

CAPÍTULO II

AFECCIONES TRAUMÁTICAS

AFECCIONES TRAUMÁTICAS

1. Lesiones de los Tejidos Blandos
 - Contusiones
 - Heridas
 - Lesiones Ligamentosas
 - Lesiones Músculo Tendinosas
2. Lesiones de la Columna Vertebral
3. Lesiones del Miembro Superior
4. Lesiones del Miembro Inferior
5. Fracturas Expuestas
6. Fracutras Patológicas

1. LESIONES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

1.1 Contusiones

PREGUNTAS

306. El tratamiento del hematoma que suele presentarse en las contusiones es:

- a) Conservador b) Según su volumen c) De acuerdo al dolor

307. En las contusiones, los antibióticos son de indicación:

- a) Obligada b) Condicional c) Infrecuente

308. Los signos más característicos en una contusión son:

- a) Equímosis b) Impotencia funcional severa c) a y b

309. La causa de las contusiones generalmente es por:

- a) Traumas indirectos b) Torceduras c) Ninguna de las dos

310. En las contusiones el dolor suele ser:

- a) Continuo b) Local c) Difuso

Contusiones

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 86

SINOPSIS 53

CARACTERÍSTICAS

- Son producidas por traumas directos
- Determinan hemorragia local que se manifiesta por equímosis y hematomas
- Los síntomas y signos son, además de los mencionados:
 - * Dolor local
 - * Tumefacción
 - * Impotencia funcional variable
- La evolución generalmente es favorable
- El hematoma, cuando existe, puede:
 - * Reabsorberse
 - * Organizarse
 - * Calcificarse
 - * Infectarse

TRATAMIENTO

- Generalmente es conservador: antálgicos, anti-inflamatorios y antibióticos condicionales
- El hematoma, cuando es grande, debe ser evacuado por punción o incisión

1.2 Heridas

PREGUNTAS

311. En las heridas sangrantes, la primera medida es la:
- Exploración
 - Limpieza de la piel
 - Sutura
312. La sutura de una herida debe hacerse:
- Según las condiciones de la piel
 - Siempre
 - De acuerdo al dolor existente
313. Lo característico en las heridas es el:
- Sangrado
 - Dolor
 - a y b
314. Para suturar una herida hay que tomar en cuenta principalmente:
- El tiempo transcurrido
 - La edad y el sexo
 - Ninguno
315. Las heridas pueden ser:
- Contusas y por torsión
 - Con pérdida de sustancia
 - a y b

SINOPSIS 54

CARACTERÍSTICAS

- Son soluciones de continuidad de la piel
- Se producen por la acción violenta de elementos contundentes, punzocortantes, etc.
- Las heridas pueden ser:
 - * Contusas
 - * Cortantes
 - * Con pérdida de sustancia
 - * Limpias
 - * Infectadas
 - * Punzantes
 - * Desgarrantes
 - * Por arma de fuego
 - * Contaminadas
 - * Etc.
- Además de las heridas también puede haber lesión:
 - * Vascular y nerviosa
 - * Muscular y tendinosa
 - * Ósea y articular
- Clínicamente se registra:
 - * Dolor local
 - * Sangrado variable

TRATAMIENTO

- Inicialmente: cohibir la hemorragia, aliviar el dolor y prevenir la infección
- Luego: Sutura, que se realiza según:
 - * Las condiciones de la piel
 - * El tiempo transcurrido



GRÁFICO 20: HERIDA DESGARRANTE EN EL HOMBRO Y TERCIO SUPERIOR DEL BRAZO

Con compromiso de piel, celular subcutáneo y músculo deltoides.

Heridas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 86

1.3 Lesiones Ligamentosas

PREGUNTAS

316. En las lesiones ligamentarias con ruptura parcial está indicada inicialmente la:
- Punción articular
 - Inmovilización
 - Reparación quirúrgica
317. El “bostezo” articular es un signo que corresponde a la lesión ligamentaria:
- Total
 - Parcial
 - Ambas
318. La radiografía es importante en las lesiones ligamentarias porque sirve para precisar si existen:
- Arrancamientos óseos
 - Bostezo articular
 - a y b
319. La lesión ligamentaria severa en caso de avulsión, se diagnostica porque existe:
- Movilidad anormal
 - Lesión ósea
 - Hemartrosis
320. La radiografía es importante en las lesiones ligamentarias porque sirve para precisar si existen:
- Arrancamientos óseos
 - Bostezo articular
 - a y b

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 86

SINOPSIS 55

CARACTERÍSTICAS

- Se producen por torceduras y movimientos articulares exagerados
- Según su gravedad las rupturas son parciales y completas
- Las localizaciones más comunes son:
 - * Tobillo
 - * Rodilla
 - * Columna vertebral
- Clínicamente se registra:
 - * Dolor
 - * Hemartrosis
 - * “Bostezo” y “cajón”, condicionales
 - * Tumefacción
 - * Limitación funcional
- En la radiografía se evidencia:
 - * El bostezo en las rupturas totales
 - * Arrancamientos óseos en las avulsiones

TRATAMIENTO

- Conservador: antálgicos y anti-inflamatorios. Punción evacuante en las hemartrosis
- Inmovilización en las rupturas parciales
- Quirúrgico: reparación del ligamento en la ruptura total, seguida de inmovilización
- Fisioterapia precoz

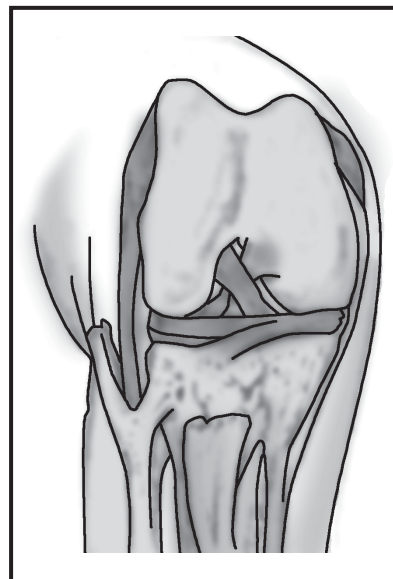


GRÁFICO 21: LESIONES LIGAMENTOSAS A NIVEL DE RODILLA

Ocupan el segundo lugar en frecuencia, después de las del tobillo

1.4 Lesiones Músculo - Tendinosas (1)

PREGUNTAS

321. La ruptura muscular se produce por:
- Distensión brusca
 - Contracción violenta
 - a y b
322. La ruptura tendinosa es causada por un trauma:
- Directo
 - Indirecto
 - Ninguno de los dos
323. En la distensión muscular existe una ruptura:
- Parcial
 - Fibrilar
 - Ambas
324. Las distensiones musculares más frecuentes se presentan a nivel:
- Cérvico-dorsal
 - Lumbar
 - Braquial
325. Las rupturas tendinosas generalmente son:
- Completas
 - Debidas a arrancamiento
 - Parciales

SINOPSIS 56

CARACTERÍSTICAS

- Comprenden la distensión muscular, ruptura muscular completa y la ruptura tendinosa
- Se producen generalmente por una contracción muscular brusca o una distensión músculo-tendinosa súbita
- La distensión muscular es una lesión que corresponde a una ruptura parcial o fibrilar y la ruptura muscular es una interrupción completa de la continuidad del músculo
- Las distensiones más frecuentes son las lumbares, de la pantorrilla y del muslo
- Las rupturas tendinosas son también, generalmente, completas

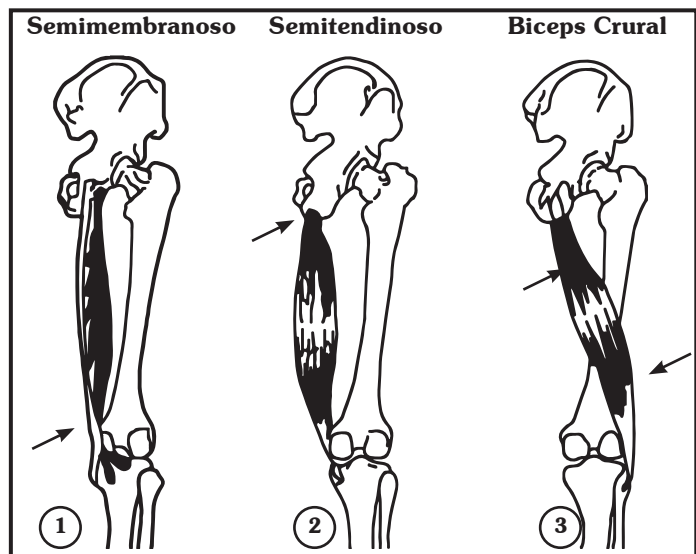


GRÁFICO 22: LESIONES MÚSCULO-TENDINOSAS

- Del semimembranoso a nivel distal;
- Del semitendinoso a nivel proximal y
- Del bíceps crural a nivel muscular

Lesiones músculo - tendinosas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 86

1.4 Lesiones Músculo - Tendinosas (2)

PREGUNTAS

326. Las rupturas músculo-tendinosas más comunes se presentan a nivel:
- a) Tendinoso b) Muscular c) De la inserción
327. Los tendones que mayormente sufren ruptura a nivel de la mano son el:
- a) Flexor superficial de los dedos b) Extensor común c) Flexor profundo
328. Los músculos que con más frecuencia presentan ruptura son:
- a) Bíceps b) Tríceps c) Cuádriceps
329. Generalmente la ruptura del tendón de Aquiles se manifiesta por:
- a) Sensación de golpe y chasquido b) Dolor y tumefacción c) a y b
330. El tratamiento de las rupturas tendinosas completas es mayormente:
- a) Inmovilizaciones con yeso b) Antálgicos y anti-flamatorios c) Quirúrgico

SINOPSIS 57

CARACTERÍSTICAS

- Las rupturas tendinosas y musculares más comunes son:
 - * Del tendón extensor largo de los dedos, que determina el “dedo en martillo”
 - * Del soleo y gemelos y del tendón de Aquiles
 - * Del cuádriceps, tendón cuadrícipital y tendón rotuliano
 - * Tendón del supraespinoso
 - * Tendón del bíceps braquial
- Las manifestaciones clínicas son:
 - * Sensación de golpe, chasquido, en el momento de la lesión (tendón de Aquiles)
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Disminución o falta de fuerza
 - * Tumorción en músculos lesionados, hematoma
 - * Depresión en tendón: ruptura

TRATAMIENTO

- Conservador: antálgicos – anti-inflamatorios y reposo en las distensiones simples
- Reparación quirúrgica seguida de inmovilización, en las rupturas completas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 86

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre Afecciones Traumáticas

- 306. b) Según su volumen
- 307. b) Condicional
- 308. a) Equímosis
- 309. c) Ninguno
- 310. b) Local
- 311. b) Limpieza de la piel
- 312. a) Según las condiciones de la piel
- 313. c) a y b
- 314. a) El tiempo transcurrido
- 315. b) Con pérdida de sustancia
- 316. b) Inmovilización
- 317. a) Total
- 318. c) Rodilla
- 319. b) Lesión ósea
- 320. c) a y b
- 321. c) a y b
- 322. b) Indirecto
- 323. c) Ambas
- 324. b) Lumbar
- 325. a) Completas
- 326. a) Tendinoso
- 327. b) Extensor común
- 328. c) Cuádriceps
- 329. a) Sensación de golpe y chasquido
- 330. c) Quirúrgico

2. LESIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Fractura de la apófisis transversa

PREGUNTAS

331. Las fracturas de las apófisis transversas afectan predominantemente al sector:
- a) Cervical b) Lumbar c) Dorsal
332. El mecanismo de producción de las fracturas de apófisis transversa es:
- a) Directo b) Indirecto c) Ambos
333. El músculo que tiene importancia principal en la producción de las fracturas de apófisis transversas es el:
- a) Cuadrado b) Trapecio c) Angular
334. Son manifestaciones de las fracturas de apófisis transversas:
- a) Los crujidos b) La limitación funcional c) La escoliosis
335. En el tratamiento de las fracturas de las apófisis transversas se indica:
- a) Reposo b) Corsé c) a y b

Fractura de la Apófisis Transversa

SINOPSIS 58

CARACTERÍSTICAS

- Mayormente se localizan en el sector lumbar
- Se producen por la contracción brusca del músculo cuadrado
- Se manifiestan por:
 - * Dolor a la presión y movimientos
 - * Limitación funcional
- Con la radiografía se precisa:
 - * La localización de la fractura y
 - * El número de fragmentos y la separación de las apófisis afectadas

TRATAMIENTO

- Según el número de apófisis fracturadas es:
 - * Reposo en cama por 2 semanas
 - * Vendaje adhesivo renovable o
 - * Corsé de yeso por un mes
 - * Fisioterapia, posteriormente

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

Fracturas de las Apófisis Espinosas de la columna

PREGUNTAS

336. Las fracturas de las apófisis espinosas se localizan principalmente en el sector:

- a) Cervical b) Cérvico dorsal c) Lumbar

337. El mecanismo de producción de las fracturas de las apófisis espinosas es:

- a) Directo e indirecto b) Por compresión y aplastamiento
c) Ambos

338. Las fracturas de las apófisis espinosas se manifiestan por:

- a) Chasquido inicial y dolor b) Dolor a la presión y parestesias
c) Hiperestesia y limitación funcional

339. La radiografía en las fracturas de apófisis espinosas revela:

- a) Ascenso fragmentario b) Descenso fragmentario
c) Separación de los fragmentos

340. El tratamiento de las fracturas de las apófisis espinosas recientes es:

- a) Conservador b) Quirúrgico c) Ambos

SINOPSIS 59

CARACTERÍSTICAS

- Su localización preferente compromete a:
 - * La columna cervical, y
 - * Las primeras dorsales
- Se producen por:
 - * Trauma directo o
 - * Contracción muscular brusca, estando la columna en flexión
- Clínicamente se comprueba:
 - * Chasquido, a veces, en el momento del accidente
 - * Dolor a la presión y movimientos
 - * Limitación funcional
- La radiografía revela la ubicación, número y separación de las apófisis fracturadas

TRATAMIENTO

- Conservador: inmovilización con vendaje adhesivo o corsé de yeso, por un mes
- Quirúrgico: cuando el dolor es persistente, resección de las apófisis fracturadas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

Fractura de las Apófisis Articulares de la columna

PREGUNTAS

341. Las fracturas de las apófisis articulares de la columna se presentan:
- a) En forma independiente b) Conjuntamente con fractura del pedículo
c) En las luxofracturas del raquis
342. Las fracturas luxaciones interapofisarias de la columna se presentan:
- a) Con enganche apofisario b) Sin enganche c) a y b
343. Las fracturas de las apófisis articulares de la columna se asocian comúnmente con fracturas de las apófisis:
- a) Transversas b) Espinosas c) Ninguna
344. Radiográficamente se comprueba que las fracturas de las apófisis de la columna se presentan con luxación:
- a) No b) Rara vez c) Con frecuencia
345. El tratamiento de las fracturas de las apófisis articulares de la columna corresponde al tratamiento de:
- a) La fractura misma b) La luxofractura de columna
c) Las complicaciones

Fractura de las Apófisis Articulares

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

SINOPSIS 60

CARACTERÍSTICAS

- Las fracturas articulares de la columna se presentan en las luxofracturas
- Cuando existe luxación, esta puede ser con enganche y sin enganche apofisario
- Clínicamente existe:
 - * Dolor
 - * Limitación funcional
- Con las radiografías frontal y lateral no se precisa el diagnóstico fácilmente. Es necesaria la toma de una incidencia oblicua para que la fractura se haga visible

TRATAMIENTO

- Corresponde al de la luxofractura coexistente

Lesiones de Atlas - 1

PREGUNTAS

346. Las lesiones del Atlas comprenden:

- a) Las fracturas y luxaciones de la primera cervical b) La luxofractura atlóido-axoidea
c) a y b

347. Las fracturas del Atlas afectan preferentemente a:

- a) Los arcos anterior y posterior b) Las masas laterales
c) El arco anterior y masas laterales

348. Las fracturas del Atlas se producen por movimientos violentos de:

- a) Rotación b) Hiperflexión e hiperextensión
c) Lateralidad

349. En las luxofracturas del Atlas hay lesión de los ligamentos:

- a) Atlóido-axoideo y occípito-axoideo b) Occípito-axoideo y occípito-atlóideo y transverso
c) a y b

350. En las luxofracturas del Atlas se presentan:

- a) Fractura de la odontoide y ruptura del ligamento transverso
b) Ruptura de los ligamentos atlóido-axoideo y occípito-axoideo
c) a y b

SINOPSIS 61

Lesiones de Atlas 1

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

CARACTERÍSTICAS

- Las lesiones del atlas comprenden las fracturas, luxaciones y luxofracturas de la 1° vértebra cervical
- Las fracturas del atlas:
 - * Afectan preferentemente a los arcos anterior y posterior
- Se producen por:
 - * Movimientos violentos en hiperflexión o hiperextensión y
 - * Compresión longitudinal: en caídas de cabeza
- Las luxaciones y luxofracturas se producen por:
 - * Ruptura de los ligamentos atlóido-axoideo, occípito-axoideo y transverso (luxación) y
 - * Ruptura de los dos primeros ligamentos y fractura de la apófisis odontoides (luxofractura)

