



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD



## PROCESO SELECTIVO PARA ACCESO A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO FIJO (BOE.: 18-05-2021)

### Categoría: FE A EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

#### ADVERTENCIAS:

- **No abra este cuestionario** hasta que se le indique. Para hacerlo introduzca la mano en el cuadernillo y con un movimiento ascendente rasgue el lomo derecho (ver figura esquina inferior derecha).
- Marque las respuestas con bolígrafo negro, o en su defecto, azul. Compruebe siempre que la marca que va a señalar en la «Hoja de Examen» corresponde al número de pregunta del cuestionario.
- El tiempo de realización de este ejercicio es de **180 minutos**.

#### PRIMERA PARTE

- Esta prueba consta de 100 preguntas y 10 de reserva, con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Examen» en la zona correspondiente a «PRIMERA PARTE», entre los números 1 y 110.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.

#### SEGUNDA PARTE

- Esta prueba consta de 2 supuestos prácticos:
- SUPUESTO PRÁCTICO 1 consta de 15 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- SUPUESTO PRÁCTICO 2 consta de 15 preguntas y 1 de reserva y con cuatro respuestas alternativas cada una, siendo sólo una de ellas correcta.
- Las preguntas de cada supuesto deben ser contestadas en la «Hoja de Examen», en la zona correspondiente a «2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 1 y 2ª PARTE - SUPUESTO PRÁCTICO 2», entre los números 1 y 16, en ambos casos.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.

- La puntuación máxima posible de este ejercicio será de 100 puntos.
- No serán valoradas las preguntas no contestadas ni aquellas en las que las marcas o correcciones efectuadas no se ajusten a las indicaciones dadas en la «Hoja de Examen».
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario, solicite su sustitución.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro elemento electrónico.

- **SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR EN LA «HOJA DE EXAMEN» LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.**
- **ESTE CUESTIONARIO PUEDE UTILIZARSE COMO BORRADOR Y NO SERÁ NECESARIA SU DEVOLUCIÓN AL FINALIZAR EL EJERCICIO.**

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL



1.- La Ley 44/2003 contempla la estructura de apoyo a la formación, regulando, entre otras cuestiones, la acreditación de los centros y unidades docentes, así como las Comisiones de Docencia, Comisiones Nacionales de Especialidad, Consejo Nacional de Especialidad en Ciencias de la Salud. En relación a las funciones de los diferentes órganos, señale la respuesta correcta:

- A) Todos los Centros que prestan asistencia sanitaria pueden impartir la formación práctica encaminada a la obtención del título de especialista en ciencias de la salud.
- B) En cada servicio asistencial de los centros existe una Comisión de Docencia cuya función fundamental es organizar las rotaciones de la formación práctica y realizar las evaluaciones y certificar que los conocimientos adquiridos son los necesarios.
- C) En cada una de las especialidades de Ciencias de la Salud existe una Comisión Nacional de la Especialidad que es un órgano destinado a la expedición de títulos una vez superado el periodo formativo.
- D) Al Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la salud corresponde entre otras funciones, la coordinación de la actuación de las Comisiones Nacionales de la Especialidad y la superior asistencia y asesoramiento técnico y científico al Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de formación sanitaria especializada.

2.- Según la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, podrá concederse la excedencia voluntaria al personal estatutario cuando lo solicite por interés particular, siempre que haya prestado servicios efectivos:

- A) En el Sistema Nacional de Salud durante los cinco años inmediatamente anteriores.
- B) En cualquier Servicio de Salud durante los tres años inmediatamente anteriores.
- C) En cualquiera de las Administraciones Públicas durante los tres años inmediatamente anteriores.
- D) En cualquiera de las Administraciones Públicas durante los cinco años inmediatamente anteriores.

3.- El acceso a la información médica de carácter personal sin consentimiento expreso del trabajador, se limitará -según la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales-, además de al personal médico que lleve a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores:

- A) A las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores.
- B) Al empresario.
- C) A las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención.
- D) A la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

4.- Las Comisiones Clínicas de un hospital deben revisarse, según el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, con una periodicidad:

- A) Mensual.
- B) Trimestral.
- C) Semestral.
- D) No está fijada la periodicidad.

5.- Según la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, las garantías de seguridad y calidad son aplicables a:

- A) Todos los centros, públicos y privados.
- B) Los Centros públicos y los concertados con el Sistema Nacional de Salud.
- C) Solo a los centros con financiación pública.
- D) Solo se aplican para la certificación de los centros privados.

6.- El nervio Mediano inerva:

- A) La musculatura tenar y los dos lumbricales radiales.
- B) La musculatura hipotenar, los interóseos y los dos lumbricales cubitales.
- C) La musculatura tenar y la parte radial de la hipotenar.
- D) Sólo la zona sensitiva de la musculatura tenar.

- 7.-La clínica más frecuente de la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes es, señale la verdadera:
- A) Acortamiento de la extremidad.
  - B) Limitación de la movilidad de la cadera.
  - C) Dolor en la cadera.
  - D) Cojera indolora.
- 8.-El signo más precoz e importante para valorar precozmente la epifisiolisis femoral proximal es:
- A) Limitación a la rotación interna pasiva.
  - B) Limitación a la rotación externa pasiva.
  - C) Actitud en flexo.
  - D) Alargamiento del miembro afectado.
- 9.-En relación al quiste poplíteo o de Baker en el adulto señale la respuesta **verdadera**
- A) Su incidencia disminuye con la edad.
  - B) Nunca requiere tratamiento quirúrgico.
  - C) Raramente se asocia a lesiones meniscales.
  - D) Solo está indicada la extirpación en casos con complicaciones, aunque son raras.
- 10.- Respecto al tratamiento de las lesiones nerviosas señale la respuesta **FALSA**
- A) La sutura nerviosa debe quedar sin tensión.
  - B) La tubulización está indicada en defectos nerviosos mayores de 3 cm.
  - C) Para la neurorrafia epineural con puntos sueltos se suele usar monofilamento de 8-0 o 9-0.
  - D) Para mejorar la coaptación y dar más fuerza y estabilidad a la sutura nerviosa se ha extendido el uso de pegamento biológico de fibrina (Tisucol).
- 11.- Con respecto a los pacientes con la enfermedad de Paget: señale la respuesta **verdadera**
- A) Son siempre asintomáticos.
  - B) La Enfermedad de Paget es más frecuente en menores de 50 años.
  - C) El cráneo es el hueso más afectado.
  - D) Los pacientes que presentan dolor resistente al tratamiento hay que pensar en una transformación sarcomatosa (osteosarcoma).
- 12.- La erosión de la articulación interfalángica distal tipo "lápiz en copa" es típica de la:
- A) Artritis reumatoide.
  - B) Artritis psoriásica.
  - C) Artritis reactiva o síndrome de Reiter.
  - D) Artropatía enteropática.
- 13.- Una luxación de la porción larga del bíceps debe orientarnos a pensar que suele existir una lesión del músculo:
- A) Supraespinoso.
  - B) Subescapular.
  - C) Infraespinoso.
  - D) Redondo menor.
- 14.- Señale la correcta en la luxación de codo en el adulto:
- A) La "triada terrible de codo" es la suma de la luxación de codo con fractura de la apófisis coronoides y de la cabeza radial.
  - B) La complicación más frecuente tras una luxación es la inestabilidad.
  - C) Tras una luxación las lesiones nerviosas no se suelen recuperar.
  - D) El ligamento colateral medial es el estabilizador estático primario más importante.

