis de la cúpula, reducción cerrada de la articulación radiocubital distal (RCD) inmovilizada con yeso.

- b. Resección de la cúpula y reducción cerrada de la RCD fijada con una clavija
  - c. Resección de la cúpula y reducción cerrada RCD fijada con una clavija
  - d. Resección de la cúpula con reemplazo protésico y reducción cerrada RCD inmovilizada con yeso
  - e. Resección de la cúpula radial con reemplazo protésico y reducción cerrada RCD fijada con una clavija
272. La maniobra de *Pivot Shift* en el codo se utiliza para determinar
- a. Luxación aguda en varo
  - b. Inestabilidad posterior
  - c. Inestabilidad anterior
  - d. Inestabilidad posterolateral
  - e. Inestabilidad posteromedial
273. ¿Cuál es el principal flexor del codo?
- a. El bíceps
  - b. El braquial anterior
  - c. El supinador largo
  - d. El primer radial
  - e. El pronador redondo
274. Seleccione la opción que corresponda con una parálisis del nervio interóseo posterior
- a. Pérdida de sensibilidad en dorso de la mano
  - b. Parálisis de extensores de los dedos
  - c. Parálisis de todos los extensores de muñeca
  - d. Parálisis de los intrínsecos de la mano
  - e. Parálisis del flexor largo del pulgar y flexores profundos del índice y anular
275. Una luxofractura de Monteggia con la cabeza del radio luxada hacia externo y fractura del cúbito con angulación a vértice externo corresponde según la clasificación de Bado a una lesión tipo
- a. I
  - b. II
  - c. III
  - d. IVa
  - e. IVb
276. ¿Cuál de los siguientes no corresponde a un “equivalente” de una lesión de Monteggia en los niños?
- a. Luxación anterior aislada de la cúpula radial.
  - b. Luxación anterior de la cúpula radial con fractura de la diáfisis cubital u olécranon.
  - c. Fractura del cuello del radio con fractura de la diáfisis del cúbito.
  - d. Luxación posterior del codo asociada a fractura de diáfisis de cúbito o radio.
  - e. Fracturas diafisarias de ambos huesos del antebrazo.
277. La Enfermedad de Panner se refiere a la osteocondrosis de

- a. Cóndilo humeral
- b. Troclea humeral
- c. Cabeza del radio
- d. Hueso escafoides
- e. Hueso grande

278. Una de los siguientes opciones no representa un factor de riesgo de sinostosis radiocubital luego de una fractura de antebrazo

- a. Cirugía más allá de las 2 primeras semanas
- b. Fractura de ambos huesos a distinto nivel
- c. Mecanismo de alta energía
- d. Traumatismo encefalocraneano asociado
- e. Mismo abordaje para ambos huesos

279. ¿Cuál de los siguientes opciones no corresponde a la compresión del nervio cubital a nivel del canal de Guyon?

- a. Signo de Froment
- b. Signo de Wartenberg
- c. Pérdida de sensibilidad palmar y dorsal en la mitad cubital de la mano
- d. Debilidad de los intrínsecos de la mano
- e. Flexores profundos del 4° y 5° dedos indemnes

280. El tratamiento más adecuado de una fractura de muñeca tipo C2 de la clasificación AO desplazada al dorso es

- a. Reducción cerrada y osteodesis con clavijas mediante el método de Kapandji
- b. Reducción cerrada y colocación de tutor externo radio-segundo metacarpiano
- c. Reducción abierta y fijación con placa dorsal
- d. Reducción abierta y fijación con placa palmar en T convencional
- e. Reducción abierta y fijación con placa palmar con bloqueo angular

281. La maniobra de Filkenstein es útil para el diagnóstico de

- a. Síndrome de intersección
- b. Rizartrosis
- c. Tenosinovitis de Quervain
- d. Síndrome de Wartenberg
- e. Disociación escafolunar

282. Seleccione la opción incorrecta acerca de la disociación escafolunar

- a. Representa una inestabilidad no disociativa del carpo
- b. El test de Watson evidencia una subluxación dorsal del escafoides sobre el reborde dorsal del radio pero se considera como positiva sólo si provoca dolor
- c. El ángulo escafo-lunar aumenta
- d. El signo de Terry-Thomas representa una diastasis del espacio escafo-lunar mayor a 2-3mm.

e. Produce una deformidad en DISI (*Dorsal Interlaced Segment Instability*) del carpo

283. ¿Cuál de las siguientes opciones no representaría un factor de riesgo de necrosis del semilunar?

- a. Cúbito *minus*
- b. Vascularización del semilunar
- c. Geometría del semilunar
- d. Luxación del semilunar
- e. Trauma mínimo repetitivo

284. El estadio III A de la Clasificación de Lichtman para la Enfermedad de Kienböck corresponde a

- a. Radiografías normales, con cambios sólo en la resonancia o centellografía
- b. Fractura lineal del semilunar en la radiografía
- c. Esclerosis sin colapso del semilunar
- d. Colapso del semilunar sin signos de inestabilidad carpiana
- e. Colapso carpiano con cambios artrósicos

285. Seleccione la opción correcta acerca de la Enfermedad de Kienböck

- a. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres mayores de 40 años
- b. Se presenta siempre en pacientes con una variante cubital negativa
- c. El diagnóstico es fundamentalmente radiológico
- d. El tratamiento de elección en los estadios tempranos consiste en la resección del semilunar y su reemplazo protésico
- e. El tratamiento de elección en los estadios avanzados es el injerto óseo vascularizado

286. El Síndrome de Wartenberg consiste en

- a. Tenosinovitis del primer compartimiento dorsal de la muñeca
- b. Patología compresiva del nervio cubital a nivel del canal epitrocleo-olecraneano
- c. Atrapamiento de las ramas sensitivas del nervio radial en la unión del supinador largo y el primer radial
- d. Tenosinovitis en el entrecruzamiento de los vientres musculares del abductor largo-extensor corto del pulgar con los vientres del primero y segundo radial
- e. Patología compresiva del nervio interóseo anterior

287. Se conoce como Enfermedad de Preiser a la necrosis del

- a. Hueso grande
- b. Escafoides
- c. Semilunar
- d. Piramidal
- e. *Capitulum*

288. ¿Cuál de las siguientes no representa una contraindicación de artrodesis total de muñeca?

- a. Deficiente cobertura de partes blandas
- b. Infección activa

- c. Esqueleto inmaduro
- d. Artrosis generalizada por inestabilidad no disociativa del carpo
- e. Enfermedad de Charcot

289. La posición de la muñeca más adecuada en una artrodesis total unilateral es

- a. 0° de extensión + 20° de desviación cubital
- b. 0° de extensión + 20° de desviación radial
- c. 10°-30° de extensión + 0°-10° de desviación cubital
- d. 10°-30° de extensión + 10° de desviación radial
- e. 10°-30° de flexión + 0° de desviación cubital

290. Seleccione la opción correcta acerca de la cinética y cinemática de la muñeca

- a. La cabeza del hueso grande representa el centro de la muñeca por donde pasan los ejes de movilidad
- b. En desviación radial la primera fila del carpo se extiende
- c. En una muñeca con variante cubital neutra las cargas que pasan a través del cúbito representan el 40%
- d. El 60 % de la flexión se realiza a partir de la articulación radiocarpiana
- e. El 65% de la extensión se realiza a partir de la articulación mediocarpiana

291. El síndrome del pronador redondo se diferencia del síndrome del túnel carpiano por todas las siguientes excepto

- a. Ausencia de dolor nocturno
- b. Signos de Tinel y Phalen negativos en la muñeca
- c. Disestesias en la rama superficial cutánea del nervio mediano que dan sensibilidad a la piel de la zona tenariana
- d. Atrofia precoz del oponente del pulgar
- e. Dolor en la masa flexopronadora

292. De acuerdo con la escala del *Medical Research Council* para la recuperación motora de un músculo, un grado M3 se corresponde con

- a. No hay contracción
- b. Contracción perceptible pero que no logra la movilización del miembro
- c. Contracción muscular con movilización del miembro sin la oposición de la gravedad
- d. Contracción muscular con movilización del miembro aún contra la oposición de la gravedad
- e. Recuperación completa

293. Seleccione la opción incorrecta acerca de la Enfermedad de Madelung

- a. Se debe a una alteración radial y dorsal de la epífisis del radio
- b. Se asocian frecuentemente con otras malformaciones no musculoesqueléticas
- c. Suele ser bilateral y afecta a las niñas con mayor frecuencia
- d. Produce una desviación volar y cubital del extremo distal del radio con subluxación dorsal del cúbito
- e. Suele diagnosticarse en niños mayores o adolescentes

294. La fractura en cuña de ambos huesos del antebrazo corresponde en la clasificación AO

- a. A3
- b. B1
- c. B3
- d. C1
- e. C2

295. El tratamiento de elección de las fracturas desplazadas cerradas transversas de ambos huesos del antebrazo es

- a. Reducción cerrada e inmovilización con yeso
- b. Enclavijado intramedular elástico
- c. Enclavijado intramedular rígido acerrojado
- d. Placa de compresión dinámica
- e. Tutor externo

296. Seleccione cual de las siguientes no representa una causa de pérdida súbita de la extensión de los dedos en la artritis reumatoidea

- a. Ruptura de los tendones extensores a nivel de la muñeca
- b. Tenosinovitis de los tendones flexores
- c. Luxación de las articulaciones metacarpo-falángicas
- d. Parálisis del nervio interóseo posterior
- e. Luxación de los tendones extensores

297. La incidencia de necrosis avascular luego de una fractura del polo proximal del escafoides alcanza

- a. 10%
- b. 30%
- c. 50%
- d. 70%
- e. 90%

298. ¿Cuál de las siguientes opciones no representa un criterio de inestabilidad de las fracturas de escafoides?

- a. Fractura con desplazamiento mayor a 1 mm.
- b. Fractura con cualquier angulación
- c. Ángulo escafo-lunar mayor de 45°
- d. Fracturas del cuerpo horizontales
- e. Ángulo luno-grande menor de 15°

299. La fractura de Chauffer del radio distal se corresponde según la clasificación AO con el tipo

- a. A1
- b. A3
- c. B1
- d. B3
- e. C1

300. ¿Cuál es la localización más frecuente de los gangliones de muñeca?
- Radiolunar dorsal
  - Escafolunar dorsal
  - Mediocarpiano dorsal
  - Escafotrapezotrapezoide palmar
  - Radioescafoideo palmar
301. Seleccione la opción correcta acerca del carpo giboso
- Afecta más frecuentemente la articulación trapezoide 2<sup>do</sup> metacarpiano
  - El diagnóstico se realiza fundamentalmente en radiografías simples de frente
  - Generalmente es asintomático
  - El tratamiento es quirúrgico en todos los casos y lo más precozmente posible, evitando la aparición de cambios artrósicos
  - Independientemente del tratamiento quirúrgico realizado el resultado es excelente en el 90% de los casos
302. El test o maniobra de Apley sirve para investigar
- Músculo bíceps
  - Flexor profundo de los dedos
  - Flexor superficial de los dedos
  - Flexor largo del pulgar
  - Tendón del palmar mayor
303. ¿Cuál de los siguientes tendones pasan por el tercer compartimiento dorsal de la muñeca (retináculo extensor)?
- Cubital posterior
  - Extensor común de los dedos
  - Primer y segundo radial
  - Extensor largo del pulgar
  - Extensor corto del pulgar
304. ¿Cuál de los siguientes músculos es inervado por el Nervio mediano?
- Pronador cuadrado
  - Lumbrical del meñique
  - Lumbrical del anular
  - Tríceps
  - Cubital posterior
305. El tumor de partes blandas más común de la mano es
- Ganglión
  - Quiste mucoide
  - TCG
  - Panadizo

e. Encondroma

306. Todos los huesos del carpo, excepto uno, presentan 6 caras de las cuales la proximal y la distal son siempre articulares. ¿Cuál de los siguientes es la excepción?

- a. Escafoides
- b. Semilunar
- c. Piramidal
- d. Pisiforme
- e. Ganchoso

307. El ángulo de inclinación palmar del radio, en la proyección radiográfica de perfil de la muñeca es de aproximadamente

- a. 6°
- b. 11°
- c. 16°
- d. 0°
- e. 20°

308. La fractura de Chauffer es

- a. Sinónimo de fractura de *Die Punch*
- b. Una fractura de trazo oblicuo articular que compromete la apófisis estiloides del radio
- c. Una fractura de trazo oblicuo articular que compromete la apófisis estiloides del cúbito
- d. Una fractura de trazo perpendicular extraarticular que compromete la apófisis estiloides de radio
- e. Se presenta clínicamente con deformidad en pala de jardinero

309. En la Clasificación de Litchman para la pseudoartrosis de escafoides que combina las alteraciones intrínsecas del hueso con los cambios que se producen en el carpo; el estadio IV corresponde a

- a. Pseudoartrosis inestable
- b. Pseudoartrosis estable
- c. Pseudoartrosis con artrosis estilo-escafoidea
- d. Colapso carpiano (*muñeca SNAC*)
- e. Pseudoartrosis simple

310. ¿Qué patología debe sospecharse ante un paciente de 30 años de edad que consulta por dolor y rigidez progresiva de su muñeca, con tumefacción en el dorso de la misma, sin antecedente traumático? Al examen físico presenta dolor en especial a la flexión y a la palpación de la zona central de la muñeca, con pérdida de fuerza de puño.