Lesiones de Atlas - 2

PREGUNTAS

351. En las lesiones del Atlas clínicamente se registra siempre:
- a) Rigidez cérvico-dorsal b) Dolor y contractura cervical
c) Disfagia y parestesias
352. En las lesiones del Atlas es frecuente encontrar:
- a) Dolor y limitación funcional b) Hiperestesia o anestesia sub-occipital
c) Contractura muscular e hipo estesia
353. En las fracturas del Atlas preferentemente están indicadas las radiografías:
- a) Frontal y lateral b) Trans-oral y sub-occipital
c) Lateral y oblicuas
354. En las fracturas del Atlas, la radiografía trans-oral muestra el compromiso de:
- a) Los arcos anterior y posterior b) La apófisis odontoide
c) a y b
355. En las lesiones del Atlas la radiografía lateral revela principalmente:
- a) La fractura de las masas laterales
b) El grado de desplazamiento en las luxofracturas
c) La fractura del arco posterior

SINOPSIS 62

CARACTERÍSTICAS

- En las lesiones del atlas, clínicamente se registra:
 - * Dolor espontáneo a la presión y al movimiento
 - * Contractura, rigidez y limitación funcional en el cuello
 - * A veces: disfagia, parestesias, hiperestesia, hipoestesia y anestesia, en el territorio del suboccipital
- Las radiografías tomadas en las incidencias lateral, trans-oral y suboccipital permiten precisar:
 - * La ubicación de la lesión
 - * La separación de las masas laterales, en las fracturas de los arcos anterior y posterior
 - * El grado de desplazamiento en las luxaciones y luxofracturas
 - * La fractura de la odontoides y la pseudoartrosis, cuando existe

Lesiones de Atlas 2

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

Lesiones de Atlas - 3

PREGUNTAS

356. Entre las lesiones del Atlas, de evolución más desfavorable están:

- a) Las fracturas de los arcos b) Las luxaciones c) Las luxofracturas

357. La muerte como complicación de las lesiones del Atlas se presenta en las:

- a) Luxaciones b) Fracturas de los arcos c) Fracturas de las masas laterales

358. Las neuralgias del suboccipital como complicación de las lesiones del Atlas se presentan:

- a) Frecuentemente b) Precozmente c) Tardíamente

359. El tratamiento de las fracturas del Atlas mayormente comprende:

- a) Tracción y fisioterapia de inicio b) Minerva de yeso
c) Reposo absoluto en cama

360. En las luxofracturas cervicales del Atlas la reducción se realiza:

- a) Progresivamente, con tracción b) En forma inmediata, bajo anestesia
c) a y b

Lesiones de Atlas 3

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

SINOPSIS 63

CARACTERÍSTICAS

- La evolución es más favorable en las luxofracturas que en las luxaciones
- Las complicaciones son:
 - * La muerte, en el caso de luxación de la apófisis odontoides, por compresión bulbar
 - * La neuralgia sub-occipital por luxación progresiva, en casos no tratados

TRATAMIENTO

- Inmovilización por tres meses con minerva de yeso, precedida o no de tracción y seguida de fisioterapia, en las fracturas del atlas
- Reducción progresiva, con tracción, por 15 días o reducción inmediata, bajo anestesia, seguida de inmovilización con minerva por 3 meses, en las luxaciones y luxofracturas, en extensión o en flexión y rotación neutra, según los casos

Lesiones del Axis

PREGUNTAS

361. Las lesiones del axis comprenden la:
- a) Luxo-fractura de la odontoide y del arco anterior
 - b) Fractura del cuerpo
 - c) Fractura de los arcos
362. La fractura de la apófisis odontoide se produce por mecanismo de:
- a) Hiperflexión
 - b) Inclínación lateral y rotación
 - c) Hiperextensión
363. La luxación del axis ocurre por ruptura de los ligamentos:
- a) Occípito-axoideo y transversal
 - b) Occípito-odontoideo
 - c) Ambos
364. Las manifestaciones clínicas de las lesiones del axis son:
- a) Crujido y dolor
 - b) Dolor y limitación funcional
 - c) Hiperlordosis cervical
365. El tratamiento de las lesiones recientes del axis requiere de primeración intención de:
- a) Tracción
 - b) Yeso
 - c) Estabilización quirúrgica

SINOPSIS 64

CARACTERÍSTICAS

- Comprenden las fracturas del cuerpo y de la apófisis odontoide y la luxación simple
- El mecanismo de la fractura de la apófisis odontoide es por hiperflexión cefálica
- La causa de la luxación es la ruptura de los ligamentos occípito-axoideo, occípito-odontoideo y transversal
- Las manifestaciones clínicas son el dolor y la limitación funcional
- En la radiografía se precisa la localización y tipo de lesión
- Las complicaciones son:
 - * La muerte, en la luxación pura
 - * La pseudoartrosis de la odontoide, sin mayor transcendencia

TRATAMIENTO

- En las lesiones recientes: tracción por 15 días y yeso, por 3 meses
- En lesiones antiguas, con desplazamiento progresivo y manifestaciones neurológicas: artrodesis

Lesiones del Axis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

Lesiones Cervicales bajas

PREGUNTAS

366. Las lesiones cervicales bajas son predominantes a nivel de:
- a) C3 – C4 b) C4 – C5 c) C6 - C7
367. El mecanismo de producción de las lesiones cervicales bajas es por:
- a) Flexión b) Hiperflexión c) a y b
368. Las fracturas cervicales bajas pueden ser:
- a) Por compresión y cizallamiento b) Conminutas, por compresión
c) Por acuñamiento y entallamiento
369. Las lesiones cervicales bajas se suelen asociar o complicar con lesiones:
- a) Cerebrales b) Medulares y radicales c) a y b
370. En el tratamiento de las luxofracturas cervicales bajas la tracción se prolonga generalmente por:
- a) 7 días b) 15 días c) 30 días

SINOPSIS 65

CARACTERÍSTICAS

- Comprenden fracturas, luxaciones y luxofracturas
- Predominan a nivel de C4 y C5 en razón de la morfología y mayor movilidad del sector
- Se producen por el mecanismo de flexión e hiperflexión
- Las fracturas pueden ser:
 - * Por compresión
 - * Conminutas
 - * Asociadas a lesiones cerebrales. Pueden complicarse con lesiones medulares y radicales, reversibles e irreversibles
- Clínicamente se registra:
 - * Dolor
 - * Contractura
 - * Rigidez
 - * Limitación
- Las radiografías frontales y laterales, en flexión y extensión, permiten precisar:
 - * La localización y tipo de lesión
 - * El desplazamiento y estabilidad vertebral

TRATAMIENTO

- En caso de fracturas: yeso minerva por 3 meses, precedido o no de tracción
- En las luxofracturas: tracción por 30 días y luego yeso minerva, por 3 meses

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

Lesiones de la Columna Dorsal alta

PREGUNTAS

371. El mecanismo de producción de las fracturas de la columna dorsal alta es por:
- a) Flexión b) Hiperflexión c) Hiperextensión
372. Las fracturas de la columna dorsal alta son generalmente:
- a) Por compresión b) Conminutas c) a y b
373. El accidente causal de las fracturas dorsales altas es:
- a) Deportivo b) De aviación c) De carretera
374. Las fracturas dorsales altas se presentan:
- a) Con frecuencia b) Rara vez c) En las caídas de altura
375. El tratamiento de las fracturas dorsales altas es con:
- a) Tracción cefálica en extensión b) Minerva de yeso en flexión
c) Corsé alto de yeso en hiperextensión

Lesiones de la Columna Dorsal alta

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

SINOPSIS 66

CARACTERÍSTICAS

- Son fracturas de presentación rara por la morfología vertebral y escasa movilidad del sector
- Su mecanismo de producción es por flexión
- Se produce deformación en cuña del cuerpo vertebral, por compresión
- Se presentan:
 - * En los pilotos, en los accidentes de aviación y
 - * En el electro-shock
- Clínicamente se registra:
 - * Dolor
 - * Limitación funcional
- La radiografía precisa:
 - * La localización
 - * La deformidad

TRATAMIENTO

Inmovilización con yeso corsé alto en hiperextensión, siguiendo las técnicas de “las dos mesas” o “suspensión podálica”

Lesiones de la Columna Dorso-Lumbar sin complicaciones neurológicas - 1

PREGUNTAS

376. Las fracturas dorso-lumbares sin compromiso neurológico por su frecuencia, ocupan entre las lesiones de columna el:

- a) 1° lugar
- b) 2° lugar
- c) 3° lugar

377. Las lesiones dorso lumbares se presentan por:

- a) Caídas de pie o de asiento
- b) Traumas indirectos
- c) a y b

378. El mecanismo de producción de las lesiones dorso-lumbares sin compromiso neurológico es por:

- a) Flexión y rotación
- b) Compresión y flexión
- c) Rotación y compresión

379. En las fracturas dorso lumbares por aplastamiento, sin compromiso neurológico, predomina el mecanismo de:

- a) Flexión
- b) Extensión
- c) Hiperextensión

380. En las lesiones dorso-lumbares, sin compromiso neurológico, se afecta mayormente el arco posterior en las fracturas:

- a) Por aplastamiento
- b) Conminutas
- c) Por hiperextensión

SINOPSIS 67

CARACTERÍSTICAS

- Son las lesiones más frecuentes de la columna vertebral
- Comprenden las fracturas y las luxofracturas
- Son debidas a:
 - * Caídas de pie o sentado y
 - * Traumas violentos sobre hombros o columna dorsal alta
- Su mecanismo de producción es indirecto por compresión y/o por flexión. A veces por hiperextensión
- Según que predomine el mecanismo de compresión y flexión se registran:
 - * Fractura por aplastamiento (60%) con deformidad del cuerpo vertebral
 - * Fracturas conminutas, con o sin desplazamiento de fragmentos (20%), con lesión del disco y del arco posterior
 - * Luxo-fracturas, con deformidad y desplazamiento fracturario (20%)
 - * Fracturas por arrancamiento ligamentario anterior del cuerpo, por hiperextensión vertebral

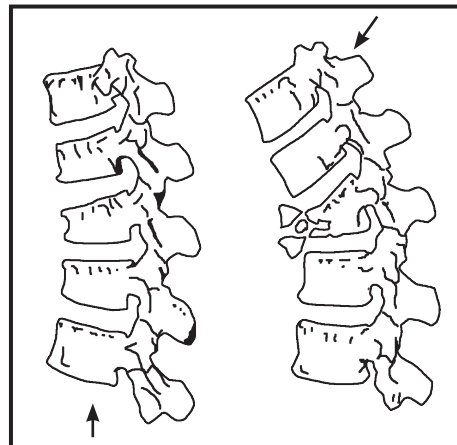


GRÁFICO 23.1: FRACTURAS DE COLUMNA DORSO-LUMBAR DE LOS CUERPOS VERTEBRALES:

- 1- En cuña por compresión vertical
- 2- Fractura luxación con desplazamiento hacia adelante

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

Lesiones de la Columna Dorso-Lumbar sin complicaciones neurológicas - 2

PREGUNTAS

381. Son manifestaciones clínicas de las lesiones de la columna dorso-lumbar sin complicación neurológica:
- El aplanamiento lumbar
 - La escoliosis
 - La xifosis dorsal con parestesias
382. Son manifestaciones clínicas de las lesiones de la columna dorso lumbar sin complicación neurológica:
- Hiperlordosis lumbar
 - Xifo-escoliosis dorsal
 - Limitación funcional
383. La evolución en las lesiones dorso-lumbares sin complicación neurológica es más favorable en las:
- Fracturas por compresión
 - Fracturas conminutas
 - Luxo-fracturas
384. Las secuelas dolorosas se presentan en las lesiones dorso-lumbares sin complicación neurológica, en las:
- Luxo-fracturas
 - Fracturas conminutas
 - a y b
385. El tratamiento en las lesiones dorso-lumbares sin complicación neurológica es quirúrgico en las:
- Secuelas dolorosas
 - Luxo-fracturas
 - Fracturas conminutas

SINOPSIS 68

CARACTERÍSTICAS

- Sus manifestaciones clínicas son:
 - * Xifosis dorsal y aplanamiento lumbar
 - * Dolor
 - * Limitación funcional
 - * Signos neurológicos ausentes
- La radiografía precisa el diagnóstico y orienta en el pronóstico y tratamiento
- La evolución es generalmente:
 - * Favorable en las fracturas por compresión
 - * Con secuelas dolorosas, en las fracturas conminutas y luxofracturas

TRATAMIENTO

- La atención se inicia desde el traslado del paciente, que debe ser en decúbito ventral
- Corsé de yeso, con o sin tracción previa, por cinco o más meses: en cama 1 mes y caminando 4 meses más
- Fisioterapia permanente
- Artrodesis en las secuelas dolorosas

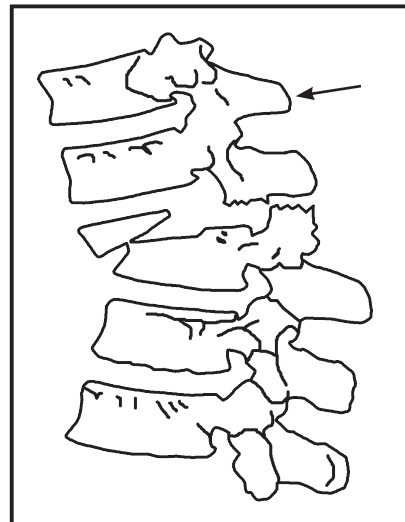


GRÁFICO 23.2 FRACTURA DE LA COLUMNA DORSO-LUMBAR

Con desplazamiento hacia delante y lesión de las articulaciones apofisarias

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

Lesiones de la Columna Dorso-Lumbar con complicaciones neurológicas - 1

PREGUNTAS

386. De las lesiones dorso-lumbares con complicación neurológica las más frecuentes son las:
- a) Luxaciones puras b) Luxo-fracturas c) Fracturas del cuerpo vertebral
387. Las luxofracturas dorso-lumbares con compromiso neurológico suelen acompañarse de fracturas de las apófisis:
- a) Espinosas b) Articulares c) Transversas
388. Las fracturas del cuerpo vertebral en las lesiones dorso-lumbares con complicación neurológica pueden ser:
- a) Conminutas b) Con aplastamiento simple c) a y b
389. La lesión medular en las fracturas dorso-lumbares es debida a:
- a) Sección b) Elongación c) Ambas
390. La lesión medular en las fracturas dorso-lumbares se presenta:
- a) Inicial y tardíamente b) Sólo inicialmente c) Sólo tardíamente

SINOPSIS 69

CARACTERÍSTICAS

- Puede tratarse de:
 - * Fracturas –luxaciones por flexión
 - * Fracturas del cuerpo vertebral
 - * Luxaciones puras
- Las fracturas luxaciones son las más frecuentes
- Las fracturas luxaciones pueden estar acompañadas de fracturas de las apófisis articulares
- Las fracturas del cuerpo vertebral pueden ser:
 - * Con aplastamiento simple, y
 - * Conminutas con desplazamiento fragmentario posterior
- Las complicaciones neurológicas comprometen a la médula o a la cola de caballo
- La lesión medular puede presentarse:
 - * Inicialmente
 - * Tardíamente
- La lesión medular inicial se presenta en las fracturas conminutas con desplazamiento fragmentario posterior, que produce compresión o sección del neuro-eje
- La lesión medular inicial también se produce por conmoción o elongación, en las fracturas por flexión a nivel dorsal
- La lesión medular tardía se presenta por compresión determinada por el callo óseo o desplazamientos progresivos

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

Lesiones de la Columna Dorso-Lumbar con complicaciones neurológicas - 2

PREGUNTAS

391. El pronóstico en las lesiones dorso-lumbares con complicación neurológica es menos severo en las luxofracturas:
- a) Por flexión b) Conminutas c) a y b
392. En las luxofracturas dorso-lumbares la complicación neurológica se presenta, aun con desplazamientos menores, en las localizaciones:
- a) Altas b) Intermedias c) Bajas
393. En las luxofracturas dorso-lumbares con complicación neurológica la reducción debe ser:
- a) Inmediata b) Progresiva c) Indiferente
394. La reducción quirúrgica en las luxofracturas dorso-lumbares con complicación neurológica debe hacerse:
- a) Inicialmente b) Previo intento de reducción c) Posteriormente incruenta
395. Inicialmente la inmovilización en las lesiones dorso-lumbares con complicaciones neurológicas se realiza:
- a) Con corsé alto b) En lecho de yeso c) Con minerva-corsé

SINOPSIS 70

CARACTERÍSTICAS

- El pronóstico de las lesiones de la columna dorso-lumbar con complicaciones neurológicas:
 - * Es mejor en los casos de fracturas luxaciones por flexión
 - * Es menos favorable en:
 - Fracturas conminutas del cuerpo vertebral con desplazamiento fragmentario posterior
 - Luxaciones y luxofracturas altas, dorsales, aun con desplazamiento menor, por la estrechez del canal raquídeo