- 15.- Señale la verdadera respecto a la tortícolis muscular congénita:
- A) El lado izquierdo se afecta con más frecuencia.
  - B) El tratamiento suele ser quirúrgico.
  - C) La cirugía se recomienda antes de 1 año.
  - D) Se palpa una tumoración en el trayecto del músculo esternocleidomastoideo durante los primeros meses de vida.
- 16.- Todo lo siguiente es adecuado en las heridas por arma de fuego **a excepción** de:
- A) Hemostasia provisional.
  - B) Sutura primaria.
  - C) Profilaxis antitetánica y antibiótica.
  - D) Se puede inmovilizar el área lesionada.
- 17.- En un paciente rescatado tras varias horas de un accidente de tráfico se descubre oliguria, shock hipovolémico y arritmias, estaremos en buena orientación diagnóstica si sospechamos:
- A) Embolismo graso.
  - B) Rotura cardíaca.
  - C) Insuficiencia renal.
  - D) Síndrome de aplastamiento.
- 18.- Las fracturas patológicas o por insuficiencia, **señale lo incorrecto**
- A) El concepto de "fractura inminente" hace referencia a una afectación por una metástasis de una parte importante del hueso que adquiere el potencial de rotura en cualquier momento.
  - B) Se producen sin traumatismo o por un trauma mínimo.
  - C) Las fracturas patológicas se producen sobre lesiones tumorales y, en principio está descartado el origen benigno.
  - D) La osteosíntesis de las lesiones metastásicas óseas están plenamente indicadas en determinados casos.
- 19.- Una de las siguientes afirmaciones es **falsa**
- A) BMPs o proteínas morfogénicas óseas: Proteínas pleiotrópicas con múltiples y diferentes acciones biológicas entre las que destaca su capacidad para transformar las células conjuntivas a células osteoprogenitoras.
  - B) Técnica de Masquelet: Técnica que se basa en la regeneración tisular guiada o membrana inducida.
  - C) Aloinjerto: Injerto óseo obtenido del mismo paciente.
  - D) TCP o fosfato tricálcico: Sustituto óseo.
- 20.- Respecto al abordaje deltopectoral, una **es falsa**
- A) Se puede lesionar el nervio musculocutáneo y axilar.
  - B) Está indicado fracturas de humero proximal.
  - C) La división del tendón del músculo subescapular se debe hacer perpendicular a las fibras musculares.
  - D) La osteotomía de la tuberosidad menor es un procedimiento válido para exponer la articulación glenohumeral.
- 21.- **Hay una falsa** en la enfermedad de Kienböck:
- A) Existe necrosis idiopática del hueso semilunar.
  - B) Es más frecuente entre la segunda y quinta década de la vida.
  - C) La RMN es la técnica de elección en la enfermedad temprana.
  - D) Las técnicas quirúrgicas en estadios precoces persiguen el alargamiento del radio.

22.- En relación al hombro reumático señale la afirmación **falsa**

- A) La Artritis Reumatoide es la artritis inflamatoria más frecuente del hombro.
- B) El hombro de Milwaukee es una artropatía cristalina por hidroxapatita cálcica.
- C) La causa más frecuente de la osteonecrosis atraumática de la cabeza humeral es el abuso de alcohol.
- D) La artroplastia total convencional (no invertida) del hombro es la de elección en la artropatía del manguito de los rotadores.

23.- Señale lo falso en fracturas de humero en niños:

- A) La disimetría nunca ocurre en las fracturas tratadas quirúrgicamente (al contrario que en el fémur).
- B) En las fracturas poco desplazadas y estables el tratamiento es conservador (Velpau).
- C) En niños mayores de 11 años o más y fracturas muy desplazadas si no se reducen está indicado el tratamiento quirúrgico.
- D) En neonatos evolucionan bien, aunque no se reduzcan.

24.- Los pasos en la reducción de las fracturas supracondíleas en extensión del codo en los niños son:

- A) Pronación máxima, seguida de flexión codo a 130° y posterior tracción.
- B) Flexión codo a 130° en pronación pasando a supinación máxima.
- C) Tracción longitudinal con antebrazo en extensión y supinación seguida de flexión codo a 130° en supinación seguida de pronación máxima.
- D) Tracción longitudinal en prono con manipulación mediolateral de los fragmentos posterolaterales.

25.- En la valoración y estudio de las lesiones de la rodilla una de las siguientes afirmaciones es **falsa**

- A) La prueba de Pivot Shift es patognomónica de lesión Ligamento Cruzado Anterior.
- B) La lesión de Pellegrini Stieda es una calcificación en la inserción femoral del ligamento colateral medial por lesiones crónicas del mismo.
- C) La fractura de Segond es patognomónica de la rotura Ligamento cruzado Anterior.
- D) El signo de cajón anterior es el más sensible y específico para diagnosticar las lesiones del Ligamento Cruzado Anterior.

26.- En la clasificación de Tönnis, el grado 3 se corresponde con:

- A) Sin signos de artrosis.
- B) Aumento de la esclerosis subcondral en cabeza y acetábulo.
- C) Pequeños quistes en cabeza o acetábulo, moderada disminución de la interlínea, moderada pérdida de esfericidad de la cabeza.
- D) Grandes quistes en cabeza o acetábulo, importante disminución o pérdida de la interlínea, importante pérdida de la esfericidad de la cabeza femoral, evidencia de necrosis.

27.- En relación a la Trombosis Venosa Profunda- Tromboembolismo Pulmonar y la artroplastia total de cadera, **señale la respuesta falsa**

- A) Entre un 45-57% de los operados de PTC sufrirán una trombosis venosa profunda tras una PTC sin profilaxis.
- B) Las alteraciones hematológicas (anticoagulante lúpico, factor V Leiden, déficit de antitrombina III, ...) pueden predisponer a la formación de trombos.
- C) El riesgo es mayor que en una PTR.
- D) Recientemente se está indicando en EEUU y muchos países de Europa la profilaxis con aspirina a dosis entre 81 y 325 mgr/12 horas con buenos resultados en estudios publicados.

- 28.-** Con respecto a la valoración del dolor en Cirugía Ortopédica y Traumatología, señale la afirmación **correcta**
- A) La escala visual analógica y la escala verbal proporcionan información objetiva.
  - B) El McGill Pain Questionnaire es un modelo unidimensional para la valoración del dolor.
  - C) La escala analógica visual es el método más utilizado para la valoración del dolor.
  - D) Las evaluaciones conductuales y la medida de parámetros fisiológicos proporcionan información subjetiva sobre la intensidad del dolor.
- 29.-** A un paciente con enfermedad sistémica leve (diabetes leve, hipertensión controlada, obesidad, etc.), le corresponde un riesgo anestésico según la ASA (American Society of Anesthesiology) de:
- A) ASA1.
  - B) ASA 2.
  - C) ASA 3.
  - D) ASA 4.
- 30.-** ¿Cuál de los siguientes anestésicos locales tiene una mayor duración de acción?
- A) Lidocaína.
  - B) Mepivacaína.
  - C) Ropivacaína.
  - D) Bupivacaína.
- 31.-** ¿Cuál de entre las siguientes es el tipo de distrofia muscular más frecuente?
- A) Distrofia muscular de Duchénne.
  - B) Distrofia muscular progresiva de Becker.
  - C) Distrofia fascioescapulohumeral.
  - D) Distrofia muscular de Emery-Dreifuss.
- 32.-** De entre los diferentes tipos de traumatismo fisarios (epifisiolisis) según la clasificación de Salter y Harris, ¿cuál es el tipo más frecuente?
- A) Tipo I.
  - B) Tipo II.
  - C) Tipo III.
  - D) Tipo IV.
- 33.-** ¿Cuál es el tumor que con más frecuencia metastatiza a hueso?
- A) Ca próstata.
  - B) Ca broncopulmonar.
  - C) Ca mama.
  - D) Ca renal.
- 34.-** ¿Cuál es la causa más frecuente de amputación en países desarrollados en el momento actual es (en todos los grupos de edad)?
- A) Vascular.
  - B) Traumática.
  - C) Neurológica.
  - D) Neoplásica.
- 35.-** Señale la falsa respecto a la osteoporosis:
- A) Es la enfermedad ósea metabólica más frecuente.
  - B) Supone una reducción de la masa ósea, con una pérdida paralela de mineral óseo y de matriz colágena.
  - C) La dieta rica en proteínas es un factor de riesgo modificable.
  - D) Es asintomática hasta que se producen las fracturas de baja energía o por fragilidad.