- a. Enfermedad de Sudeck
- b. Síndrome de dolor regional complejo
- c. Enfermedad de Kienböck
- d. Enfermedad de Bowers
- e. Síndrome de Gilula

311. En la fractura luxación de Bennet, el 1<sup>er</sup> metacarpiano se desplaza por tracción del
- Extensor largo del pulgar
  - Extensor corto del pulgar
  - Aductor corto del pulgar
  - Abductor del largo pulgar
  - Flexor del pulgar
312. ¿Dónde se inserta la polea A1?
- En la placa palmar de la articulación metacarpofalángica
  - En la porción proximal de la primer falange
  - En la mitad distal de la primera falange
  - En la placa palmar de la interfalángica proximal
  - En el cuello de la segunda falange
313. La deformidad en *cuello de cisne* se caracteriza clínicamente por
- Hiperextensión interfalángica proximal y flexión interfalángica distal
  - Hiperextensión interfalángica distal y flexión interfalángica proximal
  - Hiperextensión de muñeca y deformidad en flexión interfalángica proximal
  - Hiperextensión interfalángica proximal y distal
  - Hiperextensión de muñeca e interfalángica distal
314. ¿A qué se denomina Síndrome de Wartemberg?
- Atrapamiento de la rama motora del nervio radial
  - Atrapamiento de la rama cutáneo palmar del mediano
  - Atrapamiento de la rama sensitiva del nervio radial
  - Atrapamiento de la rama dorsal del nervio cubital
  - Atrapamiento de la rama tenariana
315. El estadio II de la Clasificación de Eaton y Littler para artrosis trapeciometacarpiana corresponde a
- Aumento de la luz articular por tumefacción
  - Disminución de la luz articular con contornos conservados
  - Disminución de la luz articular con esclerosis osteofitos y subluxación
  - Disminución de la luz articular con esclerosis y osteofitos
  - Disminución de la luz articular con esclerosis
316. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta respecto a la irrigación del tendón flexor?
- Proviene de la unión músculotendinosa
  - Proviene de su sitio de inserción en el hueso
  - Proviene de colaterales directas del arco palmar
  - Proviene del mesotendón
  - Proviene de los vínculos dentro de las vainas sinoviales

317. ¿Cuál de las siguientes causas es más común de luxación interfalángica proximal?
- Accidentes laborales
  - Accidentes domésticos
  - Accidentes automovilísticos
  - Lesiones deportivas
  - Lesiones por *stress*
318. ¿Cuál es el tratamiento recomendado para la Enfermedad de Kiembock, estadio III de la Clasificación de Stahl y Lichtman?
- Inmovilización
  - Artrodesis de muñeca
  - Alargamiento de cubito
  - Osteotomía del semilunar
  - Prótesis de *silastic*
319. ¿Cuál de las siguientes articulaciones se afecta más en la artrosis del miembro superior?
- Interfalángica distal
  - Interfalángica proximal
  - Metacarpofalángica
  - Carpometacarpiana
  - Muñeca
320. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta con respecto a la tétada de Kanavel de tenosinovitis aguda de los tendones flexores?
- Posición en semiflexión del dedo
  - Aumento del tamaño simétrico de todo el dedo
  - Dolor insoportable al extender pasivamente el dedo
  - Dolor a la palpación excesivo limitado al trayecto de la vaina del tendón flexor
  - Dolor al flexionar el dedo a nivel de los pliegues digitales
321. ¿Cuál de las siguientes opciones no es una complicación del injerto de tendón flexor?
- Formación de adherencias
  - Rotura del injerto
  - Efecto cuadriga
  - Deformidad en martillo
  - Sinovitis
322. ¿Cuál de las siguientes opciones es una indicación para el tratamiento quirúrgico de la fractura del cuello del 5<sup>to</sup> metacarpiano (fractura del mal boxeador)?
- Fractura cerrada sin lesión de partes blandas

- b. Ausencia de pseudogarra
  - c. Angulación menor de 15°
  - d. Mala alineación en rotación
  - e. Fractura del 4<sup>to</sup> rayo asociada
323. ¿Cuál de las siguientes opciones es el mecanismo de lesión en las luxaciones dorsales de la articulación interfalángica proximal?
- a. Hiperextensión de la articulación interfalángica proximal combinada con algún grado de compresión longitudinal
  - b. Hiperflexión de la articulación interfalángica proximal con algún grado de compresión longitudinal
  - c. Hiperextensión de la articulación interfalángica proximal con hiperflexión de la interfalángica distal
  - d. Hiperflexión interfalángica proximal con hiperextensión interfalángica distal
  - e. Compresión longitudinal solamente
324. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta respecto a las indicaciones de artrodesis de muñeca?
- a. Artrosis pancarpiana de las articulaciones radiocarpiana y mediocarpiana
  - b. Artrodesis limitada previa fallida
  - c. Artroplastía total fallida o artroplastía previa
  - d. Artrosis trapeciometacarpinana
  - e. Artritis reumatoidea
325. La presencia del Signo del anillo en el escafoides en una radiografía antero posterior de muñeca está presente en
- a. Los casos en los que el escafoides aparece anormalmente flexionado independientemente de la causa
  - b. Siempre indica la existencia de una disociación escafolunar
  - c. Secuelas de luxación trapecio-metacarpiana
  - d. Secuelas de fracturas sin desplazamiento del escafoides
  - e. Las radiografías sacadas en proyección oblicua donde el escafoides aparece alargado
326. Dentro de la clasificación de Fernández para las fracturas del extremo distal del radio, ¿a cuál de las siguientes le corresponde la tipo III?
- a. Fractura por inflexión de la metáfisis
  - b. Fractura por cizallamiento de la superficie articular
  - c. Fractura por compresión de la superficie articular
  - d. Fractura por avulsión radiocarpiana
  - e. Fractura por alta energía
327. Los bloqueos nerviosos periféricos de la muñeca son muy útiles en procedimientos como
- a. Tenolisis y capsulotomías
  - b. Neurorrafias
  - c. Cirugías de larga duración
  - d. Tenorrafias
  - e. Osteosíntesis con placa y tornillos de la muñeca

328. ¿Cuál de los siguientes factores tiene menor incidencia en el tratamiento y pronóstico de las lesiones de los tendones flexores?
- El tiempo transcurrido entre la lesión y el tratamiento
  - El grado de retracción del tendón
  - La presencia de fragmentos óseos
  - El nivel de la lesión
  - La irrigación del tendón avulsionado
329. De los siguientes tendones, ¿cuál no utilizaría como donante para injerto de tendón flexor profundo?
- Palmar menor
  - Plantar delgado
  - Extensor largo de los dedos del pie
  - Flexor superficial de los dedos de la mano
  - Cubital posterior
330. ¿Cuál es el factor más importante en la reducción de una fractura de diáfisis de metacarpiano?
- La alineación rotatoria
  - La diastasis
  - El colapso
  - La angulación
  - La osteosíntesis
331. ¿Cuál de las siguientes opciones no es considerada una complicación de las fracturas de los huesos largos de la mano?
- Mala consolidación
  - Seudoartrosis
  - Hematoma
  - Adherencias de los tendones en la zona
  - Limitación de la movilidad
332. ¿Cuál es el valor normal aproximado de la discriminación entre 2 puntos en la mano (sensibilidad)?
- 1 mm.
  - 2 mm.
  - 6 mm.
  - 15 mm.
  - 20 mm.
333. Las siguientes condiciones pueden hacer que un cirujano difiera la reparación secundaria de un nervio periférico. Una de ellas es incorrecta. ¿Cuál?
- Pérdida importante de partes blandas
  - Lesiones múltiples de miembros

- c. Lesiones graves por aplastamiento
- d. Lesión extensa por tracción
- e. Lesión limpia por arma blanca

334. La carpectomia proximal primaria puede ser útil en

- a. Fracturas-luxaciones abiertas graves del carpo con grave disrupción de la arquitectura ósea
- b. Fractura conminuta del piramidal
- c. Fractura conminuta del pisiforme
- d. Enfermedad de Kiembock estadio I
- e. Fractura de la cintura del escafoides

335. ¿Cuál de las siguientes opciones es incorrecta?

- a. La parálisis transitoria de la rama motora del nervio cubital puede producirse por una fractura del hueso ganchoso no diagnosticada a tiempo
- b. La resección de un fragmento luego de una fractura del hueso ganchoso puede ser necesaria cuando existe pseudoartrosis, dolor persistente o parálisis del nervio cubital
- c. Las fracturas de trapecio se demuestran radiográficamente en las vistas del canal carpiano de la muñeca
- d. Las fracturas por stress pueden aparecer en el gancho del ganchoso luego de la repetición de ciertas actividades, como las desarrolladas en la práctica de golf
- e. La enfermedad de Kienbock es un trastorno doloroso de la muñeca de causa desconocida que aparece con mayor frecuencia entre los 40 y 65 años de edad

336. ¿Cuál de los siguientes músculos no está paralizado en la parálisis baja del nervio radial?

- a. Extensores de los dedos
- b. Abductor del pulgar
- c. Extensor largo del pulgar
- d. Extensor corto del pulgar
- e. Supinador largo

337. ¿Cuál de los siguientes músculos pierde la función en la parálisis baja del nervio cubital?

- a. Flexor profundo del pulgar
- b. Flexor profundo del índice
- c. Palmar menor
- d. Aductor del pulgar
- e. Abductor del pulgar

338. ¿Cuál de las siguientes opciones es incorrecta con respecto a la contractura isquémica de Volkmann?

- a. El dolor es el síntoma más importante
- b. El antebrazo está tenso
- c. La sensibilidad de la pinta de los dedos puede estar disminuida
- d. Nunca se palpa el pulso radial
- e. La extensión pasiva de los dedos aumenta el dolor

339. Señale la opción correcta con respecto a la Focomelia
- El término significa miembro de atleta
  - El término se utiliza para describir la condición de la mano que se encuentra suspendida del cuerpo cerca del hombro, está deformada y contiene sólo 3 o 4 dedos
  - Era una anomalía muy frecuente antes del año 1950
  - La clavícula y la escápula nunca están presentes
  - Es la anomalía congénita más común
340. ¿Cuál de las siguientes es la anomalía congénita más común de la mano?
- Sindactila
  - Mano bot cubital
  - Mano hendida
  - Focomelia
  - Macroductila
341. La Enfermedad de Madelung es una anomalía de
- La parte cubital palmar de la epífisis distal del radio
  - La parte radial dorsal de la epífisis distal del radio
  - La parte cubital dorsal de la epífisis distal del cúbito
  - La parte cubital palmar de la epífisis distal del cúbito
  - De ambas partes del cúbito y radio
342. Marque la opción correcta con respecto a la Enfermedad de Dupuytren
- Cerca del 5% de los pacientes con contractura de Dupuytren presenta lesiones similares en la fascia plantar media de uno o ambos pies (*Ledderhose*)
  - Cerca del 30% de los pacientes con Dupuytren muestran induraciones en el pene (*Peyronie*)
  - En general aparece en la tercera o cuarta década de la vida
  - La causa ha sido aclarada en los últimos años y es genética
  - Es más frecuente la lesión en el dedo pulgar que en el meñique
343. Marque la opción incorrecta con respecto al Síndrome del Túnel Carpiano
- Es también conocido como parálisis lenta del nervio mediano
  - Aparece con frecuencia en pacientes entre 35 y 45 años de edad y, es dos veces más común en mujeres que en hombres
  - Pueden asociarse a este síndrome patologías sistémicas como obesidad, diabetes, disfunción tiroidea, amiloidosis entre otras
  - Los síntomas agudos de compresión del nervio mediano, sin que exista otra causa evidente, pueden estar asociados con la trombosis aguda de la arteria mediana
  - La parestesia aparecida en la zona de distribución sensitiva del nervio mediano es el síntoma más frecuente
344. Marque la opción correcta en referencia a la Enfermedad de Quervain

- a. Es una tenosinovitis estenosante de los tendones abductor corto y extensor largo del pulgar
- b. La causa se relaciona casi siempre con el exceso de uso, sea en tareas del hogar o laborales o se asocia con artritis reumatoidea
- c. La tétrada de Celso está presente en el 100% de los casos
- d. El signo de Tinel es positivo en el 80% de los casos
- e. Las variaciones anatómicas del primer compartimiento dorsal no son comunes

345. ¿Cuál de los siguientes es el tumor más común del esqueleto de la mano?