TRATAMIENTO

- La atención del paciente comienza desde el momento del traslado, para evitar mayores complicaciones
- La reducción del desplazamiento puede ser, según los casos:
 - * Inmediata o
 - * Progresiva, con tracción continua
- La reducción quirúrgica, procede en las luxofracturas irreductibles por medios incruentos
- La inmovilización es con lecho de yeso o corsé removible
- Es importante desde el inicio la atención preventiva de escaras, infección urinaria, contracturas y deformidades

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

Lesiones del Disco Intervertebral - 1

PREGUNTAS

396. La lesión discal se presenta mayormente en el sector:

- a) Cérvico-dorsal b) Dorso-lumbar c) Lumbar

397. Las hernias discales se presentan en personas:

- a) Sin patología discal previa b) Con signos degenerativos del disco
c) Con antecedentes de fractura vertebral

398. En la protrusión del núcleo pulposo el anillo fibroso se encuentra:

- a) Normal b) Afectado c) Roto

399. La compresión radicular en la hernia discal es a nivel:

- a) De la “cola de caballo” b) Del agujero de conjugación c) a y b

400. Los síntomas de hernia discal generalmente se hacen presentes al realizar:

- a) La flexión de columna b) El levantamiento de un peso c) La hiperextensión lumbar

SINOPSIS 71

CARACTERÍSTICAS

- La lesión discal se presenta con más frecuencia en los sectores:
 - * Lumbar y
 - * Cervical
- Estas lesiones ocurren en personas que generalmente ya tienen signos de degeneración discal
- Se mencionan dos tipos de lesión:
 - * Protrusión del núcleo pulposo, sin ruptura del anillo fibroso
 - * Hernia discal o salida del núcleo: produce la compresión radicular, dentro o fuera del canal raquídeo
- La compresión de la raíz puede ser:
 - * En la “cola de caballo”
 - * Lateralmente
 - * En el agujero de conjugación
- El mecanismo de producción de la protrusión o hernia del núcleo es generalmente la realización de un gran esfuerzo al levantar un peso

Lesiones del Disco Intervertebral 1

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

Lesiones del Disco Intervertebral - 2

PREGUNTAS

401. Lo característico en las lesiones discales es el dolor:

- a) Localizado b) Irrradiado c) Referido

402. En las hernias discales cervicales la actitud de la columna más frecuente es en:

- a) Xifo-escoliosis b) Escoliosis y aplanamiento c) Hiperlordosis

403. Para precisar el nivel de la hernia tiene importancia especial:

- a) La radiografía b) La electromiografía c) a y b

404. El tratamiento preferencial de las hernias discales en etapa aguda es:

- a) Reposo b) Corsé c) Quirúrgico

405. El tratamiento quirúrgico de las hernias discales consiste en la:

- a) Reducción b) Extirpación c) a y b

Lesiones del Disco Intervertebral 2

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 102

SINOPSIS 72

CARACTERÍSTICAS

- Según su localización, cervical o lumbar, las manifestaciones clínicas de las lesiones discales son:
 - * Cervicobraquialgias o lumbociatalgias
 - * Aplanamiento cervical o lumbar
 - * Escoliosis-contractura para-vertebral alta o baja
 - * Limitación funcional
 - * Parestesias, hiperestesia, hipoestesia, anestesia, paresias o parálisis, en el territorio de las raíces afectadas
- El estudio radiográfico y la electromiografía especialmente ayudan a precisar la localización de la hernia

TRATAMIENTO

Según la severidad del dolor y el momento evolutivo, se indica:

- Reposo en cama en posición de relajación
- Tracción cervical o pélvica
- Collarín o corsé ortopédico
- Fisioterapia
- Cirugía
- Extirpación del núcleo prolapsado
- Artrodesis

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Lesiones de la Columna Vertebral

- | | |
|--|---|
| 331. b) Lumbar | 367. c) a y b |
| 332. b) Indirecto | 368. b) Conminutas, por compresión |
| 333. a) Cuadrado | 369. c) a y b |
| 334. b) La limitación funcional | 370. c) 30 días |
| 335. c) a y b | 371. a) Flexión |
| 336. b) Cérvico-dorsal | 372. a) Por compresión |
| 337. a) Directo e indirecto | 373. b) De aviación |
| 338. a) Chasquido inicial y dolor | 374. c) En las caídas de altura |
| 339. c) Separación de los fragmentos | 375. c) Corsé alto de yeso en hiperextensión |
| 340. a) Conservador | 376. a) 1º lugar |
| 341. c) En las luxofracturas del raquis | 377. c) a y b |
| 342. c) a y b | 378. b) Compresión y flexión |
| 343. c) Ninguna | 379. a) Flexión |
| 344. a) No | 380. b) Conminutas |
| 345. b) La luxofractura de columna | 381. a) El aplanamiento lumbar |
| 346. a) Las fracturas y luxaciones de la primera cervical | 382. c) Limitación funcional |
| 347. a) Los arcos anterior y posterior | 383. a) Fracturas por compresión |
| 348. b) Hiperflexión o hiperextensión | 384. c) a y b |
| 349. a) Atlóido axoideo y occípito-axoideo | 385. a) Secuelas dolorosas |
| 350. b) Ruptura de los ligamentos atlóido-axoideo y occípito-axoideo | 386. b) Luxofracturas |
| 351. b) Dolor y contractura cervical | 387. b) Articulares |
| 352. a) Dolor y limitación funcional | 388. c) a y b |
| 353. b) Trans-oral y sub-occipital | 389. c) Ambas |
| 354. c) a y b | 390. a) Inicial y tardíamente |
| 355. b) El grado de desplazamiento en las luxofracturas | 391. a) Por flexión |
| 356. b) Las luxaciones | 392. a) Altas |
| 357. a) Luxaciones | 393. c) a y b |
| 358. c) Tardíamente | 394. b) Previo intento de reducción incruenta |
| 359. b) Minerva de yeso | 395. b) En lecho de yeso |
| 360. c) a ó b | 396. c) Lumbar |
| 361. b) Fractura del cuerpo | 397. b) Con signos degenerativos del disco |
| 362. a) Hiperflexión | 398. b) Afectado |
| 363. c) Ambos | 399. c) a y b |
| 364. b) Dolor y Limitación funcional | 400. b) El levantamiento de un peso |
| 365. a) Tracción | 401. b) Irradiado |
| 366. b) C4 – C5 | 402. b) Escoliosis y aplanamiento |
| | 403. c) a y b |
| | 404. a) Reposo |
| | 405. b) Extirpación |

3. LESIONES DE MIEMBROS SUPERIORES

Fractura de Clavícula

PREGUNTAS

406. La inmovilización más común que se emplea en las fracturas de clavícula es el:
- a) Vendaje de Velpeau b) Vendaje en ocho c) Yeso toraco-braquial
407. El desplazamiento en las fracturas de clavícula es del fragmento:
- a) Medial b) Lateral c) Ambos
408. La reducción cruenta en el caso de las fracturas de clavícula se indica cuando existe:
- a) Gran desplazamiento b) Tres fragmentos c) Interposición muscular
409. El nivel más afectado en las fracturas de clavícula es el tercio:
- a) Medial o interno b) Lateral c) Medio
410. El mecanismo de producción más común de las fracturas de clavícula es:
- a) La caída sobre el hombro b) La caída sobre la mano c) El trauma directo

SINOPSIS 73

Fractura de Clavícula

CARACTERÍSTICAS

Las fracturas de clavícula:

- Son frecuentes
- Se presentan por caídas sobre el hombro
- El nivel más afectado es el tercio medio
- El tipo de fractura está en relación con la edad:
 - * “Tallo verde”, en niños
 - * A dos o más fragmentos en adultos
- El desplazamiento es de ambos fragmentos, por acción muscular
- Clínicamente se registra:

* Dolor	* Deformidades en las desplazadas
* Inclinación del hombro	
* Impotencia funcional	

TRATAMIENTO

- Mayormente es incruento y comprende la reducción (condicional) y vendaje de Velpeau o en ocho, según la edad. Con más frecuencia, el vendaje en ocho
- La cirugía se indica en las fracturas muy desplazadas o complicadas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura de Escápula

PREGUNTAS

411. Las caídas sobre la mano son causa de fracturas de la escápula en:
- a) El cuello quirúrgico b) La apófisis coracoides c) Falso
412. Los traumas directos pueden producir fracturas de la escápula en:
- a) La glenoides y la coracoides b) El acromion y el cuerpo c) a y b
413. La inclinación del hombro afectado se aprecia en fracturas de escápula localizadas en el:
- a) Cuerpo b) Acromion c) Cuello quirúrgico
414. La crepitación en las fracturas de la escápula se registra particularmente en las localizadas en:
- a) La apófisis coracoides b) El cuello quirúrgico c) El acromion
415. En las fracturas de escápula, el tratamiento con vendaje en ocho se indica en las localizadas en el:
- a) Cuerpo b) Acromion (desplazadas) c) Ninguna de las dos

SINOPSIS 74

CARACTERÍSTICAS

Las fracturas de la escápula:

- Son poco frecuentes
- Su mecanismo de producción es:
 - * Directo, en las fracturas del cuerpo y acromion
 - * Indirecto, por caída sobre la mano, en las fracturas del cuello quirúrgico
 - * Por contracción muscular, en las fracturas de la apófisis coracoides
- Clínicamente se registra:
 - * Dolor
 - * Tumefacción escapular, en las fracturas del cuerpo
 - * Inclinación del hombro en las fracturas del cuello escapular
 - * Crepitación, en las fracturas del cuello quirúrgico
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Generalmente es utilizando vendaje Velpeau o cabestrillo, en las fracturas no desplazadas
- Fisioterapia precoz
- Tracción continua, en abducción, seguida de yeso toraco-braquial, en las fracturas desplazadas del cuello quirúrgico y del acromion
- El tratamiento quirúrgico se plantea en las fracturas desplazadas e inveteradas del acromion

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fracturas del extremo proximal del Húmero y desprendimiento epifisario

PREGUNTAS

416. El tratamiento en las fracturas de la extremidad proximal del húmero es:
- Yeso colgante
 - Yeso toraco-braquial
 - a y b
417. Las fracturas del extremo proximal del húmero se producen por caída con el brazo:
- En aducción
 - Extendido
 - Flexionado
418. Los desprendimientos epifisarios o del extremo proximal del húmero se presentan:
- Hasta los 8 años
 - En la primera década
 - Hasta la segunda década
419. Las fracturas del extremo proximal del húmero son más frecuentes en:
- Adultos jóvenes
 - Menores de 40 años
 - Mayores de 40 años
420. Las fracturas del troquíter se producen por mecanismo:
- Directo
 - Indirecto
 - a y b

SINOPSIS 75

CARACTERÍSTICAS

- Las fracturas son más frecuentes en:
 - * Adultos, mayores de 40 años y en
 - * Niños, hasta la segunda década
- Desprendimientos epifisarios:

Se presentan por caídas con el brazo extendido, con rotación variable
- Los tipos de fractura son:
 - * Por aducción, en niños
 - * Por abducción, en adultos
 - * Por compresión, conminutas, en ancianos
- El trazo de fractura puede ser:
 - * Epifisario
 - * En las tuberosidades
 - * Desprendimientos epifisarios
 - * En el cuello anatómico
 - * En el cuello quirúrgico
- Las fracturas del trocánter pueden ser:
 - * Por compresión contra la glenoides
 - * Por arrancamiento, por el supraespinoso
- Además, las fracturas en general pueden ser:
 - * Estables
 - * Inestables
 - * Sin desplazamiento
 - * Con desplazamiento
- Clínicamente se registra:
 - * Dolor
 - * Deformidad
 - * Movilidad anormal
 - * Equimosis
 - * Angulación
 - * Tumefacción
 - * Acortamiento
 - * Impotencia Funcional

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura del Cuello de Húmero

TRATAMIENTO

- Generalmente es conservador. Según los casos, está indicado:
 - * Cabestrillo
 - * Yeso colgante
 - * Tracción continua y yeso toracobraquial
 - * Reducción cruenta
- Fisioterapia precoz

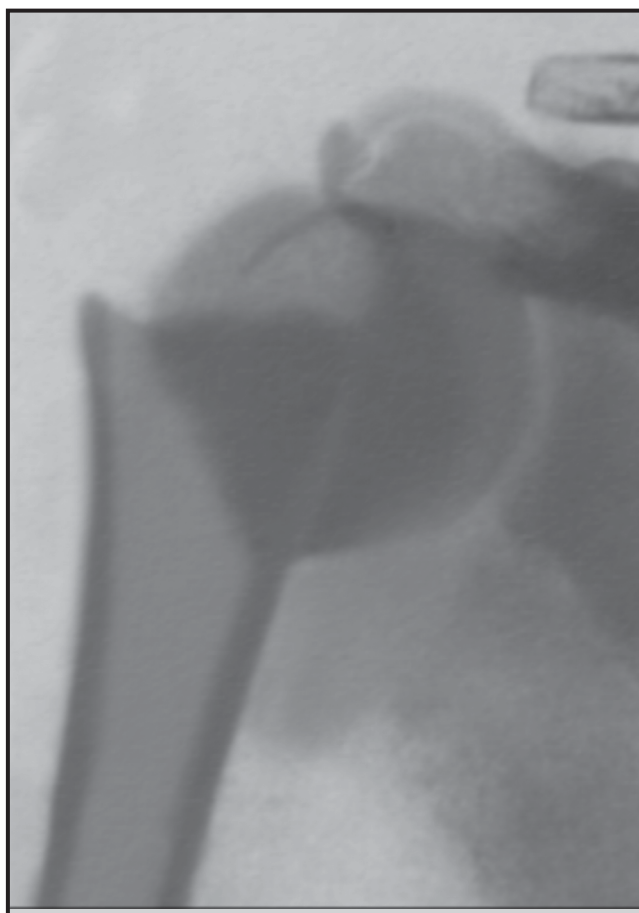


GRÁFICO 24: FRACTURA DEL CUELLO DEL HÚMERO
En aducción, de trazo transversal

Fractura Acromio - Clavicular

PREGUNTAS

421. El tratamiento de la luxación acromio-clavicular es mayormente:
- Reducción cruenta y osteosíntesis
 - Reducción incruenta y vendaje de inmovilización
 - Resección distal de la clavícula
422. En la luxación acromio-clavicular, la radiografía permite:
- Detectar la deformidad
 - Intuir el desplazamiento
 - Verificar el diagnóstico
423. Clínicamente la luxación acromio-clavicular presenta el signo de:
- La “charretera superior”
 - La “tecla”
 - a y b
424. La ruptura de los ligamentos acromio y córaco-clavicular es causa de:
- Luxación
 - Sub-luxación
 - Ambas
425. La luxación acromio-clavicular se produce por caídas:
- Sobre el hombro
 - Apoyando la mano
 - Con el codo extendido

SINOPSIS 76

CARACTERÍSTICAS

- Es relativamente frecuente
- Se produce por caídas violentas sobre el hombro
- La lesión de los ligamentos acromio-claviculares da lugar a que se produzca la subluxación
- La ruptura de los ligamentos acromio-claviculares y córaco-claviculares es causa de luxación. Sus manifestaciones clínicas son:
 - Dolor
 - El signo de la “charretera superior” o del “escalón”
 - El signo de la “tecla de piano”
 - Limitación funcional
- La radiografía verifica el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Mayormente es la reducción incruenta e inmovilización del hombro con vendaje o con yeso tóraco-braquial
- A veces es quirúrgico: reducción cruenta y osteosíntesis o resección de la prominencia distal de la clavícula
- Una reducción defectuosa es compatible con un buen resultado funcional

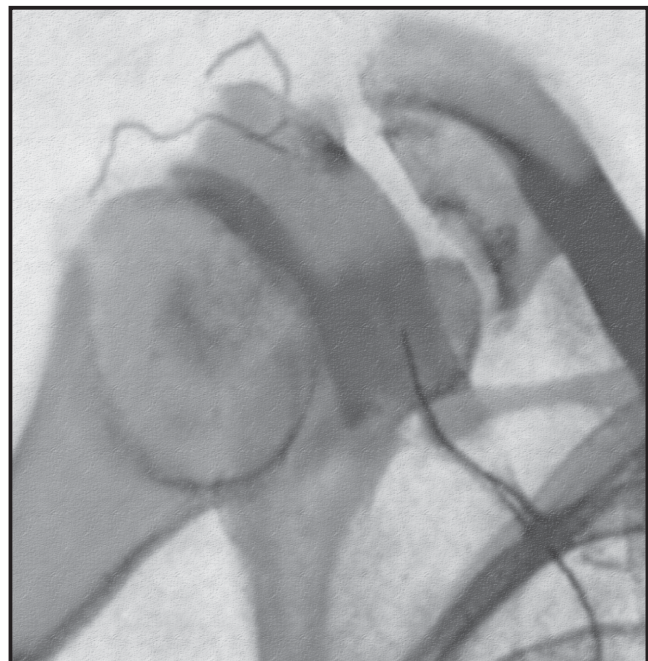


GRÁFICO 25: LUXACIÓN ACROMIO CLAVICULAR

Con ruptura de los ligamentos acromio clavicular y córaco claviculares

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Luxación Esterno - Clavicular