- 36.- En el abordaje posterolateral de tobillo **es falso** que:
- A) El plano internervioso está entre los músculos peroneo largo y flexor del hallux.
  - B) Es el mejor abordaje para fracturas del maléolo posterior.
  - C) Permite el acceso a la carilla posterior de la articulación subastragalina.
  - D) Son estructuras en riesgo la vena Safena menor y el nervio Sural.
- 37.- El pie plano valgo flexible infantil, señale la **verdadera**
- A) Es un pie plano provocado por laxitud ligamentosa en el pie infantil, que aparece desde el nacimiento.
  - B) Al ponerse de puntillas (test de Rodríguez-Fonseca) se reduce, formándose el arco plantar y corrigiéndose el valgo del retropié.
  - C) Es muy poco frecuente.
  - D) Su diagnóstico requiere radiografías AP y lateral.
- 38.- Una de las siguientes características es una anomalía anatómica presente en el Hallux valgus, señálela:
- A) Articulación cuneometatarsiana perpendicular al eje del primer metatarsiano.
  - B) Inestabilidad de la articulación cuneometatarsiana del primer radio.
  - C) Supinación del antepié.
  - D) Inserción anómala del tendón del músculo tibial anterior.
- 39.- En la radiografía AP en carga en el hallux valgus se miden varios ángulos. **Señale el que está incorrectamente definido:**
- A) Ángulo de hallux valgus: ángulo entre los ejes longitudinales de primer metatarsiano y de F1.
  - B) Ángulo intermetatarsiano: ángulo entre los ejes longitudinales de primer y segundo metatarsianos.
  - C) DASA: Ángulo entre una línea paralela a la diáfisis de F1 y la perpendicular a la superficie articular distal de F1.
  - D) PASA: Ángulo entre una línea paralela a la diáfisis del 1<sup>er</sup> metatarsiano y la perpendicular a la superficie articular distal del 1<sup>er</sup> metatarsiano.
- 40.- **Señale la falsa** respecto a la clasificación de los estadios evolutivos de Johnson y Strom modificada por Myerson del pie plano valgo adquirido del adulto:
- A) Estadio I (fase sinovial): Sin deformidad en tarso posterior.
  - B) Estadio II (fase tendinosa): deformidad de tarso posterior reductible.
  - C) Estadio III (fase ósea): deformidad de tarso posterior irreductible sin artrosis.
  - D) Estadio IV (Myerson): Se añade deformidad en valgo del tobillo.
- 41.- Respecto a las infecciones de implantes ortopédicos **es falso** que:
- A) el riesgo de infección aumenta considerablemente en pacientes diabéticos.
  - B) S.epidermidis y S.aureus son los microorganismos más frecuentes.
  - C) son más frecuentes en prótesis total de cadera que en prótesis de rodilla.
  - D) es la infección osteoarticular más frecuente en los países desarrollados.
- 42.- La función principal de los músculos lumbricales de la mano es:
- A) potenciar la acción de los tendones flexores profundos.
  - B) flexión de la articulación metacarpofalángica.
  - C) aducción de los dedos.
  - D) extensión de las articulaciones interfalángicas (proximal y distal).
- 43.- Joven precipitado de dos metros de altura, alta sospecha de fractura de calcáneo. Señale la respuesta **falsa** en relación al diagnóstico radiológico:
- A) El ángulo de Böhler en condiciones normales oscila entre 25° y 40°.
  - B) El ángulo de Gissane en condiciones normales es de unos 100°.
  - C) La proyección de Broden se realiza colocando pie en rotación interna 15°- 20° con el rayo desde la cara lateral y plantar distal.
  - D) La Resonancia es la prueba de elección si sospechamos afectación intraarticular.

- 44.- La fractura de Bennett, señale la **verdadera**
- A) Es una fractura luxación simple de la articulación carpo-metacarpiana del primer radio.
  - B) Es una fractura de radio con luxación del cubito.
  - C) Es una fractura proximal del radio.
  - D) Es una fractura diafisaria del cúbito.
- 45.- La mejor prueba diagnóstica de la Necrosis Avascular de la cabeza femoral del adulto y pronóstica del colapso es:
- A) Rx AP de pelvis en bipedestación.
  - B) Gammagrafía con Tc 99.
  - C) RM.
  - D) TAC.
- 46.- Con respecto al síndrome de compresión cubital a nivel epitrocleo-olecraniano, señale la respuesta **verdadera**.
- A) La flexión del codo y la muñeca empeora la sintomatología.
  - B) Es la neuropatía más frecuente del miembro superior.
  - C) El signo de Froment suele ser negativo.
  - D) Un signo común a la compresión del nervio cubital en codo y muñeca es la garra de cuarto y quinto dedos.
- 47.- Indique la respuesta correcta, la gota:
- A) Es una enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico.
  - B) La articulación más afectada es el tarso del pie.
  - C) Se da con más frecuencia en varones entre los 30 a 50 años.
  - D) La hiperuricemia por sí misma es diagnóstica de gota.
- 48.- Respecto a la deformidad de Sprengel, señale lo **correcto**
- A) Consiste en una falta de ascenso del omóplato durante el periodo embrionario.
  - B) Se da con mayor frecuencia en hombres.
  - C) Es la malformación congénita de hombro más frecuente.
  - D) No presenta alteraciones en los músculos trapecio, ni romboides.
- 49.- Con respecto al término de **contusión ósea** que se describe en la RM señale **la que no procede**:
- A) Es claramente visible en la RM pero a veces también es evidente en el TAC.
  - B) Se atribuye al edema intraóseo.
  - C) La imagen por RMN puede persistir durante meses aún si el paciente se ha curado de los síntomas.
  - D) Clásicamente su origen se atribuye a fracturas mínimas o microscópicas.
- 50.- En la profilaxis antibiótica de las fracturas abiertas **es falso**
- A) Las tipo I de Gustilo no precisan profilaxis antibiótica.
  - B) En las tipo III de Gustilo, se debe usar cefalosporinas y aminoglucósidos.
  - C) La profilaxis antibiótica debe comenzar lo antes posible independientemente a otros tratamientos.
  - D) En las fracturas abiertas tipo II de Gustilo se debe usar cefalosporinas de primera generación durante 24h (2gr IV al llegar y luego 1g/8h).
- 51.- Con respecto a las fracturas de antebrazo **una es falsa**
- A) La osteosíntesis es el tratamiento de elección fracturas desplazadas.
  - B) Las placas DCP (Dynamic compresión plate) son la mejor opción.
  - C) Se recomienda hacer la osteosíntesis dentro de las primeras 24h.
  - D) Si hay fractura de húmero en el mismo miembro ya no está indicada la osteosíntesis por el riesgo de síndrome compartimental.



- 52.- Varón de 15 años con tumor en metáfisis de peroné, lesión diafisaria osteolítica permeativa con tumoración partes blandas. Biopsia Tumor alto grado caracterizado por pequeñas células redondas. Señale **diagnóstico más probable** entre los siguientes:
- A) Tumor células gigantes. Osteoclastoma.
  - B) Sarcoma de Ewing.
  - C) Mieloma múltiple.
  - D) Condrosarcoma.
- 53.- En relación a la escala de Ahlbäck señale la verdadera entre las siguientes afirmaciones:
- A) Compuesta por 5 grados del I al V de menos a más avanzados con cambios articulares.
  - B) Grado 0 disminución interlinea 50%.
  - C) Grado VI erosión ósea grave mayor 1 cm o subluxación.
  - D) La escala de Ahlbäck es la más usada para artrosis de rodilla menos avanzada.
- 54.- En relación a las fracturas supracondíleas del codo en niños señale **la falsa**
- A) En las fracturas supracondíleas en extensión el fragmento distal suele desplazarse a medial.
  - B) Gartland III = Fracturas sin contacto cortical.
  - C) El 95-98% del mecanismo de producción de las fracturas supracondíleas en niños es por caída con codo en flexión.
  - D) Gartland IIA = Sin rotación. IIB con rotación.
- 55.- En el diagnóstico de la lesión aguda del Ligamento Cruzado Anterior la exploración más sensible y específica es:
- A) Signo del Cajón Anterior.
  - B) Test de Lachman.
  - C) Prueba de estrés en valgo.
  - D) Prueba estrés en varo.
- 56.- Respecto a las fracturas de clavícula, **señale la respuesta falsa**
- A) Suponen el 2,4-10% de todas las fracturas.
  - B) Las fracturas de tercio medio son más frecuentes en pacientes jóvenes, las de tercio lateral y medial en pacientes de edad más avanzada.
  - C) El acortamiento de la clavícula debe medirse clínicamente con una cinta métrica.
  - D) El tratamiento es siempre quirúrgico.
- 57.- La zona 4 de Gruen del vástago femoral en una prótesis total de cadera se corresponde con:
- A) Trocánter mayor.
  - B) Punta del vástago.
  - C) Calcar.
  - D) Parte inferior externa.
- 58.- El par de fricción cerámica-cerámica en la artroplastia total de cadera, seleccione la verdadera:
- A) Es el par de fricción con mayor desgaste.
  - B) Una causa de fracaso es la presencia de ruidos descritos como chirridos.
  - C) Los ruidos se han relacionado con el uso de cabezas de gran tamaño.
  - D) Es un material poco frágil y con bajo riesgo de rotura.
- 59.- En la clasificación de Garden para las fracturas intracapsulares de cadera, el grado IV se corresponde con:
- A) No desplazada, incompleta o impactada. Trabéculas en zona inferior intactas, impactada en valgo.
  - B) Fractura completa no desplazada.
  - C) Fractura completa con desplazamiento parcial.
  - D) Completa con desplazamiento total.