- a. Encondroma
- b. Osteoblastoma
- c. Osteoma osteoide
- d. Quiste óseo aneurismático
- e. Tumor de células gigantes del hueso

346. ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto con respecto a los tumores de la mano?

- a. Los fibromas son frecuentes en la mano y pueden ser profundos o superficiales
- b. Los fibromas muestran calcificaciones como las que se observan en el fibroma aponeurótico juvenil
- c. Los fibromas no pueden diferenciarse clínicamente de la enfermedad de Dupuytren
- d. Los síntomas del tumor glómico son dolor, sensibilidad al frío y tumefacción
- e. Los tumores gnómicos siempre miden más de 2 cm

347. ¿Cuál de los siguientes procedimientos no deben realizarse como tratamiento del nervio mediano doloroso asociado con Síndrome de dolor regional complejo?

- a. Neurolisis extensible
- b. Extirpar la sinovitis
- c. Movilizar el nervio
- d. Resección del neuroma e injerto de nervio
- e. Cubrir el nervio con grasa, un colgajo muscular, una vena o transferir tejido libre

348. ¿Cuál de las siguientes opciones no es una indicación de tenosinovectomía volar en la AR?

- a. Síntomas y signos de compresión del nervio mediano
- b. Tenosinovitis persistente tras el tratamiento médico
- c. Tenosinovitis persistente tras la infiltración
- d. Rotura del tendón extensor
- e. Rotura del tendón flexor

349. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en referencia de la liberación abierta del dedo en resorte?

- a. Abrir hasta la polea A2 inclusive para lograr una correcta liberación
- b. Atravesar los pliegues de flexión con incisiones longitudinales
- c. No movilizar el dedo operado por 7 días y luego comenzar con ejercicios pasivos en forma progresiva
- d. Se debe confirmar la liberación completa mediante la flexión activa

e. Nunca hace falta reparar los paquetes vásculo-nerviosos ya que no se han reportado lesiones de ellos en las liberaciones

350. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta respecto a las causas de pérdida de un injerto cutáneo?

- a. Debridamiento insuficiente con capas residuales de tejido desvitalizado
- b. Hemorragia del lecho de la herida con hematoma bajo el injerto
- c. Ajuste imperfecto del vendaje suturado
- d. La pérdida de un injerto depende del material con el que se tome (gillette, bisturí, dermatomo)
- e. Infección secundaria del lecho de la herida

351. Indique dónde se inserta el músculo abductor largo del pulgar

- a. En el primer metacarpiano
- b. En el segundo metacarpiano
- c. En el trapecio
- d. En la primera falange del pulgar
- e. En el trapecoide

352. A nivel del antebrazo, ¿con qué músculo está relacionada la rama superficial o dorsal del nervio radial?

- a. Palmar mayor
- b. Supinador largo
- c. Primer radial
- d. Segundo radial
- e. Flexor largo del pulgar

353. En un accidente en la vía pública un paciente de 25 años de edad sufre una fractura cerrada de la diáfisis humeral asociada a fractura del antebrazo homolateral del miembro dominante. El paciente está estable y el examen neurovascular es normal. La conducta más apropiada es

- a. Fijación externa del antebrazo y tratamiento funcional de la fractura humeral
- b. Fijación externa de las dos fracturas
- c. Reducción a cielo abierto y fijación interna de las dos fracturas
- d. Reducción a cielo abierto y fijación interna de las fracturas de antebrazo y tratamiento funcional de la fractura de húmero
- e. Fijación externa de la fractura de antebrazo y reducción y osteosíntesis de la fractura de húmero

354. El tratamiento de la capsulitis adhesiva tiene un alto índice de fracaso cuando la causa subyacente es

- a. Idiopática
- b. Traumática
- c. Diabetes mellitus
- d. Hipotiroidismo
- e. Posquirúrgica

355. Un paciente de 25 años de edad se lesiona su hombro derecho esquiando. Al examen físico presenta aumento de la rotación externa pasiva, dolor en la cara anterior y un Test de *lift-off* positivo. ¿Cuál es el diagnóstico presuntivo?
- Ruptura del tendón del bíceps
  - Ruptura del Subescapular
  - Subluxación anterior
  - Luxación posterior
  - Lesión SLAP
356. El manejo de una fractura del olécranon en la cual el trazo de fractura es distal a la apófisis coronoides consiste en reducción a cielo abierto y
- Absorbe tracciones con clavijas y alambre
  - Osteosíntesis del olécranon con placa y tornillos
  - Fijación externa puenteando el codo
  - Enclavijado transarticular
  - Osteosíntesis con tornillos compresivos
357. A un hombre de 52 años de edad se le realizó hace 2 meses reducción abierta y osteosíntesis de una fractura de cúbito y radio. Un una caída posterior se refracturó requiriendo cirugía de revisión con injerto óseo. Un mes luego de la segunda intervención se observa eritema, tumefacción y drenaje de la incisión radial volar. Además del tratamiento antibiótico el mejo consiste en
- Limpieza quirúrgica de la herida bajo anestesia local
  - Limpieza quirúrgica de la herida, toma de muestras para cultivo, retiro del material de osteosíntesis e inmovilización enyesada
  - Limpieza quirúrgica de la herida, toma de muestras para cultivo, retiro del material de osteosíntesis si se aflojaron los tornillos
  - Limpieza quirúrgica de la herida, toma de muestras para cultivo y colocación de un nuevo injerto
  - Limpieza quirúrgica de la herida, toma de muestras para cultivo y dejar herida abierta para curaciones diarias
358. Un paciente presenta una fractura transversa mediodiafisaria desplazada del húmero con indemnidad neurológica. Luego de reducción a cielo cerrado e inmovilización, el paciente no tiene dorsiflexión de muñeca o dedos a nivel de la articulación metacarpo-falángica de la mano. ¿Cuál es la conducta a adoptar?
- Observación con altas posibilidades de recuperación
  - Observación por una semana, seguida por exploración quirúrgica si la recuperación no es evidente
  - Exploración inmediata del nervio radial y fijación interna de la fractura
  - Retirar la inmovilización y repetir las maniobras de reducción
  - Eventual exploración quirúrgica de acuerdo al resultado de la electromiografía
359. En una fractura intraarticular del extremo distal del húmero. ¿Cuál es el factor más importante a considerar al elegir la vía de abordaje?
- La visualización de la superficie articular
  - Evitar una osteotomía del olécranon
  - La posibilidad de tener que realizar un reemplazo de codo

- d. La posibilidad de tener que reconstruir la superficie articular anterior  
e. La posibilidad de daño neurovascular durante la cirugía
360. Luego de una hemiartroplastia de hombro por una fractura a cuatro fragmentos, ¿cuál es la dificultad más comúnmente reportada?
- a. Dolor  
b. Imposibilidad de cargar una bolsa de cuatro (4) kilogramos  
c. Alcanzar el bolsillo posterior del pantalón  
d. Trabajar por arriba de la altura del hombro  
e. Limitación de la abducción activa del hombro
361. A un paciente con déficit de stock óseo anteroinferior se le realiza un procedimiento de Latarjet. Luego de la cirugía el paciente refiere adormecimiento en la cara anterolateral del antebrazo. Para verificar el diagnóstico, ¿qué músculo debería ser evaluado?
- a. Abductor corto del pulgar  
b. Supinador  
c. Triceps  
d. Biceps  
e. Cubital posterior
362. ¿Cuál de las siguientes opciones es considerada una contraindicación para el tratamiento funcional de una fractura de la diáfisis humeral?
- a. Fractura mediodiáfisaria cerrada acompañada de parálisis del nervio radial previa al intento de reducción  
b. Una fractura espiroidea del tercio distal  
c. Una fractura producida por una arma de fuego de baja velocidad tratada inicialmente con debridamiento y antibióticos  
d. Imposibilidad de mantener menos de 30° de varo y 20° de angulación anterior o posterior luego de la reducción  
e. Una fractura asociada a luxación anteroinferior glenohumeral ipsilateral
363. El uso de un tornillo tomando la clavícula y la apófisis coracoides una alternativa en el tratamiento de las luxaciones acromio-claviculares. El retiro del tornillo es generalmente recomendado luego de la cicatrización de las partes blandas. ¿Qué efecto tiene la fijación acromio-clavicular sobre la movilidad del hombro?
- a. Importante limitación sobre la elevación anterior  
b. Importante limitación de la abducción  
c. Muy poca limitación en todo el arco de movilidad  
d. Limitación de las rotaciones  
e. Limitación de la extensión activa
364. Un paciente de 50 años de edad al que se le realizó reparación artroscópica del manguito rotador hace 5 días consulta por aumento del dolor y febrícula. El hombro no está tumefacto pero presenta drenaje persistente de líquido seroso del portal posterior. Se toma una muestra y se realiza un Gram que es positivo para *cocos* Gram(+). ¿Cuál sería el próximo paso en el manejo?
- a. Antibióticos vía oral y observación

- b. Antibióticos endovenosos y observación
  - c. Debridamiento artroscópico y lavado inmediato
  - d. Aspiración de la articulación si persisten los síntomas
  - e. Debridamiento artroscópico solo si persiste la secreción por el portal
365. Un paciente de 42 años de edad sufre una caída de una escalera sobre su brazo dominante hace una hora. Las radiografías muestran una luxación anterior asociada a una fractura de la tuberosidad mayor. El manejo inicial consiste en
- a. Reducción cerrada de la luxación y reducción a cielo abierto de la tuberosidad mayor con reparación del manguito rotador
  - b. Reducción cerrada de la luxación, seguida de nuevas radiografías para evaluar la posición del fragmento de la tuberosidad y determinar el tratamiento
  - c. Reducción abierta de la articulación y la tuberosidad mayor y reparación del manguito rotador
  - d. Inmovilización con cabestrillo hasta que disminuya el dolor y luego ejercicios de movilización pasiva
  - e. Reducción cerrada y evaluación artroscópica del manguito rotador

## Miembro Superior

### Bibliografía sugerida

- Andrews JR, Timmerman LA ed.** *Artroscopía*. 1ª Ed. Madrid: Marban, 2001.
- Blasier RB, Matthews LS.** *Complications of prosthetic knee arthroplasty*. En Epps CH Ed. *Complications in Orthopaedic Surgery*. Philadelphia: JP Lippincott, 1994.
- Canale ST, Ed.** *Campbell WC. Cirugía Ortopédica*. 10ª ed. Madrid: Mosby, 2003.
- Fitzgerald RH, Kaufer H, Malkani AL.** *Ortopedia*. Editorial Médica Panamericana. 2002.
- Hoppenfeld S.** *Exploración física de la columna vertebral y las extremidades*. México: El Manual Moderno, 1979.
- Insall JN.** *Cirugía de la rodilla*. 2ª. Ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 1993.
- Kelly MA.** *Nonprosthetic management of the arthritic knee*. En Callaghan JJ, Dennis DA, Paprosky WG, Rosenberg AG, Eds. *Orthopaedic Knowledge Update: Hip and Knee Reconstruction*. Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1995.
- Lotke PA.** *Artroplastia de la rodilla*. Madrid: Marban, 1999.
- Maloney WJ III.** *The cemented femoral component*. En: Callaghan JJ, Rubash HE, Rosenberg AG, Eds. *The Adult Hip*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998.
- Schatzker J, Tile M.** *Tratamiento quirúrgico de las fracturas*. Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1998.
- Steinberg ME.** *La cadera: diagnóstico y tratamiento de su patología*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1993.
- Stover MD, Kellam JF.** *Articular fractures: Principles*. En Ruedi TP, Murphy WM, Eds. *AO Principles of Fracture Management*. Stuttgart: Thieme, 2000.
- Valenti V.** *Ortesis del pie: tratamiento ortésico de las alteraciones biomecánicas de la marcha*. Buenos Aires: Panamericana, 1987.
- Whiteside LA.** *Selection of acetabular component*. En: Steinberg ME, Garino JP, Eds. *Revision Total Hip Arthroplasty*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1999.
- Wiss DA Ed.** *Master techniques in orthopaedic surgery: fractures*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1998.