PREGUNTAS

426. En el tratamiento de las luxaciones esterno-claviculares, para obtener un buen resultado funcional es necesario que:
- a) La inmovilización sea firme y prolongada b) La reducción sea anatómica
c) Ninguna
427. El tratamiento de la luxación esterno-clavicular es preferentemente con:
- a) Yeso tóraco – braquial b) Vendaje en ocho c) Vendaje de Velpeau
428. El examen clínico en la luxación esterno-clavicular registra limitación de la:
- a) Elevación del brazo b) Extensión del hombro c) Aducción y rotación interna
429. El desplazamiento clavicular es riesgoso cuando se realiza hacia:
- a) Adelante b) Atrás c) Arriba
430. El mecanismo de las luxaciones esterno-claviculares es por:
- a) Trauma sobre el hombro b) Caídas sobre el hombro en abducción
c) Aplastamiento esternal

SINOPSIS 77

CARACTERÍSTICAS

- Son de frecuencia menor
- Se producen por traumas violentos sobre el hombro
- Los ligamentos lesionados son generalmente los anteriores
- Cuando el desplazamiento es hacia atrás puede presentarse:
 - * Aplastamiento traqueal
 - * Lesiones del plexo
- Los síntomas y signos clínicos son:
 - * Dolor local
 - * Desnivel esterno-clavicular
 - * Prominencia del extremo clavicular
 - * Limitación para la elevación del brazo
 - * Acortamiento de la distancia acromio-esternal

TRATAMIENTO

- Preferentemente es conservador, con vendaje en ocho
- La reducción quirúrgica con osteosíntesis se plantea ocasionalmente
- Defectos en la reducción, son compatibles con un buen resultado funcional

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Luxación Escápulo - Humeral

PREGUNTAS

431. El tratamiento inicial de la luxación escápulo-humeral es mayormente:
- Conservador
 - Cruento
 - Con fisioterapia
432. Las complicaciones inmediatas que se presentan en las luxaciones escápulo-humerales son:
- El hombro congelado
 - La tendinitis del bíceps
 - Ninguna de las mencionadas
433. En las luxaciones escápulo-humerales se produce, aparentemente, a nivel del brazo:
- Acortamiento
 - Alargamiento
 - Rotación externa
434. La limitación de la movilidad en la luxación escápulo-humeral es:
- De los movimientos activos, solamente
 - Absoluta
 - Elástica
435. El mecanismo de producción en las luxaciones escápulo-humerales es mayormente por:
- Caída apoyando la palma de la mano
 - Traumas tangenciales y convulsiones
 - a y b

SINOPSIS 78

CARACTERÍSTICAS

- Es la más frecuente de todas las luxaciones
- Se presenta mayormente en personas de más de 18 años
- Existen 4 tipos de luxación:
 - * Ántero-interna o subcoracoidea, que es la más frecuente
 - * Superior
 - * Posterior e
 - * Inferior
- Los mecanismos de producción son:
 - * Indirecto, por caída sobre la palma de la mano, el codo semiflexionado y el brazo en abducción, elevación anterior y rotación externa
 - * Directo, por trauma tangencial anterior o posterior, sobre el hombro
 - * Hiperabducción brusca del hombro
 - * Crisis convulsivas
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor intenso
 - * Signos de la “charretera” y del “hachazo”
 - * Alargamiento aparente del brazo
 - * Limitación elástica de los movimientos
 - * A veces, signos de complicación vasculo-nerviosa
- La radiografía permite precisar el diagnóstico
- Las complicaciones son:
 - * Inmediatas
 - Vásculo-nerviosas
 - Fracturas del troquíter
 - * Mediatas
 - Hombro congelado

Luxación Escápulo-Humeral

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Luxación Escápulo - Humeral

TRATAMIENTO

- Generalmente es conservador. Según los casos, está indicado:
 - * Cabestrillo
 - * Yeso colgante
 - * Tracción continua y yeso toracobraquial
 - * Reducción cruenta
- Fisioterapia precoz

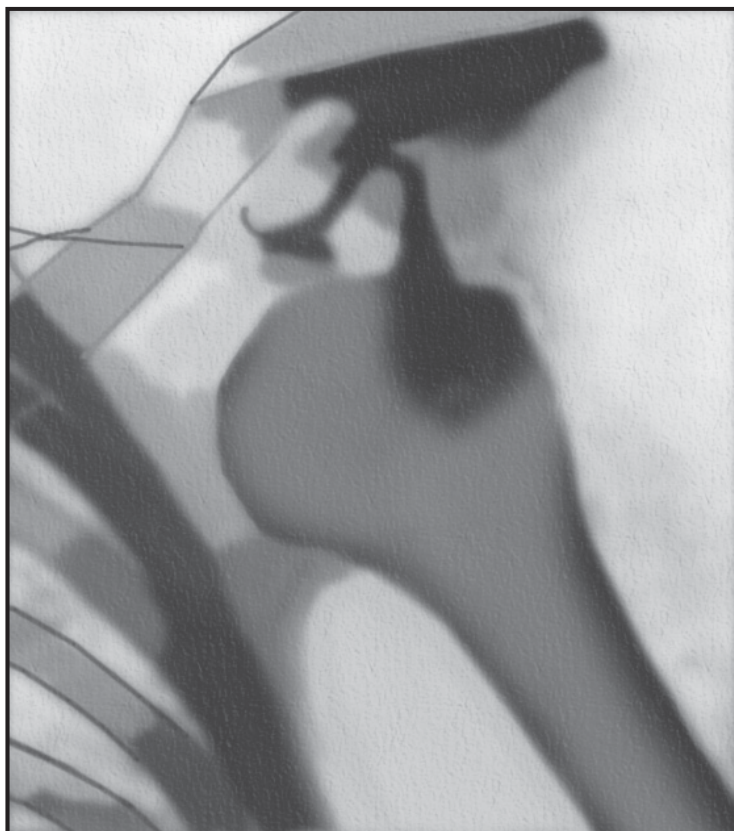


GRÁFICO 26: LUXACIÓN ESCÁPULO - HUMERAL

Luxación subcoracoidea en aducción

Luxación Recidivante del Hombro

PREGUNTAS

436. El tratamiento de la luxación recidivante del hombro es:
- a) Quirúrgico b) Conservador c) Fisioterápico
437. En personas mayores, la luxación recidivante del hombro:
- a) Aumenta su frecuencia b) Mantiene su frecuencia c) Es menos frecuente
438. En la luxación recidivante del hombro suelen encontrarse alteraciones estructurales que afectan a:
- a) Las superficies articulares b) El rodete y la cápsula c) a y b
439. Las luxaciones recidivantes del hombro se presentan en relación con defectos:
- a) De los elementos musculares y cápsula b) Vasculares
c) Vásculo-nerviosos y el rodete
440. Las luxaciones recidivantes del hombro se presentan con más frecuencia durante la realización de actividades:
- a) De trabajo b) Deportivas c) a y b

SINOPSIS 79

CARACTERÍSTICAS

- Se producen por traumas en personas jóvenes, deportistas, con alteraciones estructurales del hombro, previas al accidente
- Las alteraciones en referencia son:
 - * De una o ambas superficies articulares
 - * Del rodete
 - * De la cápsula
 - * De los elementos musculares
- Favorece su presentación un tratamiento defectuoso
- La inestabilidad del hombro se manifiesta:
 - * Porque las reluxaciones se repiten con frecuencia y
 - * Las reducciones son fáciles
 - * Con el incremento de la edad y el desarrollo de fibrosis capsular las reluxaciones disminuyen de frecuencia

TRATAMIENTO

- Está indicado en personas jóvenes con intensa actividad
- Es quirúrgico y persigue limitar la movilidad articular en especial de la rotación externa, acortando las partes blandas, produciendo fibrosis o implantando topes óseos que también limitan el movimiento

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura de la Diáfisis Humeral

PREGUNTAS

441. En las fracturas diafisarias del húmero marcadamente desplazadas el tratamiento indicado es:
- Yeso colgante
 - Torocobraquial de yeso, previa reducción incruenta
 - Reducción cruenta y osteosíntesis
442. La complicación más frecuente en las fracturas de diáfisis humeral es la:
- Parálisis radial
 - Pseudoartrosis
 - Osteomielitis
443. Los músculos responsables del desplazamiento de las fracturas diafisarias del húmero son:
- Supra espinoso y pectoral mayor
 - Deltoides y redondo mayor
 - Bíceps y braquial anterior
444. Las fracturas diafisarias del húmero más frecuente son las del tercio:
- Superior
 - Medio
 - Inferior
445. Las fracturas de la diáfisis humeral son más frecuentes en:
- Adultos
 - Ancianos
 - Niños

SINOPSIS 80

CARACTERÍSTICAS

- Se presentan mayormente a la edad adulta
- El mecanismo de producción puede ser:
 - * Directo o Indirecto
 - * Por: angulación, rotación y flexión
- Se registran los siguientes tipos:
 - * Transversales
 - * Helicoidales
 - * Conminutas
- Son de localización predominante en el tercio Medio
- El desplazamiento depende de la localización de la fractura
- Los músculos responsables del desplazamiento son:
 - * Supraespinoso
 - * Pectoral mayor
- Los síntomas y signos son:

* Dolor	* Tumefacción
* Deformidad	* Crepitación
* Movilidad anormal	* Impotencia funcional
* Manifestaciones vasculo-nerviosas, ocasionalmente	
- Complicaciones
 - * Parálisis radial
 - * Pseudoartrosis

Fractura de la Diáfisis Humeral

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura Diafisaria del Húmero

TRATAMIENTO

- Mayormente es conservador, con yeso colgante. A veces, es necesaria la colocación del yeso tóraco-braquial
- Se indica la reducción cruenta con osteosíntesis en algunas fracturas muy desplazadas
- Se completa con fisioterapia para el restablecimiento funcional

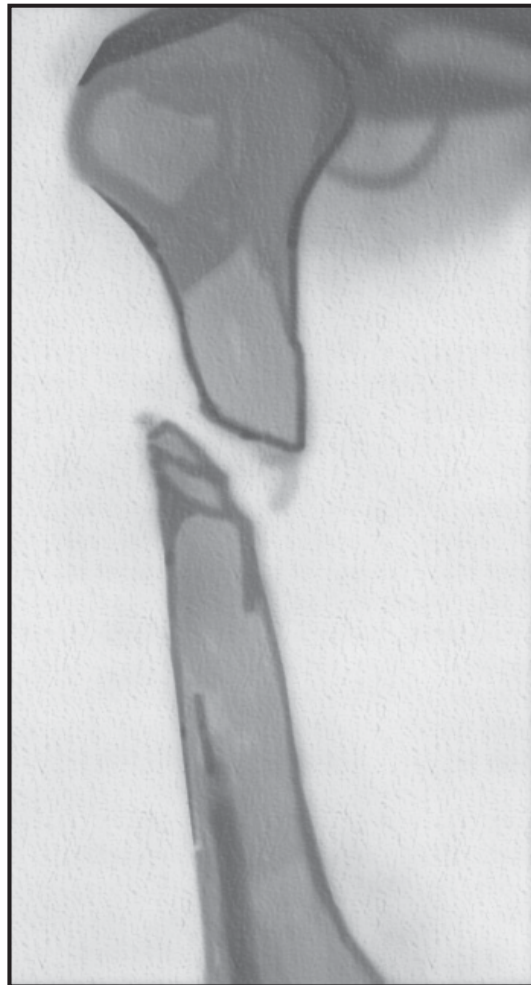


GRÁFICO 27: FRACTURA ANTIGUA DIAFISARIA DEL HÚMERO

Del tercio superior y medio, de trazo oblicuo, desplazada con los extremos óseos esclerosados

Fracturas Supracondileas del Húmero

PREGUNTAS

446. En las fracturas supracondileas del húmero, desplazadas, el tratamiento es:
- a) Reducción incruenta y yeso
 - b) Tracción esquelética e inmovilización enyesada
 - c) a y b
447. Las complicaciones que se mencionan en las fracturas supracondileas del húmero son:
- a) Artrosis codo
 - b) Parálisis radial
 - c) Parálisis del mediano
448. La actitud del codo en las fracturas supracondileas del húmero es en:
- a) Valgo
 - b) Varo y extensión
 - c) a y b
449. En las fracturas supracondileas del codo el desplazamiento es:
- a) Hacia atrás y abajo
 - b) Hacia delante y arriba
 - c) Ninguno de los mencionados
450. La edad en la que con más frecuencia se presentan las fracturas supracondileas del codo es:
- a) Antes de los 4 años
 - b) Entre los 4 y 12 años
 - c) Después de los 12 años

SINOPSIS 81

CARACTERÍSTICAS

- Más frecuentemente ocurren entre los 4 y 12 años
- Se producen por caídas sobre:
 - * La mano con el codo en extensión – fracturas por extensión o con el codo en actitud de flexión – fracturas por flexión
- El desplazamiento es:
 - * Hacia atrás y arriba, en las fracturas por extensión
 - * Hacia delante y abajo, en las fracturas por flexión
 - * Con o sin rotación
 - * En valgo o en varo
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad
 - * Valgo o varo
 - * Actitud en flexión o extensión
 - * Equímosis
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico
- Las complicaciones pueden ser:
 - * Heridas de dentro-afuera
 - * Síndrome de Volkmann

Fracturas Supracondileas del Húmero

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura Supracondilea del Húmero

TRATAMIENTO

- Inmovilización braquimanual con yeso, en las fracturas sin desplazamiento
- Tracción trans-olecraneana y, luego, yeso en las fracturas desplazadas
- Reducción cruenta y fijación con Kirchner y yeso en las fracturas con desplazamiento
- Fisioterapia precoz

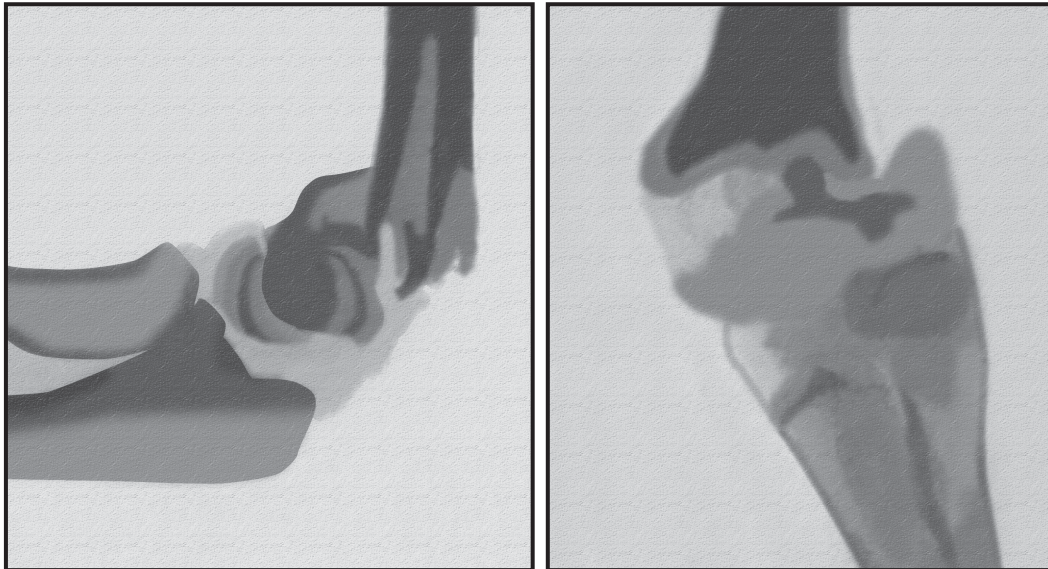


GRÁFICO 28: FRACTURA SUPRACONDILEA DEL HÚMERO

Con desplazamiento anterior y cubital de la paleta humeral

Fracturas intercondileas y supra - intercondileas del Húmero

PREGUNTAS

451. El tratamiento de las fracturas intercondileas del codo mayormente es la inmovilización con yeso previa la reducción:
- a) Cruenta y osteosíntesis b) Incruenta c) Cruenta
452. El pronóstico de las fracturas supra-intercondileas del codo es mayormente:
- a) Impreciso b) Desfavorable c) Favorable
453. En las fracturas intercondileas del codo se registra aumento del diámetro:
- a) Transversal b) Oblicuo c) Ambos
454. En las fracturas supra-condileas del codo el desplazamiento generalmente es hacia:
- a) Adelante b) Arriba c) Atrás
455. Las fracturas supra-condileas del codo afectan generalmente a:
- a) Niños b) Adolescentes c) Adultos

SINOPSIS 82

CARACTERÍSTICAS

- Se presentan en adultos
- Su mecanismo es directo, por un trauma: sobre el olécranon con el codo flexionado
- El desplazamiento de los cóndilos es hacia delante y lateralmente
- Los síntomas y signos son:

* Tumefacción	* Dolor
* Ensanchamiento del codo	* Movilidad anormal
* Impotencia funcional	* Equímosis
* Crepitación	
- La radiografía precisa el diagnóstico y además muestra los trazos de fractura: en V, Y, T, fractura conminuta, etc., y el desplazamiento de los fragmentos
- El pronóstico mayormente es desfavorable por el compromiso articular

TRATAMIENTO

- Preferentemente, reducción cruenta y osteosíntesis, seguida de yeso braquimanual
- Fisioterapia precoz

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fracturas del cóndilo externo del Húmero

PREGUNTAS

456. El tratamiento de las fracturas del cóndilo externo del húmero es mayormente:
- a) Reducción cruenta y osteosíntesis b) Reducción cruenta y yeso
c) Conservador
457. En las fracturas del cóndilo externo del húmero se presenta movilidad anormal en:
- a) Varo b) Valgo c) Ninguna
458. El desplazamiento en las fracturas del cóndilo externo del húmero es:
- a) Hacia atrás b) Lateral c) Hacia adelante
459. El mecanismo de producción de las fracturas del cóndilo externo del húmero es:
- a) Directo b) Caída con el codo en extensión c) Caída sobre la palma de la mano
460. La fractura del cóndilo externo del húmero es más frecuente en:
- a) Niños b) Adolescentes c) Adultos

SINOPSIS 83

CARACTERÍSTICAS

- Son predominantes en niños
- Su mecanismo de producción es indirecto por:
 - * Caída sobre la palma de la mano con el codo en flexión
- El desplazamiento del cóndilo:
 - Es lateral
 - Con ascenso y rotación
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor * Tumefacción * Equimosis
 - * Actitud en semiflexión y semipronación
 - * Movilidad anormal, en valgo
 - * Prominencia ósea condilar
 - * Bloqueo para la flexión
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Reducción cruenta y osteosíntesis
- Inmovilización braquimanual con yeso
- Fisioterapia precoz

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Desprendimiento epifisario inferior del Húmero

PREGUNTAS

461. En el desprendimiento epifisario inferior del húmero el tratamiento puede ser:
- Incruento
 - Cruento
 - Ambos
462. La inmovilización en los desplazamientos epifisarios del húmero, a nivel del codo, es en:
- Flexión
 - Extensión
 - a o b
463. El diagnóstico radiográfico del desprendimiento epifisario inferior del húmero es evidente:
- Siempre
 - Desde antes de los 2 años de edad
 - Desde los 4 años
464. El desplazamiento en el desprendimiento epifisario inferior del húmero es en el sentido:
- Anterior o posterior
 - Lateral externo
 - Lateral interno
465. El desprendimiento epifisario inferior del húmero se produce en caídas apoyando la mano con el codo en:
- Extensión
 - Flexión
 - Varo

SINOPSIS 84

CARACTERÍSTICAS

- Se presenta desde antes de los 2 años
- Puede acompañarse de fractura desde los 4 años
- Su mecanismo es una caída:
 - * Apoyando la palma de la mano con el codo semi flexionado
- El desplazamiento puede ser:
 - * Anterior o
 - * Posterior
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico, cuando el núcleo de osificación condileo se hace visible, o sea, a los 2 años
- Antes de los 2 años es necesaria la radiografía comparativa para hacer evidente el diagnóstico

TRATAMIENTO

- La reducción es incruenta bajo anestesia general. Las maniobras dependen del tipo de desplazamiento
- La inmovilización es con yeso braquipalmar, con el codo en flexión o en extensión, según que el desplazamiento sea anterior o posterior, por tres semanas.
- Fisioterapia precoz

Desprendimiento epifisario inferior del Húmero

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Desprendimiento y Fractura de la Epitroclea

PREGUNTAS

466. El tratamiento en el desprendimiento epifisario de la epitroclea depende principalmente:
- Del tamaño del fragmento
 - Del grado de desplazamiento
 - a y b
467. La resección del fragmento desprendido en las fracturas epitrocleares se practica mayormente cuando:
- Es pequeño
 - Cuando se interpone en la articulación
 - a y b
468. La radiografía más importante para el diagnóstico de los desprendimientos de epitroclea es la:
- Lateral
 - Ántero-posterior
 - Comparativa
469. En las fracturas epitrocleares pueden encontrarse parestesias en los territorios del nervio:
- Cubital
 - Mediano
 - Ambos
470. El mecanismo de producción de los desprendimientos epitrocleares es:
- Traumas directos
 - Movimientos del codo en extensión y valgo
 - Movimientos forzados en flexión y varo

SINOPSIS 85

CARACTERÍSTICAS

- El desprendimiento epifisario del codo ocurre desde los 6 años
- Las fracturas se presentan desde los 20 años
- El mecanismo de producción es:
 - Indirecto
 - Por movimientos forzados con el codo en extensión y valgo
- En el arrancamiento epitroclear intervienen:
 - El ligamento lateral interno
 - Los músculos epitrocleares
- El desprendimiento epitroclear puede ser con:
 - Separación y descenso del fragmento
 - Interposición fragmentaria cúbito-humeral
- Los síntomas y signos son:
 - Dolor
 - Deformidad
 - Movilidad lateral anormal
 - Impotencia funcional
 - Hipoestesia o parestesia cubital
- La radiografía precisa el diagnóstico, sobre todo cuando es comparativa.

TRATAMIENTO

- Preferentemente es incruento
- Si el desplazamiento es importante se requiere de:
 - Resección del fragmento desprendido, si es pequeño, o
 - Reducción y osteosíntesis, si el fragmento es mayor
- La inmovilización es con yeso braquimanual por un mes
- Fisioterapia precoz

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura de la extremidad superior del Radio

PREGUNTAS

471. El tratamiento de las fracturas de la cabeza del radio preferentemente es:
- Incruento
 - Reducción cruenta
 - Resección de la cúpula
472. La inmovilización en las fracturas del cuello del radio es en:
- Flexión del codo de 90° y supinación
 - Semi-extensión y pronación
 - Extensión y pronación
473. El pronóstico en las fracturas con incongruencia articular de la cabeza del radio, más frecuentemente puede ser:
- Desfavorable
 - Imprevisible
 - Favorable
474. En las fracturas de la cabeza del radio se registra limitación de los movimientos principalmente de:
- Flexo-extensión
 - Supinación
 - Pronación
475. Los desprendimientos epifisarios proximales del radio se presentan mayormente:
- Antes de los 6 años
 - Entre los 6 y 16 años
 - a y b

SINOPSIS 86

CARACTERÍSTICAS

Las fracturas de la extremidad superior del radio:

- Pueden ser a nivel del cuello o de la cabeza
- En niños son más frecuentes las del cuello y, en adultos, las de la cabeza
- Se producen por mecanismo indirecto, en caídas:
 - * Apoyando la mano con el codo en extensión y valgo
- Las fracturas de la cabeza del radio pueden ser:
 - * Fisuras
 - * Fracturas marginales sin o con desplazamiento
 - * Fracturas conminutas, con desplazamiento
- Las lesiones del cuello del radio pueden ser:
 - * En niños:
 - Desprendimientos epifisarios, entre los 6 y 16 años
 - Fracturas en “tallo verde”
 - * En el adulto:
 - Con o sin impactación
 - Con o sin desplazamiento
- Otras fracturas pueden ser:
 - * Con aplastamiento del cóndilo
 - * Asociadas a otras fracturas y luxaciones del codo
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Actitud en semiflexión y pronación
 - * Limitación de los movimientos, especialmente de la supinación
- La radiografía precisa el diagnóstico
- El pronóstico puede no ser favorable por incongruencia articular residual

TRATAMIENTO

- Preferentemente es incruento: reducción e inmovilización con yeso por un mes, con el codo en flexión de 90° y supinación
- Puede ser necesario el tratamiento quirúrgico, mayormente la resección de la cabeza radial fracturada, seguida de yeso por 15 días
- Fisioterapia precoz

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura del Olécranon

PREGUNTAS

476. En las fracturas conminutas del olécranon se plantea como tratamiento:
- Reducción incruenta
 - Reducción cruenta
 - Olecranectomía
477. En las fracturas del pico del olécranon el mecanismo generalmente es:
- Indirecto
 - Directo
 - a y b
478. Las fracturas del olécranon son de trazo transversal cuando se localizan en:
- La base
 - La parte media
 - El pico
479. El desplazamiento en las fracturas del olécranon generalmente es:
- Posterior
 - Diastasis
 - Ambos
480. Las fracturas conminutas del olécranon son de localización:
- Proximal
 - Intermedia
 - Basal

SINOPSIS 87

CARACTERÍSTICAS

- Son más frecuentes en adultos
- En niños se producen desprendimientos epifisarios del pico del olécranon
- Los mecanismos de producción son:
 - El directo, por caída sobre el codo flexionado y
 - El indirecto, por caída sobre la palma de la mano con el codo hiperextendido o flexionado
- Según su localización las fracturas son:
 - Del pico del olécranon: desprendimientos
 - De la parte media: transversales
 - De la base: en V y conminutas
- El desplazamiento es una diastasis
- Los síntomas y signos son:
 - Dolor
 - Depresión a nivel de la diastasis
 - Impotencia funcional para la extensión del codo
 - La radiografía simple y comparativa precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Conservador: inmovilización con yeso, en las fracturas no desplazadas
- Reducción cruenta y osteosíntesis en las fracturas desplazadas
- Olecranectomía parcial o total en las fracturas conminutas
- Fisioterapia precoz, en todos los casos



GRÁFICO 29: FRACTURA DEL CODO A NIVEL DEL OLÉCRANON

Con desplazamiento posterior del fragmento, en retroversión

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura de la Apófisis Coronoides

PREGUNTAS

481. En las fracturas desplazadas del pico de la apófisis coronoides está indicada:
- Resección del fragmento
 - Reducción cruenta
 - Osteosíntesis
482. En las fracturas de la apófisis coronoides sin desplazamiento la colocación de yeso es con el codo en:
- 90° de flexión
 - Menos de 90°
 - Más de 90°
483. En la fractura de la apófisis coronoides la limitación funcional es mayormente para la:
- Flexión
 - Extensión
 - Hiperextensión
484. El desplazamiento fragmentario ocurre generalmente en las fracturas de la apófisis coronoides de localización en:
- La base
 - La parte media
 - El pico
485. La fractura de la base de la apófisis coronoides se presentan en caídas con el codo en:
- Extensión
 - Semiflexión
 - Flexión

SINOPSIS 88

CARACTERÍSTICAS

- Son fracturas infrecuentes. Se presentan más en niños
- Su mecanismo de producción es por caídas:
 - * Sobre la palma de la mano con el codo en semiflexión o hiperextensión
- Por su localización son:
 - * De la base: caídas con el codo en semiflexión
 - * Del pico: caídas con el codo en hiperextensión
- Puede asociarse a luxación posterior del codo
- El desplazamiento generalmente ocurre en fracturas del pico por contracción del braquial anterior
- El fragmento desplazado puede quedar dentro de la articulación
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Limitación funcional, mayormente para la flexión
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Conservador: inmovilización con yeso, con el codo en flexión de menos de 90°, por 1 mes, en las fracturas no desplazadas
- Reducción cruenta y osteosíntesis, en las fracturas de la base, desplazadas
- Resección fragmentaria, en las fracturas del pico, desplazadas

Fractura de la Apófisis Coronoides

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Luxación del Codo: cúbito humeral

PREGUNTAS

486. El tratamiento más común de las luxaciones del codo es:
- Reducción incruenta con anestesia
 - Reducción incruenta sin anestesia
 - Reducción cruenta precoz
487. La inmovilización del codo después de reducir una luxación, es con yeso en flexión de:
- Más de 90°
 - 90°
 - 120°
488. Al examen en la luxación del codo se registra una resistencia elástica al tratar de realizar la:
- Flexión
 - Extensión
 - Ambas
489. El desplazamiento de una luxación del codo puede ser:
- Póstero-interno o póstero-externo
 - Posterior
 - a y b
490. La luxación del codo se produce en las caídas sobre la mano con el codo en:
- Extensión
 - Semiflexión
 - Flexión

SINOPSIS 89

CARACTERÍSTICAS

- Son frecuentes, sobre todo en adultos
- Su mecanismo es la caída:
 - * Sobre la palma de la mano con el codo en extensión, con o sin inclinación externa o interna
- El desplazamiento más común es posterior, póstero-externo y póstero-interno
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad
 - * Aumento de uno o los dos diámetros del codo
 - * Actitud en semiflexión del codo (120° más o menos)
 - * Resistencia elástica para la flexión
 - * A veces manifestaciones de compromiso neurovascular
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Es incruento: reducción con anestesia general y yeso braquimanual con el codo en 90°, por 4 semanas
- Reducción cruenta, sobretodo en luxaciones antiguas
- Fisioterapia precoz



GRÁFICO 30: LUXO - FRACTURA DEL CODO

Fractura transversal del olécranon con desplazamiento anterior radiocubital

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Pronación dolorosa

PREGUNTAS

491. El tratamiento de la “pronación dolorosa” es:
- a) Incruento b) Cruento c) Condicional
492. La reducción en la “pronación dolorosa” es:
- a) Con anestesia general b) Sin anestesia c) Con anestesia local
493. En la “pronación dolorosa” el dolor es:
- a) Permanente b) A la pronación c) A la supinación
494. La “pronación dolorosa” se produce al levantar al niño de la mano con el codo en:
- a) Semiflexión y aducción b) Extensión y abducción c) Flexión y pronación
495. La “pronación dolorosa” se presenta preferentemente en niños:
- a) Mayores de 5 años b) Menores de 5 años c) a y b

Pronación dolorosa

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

SINOPSIS 90

CARACTERÍSTICAS

- Puede presentarse predominantemente en niños menores de 5 años
- Corresponde a una subluxación anterior de la cabeza radial
- Su mecanismo de producción es:
 - * Una tracción brusca de la mano hacia arriba con el codo en extensión y abducción
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor en la cara externa del codo
 - * Actitud permanente en pronación
 - * Limitación para la supinación
- La radiografía es negativa

TRATAMIENTO

- Reducción incruenta:
 - * Sin anestesia
 - * Con el codo en extensión se lleva el antebrazo en supinación presionando la cabeza radial hacia atrás
- Inmovilización por 7 días

Fracturas diafisarias del Radio y Cúbito

PREGUNTAS

496. En las fracturas diafisarias de antebrazo desplazadas el tratamiento generalmente es:
- Cruento
 - Conservador
 - Condicional
497. La inmovilización con yeso en las fracturas diafisarias del antebrazo es en:
- Pronación
 - Posición intermedia
 - Supinación
498. En las fracturas diafisarias del antebrazo la radiografía frontal debe ser tomada en:
- Pronación
 - Posición intermedia
 - Supinación
499. En las fracturas diafisarias del tercio inferior del antebrazo se encuentra mayormente afectado:
- El radio
 - El cúbito
 - Ambos
500. Las fracturas diafisarias del antebrazo predominan en:
- Varones
 - Niños
 - a y b

SINOPSIS 91

CARACTERÍSTICAS

- Predominan en:
 - * La infancia y adolescencia
 - * Varones
- Los mecanismos de producción son:
 - * Directo en adultos
 - * Indirecto, por caída sobre la mano en niños
- Los tipos de fracturas son:
 - * Incompletas, en “tallo verde”, en niños
 - * Completas, en adultos
 - * Transversales, por trauma directo
 - * Oblicuas y espiroideas, por trauma indirecto
 - * Conminutas *con angulación *con torsión
 - * Del tercio medio con inferior, especialmente de ambos huesos
 - * Del tercio inferior, mayormente del radio
- El desplazamiento puede ser:
 - * Con angulación * Cabalgamiento
 - * Lateral * Rotativo
- En las fracturas del radio se desplaza el fragmento distal hacia:
 - * La supinación, si son del tercio proximal
 - * La posición intermedia, en las del tercio medio
 - * Pronación, si son del tercio inferior
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad
 - * Actitud en pronación
 - * Crepitación
 - * Movilidad anormal
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico cuando es tomada:
 - * Incluyendo codo y muñeca, en la placa
 - * La frontal, en supinación completa y, la lateral, en posición intermedia
- Las complicaciones y secuelas que pueden presentarse son:
 - * Volkmann
 - * Consolidación defectuosa
 - * Retardo en la consolidación
 - * Pseudoartrosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fracturas diafisarias de Radio y Cúbito

TRATAMIENTO

- Incruento en las fracturas sin desplazamiento y de fácil reducción
Se coloca yeso braqui-manual, con el codo en 90° y el antebrazo en posición intermedia, por 3 meses
- Cruento, con osteosíntesis, en las de difícil reducción e inestables
- La osteosíntesis es mayormente con:
 - * Clavo intramedular
 - * Placa atornillada
- El tratamiento funcional debe ser precoz