- 60.- El mejor método para diagnosticar una fractura por fatiga del cuello femoral en el atleta es:
- A) Radiografía simple (Rx).
  - B) Resonancia magnética (RM).
  - C) Tomografía axial (TAC).
  - D) Rx simple más analítica con metabolismo óseo.
- 61.- ¿Cuál de las siguientes es una característica del dolor nociocectivo?
- A) El dolor empeora con el estrés, calor, frío o cambios de clima.
  - B) La intensidad del dolor es acorde con la intensidad del estímulo.
  - C) Suele producirse por lesiones del sistema nervioso central o periférico.
  - D) De forma frecuente asocia déficits sensitivos como hormigueo o pinchazos
- 62.- Señale cuál de las siguientes lesiones pseudotumorales es más frecuente:
- A) Quiste óseo aneurismático.
  - B) Quiste óseo esencial.
  - C) Granuloma reparativo de células gigantes.
  - D) Defecto fibroso metafisario.
- 63.- Una de las siguientes características epidemiológicas del osteoma osteoide es **falsa**. Señálela
- A) Se localiza más frecuentemente en fémur proximal y tibia.
  - B) El 50% de los casos afecta a pacientes de entre 5 y 30 años.
  - C) Es más frecuente en mujeres (2:1).
  - D) Es rara su aparición en columna.
- 64.- Con respecto a la rótula bipartita, una de las siguientes afirmaciones **es falsa**. Señálela
- A) Suele ser un hallazgo radiológico.
  - B) Casi siempre es asintomática.
  - C) Es bilateral en el 50% de los casos.
  - D) Suele aparecer en el polo superointerno.
- 65.- Respecto a la osteomielitis aguda hematógena, es cierto que:
- A) Es rara en niños.
  - B) La mayoría son polimicrobianas.
  - C) Es de predominio diafisario.
  - D) El comienzo suele ser brusco, con fiebre alta y dolor intenso.
- 66.- Respecto a la anatomía del tobillo es cierto que:
- A) El maléolo medial tiene una extensión más distal que el peroneo.
  - B) La tróclea astragalina es un cuarto más ancha por posterior que por anterior.
  - C) La cápsula articular es muy laxa en las zona anterior y posterior para facilitar la flexoextensión.
  - D) El fascículo peroneoastragalino anterior es el más débil de los tres fascículos que forman el ligamento lateral o peroneo.
- 67.- Respecto a los músculos interóseos del pie **es falso** que:
- A) Su eje central es el tercer radio.
  - B) Hay 3 interóseos plantares, que se insertan en el borde medial de 3<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup> y 5<sup>o</sup> metatarsianos.
  - C) Hay 4 interóseos dorsales, que se insertan en los 4 espacios intermetatarsianos.
  - D) Están inervados por la rama externa del nervio plantar.

- 68.- Respecto a las deformidades adquiridas de los dedos de los pies señale la **verdadera**:
- A) El dedo en garra presenta flexión de la articulación IFP con extensión de la IFD e hiperextensión de la MTF.
  - B) En casos avanzados se luxa a dorsal la falange media sobre la proximal.
  - C) Si la deformidad es flexible el tratamiento es siempre conservador, con zapatos con puntera ancha y plantillas con soporte o barra metatarsiana.
  - D) En deformidades fijas el tratamiento es quirúrgico, pudiéndose realizar artroplastia DuVries o artrodesis IFP.
- 69.- En la vascularización de la cabeza del fémur, los vasos más importantes son:
- A) vasos intraóseos.
  - B) ramas retinaculares mediales del anillo vascular extracapsular.
  - C) arteria circunfleja femoral lateral.
  - D) ramas retinaculares laterales -posteriores del anillo vascular extracapsular.
- 70.- Qué abordaje se puede usar en el tratamiento quirúrgico de las fracturas de la columna anterior del acetábulo a cualquier nivel:
- A) Ilioinguinal o Stoppa.
  - B) Iliofemoral.
  - C) Hardinge.
  - D) Kocher-Langenbach.
- 71.- La línea innominada en la radiografía anteroposterior de pelvis nos representa:
- A) la pared anterior.
  - B) la columna posterior.
  - C) la columna anterior.
  - D) la pared posterior.
- 72.- Son indicaciones de osteotomías valguzantes de la rodilla las siguientes. Señale la **falsa**
- A) Artrosis unicompartimental.
  - B) Artrosis degenerativas tras traumatismos o meniscectomía.
  - C) Artritis inflamatorias.
  - D) Rodilla vara con dolor unicompartimental.
- 73.- Señale la respuesta correcta de la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes:
- A) Es más frecuente en mujeres.
  - B) Edad media 14-16 años.
  - C) 19% es bilateral asíncrona.
  - D) Más frecuente en zonas rurales que urbanas.
- 74.- La causa más frecuente de dolor de cadera en la adolescencia es:
- A) Enfermedad de Legg-Calvé-Perthes.
  - B) Epifisiolisis Femoral Proximal (EFP).
  - C) Artritis reumatoidea juvenil.
  - D) La sinovitis transitoria de cadera.
- 75.- Respecto a la Osteocondritis Disecante señale la **verdadera**
- A) Puede localizarse en diferentes localizaciones, pero es más frecuente en el tobillo.
  - B) Es la causa más frecuente de cuerpos libres intrarticulares en el paciente joven.
  - C) Es más frecuente en mujeres (2.1-4:1).
  - D) La cirugía abierta es el procedimiento de elección hoy en día para determinar la estabilidad del fragmento ya que la RM da algunos diagnósticos falsos positivos.

- 76.-** Con respecto a las fracturas supracondíleas de codo en niños, señale la respuesta **INCORRECTA**
- A) Son lesiones frecuentes en niños entre 4 y 12 años.
  - B) El mecanismo de producción suele ser indirecto, caída con el codo en extensión.
  - C) El signo de “la almohadilla grasa” en una radiografía obliga a descartar fractura.
  - D) El tratamiento de elección de las fracturas supracondíleas en extensión desplazadas es la reducción abierta y fijación con agujas.
- 77.-** Respecto a la terapia de las heridas con presión negativa (VAC), **es incorrecto**
- A) Se puede usar en fracturas abiertas.
  - B) Aceleran la curación en pacientes diabéticos.
  - C) Se puede usar sobre hueso expuesto, tendones o material de osteosíntesis.
  - D) Se puede usar incluso en heridas con sangrado activo.
- 78.-** Señale la relación **incorrecta**
- A) Fracturas abiertas de Gustilo Grado III-C y necesidad de reparación vascular.
  - B) Clasificación de las Fracturas de AO/ASIF y clasificación OTA con sistemas integrales de clasificación de las fracturas.
  - C) Clasificación de Tscherne y Oestern y grado de afectación de partes blandas que acompañan a las fracturas cerradas de tibia.
  - D) Osteogenicidad con capacidad de una matriz de actuar como andamiaje para el crecimiento de tejido óseo.
- 79.-** Señale la relación correcta en fractura de la cabeza radial :
- A) La osteosíntesis debe intentarse incluso en fracturas muy conminutas.
  - B) Se debe esperar un mal resultado incluso con osteosíntesis en fracturas con un sólo fragmento desplazadas.
  - C) El intervalo anatómico de Kocher se utiliza para el abordaje quirúrgico, (entre el ancóneo y el extensor cubital del carpo).
  - D) Las lesiones asociadas tienen un papel secundario y poco relevante.
- 80.-** Señale la **verdadera** de las siguientes afirmaciones
- A) El condroma es un tumor benigno de la serie condral.
  - B) La localización más frecuente de los encondromas es en huesos planos.
  - C) El fibroma condromixóide es un tumor maligno con abundante material mixóide.
  - D) El condrosarcoma es un tumor maligno caracterizado por la formación de hueso y osteoide.
- 81.-** Son contraindicaciones absolutas para la implantación de una prótesis total de hombro las siguientes **excepto una** señálela.
- A) Infección reciente o activa.
  - B) Hombro paralítico.
  - C) Inestabilidad intratable.
  - D) Artritis Reumatoide.
- 82.-** Respecto a la etiología de la enfermedad de Dupuytren, señale la **verdadera**
- A) Es 10 veces más frecuente en mujeres.
  - B) Afecta a la dermis, aponeurosis palmar superficial y aponeurosis digital.
  - C) Se afectan también las fibras transversas de la palma de la mano.
  - D) Hay asociación con afectaciones articulares, la artritis reumatoide es un factor de riesgo.
- 83.-** La causa más frecuente de inestabilidad en una prótesis de cadera es:
- A) Malposición de los componentes.
  - B) Utilización de cabezas de pequeño diámetro.
  - C) Enfermedad neurológica.
  - D) Cirugía previa.