## Miembro Inferior

366. Una paciente de 24 años de edad presenta una ruptura de bazo e hipotensión. En las radiografías se observa una contusión pulmonar y una fractura mediodiáfisiaria de fémur desplazada. ¿Qué técnica de estabilización de la fractura ofrecería el menor potencial de complicaciones iniciales?
- Fijación externa
  - Fijación con placa
  - Clavo endomedular no fresado, no acerojado
  - Clavo endomedular fresado, no acerojado
  - Clavos elásticos de Ender
367. ¿Cuál de los siguientes es considerado el método de reconstrucción artroplástica más adecuado en un paciente con displasia de cadera?
- Reconstrucción cementada con el cotilo en posición anatómica y el cemento rellenando el defecto
  - Medialización del componente acetabular sin injerto óseo dejando un 20% del componente descubierto
  - Posicionamiento lateral y superior del componente acetabular con injerto de cabeza femoral
  - Posicionamiento anatómico del componente acetabular e injerto de la cabeza femoral cubriendo 70% del componente
  - Siempre posicionar el componente acetabular en forma anatómica para disminuir la tasa de revisión de dicho componente
368. En una cirugía de revisión de cadera, un anillo de reconstrucción acetabular estaría indicado en cuál de las siguientes situaciones
- Defecto cavitario central
  - Migración superior de 2 cm.
  - Pared anterior deficiente
  - Discontinuidad pelviana
  - Defecto acetabular combinado
369. ¿Cuál de los siguientes factores es considerado como el más importante cuando se evalúa el tratamiento quirúrgico en una fractura de tobillo?
- Nivel del trazo de fractura en el Peroné
  - Ruptura del ligamento deltoides
  - Tamaño del maléolo posterior
  - Posición del astrágalo en la mortaja
  - Dirección del trazo en el maléolo medial
370. Un hombre de 45 años de edad con una rodilla sintomática en varo es evaluado para una osteotomía valguizante de tibia. ¿Cuál de los siguientes argumentos a considerar es el más importante para contraindicar el procedimiento?
- Contractura en flexión de 5°
  - Degeneración del menisco lateral en la RNM

- c. Artropatía reumática
- d. Menisectomía medial previa
- e. Cambios degenerativos moderados patelofemorales en la radiografía

371. ¿Cuál de las siguientes opciones es una reconocida consecuencia de la artrodesis de cadera?

- a. Lumbalgia
- b. Laxitud de rodilla contralateral
- c. Meralgia parestésica
- d. Debilidad contralateral de abductores
- e. Artrosis de rodilla rápidamente progresiva

372. Una paciente de 19 años de edad, corredora de maratón, presenta una fractura incompleta por stress del cuello femoral que compromete cara de tensión. El manejo consiste en

- a. Muletas por 6 semanas, seguido por un retorno progresivo a la actividad
- b. Muletas por 6 semanas, y suspender la actividad deportiva por 6 meses
- c. Muletas por 3 semanas, seguido de fijación interna si los síntomas persisten
- d. Fijación interna al momento del diagnóstico
- e. Muletas por 3 semanas sin carga y carga parcial por 3 semanas más

373. La técnica de cementado tiene una influencia indiscutible en la sobrevida a largo plazo de los tallos cementados. ¿De cuántos milímetros es el espesor del manto de cemento recomendado por la mayoría de estudios clínicos y cadavéricos?

- a. 0,5
- b. 1
- c. 2
- d. 3
- e. por lo menos más de 3

374. La principal ventaja del tratamiento quirúrgico de la ruptura del tendón de Aquiles en comparación con el tratamiento conservador es

- a. Menor rigidez de tobillo
- b. Menor riesgo de trombosis venosa profunda
- c. Menor riesgo de reruptura
- d. Menor tiempo de cicatrización
- e. Rehabilitación precoz

375. ¿Cuál de los siguientes factores está más comúnmente asociado con falla mecánica en el reemplazo total de cadera cementado?

- a. Aumento del offset del tallo
- b. Posición en varo del tallo
- c. Hueso osteoporótico
- d. Peso del paciente mayor a 90 kg



e. Posición en valgo del tallo

376. ¿Cuál es la causa más común de reoperación en la artroplastía total de rodilla?

- a. Falla del inserto de polietileno
- b. Mal alineamiento de la rodilla
- c. Inestabilidad ligamentaria
- d. Complicaciones relacionadas con la rótula
- e. Fracturas periprotésicas

377. ¿Cuál es la estructura neurológica en riesgo cuando se realiza una fijación con tornillo endomedular de la base de un quinto metatarsiano?

- a. N. safeno
- b. Primera rama del N. plantar lateral
- c. N. Peróneo superficial
- d. N. Sural
- e. N. musculocutáneo

378. Un paciente de 32 años de edad presenta una fractura aislada de la pared posterior del acetábulo que compromete aproximadamente un 25% de la superficie de la pared. ¿Cuál de los siguientes criterios indicaría la necesidad de reducción quirúrgica y fijación interna?

- a. Conminución de la fractura
- b. Desplazamiento de 1 mm. en el foco
- c. Compromiso de la faceta isquiática
- d. Subluxación de la cabeza femoral durante evaluación fluoroscópica
- e. Paciente deportista de alto rendimiento

379. ¿Cuál de los siguientes parámetros es considerado de mayor importancia para decidir la indicación quirúrgica en una fractura de acetábulo?

- a. Edad del paciente
- b. Imposibilidad de mantener la cabeza femoral reducida debajo del domo acetabular sin tracción
- c. Presencia de una lesión por impactación en la cabeza femoral
- d. La dirección del desplazamiento de la cabeza femoral
- e. El grado de desplazamiento

380. ¿Cuál de las siguientes opciones es una complicación alejada de la artrodesis de tobillo en la artrosis postraumática?

- a. Artrosis de tobillo contralateral
- b. Artrosis de mediopie y retropie homolateral
- c. Artrosis de rodilla homolateral
- d. Necrosis avascular del astrágalo
- e. Fractura por stress de tibia

381. Luego de estabilizar una fractura bimaléolar de tobillo con una placa con tornillos en el peroné y dos tornillos interfragmentarios en el maléolo medial, un tornillo sindesmal estaría indicado, ¿en cuál de las siguientes situaciones?
- En todas las fracturas de peroné suprasindesmales
  - Cuando hay aumento del espacio claro medial con estrés en rotación externa
  - Si el ligamento deltoideo está roto
  - Si el maléolo posterior está fracturado
  - Cuando se observa edema en la sindesmosis en la RNM
382. Indicación de una fractura de pelvis por mecanismo de compresión lateral con fractura impactada de alerón sacro y ramas pubianas
- Tracción esquelética supracondílea por 4 semanas
  - Fijación externa de urgencia
  - Reposo en cama de 6 a 8 semanas
  - Tracción en hamaca
  - Osteosíntesis posterior con tornillos sacro-ilíacos
383. En las fracturas acetabulares, el acceso o abordaje ilio-inguinal no está indicado en
- Fracturas de la pared anterior
  - Fracturas de la pared posterior
  - Fracturas de ambas columnas
  - Fracturas transversas
  - Fracturas de la columna anterior
384. ¿Cuál es la fractura de acetábulo de peor pronóstico y por ende desarrolla artrosis postraumática con mayor frecuencia?
- Fracturas de la pared anterior
  - Fracturas de la pared posterior
  - Fracturas de ambas columnas
  - Fracturas transversas
  - Fracturas de la columna anterior
385. En cadera ¿A qué se denomina *Versión*?
- A la orientación del cuello femoral con respecto al plano coronal del fémur
  - A la orientación del acetabulo con respecto con respecto al plano sagital
  - A la orientación del cuello femoral con respecto al plano axial
  - A la orientación del acetabulo con respecto al plano coronal
  - A la orientación del Cuello femoral con respecto al plano sagital
386. Según Wasielewski y col. ¿Cuál es el área más segura para la colocación de tornillos al realizar la fijación secundaria de un acetábulo no cementado?
- Antero superior

- b. Postero-superior
- c. Antero-inferior
- d. Postero-inferior
- e. Inferior

387. El abordaje de Hardinge para cadera es

- a. Anterior
- b. Lateral directo
- c. Anterolateral
- d. Posterior
- e. Posterolateral

388. El ángulo de Wiberg o CB mide

- a. La cobertura de la cabeza femoral
- b. La dirección del cuello
- c. La capacidad del acetábulo
- d. El valor de corrección de la osteotomía varizante
- e. La inclinación del acetábulo

389. La prueba de Thomas evalúa

- a. Contractura en flexión de la cadera flexionada por el examinador
- b. Contractura en flexión de la cadera contralateral
- c. El grado de lordosis lumbar
- d. El grado de movilidad del raquis dorsal
- e. El grado de movilidad del raquis lumbosacro

390. ¿En cuál de las siguientes artropatías se registra la mayor disminución de nivel de azúcar en líquido sinovial?

- a. Artrosis
- b. Artritis reumatoidea
- c. Artritis séptica
- d. Gota
- e. Seudogota

391. En el caso de una osteotomía supracondílea femoral de apertura, ¿cuál es el factor que disminuye el riesgo de retardo de consolidación?

- a. Técnica a cielo abierto
- b. Técnica "mini-open"
- c. Injerto tricortical
- d. Injerto tricortical + esponjoso molido
- e. Infección

392. En RTR, ¿cuál es el principal inconveniente de la fijación no cementada?

- a. Fractura peri-protésica
- b. Retardo de consolidación
- c. Infección
- d. Limitación funcional
- e. Osteolisis

393. En RTR, ¿cuál es el procedimiento de elección para evaluar la alineación rotacional de los componentes?

- a. RX frente estricto
- b. RX perfil estricto
- c. RX oblicuas a 45°
- d. RM
- e. TC

394. En RTR, ¿cuál es la consecuencia de la subresección de la tibia?

- a. Brecha de extensión demasiado grande
- b. Brecha de extensión demasiado pequeña
- c. Brecha de flexión demasiado grande
- d. Brecha de flexión demasiado pequeña
- e. Limitación de la flexión

395. En RTR, ¿cuál es la consecuencia de la hiperresección de la tibia?

- a. Brecha de extensión demasiado grande
- b. Brecha de extensión demasiado pequeña
- c. Brecha de flexión demasiado grande
- d. Brecha de flexión demasiado pequeña
- e. Brechas de Extensión y de Flexión demasiado grandes

396. ¿Cuál es desventaja comparativa del suplemento "en cuña" sobre el suplemento "en bloque" en el tratamiento de defectos tibiales no contenidos?

- a. Es más caro
- b. Predomina la sollicitación compresiva
- c. Predomina la sollicitación cizallante
- d. Hay menor disponibilidad de medidas
- e. Es más frágil

397. En Revisión de RTR, ¿cómo equilibra las brechas si la brecha de extensión es mayor que la de flexión?

- a. No es necesario equilibrar en este caso, porque recuperará la tensión luego de tres a seis meses
- b. Aumentar la tibia proximalmente
- c. Resecar más fémur
- d. Aumentar el fémur distalmente
- e. Componente patelar menor

398. Las ventajas de la *Técnica de la brecha* son las siguientes

- a. Se puede aplicar a rodillas con deformidades relativamente severas, disminuye el costo de la intervención, disminuye el tiempo total de cirugía
- b. Osteotomía tibial a través de hueso más resistente, método relativamente simple, se puede aplicar a rodillas con deformidades relativamente severas
- c. Es un método relativamente simple, disminuye el costo de la intervención, se aplica solo a rodillas fáciles
- d. Osteotomía tibial a través de hueso más resistente, disminuye el tiempo total de cirugía, se asocia a mejores resultados
- e. Osteotomía femoral a través de hueso más resistente, método relativamente simple, se puede aplicar a rodillas con deformidades relativamente severas

399. La/s ventaja/s de la técnica con conservación del ligamento cruzado posterior en el RTR es/son

- a. La cirugía es técnicamente más simple, disminuye el tiempo de cirugía
- b. Mejora la estabilidad de la rodilla, la propiocepción y la *performance* al subir y bajar escaleras
- c. Se puede aplicar a rodillas con deformidades severas
- d. Genera mayor "balanceo-posterior" del fémur sobre la tibia
- e. No mejora la propiocepción de la rodilla

400. Las estructuras a liberar de preferencia en la deformación fija en varo para los reemplazos totales de rodilla son

- a. Osteofitos mediales, liberación subperióstica del ligamento lateral interno y tendón del músculo poplíteo
- b. Osteofitos mediales, liberación subperióstica del ligamento lateral interno y ligamento lateral externo
- c. Osteofitos mediales, liberación subperióstica del ligamento lateral interno y banda iliotibial
- d. Osteofitos mediales, liberación subperióstica del ligamento lateral interno y los tendones de la pata de ganso
- e. Osteofitos mediales, liberación del ligamento lateral externo y banda iliotibial

401. Las estructuras a liberar de preferencia en la deformidad fija en valgo para los reemplazos totales de rodilla son (en orden)

- a. Osteofitos laterales, cintilla iliotibial y cápsula posterior
- b. Osteofitos laterales, subperiosticamente poplíteo/ligamento colateral lateral y la cintilla iliotibial
- c. Osteofitos laterales, cápsula posterior, LCP y pata de ganso
- d. Osteofitos laterales, cintilla iliotibial y cápsula posterior
- e. Osteofitos laterales, la cintilla iliotibial, subperiosticamente poplíteo/ligamento colateral lateral

402. La prueba de McMurray

- a. Se realiza con la rodilla en flexión y realizando alternadamente rotación interna y externa del pie, y se espera que provoque dolor en la interlínea articular
- b. Se realiza con la rodilla en flexión y realizando alternadamente rotación interna y externa del pie, los dedos de la otra mano colocados sobre la línea articular perciben un chasquido o salto
- c. Se realiza con la rodilla en extensión y realizando alternadamente rotación interna y externa del pie, los dedos de la otra mano colocados sobre la línea articular perciben un chasquido o salto
- d. Se realiza con la rodilla en flexión y realizando alternadamente rotación interna y externa del pie, y se espera subluxación de la rodilla

e. Se realiza con la rodilla en extensión y realizando alternadamente rotación interna y externa del pie, y se espera subluxación de la rodilla

403. La Enfermedad de Pellegrini-Stieda

- a. Es el hallazgo radiográfico de una calcificación del ligamento lateral interno
- b. Es el hallazgo radiográfico de una calcificación del ligamento lateral externo
- c. Es el hallazgo radiográfico de una calcificación del ligamento cruzado anterior
- d. Es el hallazgo radiográfico de una calcificación del tendón rotuliano
- e. Es el hallazgo radiográfico de una calcificación del tendón cuadriceps

404. ¿Cuál de las siguientes es una contraindicación para el reemplazo total de rodilla?