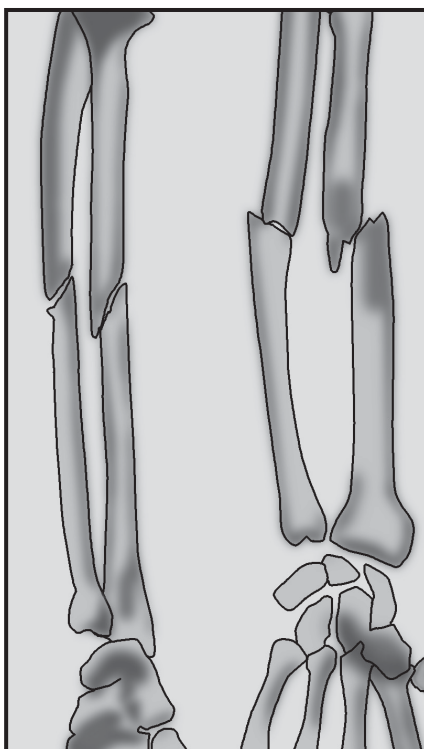


GRÁFICO 31: FRACTURA DEL ANTEBRAZO DE CÚBITO Y RADIO

Localizada en el tercio medio, con desplazamiento, mayormente apreciable en la incidencia frontal

Fractura de Monteggia

PREGUNTAS

501. En las fracturas de Monteggia el tratamiento quirúrgico mayormente comprende la reducción y osteosíntesis:
- De la fractura del cúbito
 - De la cabeza del radio
 - Ambas
502. La inmovilización con yeso en las fracturas de Monteggia por extensión es en:
- Extensión y pronación
 - Flexión y supinación
 - Flexión y pronación
503. En las fracturas de Monteggia, la limitación de los movimientos es mayormente para la:
- Pronación
 - Prono-supinación
 - Flexo-extensión
504. En las fracturas de Monteggia con angulación anterior, la luxación de la cabeza del radio es:
- Lateral
 - Anterior
 - Posterior
505. En las fracturas de Monteggia la fractura del cúbito es:
- Del tercio proximal
 - En la unión del tercio proximal con el tercio medio
 - Del tercio distal

SINOPSIS 92

CARACTERÍSTICAS

- Menos frecuentes que las fracturas antebraquiales
- Comprenden:
 - * La fractura del cúbito en su tercio proximal o unión de este con el tercio medio
 - * Luxación de la cabeza del radio:
- Mecanismo de producción es mayormente directo
- Los tipos de fractura son:
 - * En extensión, con angulación y luxación anterior, más frecuente y
 - * En flexión, con angulación y luxación posterior
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Actitud en semiflexión del codo
 - * Deformidad con angulación del cúbito
- Ubicación anormal de la cabeza radial:
 - * Limitación de los movimientos, mayormente de pronación
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Cuando es posible, se debe hacer la reducción incruenta e inmovilización con yeso braquimanual con el codo en:
 - * Flexión y antebrazo en supinación, en las fracturas por extensión
 - * Extensión y antebrazo en pronación, en las fracturas por flexión
- El tratamiento quirúrgico es:
 - * Reducción cruenta con osteosíntesis de la fractura del cúbito
 - * Reducción o resección de la cabeza del radio
- Fisioterapia precoz

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura de Monteggia

Lesiones de la Muñeca - Mano - Dedos (1)

Fractura de Colles

PREGUNTAS

511. El tratamiento cruento de las fracturas de Colles tiene su indicación preferentemente en el caso de:
- Fracturas recientes
 - Secuelas
 - a y b
512. El enyesado post reducción de las fracturas de Colles se realiza con la muñeca en:
- Dorsiflexión
 - Flexión palmar
 - Flexión palmar y cubital
513. Al examen de las fracturas de Colles se aprecia ascenso de la apófisis estiloides:
- Radial
 - Cubital
 - Ninguna
514. En la vista lateral de la muñeca, en la fractura de Colles se registra la deformidad:
- En "boyoneta"
 - En "dorso de tenedor"
 - a y b
515. La fractura de Colles es predominante en:
- Ancianos
 - Niños
 - Varones

SINOPSIS 94

CARACTERÍSTICAS

- Se presentan predominante en:
 - Ancianos
 - Mujeres
- Compromete a la extremidad distal del radio
- Mecanismo de producción indirecto:
 - Caída sobre la palma de la mano con la muñeca en dorsiflexión
- Trazo fracturario:
 - Transversal
 - Dentellado
- Desplazamiento del fragmento radial:
 - Posterior
 - Externo
 - Con angulación o impactación
- Se asocian a la fractura distal del radio:
 - Fractura de estiloides cubital
 - Diástasis radio-cubital
 - Lesión de ligamentos
- Síntomas y signos:
 - Dolor
 - Tumefacción
 - Deformidades: en "dorso de tenedor" y en "bayoneta"
 - Ascenso estiloides radial
 - Movilidad anormal y crepitación, excepto en las fracturas impactadas
 - Limitación de movimientos
 - Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura de Colles

Fractura de Colles

TRATAMIENTO

- De elección: conservador:
 - * Reducción incruenta, con anestesia local
 - * Inmovilización con yeso antebraquial por 30 días en posición intermedia, con la mano en semiflexión palmar y cubital
- Quirúrgico, en la fractura en consolidación o consolidada en posición defectuosa. Se plantean correcciones con:
 - * Osteoclasia
 - * Osteotomía y
 - * Resección distal del cúbito
- Fisioterapia precoz

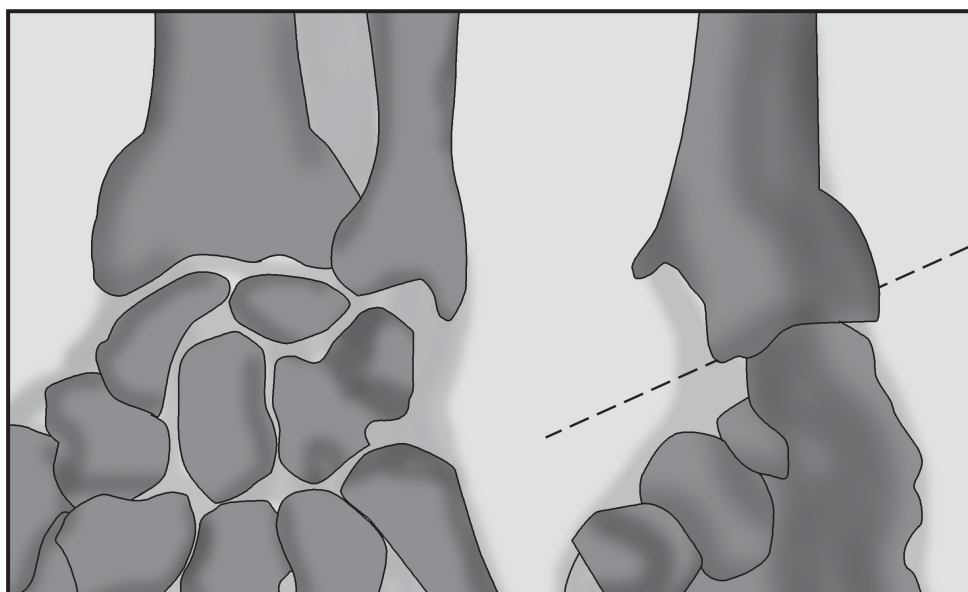


GRÁFICO 32: FRACTURA DE COLLES

Fractura distal del radio con desplazamiento posterior que se evidencia clínicamente por deformidad “en dorso de tenedor”

Lesiones de la Muñeca - Mano - Dedos (2)

PREGUNTAS

516. El tratamiento de la fractura de Smith es:
- Quirúrgico
 - Conservador
 - a y b
517. Son signos de las fracturas de Smith encajada la:
- Crepitación
 - Movilidad anormal
 - Limitación de movimientos
518. El desplazamiento metafisario distal del radio en las fracturas de Smith es:
- Anterior
 - Lateral
 - Póstero-lateral
519. En las fracturas de Smith la deformidad característica es en:
- “Bayoneta”
 - “Ventre de tenedor”
 - “Dorso de tenedor”
520. El mecanismo de producción de las fracturas de Smith es una caída con apoyo de la mano en:
- Hiperextensión
 - Hiperflexión
 - Extensión

Fractura de Smith

SINOPSIS 95

CARACTERÍSTICAS

- Es poco frecuente
- Es la fractura de “Colles invertida”
- Su mecanismo de producción es indirecto, por caída:
 - * Apoyando la mano, en hiperflexión
- El desplazamiento distal del radio es anterior
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad en “vientre de tenedor”
 - * Movilidad anormal y crepitación, excepto en las fracturas encajadas
 - * Limitación de movimientos
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Es conservador:
 - * Reducción incruenta bajo anestesia local
 - * Inmovilización con yeso antebraquial, en posición intermedia y en dorsiflexión cubital, por 1 mes
- Fisioterapia precoz

Fractura de Smith

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fracturas sub-periósticas de Muñeca

PREGUNTAS

521. El tratamiento de las fracturas sub-periósticas de la muñeca es:
- a) Reducción incruenta y yeso b) Inmovilización con yeso c) a y b
522. El tiempo de inmovilización de las fracturas sub-periósticas de muñeca es de:
- a) 2 semanas b) Veinte días c) 1 mes
523. En las fracturas sub-periósticas de muñeca la radiografía lateral muestra:
- a) Ensanchamiento óseo b) Inflexión de la cortical c) Ambas
524. Los signos clínicos en las fracturas sub-periósticas de la muñeca son:
- a) Movilidad anormal b) Crepitación c) Deformidad discreta
525. Las fracturas sub-periósticas de muñeca se presentan en:
- a) Niños b) Adolescentes y niños c) Mujeres

SINOPSIS 96

Fracturas sub- periósticas de Muñeca

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

CARACTERÍSTICAS

- Se presentan en niños. Son las llamadas fracturas en “tallo verde”
- Su mecanismo es indirecto, en caídas apoyando la palma de la mano
- El desplazamiento es una ligera angulación
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Impotencia funcional relativa
- En la radiografía puede apreciarse:
 - * Ligero ensanchamiento, en la incidencia frontal
 - * Una inflexión de la cortical, en la incidencia lateral equivalente a las fracturas en “tallo verde”

TRATAMIENTO

- Conservador:
 - * Inmovilización con yeso por 2 semanas

Fracturas articulares de Muñeca**PREGUNTAS**

526. El tratamiento de las fracturas articulares de muñeca generalmente es:
- Reducción incruenta y yeso
 - Reducción quirúrgica
 - Inmovilización con yeso
527. En las secuelas dolorosas de fracturas articulares de muñeca se indica:
- Artrodesis
 - Osteotomías
 - Fisioterapia
528. El desplazamiento en las fracturas articulares de muñeca es:
- Posterior
 - Variable
 - Anterior
529. Los signos clínicos en las fracturas articulares de muñeca son:
- Crepitación
 - Movilidad anormal
 - Deformidad
530. Las fracturas articulares de muñeca son predominantes en:
- Adolescentes
 - Adultos
 - Ancianos

SINOPSIS 97**CARACTERÍSTICAS**

- Son poco frecuentes
- Predominan en adultos, en el radio
- Su mecanismo es indirecto, por caída apoyando la mano
- Se presentan los siguientes tipos:
 - Marginales posteriores o por extensión y
 - Marginales anteriores o por flexión
 - De la estiloides radial
 - Cuneanas externas
 - Bicuneanas en V, T y Y
 - Conminutas
- El desplazamiento es variable, según el tipo de fractura
- Los síntomas y signos son:
 - Dolor
 - Limitación de movimientos
 - Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Comúnmente es conservador:
 - Reducción incruenta con anestesia local
 - Inmovilización con yeso braquimanual en posición intermedia y extensión de muñeca
- Fisioterapia precoz
- En las secuelas dolorosas: artrodesis

Fracturas articulares de Muñeca

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Desprendimiento epifisario distal del Radio**PREGUNTAS**

531. El tratamiento del desprendimiento epifisario distal del radio es generalmente:

- a) Fisioterápico
- b) Incruento
- c) Quirúrgico

532. Las secuelas del desplazamiento epifisario distal del radio son:

- a) Consolidación viciosa
- b) Limitación funcional
- c) Soldadura precoz del cartílago

533. El tratamiento quirúrgico que mayormente se indica en las secuelas que se presentan en los desprendimientos de la epífisis distal del radio es:

- a) Resección distal del cúbito
- b) Osteotomías correctoras
- c) Epifisiodesis

534. La deformidad característica en el desprendimiento epifisario distal del radio es en:

- a) "Ventre de tenedor"
- b) "Dorso de tenedor"
- c) a o b

535. El desprendimiento epifisario distal del radio se presenta:

- a) Hasta los 10 años
- b) Desde los 10 años
- c) Hasta los 16 años

SINOPSIS 98**CARACTERÍSTICAS**

- Se presentan hasta los 16 años
- Se producen por caídas sobre:
 - * La palma de la mano con la muñeca en extensión o hiperextensión
- El desplazamiento es posterior
- Puede asociarse a una fractura metafisaria marginal, completa o incompleta
- Síntomas y signos:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad en "dorso de tenedor"
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Conservador:
 - * Reducción incruenta con anestesia
 - * Inmovilización con yeso antebraquial por 30 días
- Quirúrgico: en las secuelas, por soldadura precoz del cartílago de crecimiento, se plantea:
 - * Epifisiodesis, con poca frecuencia
 - * Resección distal del cúbito, principalmente

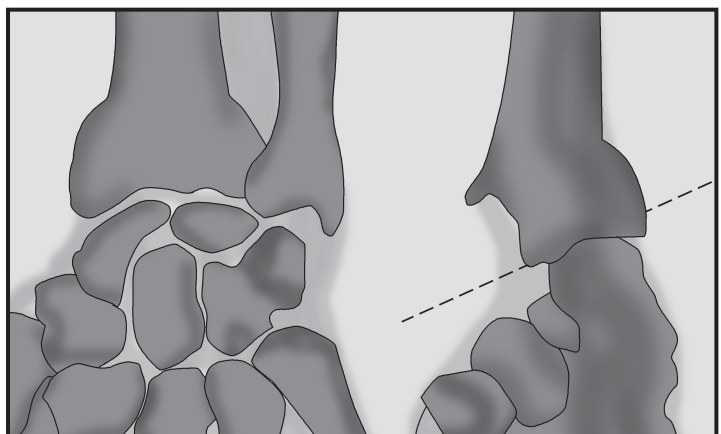


GRÁFICO 33: FRACTURA DE MUÑECA - DE LA EPÍFISIS RADIAL

De trazo irregular con desplazamiento posterior

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura del Escafoides carpiano**PREGUNTAS**

536. El tratamiento de las fracturas del escafoides carpiano es:

- a) Reducción incruenta y yeso
- b) Inmovilización braquimanual
- c) Colocación de yeso braquimanual incluyendo el pulgar

537. El tratamiento de la pseudoartrosis del escafoides carpiano es generalmente con:

- a) Injerto óseo
- b) Artrodesis
- c) Microcirugía

538. En las fracturas del escafoides carpiano puede presentarse como complicación la necrosis del fragmento:

- a) Proximal
- b) Distal
- c) Ambos

539. Las fracturas del escafoides se visualizan mejor en las radiografías:

- a) Oblicuas $\frac{3}{4}$
- b) Oblicuas $\frac{1}{4}$
- c) Lateral

540. Las fracturas del escafoides son por:

- a) Flexión y compresión bipolar
- b) Arrancamiento y flexión
- c) Extensión y compresión

SINOPSIS 99**CARACTERÍSTICAS**

- Se presenta en adultos
- Es la fractura más frecuente del carpo
- Su mecanismo mayormente es indirecto, por caídas apoyando la mano en dorsiflexión
- Los tipos de fracturas son:
 - * Por flexión, por compresión bipolar
 - * Por extensión, por arrancamiento
- Síntomas y signos:
 - * Dolor en la “tabaquera anatómica”
 - * Impotencia funcional
- Las radiografías precisan el diagnóstico:
 - * Deben ser frontal, lateral y oblicua (3/4)
 - * No siempre permiten ver la fractura al inicio
- Complicaciones y secuelas:
 - * Necrosis del fragmento proximal de la fractura
 - * Pseudoartrosis

TRATAMIENTO

- Conservador: inmovilización con yeso antebraquimanual, incluyendo la 1ª falange del pulgar, por 3 meses en forma ininterrumpida
- Quirúrgico: en las complicaciones y secuelas:
 - Injertos óseos, en la pseudoartrosis
 - Escafoidectomía, estiloidectomía radial
 - Artrodesis radiocarpiana
- Fisioterapia

**GRÁFICO 34: LUXACIÓN DE ESCAFOIDES**

Se aprecia su falta de relación con los demás huesos del carpo.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Luxación del Semilunar**PREGUNTAS**