- 84.- ¿Cuál es la proteína no colágena más abundante en el tejido óseo?
- A) Proteoglicanos.
  - B) Osteonectina.
  - C) Osteopontina.
  - D) Osteocalcina.
- 85.- Con respecto a la amputación transtibial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones **es falsa**?
- A) Es la más frecuente en patología traumática.
  - B) Se recomienda cortar el peroné a la misma altura que la tibia.
  - C) En miembros isquémicos no se debe realizar miodesis.
  - D) Es preferible un flap miocutáneo posterior grande (de más de 12 cm) que se debe anclar en la parte anterior de la tibia tras biselar el extremo.
- 86.- De entre las siguientes **señale la que no es una artropatía inflamatoria**:
- A) Artritis enteropática.
  - B) Artropatía neuropática.
  - C) Artritis reumatoide.
  - D) Artritis psoriásica.
- 87.- **Es falso** sobre la osteomielitis crónica:
- A) El microorganismo más frecuente es el *S. aureus*.
  - B) La clínica puede ser anodina, excepto por el dolor local, que suele estar presente en mayor o menor grado.
  - C) El desbridamiento debe ser "radical".
  - D) Debe realizarse lavado a presión.
- 88.- **Señale la falsa** respecto a las fracturas maleolares de tobillo:
- A) Se producen por un mecanismo de torsión.
  - B) Es la segunda fractura más frecuente de miembros inferiores tras la de cadera.
  - C) El tratamiento quirúrgico es el más empleado.
  - D) Deben ser siempre intervenidas antes de las 6-8 horas de producirse.
- 89.- En el pie cavo es **falso** que:
- A) La deformidad más común es el calcáneo cavo.
  - B) El principal problema estructural es la flexión plantar del antepié, en particular del primer radio.
  - C) Puede ser fisiológico o patológico, este último normalmente secundario a un trastorno neuromuscular.
  - D) Para ver la flexibilidad del retropié se utiliza la prueba del bloque de Coleman.
- 90.- En el tratamiento quirúrgico de las fracturas de calcáneo con reducción abierta y fijación interna, **es falso que**:
- A) Es la única manera de reducir la superficie articular con garantías.
  - B) Debe realizarse en las primeras 24-48 horas tras la fractura.
  - C) El abordaje más usado es el lateral ampliado en L.
  - D) Tras la cirugía debe demorarse la carga 10-12 semanas.
- 91.- El microorganismo que más frecuentemente produce fascitis necrotizante es:
- A) *Clostridium* spp.
  - B) *S. aureus*.
  - C) Suele ser polimicrobiana.
  - D) Enterobacterias.

92.- Ante la sospecha de una fractura intracapsular que no se aprecia en las radiografías debemos:

- A) realizar nuevas r-x a los 3-4 días.
- B) realizar resonancia magnética.
- C) realizar gammagrafía ósea.
- D) realizar tomografía.

93.- Ante la sospecha diagnóstica de lesión meniscal en deportista joven las siguientes afirmaciones son verdaderas **excepto una**, señálela:

- A) La exploración clínica puede ser igual de fiable que las pruebas complementarias.
- B) Las lesiones meniscales suelen producirse con más frecuencia por traumatismos en giro y extensión de la rodilla.
- C) El dolor a la palpación en la interlinea tiene una sensibilidad del 74%.
- D) La presencia de chasquido en la prueba de Mc. Murray la hace positiva.

94.- En relación a la vascularización del astrágalo cuál de las siguientes afirmaciones es **verdadera**

- A) El principal aporte vascular al astrágalo penetra por la parte proximal y medial del cuello.
- B) El principal aporte vascular al astrágalo penetra por la parte distal y lateral del cuello.
- C) El principal aporte vascular al astrágalo penetra por la parte distal y medial del cuello.
- D) El riesgo de necrosis en la fractura de astrágalo no está en relación al desplazamiento de la fractura.

95.- El anticuerpo anti-ADN positivo es característico de

- A) Lupus eritematoso sistémico (LES).
- B) Artropatía psoriásica.
- C) Artritis reumatoide.
- D) Espondilitis anquilosante.

96.- En relación a la artrosis señale la afirmación **falsa**

- A) En la mayor parte de los casos la causa es desconocida.
- B) La artrosis es una enfermedad inflamatoria de progresión lenta e irreversible.
- C) El factor fundamental relacionado con el origen y desarrollo de la enfermedad es mecánico.
- D) El factor de riesgo más importante de desarrollo de artrosis es la edad avanzada.

97.- Señale la **respuesta falsa** sobre la trunionosis:

- A) Es la corrosión entre el tronco-cono del vástago y cabeza protésica en vástagos modulares.
- B) Para prevenirlo se recomiendan cabezas de cerámica, cuellos cortos y cabezas no excesivamente grandes.
- C) Para prevenirlo se recomiendan cabezas metal de cromo-cobalto.
- D) Es el responsable del 3% de los recambios de cadera.

98.- Son funciones del osteoblasto todas las siguientes, **excepto una**. Señálela:

- A) Mantenimiento de la homeostasis mineral (Ca y P extracelular).
- B) Sintetizar el componente orgánico de la matriz ósea (osteoide).
- C) Regular la mineralización del tejido óseo, regulando el flujo electrolítico entre el espacio extracelular y el hueso.
- D) Iniciar el proceso de reabsorción mediante la secreción de proteasas neutras.

99.- Todas las siguientes afirmaciones son ciertas con respecto al uso de aleaciones de cromo y cobalto en Cirugía Ortopédica y Traumatología **excepto una**. Señálela:

- A) Máxima resistencia a la fractura.
- B) Máxima resistencia a la fatiga.
- C) Máxima resistencia a la corrosión.
- D) Máxima resistencia al desgaste.

100.- El grado de artrosis en una radiografía AP en bipedestación de una rodilla que presenta una pérdida completa del cartílago articular en el compartimento medial, pero sin llegar a la erosión ósea, se clasifica como:

- A) Grado I de Ahlback.
- B) Grado II de Ahlback.
- C) Grado III de Ahlback.
- D) Grado IV de Ahlback.

### PREGUNTAS DE RESERVA

101.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **FALSA** respecto a la información asistencial según la Ley 41/2002, de autonomía del paciente?

- A) La información, como regla general, se proporcionará por escrito.
- B) Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley.
- C) Toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.
- D) El titular del derecho a la información es el paciente.

102.- Respecto al dedo en gatillo congénito señale la **verdadera**

- A) Se produce cuando hay un impedimento para que se produzca un deslizamiento normal del extensor dentro de su vaina persistente.
- B) Es un cuadro muy frecuente.
- C) Es más frecuente en el dedo pulgar.
- D) Se recomienda la liberación quirúrgica de la segunda polea anular (A2) si no resolución espontánea.

103.- Los factores pronósticos más importantes en la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes son, señale la respuesta **verdadera**

- A) Edad (menor de 6 años de edad ósea) y pérdida de movimiento articular.
- B) Limitación de la movilidad de la cadera.
- C) Edad (mayor de 10 años de edad ósea) y sinovitis asociada.
- D) Cojera.

104.- Señale la respuesta verdadera sobre la bursitis anserina:

- A) Es la causa más frecuente de dolor en la cara medial de la rodilla.
- B) En deportistas es poco frecuente.
- C) Es una inflamación de la bursa sobre el semimembranoso.
- D) Raramente aparece asociada a la artrosis.

105.- Respecto a las displasias óseas señale la respuesta **correcta**

- A) La displasia epifisaria múltiple es un enanismo proporcionado, con múltiples epífisis involucradas y con afectación vertebral.
- B) Lo más característico de la displasia hemimélica es el pulgar de autoestopista y las orejas en coliflor.
- C) La acondroplasia es la forma más frecuente de enanismo proporcionado.
- D) La displasia epifisaria múltiple se puede confundir con la enfermedad de Perthes.

106.- En los abordajes laterales del hombro no debemos sobrepasar los 6 cm desde el borde lateral del acromion hacia abajo por el riesgo de lesión de:

- A) El nervio músculo cutáneo.
- B) El nervio supraescapular.
- C) La arteria supraescapular.
- D) El nervio axilar o circunflejo.

- 107.- Respecto al abordaje anterior o deltopectoral del hombro, señale la respuesta **verdadera**
- A) La disección superficial se realiza entre el deltoides y el pectoral menor.
  - B) Es el abordaje básico del hombro.
  - C) La vena cefálica se moviliza siempre hacia lateral.
  - D) Para acceder a la articulación glenohumeral se recomienda hacer siempre osteotomía de la tuberosidad menor o troquín.
- 108.- Está a punto de observar como un residente se dispone a suturar de forma primaria una herida en un antebrazo provocada por una mordedura de un perro que se encuentra desaparecido. Su conducta debe ser:
- A) Ayudarle en todo lo posible pues es un especialista en formación.
  - B) Preguntar si se ha firmado el C.I. antes de hacer nada.
  - C) Explicarle que la sutura primaria está contraindicada porque las heridas por mordedura se consideran heridas altamente contaminadas de gérmenes.
  - D) Razonarle que solo las heridas ponzoñosas son subsidiarias de sutura primaria.
- 109.- En las fracturas extracapsulares de cadera (pertrocantéreas) los implantes que se utilizan actualmente son todos **excepto**:
- A) Tornillo-placa deslizante.
  - B) Implantes intramedulares.
  - C) Clavo intramedular proximal.
  - D) Tornillos canulados.
- 110.- En la enfermedad de Perthes, **cuál de los siguientes no es signo** de cabeza de riesgo de Catterall:
- A) ensanchamiento de la cabeza femoral.
  - B) rarefacción metafisaria.
  - C) línea fisaria horizontal.
  - D) subluxación lateral de la cabeza femoral.