- a. Artrosis femororrotuliana
- b. Panartritis reumatoidea
- c. Gonartrosis
- d. Artrodesis estable y en buena posición
- e. Lesión de ligamento cruzado anterior

405. ¿Cuál de las siguientes es una indicación para la osteotomía tibial valgizante?

- a. Artrosis del compartimiento interno de la rodilla
- b. Deformidad en valgo
- c. Deformidad en varo severa
- d. Artrosis femororrotuliana
- e. Gonartrosis tricompartmental

406. Con respecto al abordaje de rodilla sub vasto

- a. Dificulta el posoperatorio
- b. Está indicado en las cirugías de revisión
- c. Está contraindicado en las cirugías de revisión
- d. Facilita la luxación de la rótula
- e. Debilita al aparato extensor

407. La prueba de Steinmann

- a. Se realiza con la rodilla en extensión colgando de la mesa. El examinador rota en forma interna y externa. Es positiva si aparece resalto o chasquido
- b. Se realiza con la rodilla en extensión colgando de la mesa. El examinador rota en forma interna y externa. Es positiva si el dolor es percibido lateralmente
- c. Se realiza con la rodilla en flexión colgando de la mesa. El examinador flexiona y extiende la rodilla. Es positiva si el dolor es percibido medialmente
- d. Se realiza con la rodilla en flexión colgando de la mesa. El examinador rota en forma interna y externa. Es positiva si el dolor es percibido medialmente
- e. Se realiza con la rodilla en flexión colgando de la mesa. El examinador rota en forma interna y externa. Es positiva si no se percibe dolor

408. Al realizar artroscopía de rodilla, los puntos de referencia intraarticulares para colocar la guía tibial son
- Borde interno del cuerno anterior del menisco interno
  - Borde interno del cuerno anterior del menisco externo
  - Espina tibial lateral
  - Borde externo del cuerno anterior del menisco externo
  - Borde externo del cuerno anterior del menisco interno
409. La reconstrucción precoz del LCA podría ser un factor predisponente de
- Artrofibrosis
  - Infección
  - Artrosis
  - Fractura de rotula
  - Lesión vascular
410. Según la clasificación de Watanabe, el menisco externo discoideo Tipo Wrisberg es
- Hipermóvil
  - Incompleto
  - Completo
  - Megacuerno anterior
  - Megacuerno posterior
411. La toma de injerto con tendón patelar frecuentemente lesiona a la
- Rama infrapatelar del nervio safeno interno
  - Rama prepatelar del nervio safeno interno
  - Rama del nervio crural
  - Rama del nervio ciático
  - Rama del nervio peroneo
412. Debido a la compleja anatomía de la zona poplíteo y del LCP, una de las estructuras con riesgo de ser lesionadas es
- Arteria poplíteo
  - Nervio ciático poplíteo externo
  - Lesión meniscal interna
  - Lesión del tendón del poplíteo
  - Rama prepatelar del nervio safeno interno
413. La complicación más frecuente durante la reparación meniscal interna (sutura) es
- Hemartrosis
  - Infección
  - Lesión del safeno interno
  - Tromboflebitis

e. Lesión vascular

414. La fractura de espina tibial Grado 2 de *Meyers y McKeever* es

- a. Sin desplazamiento
- b. Anguladas superiormente y basculadas hacia atrás
- c. Completamente desplazadas de la tibia, con rotación del fragmento
- d. Conminutas y desplazadas
- e. Conminutas sin desplazamiento

415. Según la clasificación de *Outerbridge* para las lesiones condrales, la Tipo 1 es

- a. Exposición de hueso subcondral
- b. Reblandecimiento
- c. Fragmentación y fisuras <0,5 pulgadas
- d. Fragmentación y fisuras >0,5 pulgadas
- e. Exposición ósea

416. Según la clasificación de *Outerbridge* para las lesiones condrales, una fragmentación y fisuras >0,5 pulgadas es tipo

- a. I
- b. III
- c. II
- d. IV
- e. V

417. Según la clasificación de *Saupe*, la rótula bipartita tipo II es la localizada en

- a. Polo inferior
- b. Borde lateral
- c. Supero lateral
- d. Supero medial
- e. Borde superior

418. El tipo más frecuente de rótula bipartita es

- a. Tipo I
- b. Tipo II
- c. Tipo III
- d. Tipo IV
- e. Tipo V

419. La osteocondritis disecante de rodilla es bilateral en un porcentaje de

- a. 5%-10%
- b. 80%-100%
- c. 30%-40%

- d. 1%-5%
- e. 0%

420. La presión del manguito neumático en la cirugía del pie debe situarse en

- a. Tensión sistólica de más de 50-75 mm. de Hg
- b. Tensión sistólica de más de 100-125 mm. de Hg
- c. Tensión sistólica de más de 150-200 mm. de Hg
- d. Tensión sistólica de más de 200-250 mm. de Hg
- e. Tensión sistólica de más de 250-300 mm. de Hg

421. La artroplastía de resección en el *hallux valgus* se denomina procedimiento de

- a. Mc Bride
- b. DuVries
- c. Silver
- d. Keller
- e. Mitchell

422. La posición del *hallux* en la artrodesis debe ser de

- a. Flexión dorsal de 15°, valgo de 0°, rotación de 10°
- b. Flexión dorsal de 0°, valgo de 0°, rotación de 0°
- c. Flexión dorsal de 5°, valgo de 5°, rotación de 5°
- d. Flexión dorsal de 15°, valgo de 5°, rotación de 10°
- e. Flexión dorsal de 15°, valgo de 15°, rotación de 0°

423. El ángulo de Böhler se utiliza para evaluar

- a. La luxación astragaloescafoidea
- b. La fractura del astrágalo
- c. La fractura del calcáneo
- d. La luxación calcaneocuboidea
- e. La luxofractura de tobillo

424. ¿Cómo es la forma del pie griego?

- a. El 2<sup>do</sup> dedo es más largo que el *hallux*
- b. El *hallux* es más largo que el 2<sup>do</sup> dedo
- c. El 5<sup>to</sup> dedo es más largo que el 4<sup>to</sup>
- d. No hay diferencia de longitud entre el 1<sup>ro</sup>, 2<sup>do</sup> y 3<sup>er</sup> dedos
- e. El 4<sup>to</sup> dedo es de igual longitud que el 1<sup>ro</sup>

425. En un paciente que presenta metatarsalgia central que no responde a tratamiento médico con una fórmula metatarsal disarmonica está indicada la osteotomía de

- a. Akin



- b. Weil
- c. Chevron
- d. Japas
- e. Mitchell

426. ¿Cuál de las siguientes osteotomías para el tratamiento del *hallux valgus* es más estable?

- a. Osteotomía cupuliforme
- b. Osteotomía en cuna por sustracción
- c. Osteotomía en cuna aditiva
- d. Osteotomía de Scarf
- e. Osteotomía lineal de traslación

427. La necrosis de la cabeza del segundo metatarsiano se denomina

- a. Infarto de Freiberg
- b. Infarto de Campbell
- c. Infarto de Chao
- d. Enfermedad de Gauthier
- e. Enfermedad de Smillie

428. ¿Cuál de las siguientes patologías presenta mayor riesgo de desarrollar una artropatía neuropática?

- a. Siringomielia
- b. Paraplejia
- c. Mielodisplasia
- d. Pie Diabético
- e. Alcoholismo

429. ¿Cuál es el nervio que se encuentra atrapado en el Síndrome del túnel tarsiano?

- a. Nervio Ciático poplíteo interno
- b. Nervio Musculocutáneo
- c. Nervio Safeno interno
- d. Nervio Safeno externo
- e. Nervio Tibial posterior

## Miembro inferior

### Bibliografía sugerida

- Andrews JR, Timmerman LA ed.** *Artroscopía*. 1ª Ed. Madrid: Marban, 2001.
- Callaghan JJ, Dennis DA, Paprosky WG, Rosenberg AG, Eds.** *Orthopaedic Knowledge Update: Hip and Knee Reconstruction*. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1995.
- Canale ST, Ed.** *Campbell WC. Cirugía Ortopédica*. 10ª ed. Madrid: Mosby, 2003.
- Epps CH Ed.** *Complications in Orthopaedic Surgery*. Philadelphia: JP Lippincott, 1994.
- Fitzgerald RH, Kaufer H, Malkani AL.** *Ortopedia*. Editorial Médica Panamericana. 2002.
- Hoppenfeld S.** *Exploración física de la columna vertebral y las extremidades*. México: El Manual Moderno, 1979.
- Insall JN.** *Cirugía de la rodilla*. 2ª. Ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana. 1993.
- Lotke PA.** *Artroplastia de la rodilla*. Madrid: Marban, 1999.
- Ruedi TP, Murphy WM, Eds.** *AO Principles of Fracture Management*. Stuttgart: Thieme, 2000.
- Schatzker J, Tile M.** *Tratamiento quirúrgico de las fracturas*. Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1998.
- Steinberg ME.** *La cadera: diagnóstico y tratamiento de su patología*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1993.
- Steinberg ME, Garino JP, Eds.** *Revision Total Hip Arthroplasty*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1999.
- Valenti V.** *Ortesis del pie: tratamiento ortésico de las alteraciones biomecánicas de la marcha*. Buenos Aires: Panamericana, 1987.
- Wiss DA Ed.** *Master techniques in orthopaedic surgery: fractures*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1998.

## Ortopedia y Traumatología Infantil

430. Niño de 7 años de edad con dolor, impotencia funcional de MI y fiebre en forma aguda. Al examen físico presenta pliegues inguinales asimétricos. El movimiento de la cadera es dolorosa y su amplitud está muy restringida. Presenta sensibilidad en la parte anterior de la cadera. La ecografía y las radiografías muestran desplazamiento lateral de la cabeza femoral. ¿Cuál es el diagnóstico?
- Osteomielitis del cuello del fémur
  - Fiebre Reumática aguda
  - Artritis séptica
  - Sinovitis transitoria de cadera
  - Artritis Reumatoidea juvenil
431. El tratamiento preferido del Quiste óseo aneurismático es
- Expectante
  - Curetaje, crioterapia, fenolización e injertos
  - Radioterapia
  - Embolización selectiva
  - Amputación del miembro
432. ¿En qué cuadrante del esquema de Ombrèdanne se encuentra el núcleo de osificación cefálico en las caderas normales?
- Superoexterno
  - Inferoexterno
  - Inferointerno
  - Superoexterno
  - Posterior
433. Una niña presenta al examen físico el brazo en leve flexión y antebrazo pronado, muestra resistencia a la movilidad del codo o de la extremidad. La inflamación y el dolor están ausentes y Ud. pensaría en
- Fractura supracondilea de humero
  - Fractura de hombro
  - Luxación de hombro
  - Prono doloroso
  - Fractura de radio distal
434. El método más exacto de predicción de crecimiento para utilizar en un niño de 2 años de edad es
- Moseley
  - Menelaus
  - Multiplier

- d. Método del gráfico de la línea recta
- e. Método del crecimiento remanente

435. Paciente de 14 años de edad que presenta un acortamiento del miembro inferior derecho, con marcha claudicante. En la radiografía se observa una deformidad en el fémur proximal y alteración del patrón radiológico. El diagnóstico presuntivo es

- a. Secuela de enfermedad de Perthes
- b. Displasia fibrosa
- c. Secuela de epifisiolisis de cadera
- d. Osteosarcoma
- e. Coxa vara congénita

436. Niño con dolor, impotencia funcional del MI y fiebre en forma aguda. Al examen físico presenta pliegues inguinales asimétricos. El movimiento de la cadera es dolorosa y su amplitud está muy restringida. Presenta sensibilidad en la parte anterior de la cadera. La ecografía y la radiografía muestran desplazamiento lateral de la cabeza femoral

- a. Osteomielitis del cuello del fémur
- b. Fiebre Reumática aguda
- c. Artritis séptica
- d. Sinovitis transitoria
- e. Artritis Reumatoidea Juvenil

437. En la Enfermedad de Perthes no es diagnóstico diferencial

- a. Enfermedad de Gaucher
- b. Sinovitis transitoria
- c. Artritis tuberculosa
- d. Osteoma osteoide
- e. Epifisiolisis

438. La epífisis femoral cefálica deslizada es más común en individuos de color y en los varones con una relación 2:1 o 3:1. La mayoría de los casos se produce entre

- a. Los 4 a 6 años
- b. Los 11 a 15 años
- c. Los 6 a 8 años
- d. Los 15 a 18 años
- e. Lactantes

439. Los desórdenes endocrinos y metabólicos como Hipopituitarismo, Hipogonadismo o aumento de la Hormona de crecimiento predispone a

- a. Epifisiolisis
- b. Artritis séptica
- c. Enfermedad de Perthes
- d. Osteoma osteoide

e. Fiebre reumática

440. ¿En qué momento se debe comenzar el tratamiento de una luxación congénita de la cadera en la forma fetal tardía en el recién nacido?