541. El tratamiento de la luxación del semilunar es comúnmente:

- a) Reducción incruenta con anestesia
- b) Reducción cruenta
- c) a y b

542. En la luxación del semilunar los dedos se encuentran:

- a) Edematisados
- b) Extendidos
- c) Semiflexionados

543. La prominencia del semilunar se registra en la muñeca:

- a) En la cara anterior
- b) En la cara posterior
- c) Lateralmente

544. La luxación del semilunar se produce por caída y apoyo de la mano:

- a) En flexión palmar
- b) Dorsiflexión
- c) Extensión

545. La inmovilización con yeso en la luxación del semilunar inicialmente es en:

- a) Flexión
- b) Extensión
- c) Posición intermedia

SINOPSIS 100**CARACTERÍSTICAS**

- Son lesiones aisladas o asociadas
- Las luxaciones aisladas del semilunar:
 - * Son las más frecuentes
 - * Afectan principalmente a la muñeca
- Se producen por compresión en:
 - * Caídas sobre la mano en dorsiflexión forzada
- El desplazamiento en las luxaciones aisladas es:
 - * Hacia delante con rotación de 90°, 180° o 270°
- Síntomas y signos:
 - * Dolor
 - * Aumento del diámetro ántero-posterior
 - * Dedos en semiflexión con dolor al extenderlos
 - * Prominencia del semilunar en la cara anterior de la muñeca
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Es incruento:
 - * Reducción bajo anestesia
 - * Inmovilización con yeso antebraquimanoal, en flexión, por 10 días; luego, yeso en extensión por 20 días
- Quirúrgico:

Cuando la reducción manual no es posible: reducción cruenta

 - * En la necrosis del semilunar: extirpación
 - * En la artrosis: artrodesis

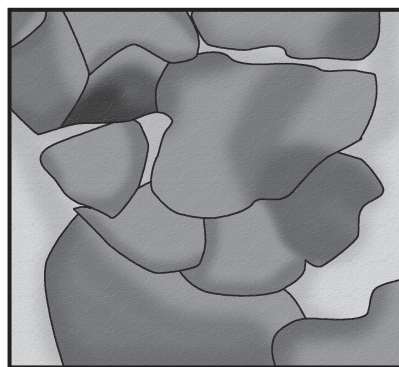


GRÁFICO 35: FRACTURA EN EL CUERPO DEL ESCAFOIDES

De trazo transverso e irregular

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fracturas y Luxaciones del Carpo**PREGUNTAS**

546. El tratamiento de las luxofracturas del carpo es generalmente:

- a) Conservador
- b) Quirúrgico
- c) a y b

547. La inmovilización en las luxofracturas del carpo con compromiso del escafoides es con yeso por:

- a) 1 mes
- b) 2 meses
- c) 3 meses

548. En las luxofracturas del carpo se presentan conjuntamente fracturas de las apófisis estiloides:

- a) Radial
- b) Cubital
- c) a y b

549. Las luxofracturas del carpo se asocian con fracturas marginales del radio:

- a) Posteriores
- b) Anteriores
- c) Ambas

550. En las luxofracturas del carpo, el desplazamiento conjunto del semilunar con el fragmento proximal del escafoides se produce:

- a) Hacia delante
- b) Hacia atrás
- c) Lateralmente

SINOPSIS 101**CARACTERÍSTICAS**

- Son casi siempre luxofracturas
- Se presentan en 3 formas:
 - * Luxación retrolunar del carpo, con desplazamiento pósterolateral y asociación de fracturas por arrancamiento de la estiloides y otras, marginales posteriores del radio, del escafoides, etc.
 - * Luxación del semilunar y el fragmento proximal del escafoides hacia delante
 - * Luxación del carpo y el fragmento distal del escafoides, hacia atrás
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Es conservador:
 - * Reducción incruenta bajo anestesia
 - * Inmovilización con yeso braquimanual:
 - Por 1 mes, si no hay fractura de escafoides
 - Por 3 meses, cuando hay fractura de escafoides

Fracturas y luxaciones del Carpo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura de la base del 1º Metacarpiano

PREGUNTAS

551. El tratamiento de las fracturas de la base del 1º metacarpiano es:
- Conservador
 - Quirúrgico
 - a y b
552. La limitación del movimiento del pulgar en las fracturas proximales del 1º metacarpiano es para la:
- Flexión
 - Abducción
 - Flexo extensión
553. El desplazamiento en las fracturas de la base del 1º metacarpiano supra-articulares es:
- Angulación y aducción
 - Abducción y rotación
 - Póstero-lateral
554. En las luxofracturas de Bennet el desplazamiento es hacia:
- Adelante y abajo
 - Atrás y arriba
 - Arriba y adelante
555. El mecanismo de las fracturas de la base del 1º metacarpiano es:
- Directo
 - Indirecto
 - a y b

SINOPSIS 102

CARACTERÍSTICAS

- Frecuencia relativa
- Mecanismo: trauma directo
- Existen 2 tipos:
 - Supra-articular transversal
 - Articular, luxofractura de Bennet
- El desplazamiento es en:
 - La fractura supra-articular: angulación y aducción
 - Luxofractura de Bennet: atrás, arriba y afuera
- Los síntomas y signos son:
 - Dolor
 - Tumefacción
 - Deformidad en aducción del pulgar
 - Limitación de movimientos, principalmente de la abducción del pulgar
 - Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Generalmente es conservador:
 - Reducción bajo anestesia, e
 - Inmovilización con yeso antebraquimaneal, incluyendo la 1ª falange del pulgar
 - Tracción esquelética en las luxofracturas
 - Reducción cruenta y osteosíntesis en las luxofracturas
- En las secuelas de luxofracturas lo indicado es la artrodesis trapecio-metacarpiana

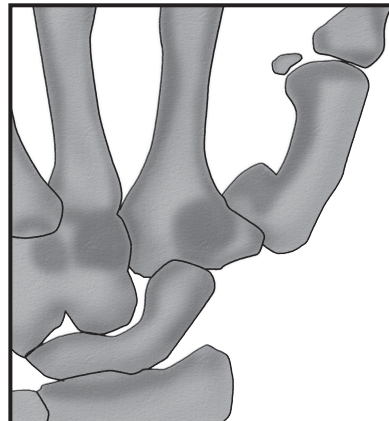


GRÁFICO 36: FRACTURA DE BENNETT

Fractura de la base del 1º metacarpiano con compromiso articular.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura de la diáfisis de los Metacarpianos

PREGUNTAS

556. El tratamiento de las fracturas de la diáfisis de los metacarpianos generalmente es:

- a) Incruento
- b) Cruento
- c) a y b

557. En las fracturas diafisarias de los metacarpianos la inmovilización con yeso es antebraquial:

- a) Incluyendo 1ª falange
- b) Incluyendo 2ª falange
- c) Incluyendo las 3 falanges

558. En las fracturas de la diáfisis de los metacarpianos el examen revela la prominencia ósea de la cabeza metacarpiana a nivel:

- a) Palmar
- b) Dorsal
- c) Lateral

559. Las fracturas de la diáfisis de los metacarpianos son generalmente:

- a) Oblicuas y espiroideas
- b) Conminutas y transversales
- c) A 3 fragmentos y oblicuas

560. El mecanismo de producción de las fracturas de la diáfisis de los metacarpianos es:

- a) Directo
- b) Caídas
- c) a y b

SINOPSIS 103

CARACTERÍSTICAS

- Se producen por mecanismos:
 - * Directos
 - * Indirectos
 - * Golpes
 - * Caídas
- Estas fracturas pueden ser:
 - * De uno o más metacarpianos
 - * Transversales
 - * Oblicuas
 - * Espiroideas
- El desplazamiento puede ser:
 - * Angulación
 - * Cabalgamiento
- Síntomas y signos:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Depresión de los nudillos
 - * Prominencia palmar de las cabezas metacarpianas
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Conservador:
 - * Reducción incruenta con anestesia
 - * Inmovilización con yeso antebraquimanual incluyendo la 1ª falange del dedo o de los dedos correspondientes
- Quirúrgico: en las fracturas inestables:
 - * Reducción cruenta
 - * Osteosíntesis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura del cuello de los Metacarpianos

PREGUNTAS

561. El tratamiento de las fracturas del cuello de los metacarpianos es:

- a) Cruento
- b) Incruento
- c) a y b

562. La inmovilización con yeso en las fracturas del cuello de los metacarpianos se realiza en un primer momento con el dedo correspondiente en:

- a) Flexión
- b) Semiflexión
- c) Extensión

563. En las fracturas del cuello de los metacarpianos la prominencia de los nudillos se encuentra:

- a) Deprimida
- b) Normal
- c) Aumentada

564. El mecanismo de producción de las fracturas del cuello de los metacarpianos es:

- a) Directo
- b) Por un golpe de puño
- c) a y b

565. En las fracturas del cuello de los metacarpianos, los mayormente afectados son:

- a) 2° y 3°
- b) 2° y 5°
- c) 4° y 5°

SINOPSIS 104

CARACTERÍSTICAS

- Son más frecuentes en el 5° y 2° metacarpianos
- Se producen por mecanismo directo: por golpe de puño
- El desplazamiento es palmar
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Depresión del nudillo del dedo
 - * Prominencia palmar de la cabeza metacarpiana
 - * Impotencia funcional
 - * Tumefacción
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Conservador:
 - Reducción bajo anestesia
 - * Inmovilización con yeso:
 - * Con el dedo en flexión por 15 días
 - * Con el dedo en posición funcional por 15 días más
- Fisioterapia post yeso

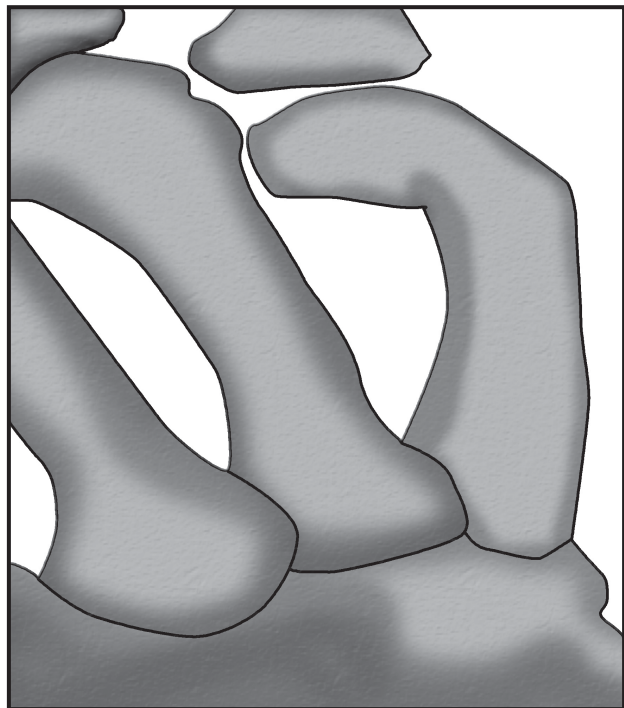


GRÁFICO 37: FRACTURA DEL QUINTO METACARPIANO

A nivel del cuello – con desplazamiento - angulada

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Luxación metacarpo-falángica del Pulgar**PREGUNTAS**

566. El tratamiento de la luxación metacarpo-falángica del pulgar es:

- a) Incruento
- b) Cruento
- c) a y b

567. La luxación metacarpo-falángica del pulgar es:

- a) Frecuente
- b) Poco frecuente
- c) Más frecuente en los adolescentes

568. El mecanismo de producción de la luxación metacarpo falángica del pulgar es un movimiento de:

- a) Hiper flexión
- b) Hiper extensión
- c) Torsión

569. El desplazamiento de la falange en la luxación metacarpo-falángica del pulgar es:

- a) Posterior
- b) Anterior
- c) Lateral

570. En la luxación metacarpo-falángica del pulgar puede presentarse interposición:

- a) De los sesamoideos
- b) Del tendón extensor del pulgar
- c) a y b

SINOPSIS 105**CARACTERÍSTICAS**

- Poco frecuente
- Su mecanismo es la hiperextensión forzada del pulgar
- El desplazamiento de la 1ª falange es posterior
- Puede presentarse la interposición articular de:
 - * Los sesamoideos
 - * El tendón flexor largo
- Existen 2 tipos de luxaciones:
 - * Incompleta
 - * Completa
- Clínicamente se registra:
 - * Dolor
 - * Actitud anormal que varía según el tipo de luxación: parcial o total
 - * Limitación de los movimientos
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Conservador:
 - * Reducción incruenta
 - * Inmovilización con yeso
- Quirúrgico, en los casos en que no se consigue la reducción manual; luego, yeso
- Fisioterapia

Luxación metcacarpo-falángica del pulgar

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Fractura de las Falanges

PREGUNTAS

571. En el tratamiento de las fracturas en la mano, de la 3ª falange, la inmovilización es con:
- Yeso
 - Férula
 - Vendaje
572. La inmovilización con yeso se indica mayormente en las fracturas en los dedos de la mano, que afectan a las falanges:
- 1ª y 2ª
 - 2ª y 3ª
 - a y b
573. Las fracturas conminutas de los dedos de la mano, afectan preferentemente a la:
- 1ª falange
 - 2ª falange
 - 3ª falange
574. El tipo de desplazamiento en las fracturas de las falanges, en la mano, es generalmente:
- Cabalgamiento
 - Angulación
 - Desviación Lateral
575. Las fracturas en la mano, son mayormente de la:
- 1ª y 2ª falanges
 - 2ª y 3ª falanges
 - 1ª y 3ª falanges

SINOPSIS 106

CARACTERÍSTICAS

- Son más frecuentes en la 1ª y última falanges
- Su mecanismo es:
 - * Directo, por aplastamiento en la falange ungueal, e
 - * Indirecto
- Los tipos de fractura son:
 - * Transversales
 - * Conminutas, de la 3ª falange
- El desplazamiento más frecuente es la angulación de seno posterior en la 1ª falange
- Clínicamente se registra:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad, angulación
 - * Hematoma subungueal
 - * Herida, pérdida de la uña, exposición de fragmentos en las fracturas abiertas
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO:

- Evacuación del hematoma subungueal, si lo hubiera
- Anestesia local y reducción cruenta o incruenta:
 - * Cruenta en las fracturas abiertas, previa limpieza quirúrgica
 - * Incruenta en las fracturas cerradas
- Inmovilización con yeso en las fracturas de la 1ª y 2ª falange
- Inmovilización con férula en las fracturas de la 3ª falange
- Fisioterapia precoz



GRÁFICO 38: FRACTURA DE LA PRIMERA FALANGE DEL 5º DEDO

Localizada en su tercio medio, de trazo transversal, irregular, con marcada angulación

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 143

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre Lesiones de Miembros Superiores

406. b) Vendaje en ocho
 407. c) Ambos
 408. a) Gran desplazamiento
 409. c) Medio
 410. a) La caída sobre el hombro
 411. a) El cuello quirúrgico
 412. b) El acromion y el cuerpo
 413. c) Cuello quirúrgico
 414. b) El cuello quirúrgico
 415. c) Acromion, desplazadas
 416. c) a y b
 417. b) Extendido
 418. c) Hasta la segunda década
 419. c) Mayores de 40 años
 420. c) a y b
 421. b) Reducción incruenta y vendaje de inmovilización
 422. c) Verificar el diagnóstico
 423. c) a y b
 424. a) Luxación
 425. a) Sobre el hombro
 426. c) Ninguna
 427. b) Vendaje en ocho
 428. a) Elevación del brazo
 429. b) Atrás
 430. b) Caídas sobre el hombro en abducción
 431. a) Conservador
 432. c) Ninguna
 433. b) Alargamiento
 434. c) Elástica
 435. a) Caída apoyando la palma de la mano
 436. a) Quirúrgico
 437. c) Es menos frecuente
 438. c) a y b
 439. a) De los elementos musculares y cápsula
 440. b) Deportivas
 441. c) Cruento con osteo-síntesis
 442. b) Pseudoartrosis
 443. b) Deltoides y redondo mayor
 444. b) Medio
 445. a) Adultos
 446. c) a y b
 447. a) Heridas
 448. c) a y b
 449. c) Ninguno de los mencionados
 450. b) Entre los 4 y 12 años
 451. a) Cruenta y osteo-síntesis
 452. b) Desfavorable
 453. a) Transversal
 454. a) Adelante
 455. c) Adultos
 456. a) Reducción cruenta y osteosíntesis
 457. b) Valgo
 458. b) Lateral
 459. c) Caída sobre la palma de la mano
 460. a) Niños
 461. a) Incruento
 462. c) a y b
 463. b) Desde los 2 años de edad
 464. a) Anterior o posterior
 465. b) Flexión
 466. a) Del tamaño del fragmento
 467. a) Es pequeño
 468. c) Comparativa
 469. a) Cubital
 470. b) Traumas directos
 471. a) Incruento
 472. a) Flexión de 90° y supinación
 473. a) Desfavorable
 474. b) Supinación
 475. b) Entre los 6 y 16 años
 476. c) Olecranectomía
 477. a) Indirecto
 478. b) La parte media
 479. b) La diatasis
 480. c) Basal
 481. a) Resección del fragmento
 482. b) Menos de 90°
 483. a) Flexión
 484. c) El pico
 485. b) Semiflexión
 486. a) Reducción incruenta con anestesia
 487. b) 90°
 488. a) Flexión
 489. c) a y b
 490. a) Extensión

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre Lesiones de Miembros Superiores