## CASO CLÍNICO 1

Mujer de 71 años de edad. Como antecedentes personales tiene HTA, DMNID, enfermedad de Parkinson, cesárea y cirugía de fusión lumbar de L3-L4-L5.

Debido a artrosis primaria es sometida a cirugía de artroplastia total de cadera derecha por abordaje posterior (cotilo modular de 48 mm sin fijación adicional con tornillos, polietileno con ceja de 10° posterosuperior, vástago con offset estándar no cementado nº11 con cuello de 0 y cabeza de 28 mm de Cr-Co). La evolución postoperatoria es satisfactoria y es dada de alta al tercer día postoperatorio. El seguimiento inicial en consultas externas ocurre sin incidencias.

Acude en ambulancia a urgencias a las 10 semanas de la intervención refiriendo haber sufrido una caída casual desde su propia altura, por tropezar mientras caminaba. Presenta dolor intenso en el miembro intervenido e impotencia funcional, con imposibilidad para la bipedestación y la marcha. El miembro inferior derecho se encuentra acortado, en aducción y en rotación interna.

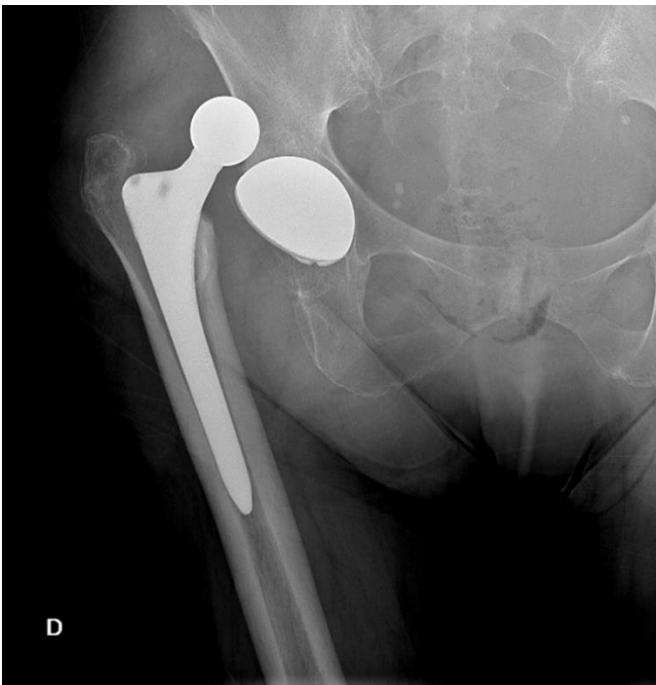
En la radiografía se observa una luxación posterior de la artroplastia de cadera.

Es llevada a quirófano de forma urgente, donde se realiza reducción cerrada bajo anestesia. Se realizan pruebas de estabilidad con control de escopia intraoperatoriamente, siendo la prótesis estable en todo momento. Posteriormente se mantiene 4 semanas inmovilizada en abducción con *brace*. Es dada de alta a las 5 semanas de la reducción.

A las dos semanas tras el último alta es traída a urgencias nuevamente con intenso dolor e impotencia funcional. La paciente refiere haber tenido un dolor espontáneo al bajarse de la cama. El miembro inferior derecho se encuentra acortado, en aducción y en rotación interna.

En la radiografía se observa una nueva luxación posterior.

Se realiza de nuevo reducción cerrada bajo anestesia de forma urgente.



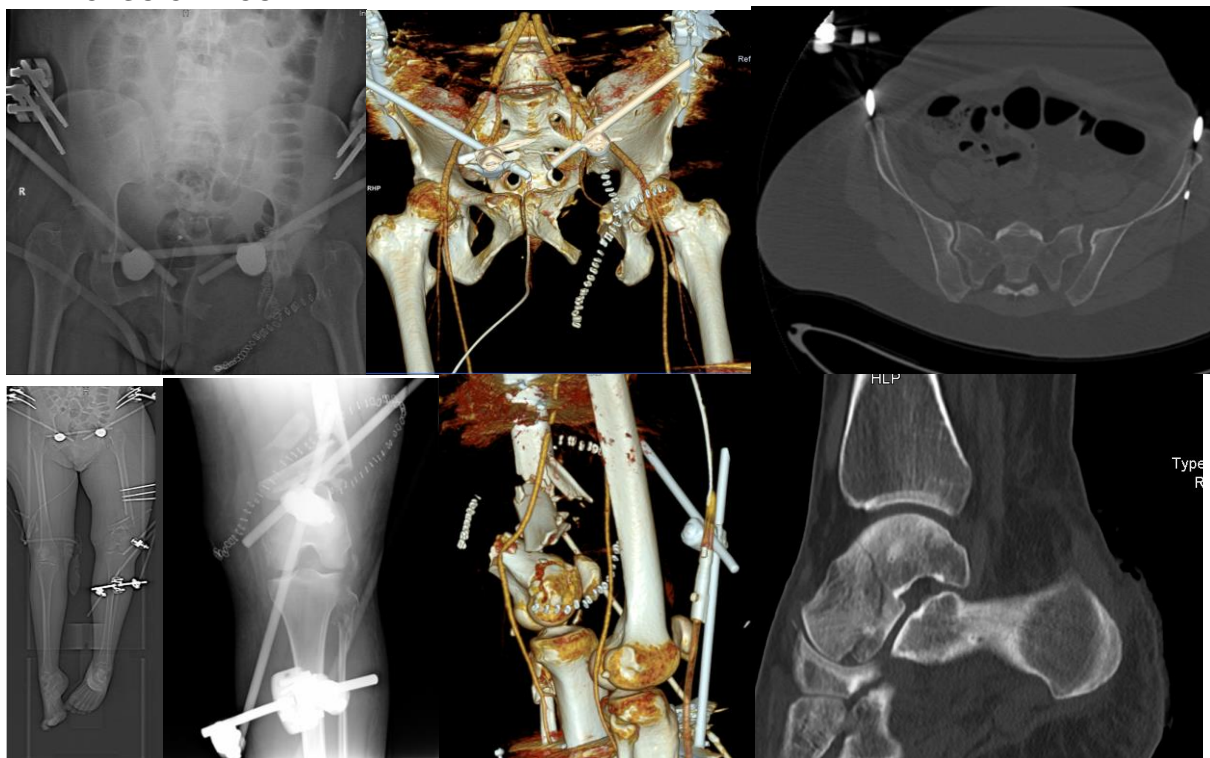
1.- Respecto a la luxación de prótesis de cadera, señale la **verdadera**

- A) La mayoría ocurren a partir de los 6 meses tras la cirugía.
- B) La causa más frecuente de inestabilidad en una prótesis de cadera es la malposición de los componentes.
- C) La luxación ocurre en el 10% de las artroplastias totales de cadera primarias y en el 30% de las revisiones.
- D) La alteración del offset no es causa de luxación.