- a. Cuando el recién nacido camine
- b. Inmediato al diagnóstico
- c. Indistintamente
- d. Luego del tercer mes
- e. Al año de vida

441. El tratamiento de la luxación congénita de cadera en el recién nacido en la forma fetal tardía consiste en

- a. Variable según el caso
- b. Rígido y permanente
- c. Dinámico y permanente
- d. Rígido con intervalos libres
- e. Libre

442. Las escaras en el Mielomeningocele son producto de

- a. Alteraciones simpaticomiméticas
- b. Déficit vascular
- c. Falta de sensibilidad e hiperapoyo
- d. Parálisis muscular
- e. Piel delgada

443. Las caderas luxadas en el Mielomeningocele, se deben reducir cuando

- a. En la luxación unilateral
- b. En la luxación bilateral
- c. En la subluxación bilateral
- d. En la subluxación unilateral
- e. En ningún caso

444. La paraplejía neonatal adquirida no se presenta en niños con

- a. Bajo peso
- b. Infecciones
- c. Hemivértebra
- d. Policitemia
- e. Terapia intensiva neonatal

445. La parálisis cerebral se define como una gama amplia de lesiones que tienen características en común, no se trata de una sola entidad

a. Debe ser causada por una lesión o lesiones cerebrales fijas no progresivas

- b. Hay enfermedad activa en el momento del diagnóstico
- c. La lesión original ocurre solo antes del nacimiento
- d. Es una enfermedad progresiva de la médula espinal
- e. El tratamiento primario abarca solo el sistema músculo esquelético sin presentar alteraciones psíquicas, convulsiones o impedimentos del habla

446. El Tipo III de Bado en la lesión de Monteggia consiste en

- a. Luxación posterior de la cabeza del radio asociada a una fractura metafisaria o diafisaria del cúbito con angulación posterior
- b. Luxación anterior de la cabeza del radio con una fractura de la diáfisis cubital
- c. Luxación lateral o anterolateral de la cabeza del radio asociado a fractura de metafisis cubital
- d. Luxación anterior de la cabeza del radio asociada a una fractura del cúbito y radio al mismo nivel
- e. Luxación anterior de la cabeza del radio asociada a una fractura metafisaria del radio

447. En las lesiones de Monteggia existe la lesión equivalente al Tipo III de Bado, que consiste en

- a. Luxación posterior de codo
- b. Fractura de cúbito con fractura desplazada del cóndilo lateral
- c. Luxación de la cabeza del radio
- d. Fractura de cuello de radio y del cúbito con fractura del radio por encima de la unión de los tercios medios y proximal
- e. Fractura de cuello de radio asociada a una fractura de la diáfisis del cúbito

448. Complicaciones en las lesiones diafisarias del radio y del cubito son las siguientes excepto

- a. Sinostosis
- b. Síndrome compartimental
- c. Lesión neurológica
- d. Compresiones muscular
- e. Osteopenia

449. ¿Cuál de las siguientes no es indicación para el tratamiento quirúrgico de las fracturas diafisarias del antebrazo

- a. Fracturas abiertas
- b. Múltiples traumatismos. Codo flotante
- c. Síndrome compartimental
- d. Refractura con desplazamiento
- e. Mujeres menores de 14 años de edad

450. La astragalectomía está indicada en deformidades del pie varo equino grave irreducible en

- a. Pie Bot ideopático
- b. Parálisis cerebral
- c. Artrogrifosis
- d. Síndrome de Angelman
- e. Anquilosis

451. La Enfermedad de Osgood Schlatter no presenta
- Comienzo insidioso
  - Impotencia parcial
  - Síntomas moderados e intermitentes
  - No suele ser capaz de mantenerse de pie
  - Tratamiento sintomático y de apoyo
452. Paciente recién nacido a término con pie equino varo congénito unilateral. ¿Cuál sería su tratamiento de elección?
- Método de Ponseti
  - Telas adhesivas
  - Liberación de McKay
  - Transferencias tendinosas
  - Doble osteotomía
453. No es causa de Pie equino varo congénito
- Defectos neuromusculares
  - Polihidramnios
  - Detención en el desarrollo fetal
  - Defecto primario en el plasma germinativo del astrágalo
  - Trastornos ligamentoso primario por contractura de tejidos blandos
454. ¿Cuál es el nervio que tiene más incidencia de lesión en las fracturas supracondilea de húmero?
- Nervio Interóseo anterior
  - Nervio Cubital
  - Nervio Mediano y Cubital
  - Nervio Radial
  - Nervio Interóseo posterior
455. ¿Cuál es el mecanismo de lesión más frecuente en las fracturas supracondileas de húmero con lesión del nervio cubital?
- Flexión
  - Extensión
  - Valgo
  - Varo
  - Flexión y Valgo
456. En un neonato con artritis séptica de cadera ¿cuál es el germen más frecuentemente encontrado?
- Streptococco* del grupo B
  - Stafilococco aureos*
  - Bacilo Gram (-)
  - H. influenza*

e. *Streptococco pyogenes*

457. ¿Cuál de los siguientes signos radiográficos no pertenece a la primera etapa de la Enfermedad de Perthes?

- a. Núcleo de osificación de la cabeza femoral más pequeño
- b. Aumento del tamaño del cartílago de la cabeza femoral
- c. Fractura hueso subcondral
- d. Aumento del espacio articular medial
- e. Coxa magna

458. ¿Cómo se orienta el astrágalo en el pie plano convexo congénito?

- a. Horizontal
- b. Transversal
- c. En rotación externa
- d. Vertical
- e. Rotación interna

459. ¿Cuál es la localización más frecuente del osteoblastoma en la columna?

- a. Músculos paraespinales
- b. Parte anterior del cuerpo vertebral
- c. Parte posterior del cuerpo vertebral
- d. Pedículos y laminas
- e. Apófisis espinosa

460. ¿Cuál es el tumor maligno de partes blandas más frecuente en la población pediátrica?

- a. Sarcoma de Ewing
- b. Rabdomiosarcoma
- c. Liposarcoma
- d. Fibrosarcoma
- e. Fibrohistiocitoma maligno

461. Paciente de 2 años de edad concurre a la guardia con su madre, quien refiere encontrarlo irritable y sin movilizar su miembro inferior derecho Lugo de resbalar en el tobogán. En la radiografía se observa fractura mediodiafisaria del fémur con 1 cm. de acortamiento, 10º de anteversión y 5º de valgo. ¿Cuál es la conducta más apropiada?

- a. Tracción femoral 90-90 por 4 a 6 semana
- b. Fijación con tutor externo
- c. Tracción femoral 90-90 por 1 a 2 semanas y luego yeso pelvipédico por 4 a 6 semanas más
- d. Yeso pelvipédico 90-90 por 4 a 6 semanas
- e. Reducción cerrada más yeso pelvipédico 90-90 por 4 a 6 semanas

462. ¿Qué es la Enfermedad de Scheuerman?

- a. Escoliosis congénita

- b. Cifosis postural de mas de 70º
  - c. Cifosis estructurada con acuñamiento menor de 5º de los cuerpos vertebrales
  - d. Cifosis estructurada con acuñamiento mayor a 5º de los cuerpos vertebrales
  - e. Cifoescoliosis congénita
463. Ante una niña con escoliosis idiopática, ¿en qué situación se debería esperar mayor riesgo de progresión?
- a. Menor de edad, menarca ausente, Risser 0
  - b. Mayor de edad, menarca instalada, Risser 4
  - c. Adulto entre 20 y 30 años
  - d. Adulto entre 30 y 40 años
  - e. Ninguna es correcta
464. ¿Cuál no es un factor de riesgo para el desarrollo de la displasia del desarrollo de la cadera?
- a. Sexo femenino
  - b. Primera gestación
  - c. Oligoamnios
  - d. Multípara
  - e. Hermano con luxación congénita de cadera
465. Una paciente de 14 años de edad presentó una fractura Salter tipo II del fémur distal hace 8 meses. En su seguimiento se observa que la fractura consolidó en buena posición, pero parece en la radiografía un cierre parcial del cartílago de crecimiento. La RNM muestra un cierre de un 60% de la fisis. ¿Cuál sería el manejo más apropiado para esta paciente?
- a. Resección de la barra ósea
  - b. Observación
  - c. Alargamiento femoral
  - d. Epifisiodesis femoral contralateral
  - e. Epifisiodesis femoral distal bilateral
466. Paciente de 6 años de edad que presenta *genu varo* derecho que muestra progresión en los últimos 6 meses. En las radiografías de rodilla se observa una barra ósea en el sector medial de la fisis de la tibia proximal. En la TAC se observa que esta barra compromete el 20% de la fisis. ¿Cuál debería ser el tratamiento?
- a. Epifisiodesis de la tibia proximal
  - b. Osteotomía correctiva de la tibia y del peroné
  - c. Osteotomía correctiva de la tibia y epifisiodesis de la fisis proximal izquierda
  - d. Resección de la barra y osteotomía correctiva de la tibia y del peroné
  - e. Osteotomía elevadora del platillo medial de la tibia
467. ¿Cuál de las siguientes patologías está más frecuentemente asociada con una hemimelia congénita del peroné?
- a. Ausencia congénita de la rotula
  - b. Ausencia congénita del primer rayo del pie



- c. *Genu varum*
- d. Tobillo equinovaro
- e. Coalición talocalcaneo

468. En un paciente con parálisis obstétrica, ¿cuál no es considerado signo de mal pronóstico?

- a. Parálisis del diafragma
- b. Alteraciones del simpático
- c. Signo de Claude Bernard Horner
- d. Parálisis del músculo Serrato Mayor
- e. Función del músculo bicipital antes del 3<sup>er</sup> mes de vida

469. ¿Cuál es la edad de presentación más frecuente de la Enfermedad de Legg Calve Perthes?

- a. De 2 a 3 años
- b. De 3 a 5 años
- c. De 4 a 8 años
- d. De 8 a 10 años
- e. De 8 años en adelante

470. ¿Cuál es la localización más frecuente de las lesiones obstétricas del plexo braquial?

- a. Retroclaviculares
- b. Infraclaviculares
- c. Lesiones dobles
- d. Erb Duchenne
- e. Dejerine Klumpke

471. ¿Cuál no es un factor de riesgo para el desarrollo de epifisiolisis de cadera?

- a. Etnia mediterránea
- b. Obesidad
- c. Sexo masculino
- d. Historia familiar
- e. Hipogonadismo

472. ¿Cuál de estos ítems se relaciona con el Grupo C de la clasificación de Herring en la Enfermedad de Perthes?

- a. No hay afectación del pilar lateral
- b. Compromiso de más del 50% del pilar lateral
- c. Compromiso de menos del 50% del pilar lateral
- d. Buen pronóstico
- e. Radioluscencias en el pilar lateral

473. ¿A qué edad es más marcado el *genu valgo* fisiológico en los niños?