- 2.- Señale la falsa respecto a los factores de riesgo de luxación que presenta esta paciente
- A) Las enfermedades neurológicas como el Parkinson son un factor de riesgo.
  - B) La cirugía de fusión lumbar previa a la implantación de la PTC es un factor de riesgo.
  - C) Los estudios demuestran un mayor riesgo de luxación con el abordaje posterior, a pesar de realizar un buen cierre capsular con reinserción de rotadores externos.
  - D) Puesto que es menor de 80 años, la edad no supone un factor de riesgo en esta paciente.
- 3.- Respecto a la cirugía de fusión lumbar previa a la PTC, indique la falsa
- A) La cirugía de fusión lumbar previa es un claro factor de riesgo para la luxación de la PTC.
  - B) El riesgo aumenta aún más cuando se fusionan varios niveles o si se incluye el sacro.
  - C) Se debe a la alteración de las interacciones espino-pélvicas que ocurren con los cambios posturales.
  - D) Aunque es un factor de riesgo, para que se dé la luxación debe existir cierta malposición de los componentes protésicos.
- 4.- Clásicamente, qué vía de abordaje presenta mayor riesgo de luxación:
- A) Anterior (Smith – Petersen).
  - B) Posterolateral (Moore o Southern).
  - C) Antroexterna (Watson Jones).
  - D) Lateral directa (Hardinge).
- 5.- Revisando el protocolo de la cirugía de la implantación de la prótesis, ¿a qué le daría menos importancia?
- A) Cierre capsular y forma de reinserción de los rotadores externos.
  - B) Experiencia del cirujano que realizó la intervención.
  - C) Inclínación del corte del cuello femoral.
  - D) Tensión de las partes blandas tras la reducción final.
- 6.- ¿Qué estructura está en riesgo debido a la luxación en esta paciente?
- A) Nervio femoral.
  - B) Arteria femoral.
  - C) Nervio ciático.
  - D) Vena femoral.
- 7.- ¿Qué maniobras deben hacerse para la reducción cerrada? Señale la opción verdadera
- A) Tracción constante en rotación interna y aducción, con rotación interna suave para permitir la reducción.
  - B) Tracción intermitente en rotación interna y aducción, con rotación interna suave para permitir la reducción.
  - C) Tracción constante en rotación interna y abducción, con rotación externa suave para permitir la reducción.
  - D) Tracción constante en rotación interna y aducción, con rotación externa suave para permitir la reducción.
- 8.- ¿Es adecuado el tratamiento de esta paciente tras la primera luxación?
- A) Sí, la inmovilización 3-6 semanas en abducción con *brace* o espica de yeso de un primer episodio de luxación es satisfactoria en el 60-80% de los casos.
  - B) No, debería haberse usado una ortesis antiluxación.
  - C) No, debería haberse mantenido la inmovilización con *brace* durante 8 -10 semanas.
  - D) No, dados los antecedentes de la paciente se debería haber planteado el recambio de la prótesis desde el primer momento.
- 9.- ¿Qué opción considera más adecuada tras la segunda luxación?
- A) Tratamiento conservador con ortesis antiluxación.
  - B) Estudiar la posición de los componentes y revisión de la prótesis.
  - C) Osteotomía y descenso del trocánter mayor para aumentar la tensión del aparato abductor.
  - D) Cambio del polietileno por otro con una ceja de más grados.

- 10.- ¿Qué posición de los componentes se considera adecuada?
- A) Acetábulo en 50°-60° de abducción y 5°-25° de anteversión, y fémur en 10°-15° de anteversión.
  - B) Acetábulo en 30°-50° de abducción y 25°-30° de anteversión, y fémur en 10°-15° de anteversión.
  - C) Acetábulo en 30°-50° de abducción y 5°-25° de anteversión, y fémur en 20°-30° de anteversión.
  - D) Acetábulo en 30°-50° de abducción y 5°-25° de anteversión, y fémur en 10°-15° de anteversión.
- 11.- ¿Qué estudio **no sería necesario** realizar ante este caso?
- A) Analítica con hemograma, VSG y PCR para valorar posible infección.
  - B) Radiografía simple AP y lateral para valorar la posición de los componentes.
  - C) Exploración física para valorar la presencia de insuficiencia de la musculatura abductora.
  - D) Gammagrafía ósea para valorar el posible aflojamiento del implante.
- 12.- El estudio de la posición de los componentes muestra que el fémur parece estar bien posicionado, pero el acetábulo está menos anteverso de lo deseado. Ante estos hallazgos está indicado:
- A) Recambio de todos los componentes por otros de similares características.
  - B) Cambiar únicamente el acetábulo.
  - C) Cambiar el acetábulo y colocar cabeza de mayor tamaño y cuello de mayor offset si es posible.
  - D) Cambiar los componentes por otros constreñidos.
- 13.- En el estudio preoperatorio los marcadores de posible infección (hemograma, VSG y PCR) son normales. Señale la verdadera respecto al manejo de este caso:
- A) No es necesario ningún otro gesto para descartar posible infección.
  - B) Deben tomarse muestras intraoperatorias: 5 para cultivo y 5 para Anatomía Patológica.
  - C) El uso de biomarcadores en líquido sinovial como la alfa-defensina o la esterasa leucocitaria presenta tasas bajas de sensibilidad y especificidad.
  - D) La PCR en sangre tiene una alta especificidad, no así en líquido sinovial.
- 14.- Respecto al par de fricción metal-polietileno **señale la falsa**
- A) Es el recomendado para evitar el desgaste de la unión vástago-cabeza (trunionosis).
  - B) Es más barato.
  - C) Es más permisivo con la verticalización del acetábulo.
  - D) Permite la utilización de ceja antiluxación.
- 15.- La utilización en este caso de una cúpula de doble movilidad es una opción posible. Respecto a este tipo de implantes **señale la falsa**
- A) Consiste en un cotilo grueso de metal que tiene dentro un cotilo fino de polietileno que se articula con el cotilo metálico y con la cabeza.
  - B) Su uso en pacientes con luxación recidivante y debilidad del aparato abductor presenta buenos resultados.
  - C) Consiste en un cotilo fino de metal que tiene dentro un cotilo de polietileno grande que se articula con el cotilo fino y con la cabeza.
  - D) Permite que en los movimientos extremos sea más difícil la luxación.
- 16.- En cuanto a la cabeza femoral es cierto que:
- A) La utilización de cabezas de mayor tamaño aumenta el riesgo de luxación.
  - B) La utilización de cabezas con faldón para aumentar la longitud disminuye el riesgo de luxación.
  - C) La introducción de los nuevos pares de fricción permite la utilización de cabezas más grandes, disminuyendo así el riesgo de luxación.
  - D) El rango de movimiento hasta el contacto del cuello con el cotilo depende del ratio cabeza-cuello. Si la cabeza es pequeña o el cuello muy corto, este contacto se producirá antes y facilitará la luxación.

## CASO CLINICO 2



Paciente de 45 años trasladada de otro Hospital con diagnóstico de fractura abierta de pelvis y fractura abierta supracondílea de fémur izquierdo para recibir tratamiento definitivo en hospital de referencia. Piloto de moto de 600 cc. Choque frontal contra coche. Intervenido de urgencia por fractura abierta de pelvis izquierda y fractura abierta grado 3A Gustilo en fémur distal izquierdo. Resumen cirugía: Fijación externa con Hoffmann II pelvis y MII. Evolución favorable, estable hemodinámicamente y dolor controlado previamente a traslado. Según informe de traslado la paciente presenta herida inguinal izquierda 20 cms, escaras necróticas en herida de muslo 40 cms y región pretibial distal. Traslado sin incidencias.

**Antecedentes Personales** No RAMC. Resto sin interés.

### **Exploración Física:**

Fijador externo en pelvis y fémur distal. Vendaje compresivo miembro inferior izquierdo. Pulsos distales presentes. Buen relleno capilar. Movilidad de dedos conservada

Exploración: neurovascular distal conservado. La paciente presenta:

- Solución de continuidad cutánea en la región inguinal izquierda sin signos de sufrimiento cutáneo.
- Solución de continuidad cutánea en tercio distal de muslo izquierdo con un colgajo de base distal que muestra evidente sufrimiento cutáneo con signos de fracaso de la viabilidad vascular cutánea. Escara necrótica en tercio distal de pierna izquierda casi circunferencial de unos 15 cm de eje longitudinal por 12 cm de eje transversal.

### **Pruebas Complementarias en H de origen**

- TAC BODY (tras cirugía FIJADOR EXTERNO):

Leve cantidad de líquido libre en localización anterior y medial a músculo psoas izquierdo, así como leve cantidad de líquido libre en pelvis de localización predominantemente presacra sin clara extravasación de contraste que sugiera hemorragia activa.

**Fractura diastática sacroiliaca izquierda.** No existe inestabilidad vertical

**Fractura rama isquiopubiana e iliopubianas izquierda con desplazamiento significativo de los fragmentos.**

Hematomas en partes blandas adyacentes sin identificar extravasación de contraste que sugiera hemorragia activa.

Consolidaciones pulmonares en segmentos posteriores de ambos lóbulos superiores e inferiores compatibles con hipoventilación y áreas de contusión pulmonar de predominio paravertebral.

**Fractura supracondílea conminuta** con desplazamiento posterior del fragmento distal supracondíleo de mayor tamaño. Se identifica otro fragmento óseo de diáfisis distal femoral de localización en músculo vasto interno del cuádriceps izquierdo.

No se identifica extravasación de contraste en miembro inferior izquierdo que sugiera hemorragia.

1.-En la atención al paciente politraumatizado en relación al ATLS señala **la verdadera**

- A) Seguimos tres fases: Evaluación primaria, Reanimación secundaria, Tratamiento definitivo.
- B) Seguimos tres fases: Respiración, Circulación, Valoración neurológica.
- C) Seguimos tres fases Evaluación primaria y reanimación; Evaluación secundaria; Tratamiento definitivo.
- D) Seguimos dos fases: Evaluación primaria ABCDE; Evaluación secundaria.

2.- Al ingreso en Box vital del Hospital de origen la paciente ingresó hipotensa, taquicárdica y taquipnéica antes del Tac body realizado y estabilización con fijador externo, que prueba cree la **más adecuada** tras ver Rxs portátiles que demuestran fractura pelvis y fémur izquierdo.

- A) Realizar eco fast abdominal en box de urgencias.
- B) Solicitar TAC de Tórax.
- C) Solicitar angiografía pélvica.
- D) Solicitar TAC Body.

3.- En la evaluación primaria de la paciente en el Hospital de origen se realizó el protocolo ABCDE de la atención al paciente politraumatizado. Señale que paso **NO INCLUYE** esta evaluación primaria:

- A) Desvestir al paciente con control de hipotermia.
- B) Análisis del déficit neurológico.
- C) Análisis del estado circulatorio.
- D) Anamnesis cuidadosa.

4.-En la evaluación inicial de la estabilidad pélvica previa a la colocación del fijador señale la **falsa**

- A) Sólo se debe realizar una vez en el examen físico.
- B) Puede provocar aumento del sangrado.
- C) No debe realizarse en pacientes que presentan shock.
- D) En pacientes con fractura de pelvis evidente se debe comprobar la inestabilidad mecánica.

5.- Respecto al fijador externo que colocaron a la paciente señale la **verdadera**

- A) No permite la estabilización parcial de la fractura.
- B) Disminuye el sangrado arterial al disminuir la presión.
- C) El montaje con fichas en la pala iliaca es la técnica más rápida pudiéndose realizar sin control radiológico.
- D) Con las fichas en cresta iliaca reducimos tanto los elementos posteriores como los anteriores.

6.- La asociación de fractura de fémur y pelvis en nuestra paciente implican una adecuada planificación. **Señale la verdadera**

- A) No existe consenso con respecto a qué tratar primero.
- B) Siempre debemos tratar primero la fractura de fémur para facilitar la reducción de la fractura de pelvis.
- C) Antes de operar el fémur debemos de retirar el fijador de la pelvis.
- D) La fractura abierta grado IIIA Gustilo del fémur distal descarta la posibilidad del enclavado retrógrado.

7.- Respecto a la fractura abierta grado IIIA Gustilo del fémur distal **señale la falsa**

- A) Nos informa que existe comunicación entre el exterior y el foco de fractura.
- B) El tamaño de la herida es mayor de 10 cms.
- C) Se acompaña de lesión vascular.
- D) Es posible la cobertura ósea con las partes blandas.

- 8.- Viendo las imágenes del caso clínico presentado, descartada la inestabilidad vertical, señale **la verdadera**
- A) Estamos ante una fractura A3 de la clasificación de TILE.
  - B) La fractura pélvica al estar la sínfisis pubis cerrada no precisa tratamiento quirúrgico.
  - C) El no tener trazo de fractura en el acetábulo dificulta la reducción de la fractura de la pelvis.
  - D) El cierre anterior del anillo con una o dos placas y el cierre de la sacroiliaca izquierda con tornillos iliosacos sería el tratamiento de elección para este tipo de fractura.
- 9.- Al ingreso en su habitación en nuestro Hospital tras traslado, señale que actuación **no considera indicada**:
- A) Anamnesis cuidadosa.
  - B) Exploración física de forma detallada solicitando valoración de diferentes especialidades cirugía plástica, ginecología, cirugía general, urología, anestesia.
  - C) Retirada del fijador pélvico para explorar la estabilidad pélvica.
  - D) Solicitar angiotac para descartar compromiso vascular en regiones de zonas a tratar pelvis y fémur distal / rodilla izquierda.
- 10.- Una vez en nuestro Hospital tras realización de la exploración física detallada diagnosticamos como lesión oculta una fractura incompleta sin desplazar del cuello del astrágalo. Señale la **verdadera** entre las siguientes afirmaciones:
- A) Estaríamos ante una fractura tipo B de la clasificación de Hawkins.
  - B) El mecanismo de lesión más probable es por flexión dorsal forzada del pie en el accidente.
  - C) El ECO doppler de la tibial anterior es útil para diagnosticar el flujo del principal aporte vascular del astrágalo.
  - D) A pesar de tener una escara desde mitad de pierna a mediopie el tratamiento de elección es la bota de yeso 6 semanas y descarga.
- 11.- En relación al tratamiento quirúrgico a realizar en las fracturas del cuello de astrágalo sin desplazar, la técnica quirúrgica más utilizada sería la siguiente: **señale la verdadera**
- A) Implantar uno o dos tornillos de compresión canulados de 4,5 mm desde posterolateral a anteromedial para evitar el varo.
  - B) Implantar uno o dos tornillos de compresión canulados de 4,5 mm desde anteromedial a posterolateral para evitar el varo.
  - C) Implantar uno o dos tornillos de compresión canulados de 4,5 mm desde anteromedial a anterolateral para evitar el varo.
  - D) Implantar uno o dos tornillos de compresión canulados de 4,5 mm desde anteromedial a posterolateral para evitar el valgo.
- 12.- Entre las complicaciones tras la fractura del astrágalo de nuestra paciente podemos esperar las siguientes **excepto una**, señálela:
- A) Necrosis cutánea e infección.
  - B) Osteonecrosis.
  - C) Retraso de la consolidación.
  - D) Signo Hawkins disminución densidad ósea de la cúpula astragalina como signo de osteonecrosis.
- 13.- En la llegada al Hospital donde le hacen la primera atención a nuestra paciente el día del accidente presenta una tensión arterial < 60, está en acidosis severa, con menos de 70.000 plaquetas, severa hipotermia. Señale la **verdadera**
- A) Estamos ante un paciente estable, está indicado el tratamiento definitivo de las lesiones.
  - B) Estamos ante un paciente límite, el tratamiento definitivo de inicio lo podemos realizar siempre que tengamos extrema precaución durante la cirugía.
  - C) Paciente inestable, debemos de realizar fijación interna precoz.
  - D) Paciente de extrema gravedad, indicado realizar cirugía de control de daños.

**14.-** Nuestra paciente fue tratada con fijación externa anterior, ¿cree correcta la actuación de nuestros compañeros el día de la atención inmediata tras el accidente, sabiendo la situación de llegada de la paciente: tensión arterial < 60, acidosis severa, con menos de 70.000 plaquetas, severa hipotermia? **Señale la verdadera**

- A) Un C clamp pélvico colocado en la sala de reanimación de manera percutánea, sin control radiológico a pesar de no tener aún datos sobre el alcance de la lesión posterior hubiera sido la mejor indicación.
- B) La fijación externa con fichas supraacetabulares hubiera aportado más rigidez y mayor resistencia al aflojamiento precoz, hubiera sido de elección al estar ante una paciente estable.
- C) Mantener la faja pélvica que traía para el traslado hubiera sido lo indicado en esta paciente hasta la cirugía definitiva.
- D) En pacientes como la nuestra, las fichas en cresta iliaca son la indicación, por ser la técnica más rápida y no precisar de control radiológico.

**15.-** En el informe de traslado de la paciente se clasificó como Gustilo IIIA la fractura supracondílea femoral. Estudiando las imágenes aportadas en el caso de nuestra paciente: **Señale la correcta**

- A) La vascularización del miembro inferior izquierdo a punto ha estado de estar comprometida lo que nos hubiera llevado a reparación vascular y a una distinta clasificación en Gustilo tipo IV.
- B) La vascularización del miembro inferior izquierdo a punto ha estado de estar comprometida lo que nos hubiera llevado a reparación vascular y a una distinta clasificación en Gustilo tipo IIIB.
- C) La vascularización del miembro inferior izquierdo a punto ha estado de estar comprometida lo que nos hubiera llevado a reparación vascular y a una distinta clasificación en Gustilo tipo IIIC.
- D) La vascularización del miembro inferior izquierdo a punto ha estado de estar comprometida lo que nos hubiera llevado a reparación vascular y a una distinta clasificación en Gustilo tipo V.

**16.-** Señale **la falsa** en relación al tratamiento de la fractura de fémur de nuestra paciente.

- A) En la estrategia de control de daños el enclavado intramedular no fresado es la técnica de elección.
- B) En la reducción del fémur sobre mesa de pelvistato podemos inestabilizar al paciente.
- C) La lesión concomitante pelvis fémur puede contribuir al elevado número de casos de retardo de consolidación/pseudoartrosis en la fractura femoral al no verse favorecida por la compresión de la misma.
- D) En la estrategia de control de daños la fijación externa es la técnica de elección para la estabilización de la fractura.