- a. De 9 a 12 meses

- b. De 12 a 15 meses
- c. De 15 meses a 2 años
- d. De 3 a 5 años
- e. De 5 a 8 años

474. ¿Cuál de los siguientes ítems relacionados con la displasia del desarrollo de la cadera no es verdadero?

- a. Más frecuente en el sexo femenino
- b. La cadera derecha está más frecuentemente afectada
- c. Laxitud ligamentaria debido a hormonas maternas
- d. Historia familiar
- e. Primer hijo

475. Un paciente de 12 años de edad presentaba dolor en el muslo derecho y renquera desde hacía un mes. Luego sufrió una caída y actualmente no puede caminar ni tolera el peso sobre la extremidad derecha. Las radiografías muestran una epifisiolisis de su cadera derecha con un desplazamiento importante. Al posicionarlo en la mesa de tracción para realizar la fijación se obtuvo una reducción parcial. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Infección
- b. Condrolisis
- c. Pseudoartrosis
- d. Osteonecrosis
- e. Enfermedad de Perthes

476. ¿Cuál de los siguientes métodos es el más preciso para determinar discrepancia de longitud de miembros en un paciente con una contractura en flexión de rodilla de 35°?

- a. Test con blocks de pie
- b. Radiografías de la pelvis con blocks debajo del pie de la pierna más corta
- c. Escanograma con TAC
- d. Medición desde la espina ilíaca anterosuperior hasta el maléolo medial
- e. Medición desde la ap. Xifoides hasta el maléolo medial

477. ¿Cuál es el tratamiento de elección en un paciente de 12 años de edad con cartílagos abiertos que presenta una ruptura de LCA?

- a. Reducir actividad deportiva, ejercicios de rehabilitación y ortesis funcional hasta que el paciente alcance la madurez esquelética
- b. Reconstrucción con autinjerto hueso-tendón-hueso patelar
- c. Reconstrucción con isquiotibiales colocando el tunel tibial en el centro y una fijación femoral “over the top”
- d. Reparación extracapsular
- e. Reconstrucción artroscópica con aloinjerto

478. En una radiografía de pelvis de frente, se observan prolongaciones de las alas iliacas, denominados cuernos iliacos. ¿A qué patología son patognómicos?

- a. Displasia fibrosa

- b. Síndrome uña-rotula
- c. Displasia epifisiaria múltiple
- d. Condrodisplasia punctata
- e. Enfermedad de Niemann-Pick

479. Con respecto a la Acondroplasia, ¿cuál de estas afirmaciones es falsa?

- a. Es la forma más común de enanismo
- b. Su defecto se produce en la osificación intramembranosa y periosteal
- c. El diámetro de los huesos son normales
- d. La mayoría de los pacientes tienen una inteligencia normal
- e. Presentan un puente nasal deprimido, con dentición normal

480. En la Enfermedad de Freiberg. ¿Cuál es el metatarsiano más afectado?

- a. Primero
- b. Segundo
- c. Tercero
- d. Cuarto
- e. Quinto

481. ¿Cuál de éstas características no se asocia frecuentemente con el espasmo de los tendones peróneos?

- a. Retropie valgo
- b. Limitación de la movilidad subastragalina
- c. Antepie abducto
- d. Equinismo
- e. Dolor en la cara lateral del pie

482. El Test de Coleman, sirve para determinar

- a. La rigidez de rodilla en la luxación congénita
- b. La reductibilidad del pie plano espástico
- c. La flexibilidad del *varo* del retropie
- d. La espasticidad real del músculo soleo
- e. Ninguna de éstas

483. ¿Cuál de estas causas producen una disimetría por hipercrecimiento?

- a. Enfermedad de Blount
- b. Enfermedad de Perthes
- c. Irradiación
- d. Fractura de fémur
- e. Infección

484. Paciente de 5 años de edad, con comienzo tardío en la marcha, masculino con pie plano valgo flexible, sin antecedentes de relevancia según refieren los padres, con tendencia a caminar en equino e hiperextensión de rodillas en la deambulación y, con aparente hipertrofia de pantorrilla. ¿En qué patología pensaría?

- a. Distrofia muscular
- b. Parálisis cerebral
- c. Pie plano idiopático
- d. Síndrome de hiperlaxitud generalizada
- e. Ninguna

485. Paciente de 2 años de edad con cuadro febril de 24 hs de evolución en regular estado general, dolor a la movilidad de la cadera. Resultados de laboratorio: 16.000 gb., a predominio PMN, VSG: 45. ¿Cuál sería su conducta a seguir?

- a. RMN
- b. Antibioticoterapia empírica
- c. Control en 24 hs.
- d. Punción articular
- e. Centellograma óseo corporal total con Tc99, marcado con antibióticos

486. Paciente de 7 años de edad con herida punzante de pie de 10 días de evolución, eritematosa, dolorosa, con claudicación a la marcha y un registro febril de 38,7 °C, con antibióticos hace 6 días. Se realiza un centellograma óseo, que informa hipercaptación perilesional. ¿A qué germen le atribuiría esta complicación?

- a. *Stafilococcus aureus*
- b. *Streptococcus beta hemolitico*
- c. *Clostridium*
- d. *Pseudomona aeruginosa*
- e. *Eikenella corrodens*

487. Paciente de 4 años de edad que presenta dolor inespecífico en región lumbosacra, en buen estado general, sin antecedente traumático, de 15 días de evolución. Al examen físico dolor al sentarse en la camilla, con limitación en la movilidad de columna lumbosacra, y defensa a la palpación paravertebral. Resultados del laboratorio: 14.500 gb., VSG: 43, hemocultivos negativos. ¿Cuál de las siguientes patologías, no estaría dentro de sus diagnósticos diferenciales de inicio?

- a. Discitis
- b. Osteomielitis
- c. Tuberculosis
- d. Tumor
- e. Espondilitis anquilopoyética

488. ¿Cuál es un criterio mayor del Síndrome de Marfan?

- a. *Pectum excavatum* moderado
- b. Paladar hendido, con alteración de la dentición
- c. Córnea aplanada
- d. Disección de aorta ascendente

e. Neumotórax espontáneo

489. Paciente de 2 años de edad femenino, que presenta dolor e inflamación en rodilla y tobillo con claudicación de la marcha, temperatura de 39 °C de 6 días de evolución, el pediatra nos informa que además presenta hepatomegalia, derrame pericardico y uveítis. ¿Cuál es su diagnóstico presuntivo?

- a. Artritis séptica sistémica
- b. Osteomielitis multifocal
- c. Enfermedad de Lyme
- d. Artritis reumatoidea juvenil
- e. Síndrome de Reiter

490. Paciente de 10 meses de edad que presenta una incurvación anterior de la tibia unilateral. En la radiografía se observa una lesión osteolítica intracortical anterior, diafisaria. ¿Cuál sería su diagnóstico presuntivo?

- a. Displasia fibrosa
- b. Osteofibrodysplasia
- c. Encondroma
- d. Osteocondroma sésil
- e. Osteomielitis

491. ¿Cuál de éstas patologías no incluiría inicialmente en el diagnóstico diferencial de la Parálisis Braquial Obstétrica (PBO)?

- a. Fractura de clavícula
- b. Fractura de humero proximal
- c. Artritis séptica
- d. Fractura diafisaria de humero
- e. Tumor intraplexual

492. ¿Cuál no es un factor de riesgo reconocido para la Parálisis Braquial Obstétrica (PBO)?

- a. Macrosomía
- b. Parto podálico
- c. Fractura diafisaria de clavícula
- d. Distoscia de hombros
- e. Trabajo de parto prolongado

493. ¿A que se denomina Signo de Klisic?

- a. Relación del trocánter mayor y la EIAS en la luxación congénita de cadera
- b. Técnica radiográfica en la displasia del desarrollo de la cadera pre-núcleo de osificación
- c. Limitación de la abducción de la cadera en la displasia del desarrollo
- d. Extrarrotación aumentada en la epifisiolisis de la cadera del adolescente
- e. Deformidad proximal del fémur en la displasia fibrosa

494. ¿Cuál es indicación de Arnés de Pavlik?

- a. Mielomeningocele
  - b. Artrogrifosis
  - c. Luxación congénita con Signo de Ortolani positivo
  - d. Luxación teratológica
  - e. Síndrome de Erles Dahnlos
495. Paciente de 8 años de edad con gonalgia de 1 mes de evolución espontánea. Al examen físico presenta rodilla en flexión de 20°, y dolor en ventana externa. ¿Cuál es su diagnóstico presuntivo inicial?
- a. Menisco discoideo
  - b. Inestabilidad femorrotuliana
  - c. Osteocondritis disecante
  - d. Osteocondrosis de tibia
  - e. Plica sinovial
496. ¿Cuál de estas lesiones no es una equivalente de lesión de Monteggia tipo I de la Clasificación de Bado?
- a. Fractura de diafisis cubital y de cuello del radio
  - b. Pronodoloroso
  - c. Fractura de diáfisis de cubito, con luxación de radio y fractura de olécranon
  - d. Fractura de diafisis cubital, con luxación de radio y fractura de cuello radial
  - e. Fractura de diafisis cubital, con fractura de humero distal y cuello del radio
497. En la Enfermedad de Perthes se utiliza la clasificación de Herring, ¿en que periodo de la enfermedad?
- a. Necrosis
  - b. Fragmentación
  - c. Remodelación
  - d. Secuelar
  - e. Cualquiera
498. Todos los siguientes son factores predictivos de Kocher, para la artritis séptica, excepto
- a. Temperatura corporal  $\geq 38,5$  °C
  - b. Impotencia funcional
  - c. PCR
  - d. Glóbulos blancos
  - e. VSG
499. Paciente con diagnóstico de Neurofibromatosis tipo 1, que presenta incurvación tibial. ¿Qué tipo de deformidad presenta?
- a. Incurvación externa
  - b. Incurvación anterior
  - c. Incurvación posterointerna
  - d. Incurvación anterolateral

e. Incurvación anterointerna

500. ¿A qué se denomina Signo de Scham?

- a. Pérdida de la densidad epifisiaria en la Enfermedad de Perthes
- b. Aumento en la inclinación progresiva en la coxa vara congénita
- c. Extrarotación aumentada en la epifisiolisis del adolescente
- d. Claudicación progresiva en la Enfermedad de Perthes
- e. Signo radiográfico en la epifisiolisis del adolescente

501. Paciente de 4 años de edad que presenta 5 cm. de distancia intermaleolar, simétrico, con percentilo 75 de peso/edad, sin antecedentes de relevancia. Usted interpreta el cuadro como

- a. Arresto fisiario
- b. *Genu valgo* fisiológico
- c. Enfermedad de Blount
- d. Defecto femoral proximal
- e. Raquitismo hipofosfatémico

502. Paciente de 10 años de edad con cojera intermitente de 9 meses de evolución, que se incrementa con la actividad física. Al examen físico manifiesta dolor en la región posterior del calcáneo. En las radiografías se observa esclerosis del núcleo de osificación, con mínima fragmentación. ¿Cuál es su diagnóstico inicial

- a. Quiste óseo simple de calcáneo
- b. Fractura por stress
- c. Enfermedad de Sever
- d. Osteomielitis subaguda
- e. Ninguna

503. ¿Cuál de estas no es complicación posible de la fractura luxación de Galeazzi?

- a. Consolidación viciosa
- b. Inestabilidad radio-cubital distal
- c. Cierre fisiario cubital
- d. Cierre fisiario radial
- e. Neuropraxia cubital

504. Paciente masculino de 11 años de edad con fracturas diafisarias de radio y cubito cerradas, inestables, con angulación volar de 20°. ¿Cuál es el tratamiento a efectuar?

- a. Reducción cerrada + yeso braquialpalmar
- b. Reducción y endomedulares elásticos
- c. Reducción y osteosíntesis con placa y tornillos
- d. Tutor externo
- e. Reducción y enclavijado percutáneo con clavijas cruzadas

505. Paciente de 6 años de edad que fue intervenido por una fractura supracondilea de húmero cerrada con clavijas percutaneas. Al primer control se observa déficit en la flexión interfalángica del pulgar. ¿Qué opina de dicho signo?
- Síndrome de Volkman
  - Neuropraxia del nervio interoseo posterior
  - Neuropraxia del nervio interoseo anterior
  - Neuropraxia cubital
  - Compresión distal por yeso
506. En la fisis distal de la tibia, ¿qué segmento es el último en cerrarse?
- Medial
  - Lateral
  - Central
  - Indiferente
  - Posteromedial
507. ¿A qué se denomina Síndrome de Sciwora?
- Mielopatía traumática aguda sin anomalía radiológica
  - Disociación atlantoaxoidea postraumática
  - Compromiso visceral primario, con impacción neurológica
  - Ptosis vertebral
  - Deficiencia posaxial de miembro superior
508. Paciente de 4 años de edad que sufre un traumatismo directo del hermano en miembro inferior. Al ingreso presenta impotencia funcional y miembro afectado en rotación interna, adducido y leve flexión. ¿Cuál es su presunción diagnóstica?
- Fractura de cadera transcervical
  - Luxación de cadera
  - Fractura de ramas ilio e isquiopública
  - fractura intertrocanterica de fémur
  - Fractura de sacro
509. La maniobra de Barlow en la displasia del desarrollo de la cadera, determina que la misma es
- Inestable
  - Reductible
  - Irreductible
  - Teratológica
  - Luxable
510. ¿Cuál es considerado el límite superior del índice acetabular en un recién nacido?
- 30°
  - 27°



- c. 35°
- d. 25°
- e. 20°

511. ¿Cuál puede ser una complicación por hiperflexión con el Arnés de Pavlik?

- a. Paresia del nervio crural
- b. Necrosis avascular
- c. Luxación inferior
- d. A y C
- e. Todas son correctas

512. En el control de la cadera espástica, ¿cuál de estos factores es importante para su seguimiento?

- a. Abducción
- b. Índice de Reimers
- c. Edad
- d. Ninguno
- e. Todos

513. Paciente de 9 años de edad con parálisis cerebral que presenta una abducción con rodillas extendidas de 25°, Índice de Reimers de 50%, ¿cuál sería su tratamiento?

- a. Observación
- b. Reducción bajo anestesia general y yeso pelvipédico
- c. Cirugía de partes blandas
- d. Cirugía reconstructiva de partes blandas y óseas a nivel femoral y acetabular
- e. Toxina botulínica

514. Paciente de 4 años de edad que presentó una fractura metafisiaria proximal de tibia, tratada en forma incruenta. A los 6 meses presenta un *genu valgo* asimétrico a expensas de dicha tibia. ¿Qué conducta seguiría?

- a. Observación
- b. Ortesis correctiva
- c. Hemiepifisiodesis transitoria
- d. Osteotomía correctiva
- e. Epifisiodesis contralateral

515. ¿Cuál es la entidad neuropática más frecuente asociada al pie cavovaro adolescente?

- a. Ataxia de Friedreich
- b. Charcot-Marie-Tooth
- c. Lipomeningocele
- d. Distrofia muscular
- e. Diastematomyelia

516. Paciente de 9 años de edad con fractura de humero proximal con angulación de 20°. ¿Cuál es su tratamiento de elección?
- Reducción cerrada y yeso
  - Reducción y enclavado percutáneo
  - Reducción abierta y placa con tornillos
  - Velpau de yeso
  - Ninguna de las anteriores
517. Paciente de 13 años que juega al básquet y presenta dolor en el polo inferior de la rotula, que aumenta con el ejercicio. En la radiografía no se evidencia lesión ósea. ¿Que haría como paso siguiente?
- RMN
  - TAC
  - COCT (Centellograma Óseo Corporal Total)
  - Reposo deportivo, aines, crioterapia
  - Nada al respecto
518. ¿En qué cuadrante del esquema de Ombredanne se encuentra el núcleo de osificación de las caderas normales?
- Anterointerno
  - Superoexterno
  - Inferointerno
  - Inferoexterno
  - Superointerno

## Ortopedia y Traumatología Infantil

### Bibliografía sugerida

- American Academy of Orthopaedic Surgeons.** *Orthopaedic Knowledge Update 6.* Rosemont, IL, 1999.
- Beatty JH.** *Orthopaedic Knowledge Update. O.K.U. 6.* American Acad. of Orthop. Surg. 1999.
- De Pablos J.** *La Rodilla Infantil.* Madrid: Ergon, 2003.
- Green NE.** *Traumatismo esquelético en niños.* 2<sup>da</sup> Ed. Phyladelphia USA.:Ed. Panamericana, 2000
- Lowell and Winters.** *Pediatric Orthopaedics,* 4th Ed. Raymond T. Morrissy and Stuart L. Weinstein, Eds. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 1996.
- Lowell and Winters.** *Pediatric Orthopaedics,* 6<sup>th</sup> Ed. Raymond T. Morrissy and Stuart L. Weinstein, Eds. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- Rockwood & Wilkins' Fractures in Children.** 6th ed., Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2006.
- Staheli LT.** *Ortopedia pediátrica.* Madrid: Marban, 2002.
- Tachjian MO.** *Ortopedia clínica pediátrica, diagnostico y tratamiento.* Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana, 1999.
- Tachdjian MO.** *Ortopedia Pediátrica.* 2<sup>da</sup> Ed. 2006.

## Ortopedia Oncológica

519. ¿Cuál de las siguientes es la prueba más útil para estudiar un tumor primario desconocido en un paciente en quien se sospecha la presencia de metástasis esqueléticas?
- TC de tórax
  - TC de abdomen
  - TC de raquis
  - TC de raquis y Rx de cráneo y pelvis
  - TC de tórax, abdomen y pelvis
520. ¿Cuál es un efecto sistémico del cáncer, que no requiere necesariamente de la presencia de tumores alojados en los huesos?
- Hipocalcemia
  - Hipercalcemia
  - Glucosuria
  - Partículas birrefringentes
  - Hiponatremia
521. ¿Cuál es un hallazgo constante que procura explicar el mecanismo de destrucción ósea en patología tumoral?
- Aumento de resorción ósea mediada por osteoclastos
  - Aumento de resorción ósea mediada por osteoblastos
  - Aumento de resorción ósea mediada por osteocitos
  - Inhibición de resorción ósea mediada por osteoclastos
  - Inhibición de resorción ósea mediada por osteocitos
522. ¿Cuál es el procedimiento de elección para evaluar la extensión intramedular de un tumor, por ejemplo para planificar la estabilización quirúrgica?
- Radiografías de frente, perfil y oblicuas
  - Centellograma
  - TC
  - TC con Gd (gadolinio)
  - RMN
523. El *score* de Mirreles pretende calcular
- El área a irradiar en metástasis esqueléticas
  - El compromiso endóstico en tumores primitivos
  - El colapso del cuerpo vertebral con patología tumoral primitiva
  - El colapso del cuerpo vertebral con patología tumoral secundaria
  - El riesgo de relativo de fractura patológica de los huesos largos

524. ¿Cuál de las siguientes puede ser considerada contraindicación para la cirugía en un paciente con patología tumoral metastásica en esqueleto?

- a. Plaquetas: 200.000/mm.<sup>3</sup>
- b. Glóbulos blancos: 7.000/mm.<sup>3</sup>
- c. VSG: 50 mm. 1ª hora
- d. Plaquetas: menos de 50.000/mm.<sup>3</sup>
- e. VSG: 80 mm. 1ª hora

525. En metástasis óseas en miembro inferior, ¿en qué caso recomendaría el enclavijado profiláctico?

- a. Lesión blástica
- b. Lesión lítica
- c. Lesión blástica con 30% de destrucción ósea
- d. Lesión lítica con 30% de destrucción ósea
- e. Lesión lítica con reacción perióstica

526. ¿Cuál de las siguientes lesiones metastásicas en esqueleto puede requerir embolización?

- a. Próstata
- b. Mama
- c. Osteosarcoma
- d. Colon
- e. Renal

527. ¿Cuál es la variedad de tumor maligno que puede expresarse con bajo grado de malignidad?

- a. Osteosarcoma parostal
- b. Osteosarcoma telangiectásico
- c. Osteosarcoma de células pequeñas
- d. Condrosarcoma indiferenciado
- e. Condrosarcoma mesenquimático

528. ¿Cuál es la variedad de tumor maligno que se expresa habitualmente con alto grado de malignidad?

- a. Cordoma
- b. Adamantinoma
- c. Osteosarcoma parostal
- d. Hemangioendotelioma
- e. Sarcoma de Ewing

529. ¿Cuál de las siguientes entidades no corresponde con el diagnóstico diferencial de las otras opciones?

- a. Sarcoma de Ewing
- b. Neuroblastoma metastásico
- c. Osteomielitis
- d. Histiocitosis

e. Adamantinoma

530. ¿Cuál es la característica del tumor glómico (glomangioma)?

- a. 2 cm. en 1ª falange
- b. 1 cm. en 1ª falange
- c. 2 cm. en metacarpiano
- d. 2 cm. en metatarsiano
- e. Menos de 1 cm. en lecho ungueal

531. ¿Cuál de los siguientes es uno de los tumores primarios benignos más frecuentes en el raquis?

- a. Cordoma
- b. Condroblastoma multiforme
- c. Condroblastoma fusiforme
- d. Histiocitosis de células de Langerhans
- e. Hemangioma

532. ¿Cuál de los siguientes es el sarcoma de partes blandas más frecuente en el adulto?

- a. Liposarcoma
- b. Leiomioma
- c. Tumor plesiomórfico de alto grado
- d. Rabdomiosarcoma
- e. Adenocarcinoma

533. ¿Cuál es la principal indicación del centellograma en la estadificación de un tumor maligno?

- a. Evaluar vascularización
- b. Evaluar afectación de partes blandas
- c. Evaluar presencia de metástasis
- d. Evaluar probabilidad de fractura
- e. Evaluar reacción perióstica

534. ¿A qué se denomina *Skip Lesions* o metástasis saltatorias?

- a. Metástasis en partes blandas alrededor del tumor
- b. Metástasis en calota craneana
- c. Metástasis en piel
- d. Metástasis a distancia en el propio hueso
- e. Metástasis en el hígado

535. ¿Cuál es el tumor óseo más frecuente?

- a. Encondroma
- b. Osteosarcoma
- c. TCG

- d. Condrosarcoma
- e. Hemangioma

536. ¿Cuál de los siguientes tumores se presenta frecuentemente en el sacro?

- a. Adamantinoma
- b. Angiosarcoma
- c. Cordoma
- d. Fibrosarcoma
- e. Osteosarcoma

537. El osteosarcoma metastiza más frecuentemente en

- a. Ganglios linfáticos
- b. Pulmón
- c. Pleura
- d. Riñón
- e. Hígado

538. ¿A qué tumor corresponde la siguiente descripción radiográfica?: Imagen metafisaria, excéntrica, radiolúcida, que expande o baloniza la cortical y presenta septos y tabiques en su interior

- a. Osteosarcoma central convencional
- b. Tofo intraóseo
- c. Encondroma
- d. Quiste óseo aneurismático
- e. Fibroma condromixóide

539. ¿Cuál es el tumor óseo más frecuente en la mano?

- a. Osteosarcoma
- b. Metástasis
- c. Quiste óseo simple
- d. Encondroma
- e. Condrioblastoma

540. A un paciente le es resecado un tumor de partes blandas. El patólogo informa que "el examen macro y microscópico evidencia márgenes con presencia de tumor". ¿Cómo se tipifica la resección?

- a. Intralesional
- b. Marginal
- c. Amplia
- d. Amplia contaminada
- e. Radical

541. ¿Cuál es la fractura patológica más frecuente en los pacientes con osteitis deformante (Enfermedad de Paget)?



- a. Radio distal
- b. Húmero
- c. Platillo tibial interno
- d. Supracondílea femoral
- e. Subtrocantérica

542. ¿Cuál de las siguientes metástasis es característicamente osteoblástica?

- a. Próstata
- b. Pulmón
- c. Tiroides
- d. Hipernefroma
- e. Melanoma

543. ¿Cuál de estas no es la opción correcta con respecto al condroblastoma?

- a. Benigno
- b. Localización más frecuente alrededor de la rodilla
- c. Localización más frecuente en húmero distal
- d. Se localiza frecuentemente en la región epifisaria
- e. Se manifiesta generalmente con dolor

544. Con respecto al Osteosarcoma parostal

- a. Ocurren en la 1ª década de vida
- b. Se localizan generalmente alrededor de la rodilla
- c. Dan metástasis
- d. Son de crecimiento rápido
- e. Son productores de cartílago

545. El defecto fibroso cortical se localiza con mayor frecuencia en

- a. Peroné proximal
- b. Fémur distal
- c. Fémur proximal
- d. Radio distal
- e. Húmero proximal



## Ortopedia Oncológica

### Bibliografía sugerida

- Canale ST, Ed.** *Campbell WC. Cirugía Ortopédica*. 10ª ed. Madrid: Mosby, 2003.
- Fitzgerald RH, Kaufer H, Malkani AL.** *Ortopedia*. Editorial Médica Panamericana. 2002.
- Greenspan A.** *Tumores de huesos y articulaciones*. Madrid: Ed. Marbán, 2002.
- Ramos Vértiz AJ.** *Compendio de Ortopedia y Traumatología*, 2003.
- Schajowicz F.** *Tumores y lesiones pseudotumorales de huesos y articulaciones*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 1982.
- Silberman F, Varaona O.** *Ortopedia y Traumatología*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana.
- Vigorita V.** *Orthopaedic pathology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.