- | | |
|---|---|
| 491. a) Incruento | 534. b) “dorso de tenedor” |
| 492. b) Sin anestesia | 535. c) Hasta los 16 años |
| 493. c) A la supinación | 536. c) Colocación de yeso braquimanual
incluyendo el pulgar |
| 494. b) Extensión y abducción | 537. a) Injerto óseo |
| 495. b) Menores de 5 años | 538. a) Proximal |
| 496. c) a y b | 539. a) Oblicuas $\frac{3}{4}$ |
| 497. b) Posición intermedia | 540. a) Flexión y compresión bipolar |
| 498. c) Supinación | 541. a) Reducción incruenta con anestesia |
| 499. a) El radio | 542. c) Semiflexionados |
| 500. c) a y b | 543. a) Anteriormente |
| 501. a) De la fractura del cúbito | 544. b) Dorsiflexión |
| 502. b) Flexión y supinación | 545. a) Flexión |
| 503. a) Pronación | 546. a) Conservador |
| 504. b) Anterior | 547. c) 3 meses |
| 505. c) a y b | 548. c) a y b |
| 506. a) Reducción incruenta | 549. a) Posteriores |
| 507. b) Radial | 550. a) Hacia delante |
| 508. b) Posterior | 551. a) Conservador |
| 509. c) Transversales y oblicuas | 552. b) Abducción |
| 510. c) Unión del tercio medio con inferior | 553. a) Angulación y aducción |
| 511. b) Secuelas | 554. b) Atrás y arriba |
| 512. c) Flexión palmar y cubital | 555. a) Directo |
| 513. a) Radial | 556. a) Incruento |
| 514. b) En “dorso de tenedor” | 557. b) Incluyendo 1ª falange |
| 515. a) Ancianos | 558. a) Palmar |
| 516. c) Conservador | 559. a) Oblicuas y espiroideas |
| 517. c) Limitación de movimientos | 560. c) a y b |
| 518. a) Anterior | 561. b) Incruento |
| 519. b) “Ventre de tenedor” | 562. a) Flexión |
| 520. b) Hiperflexión | 563. a) Deprimida |
| 521. b) Inmovilización con yeso | 564. a) Directo |
| 522. a) 2 semanas | 565. b) 2º y 5º |
| 523. b) Inflexión de la cortical | 566. a) Incruento |
| 524. c) Deformidad discreta | 567. b) Poco frecuente |
| 525. a) Niños | 568. b) Hiperextensión |
| 526. a) Reducción incruenta y yeso | 569. a) Posterior |
| 527. a) Artrodesis | 570. c) a y b |
| 528. b) Variable | 571. b) Férula |
| 529. c) Deformidad | 572. a) 1ª y 2ª falanges |
| 530. b) Adultos | 573. c) 3ª falange |
| 531. b) Incruento | 574. b) Angulación |
| 532. c) Soldadura precoz del cartílago | 575. c) 1ª y 3ª falanges |
| 533. a) Resección distal del cúbito | |

4. LESIONES DE MIEMBROS INFERIORES

Fracturas de la Pelvis

PREGUNTAS

576. Los mecanismos de producción de las fracturas de la pelvis son por:

- a) Compresión
- b) Arrancamiento
- c) Ambos

577. Son fracturas de la pelvis por arrancamiento las de:

- a) La tuberosidad isquiática
- b) El ala del ilíaco
- c) Ambas

578. Las llamadas fracturas combinadas de la pelvis son las que comprometen a:

- a) Ambos segmentos en un solo lado
- b) Segmentos anterior y posterior, bilateralmente
- c) Ambas hemipelvis

579. El dolor en las fracturas de la pelvis:

- a) Es localizado
- b) Se presenta con la compresión bicrestal
- c) a y b

580. El tratamiento de las fracturas aisladas de la pelvis es mayormente:

- a) Incruento
- b) Con osteosíntesis
- c) Ambos

SINOPSIS 107

CARACTERÍSTICAS

- Las fracturas de la pelvis comprenden las fracturas del ilíaco, del sacro y el coxis
- Se producen por mecanismos directos, por compresión, e indirectos, por arrancamiento
- Se pueden presentar sin o con compromiso del anillo pélvico
- Las fracturas que no afectan al anillo pélvico son las de las espinas ilíacas anteriores, tuberosidad isquiática, ala ilíaca, ceja y fondo del cótilo, horizontales del sacro y coxis. Pueden ser sin o con desplazamiento
- Se complican (20%) con lesiones viscerales, principalmente uretro-vesicales
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor en el sitio de fractura, a la presión o a la compresión bicrestal
 - * Asimetría pélvica, en las fracturas desplazadas
 - * Impotencia funcional
 - * Actitud viciosa en cadera, en las fracturas del cótilo, con luxación posterior o central
 - * Manifestaciones de lesión visceral o de lesión neurológica; estas últimas, ocasionales, en la fractura del sacro
- La radiografía precisa el diagnóstico

Fracturas de la Pelvis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

TRATAMIENTO

- Generalmente es incruento. Según, si existe o no desplazamiento, se recomienda:
 - * Reposo en cama durante 1 mes
 - * Inmovilización con yeso toraco-rotuliano por 2 o 3 meses
 - * Suspensión en hamaca temporal y, luego, yeso
- El tratamiento quirúrgico se plantea en las fracturas desplazadas de la ceja y del fondo cotoideo. Lograda la reducción, se fija con tornillos o placa atornillada
- Fisioterapia precoz

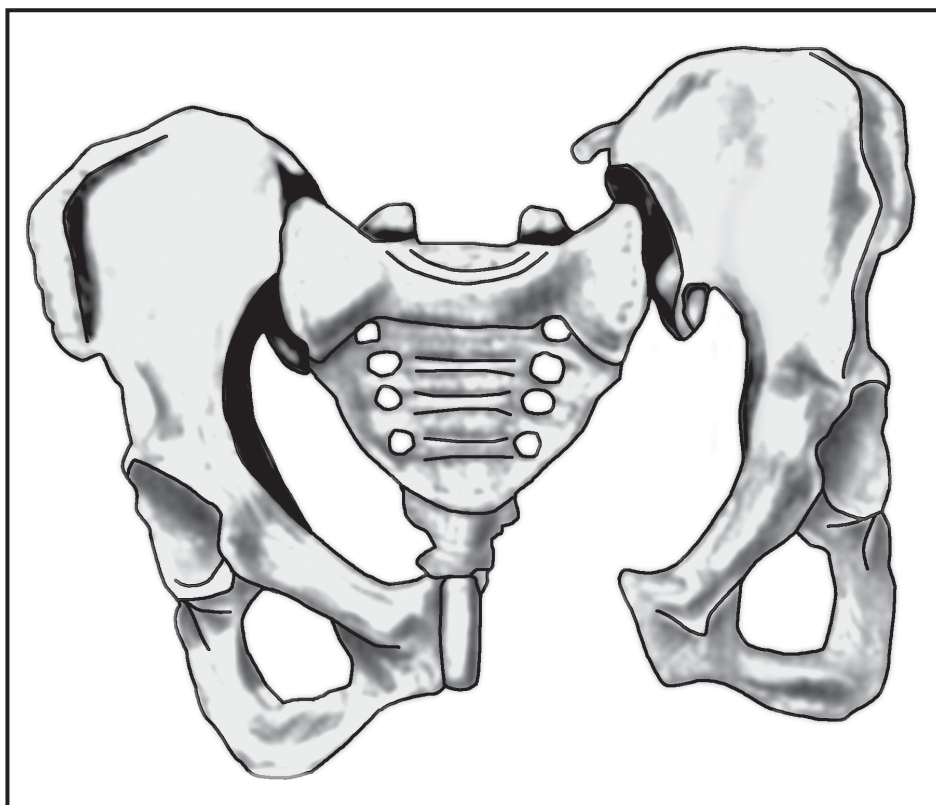


GRÁFICO 39: FRACTURAS DESPLAZADAS DE LA PELVIS

Con diastasis púbica y subluxación sacro-ilíaca izquierda.

Desprendimiento epifisario proximal del Fémur

PREGUNTAS

581. Cuando el desplazamiento epifisario proximal del fémur es menor, el tratamiento consiste en realizar una:

- a) Osteotomía correctora
- b) Osteosíntesis
- c) Inmovilización con yeso

582. Al examen en el desprendimiento epifisario proximal del fémur, se comprueba la cadera en:

- a) Flexión y rotación externa
- b) Rotación externa y abducción
- c) Abducción y rotación interna

583. En el desprendimiento epifisario proximal del fémur se encuentra:

- a) Acortamiento y claudicación
- b) Claudicación y alargamiento
- c) Cadera en aducción y dolorosa

584. El desprendimiento epifisario proximal del fémur se presenta mayormente:

- a) En varones, entre los 5 y 15 años
- b) En mujeres, en la pubertad
- c) Entre los 12 y 17 años, en varones

585. Los desprendimientos de la epífisis proximal del fémur se presentan:

- a) Después de un trauma en cadera
- b) Lenta y progresivamente
- c) a y b

SINOPSIS 108

CARACTERÍSTICAS

- Se producen en forma brusca, por traumas, o progresivamente
- Cuando su aparición es lenta, se le relaciona con el síndrome adiposo genital
- Se presenta mayormente en varones a edades entre 12 y 17 años
- Sus síntomas y signos son:
 - * Dolor en cadera o rodilla
 - * Acortamiento del miembro y claudicación
 - * Actitud en abducción y rotación externa de cadera
- La radiografía permite determinar el grado de desplazamiento

TRATAMIENTO

- Depende del grado de desplazamiento. Es quirúrgico. Puede ser:
 - * Simplemente osteosíntesis con clavo transcervical, cuando el desplazamiento es menor
 - * Osteotomía correctora y osteosíntesis con clavo placa, si el desplazamiento es mayor

Desprendimiento epifisario proximal del Fémur

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fractura del Trocánter Mayor-Menor

PREGUNTAS

586. El tratamiento de las fracturas del trocánter menor es preferentemente:

- a) Inmovilización con yeso
- b) Postural en cama, con cadera en semiflexión
- c) Quirúrgico

587. El tratamiento de las fracturas del trocánter mayor es:

- a) Inmovilización en cama dura
- b) Pelvipedio de yeso con cadera en abducción
- c) Tracción continua

588. En la radiografía se comprueba que en las fracturas de trocánter menor el desplazamiento generalmente:

- a) No se presenta
- b) Es discreto
- c) Es marcado

589. En las fracturas del trocánter mayor se presenta generalmente dolor e impotencia funcional y posición de cadera en:

- a) Flexión
- b) Abducción
- c) Ambas

590. Las fracturas del trocánter mayor se producen por mecanismo:

- a) Directo
- b) Indirecto
- c) a y b

SINOPSIS 109

CARACTERÍSTICAS

- Pueden presentarse conjuntamente con las fracturas intertrocantéricas
- Las fracturas del trocánter mayor puras:
 - * Se producen por contracción violenta del glúteo medio o por traumas directos
 - * Son poco desplazadas
 - * Se presentan con dolor y limitación de la abducción de cadera
- Las fracturas del trocánter menor puras:
 - * Se producen por contracción brusca del psoas ilíaco
 - * Son poco desplazadas
 - * Se presentan con dolor y limitación funcional de la flexión de cadera
- La radiografía permite precisar el diagnóstico

TRATAMIENTO:

- Inicialmente es incruento:
 - * En las fracturas del trocánter mayor, inmovilización con yeso pelvipedio en abducción, por 1 mes
 - * En las fracturas del trocánter menor, reposo en cama, con la cadera en semiflexión, con almohadas, por 2 semanas
- Posteriormente: fisioterapia



GRÁFICO 40: FRACTURA DEL TROCÁNTER MAYOR

Por arrancamiento, por contracción del glúteo medio.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fracturas del Cuello del Fémur

PREGUNTAS

591. El tratamiento preferencial de las fracturas del cuello del fémur es:
- Quirúrgico
 - Tracción continua
 - Inmovilización con yeso
592. En los fracturados del cuello del fémur se pueden presentar mayormente complicaciones:
- Cardiovasculares
 - Broncopulmonares
 - Gastrointestinales
593. La evolución favorable de las fracturas del cuello del fémur se aprecia generalmente en las:
- Intracapsulares
 - Mediales
 - Extracapsulares
594. Las complicaciones más frecuentes en las fracturas del cuello del fémur son:
- Pseudoartrosis
 - Osteomielitis
 - a y b
595. El mecanismo de producción de las fracturas del cuello del fémur puede ser por:
- Traumas directos
 - Indirectos, por torsión
 - a y b

SINOPSIS 110

CARACTERÍSTICAS

- Son consecuencia de la osteoporosis de la senectud, más frecuentes en mujeres
- Se producen por micro traumas directos, caídas simples, o traumas indirectos, por torsión
- Se clasifican en:
 - * Mediales o intra capsulares y
 - * Laterales o extra capsulares
- Las fracturas mediales pueden ser:
 - * Sub-capitales
 - * Transcervicales
- Las fracturas mediales también pueden ser según su trazo:
 - * Por abducción (30°)
 - * Intermedias (50°)
 - * Por abducción (70°)
- Las fracturas laterales pueden ser:
 - * Basicervicales
 - * Trans-trocantéreas
 - * Sub-trocantéreas
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor en cadera
 - * Actitud en rotación externa
 - * Tumorción dura en región inguinal
 - * Acortamiento del miembro con ascenso del trocánter mayor
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico
- La evolución es favorable, mayormente en las fracturas laterales
- Las complicaciones son generales y locales:
 - * Las generales son broncopulmonares, urinarias y las escaras
 - * Las locales son la pseudoartrosis y necrosis séptica de la cabeza femoral

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fracturas del cuello del Fémur

TRATAMIENTO

- Inicialmente puede emplearse la tracción continua
- La reducción y fijación interna es el tratamiento preferencial en las fracturas laterales y los reemplazos articulares en las fracturas mediales
- También suele emplearse la fijación externa
- La fisioterapia y la movilización temprana del paciente son de necesidad

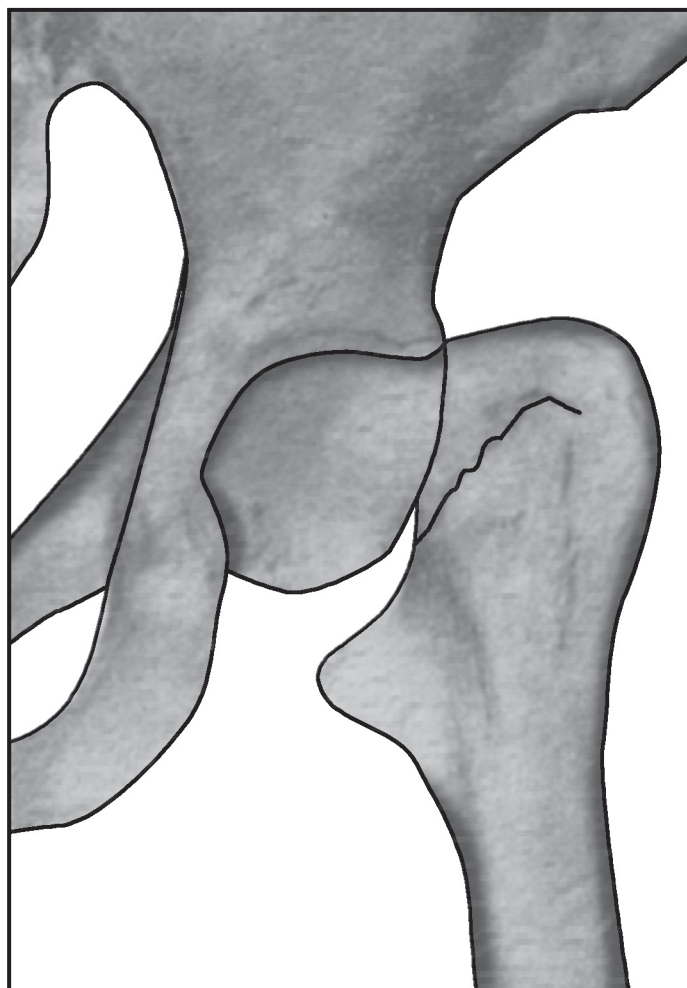


GRÁFICO 41: FRACTURA DEL CUELLO FEMORAL

Con ascenso trocantéreo - coxa vara

Luxaciones Traumáticas de Cadera

PREGUNTAS

596. El tratamiento de la luxación traumática de cadera comúnmente es:

- a) Reducción cruenta
- b) Tracción continua
- c) Reducción incruenta

597. Las complicaciones más comunes en la luxación traumática de cadera son:

- a) Necrosis cefálica
- b) Artritis piógena
- c) Lesión vásculo – nerviosa

598. En las luxaciones ilíacas, la cadera se encuentra en:

- a) Abducción
- b) Extensión
- c) a y b

599. La luxación de cadera tipo obturatriz corresponde a las llamadas:

- a) Altas
- b) Bajas
- c) Posteriores

600. Las luxaciones de cadera se presentan como consecuencia de:

- a) Caídas
- b) Choque de automóvil
- c) Volcaduras

SINOPSIS 111

CARACTERÍSTICAS

- Son relativamente frecuentes en adultos varones
- Se produce mayormente en choques de automóvil o en derrumbes, por traumas siguiendo el eje del fémur o sobre la cara posterior del ilíaco
- Existen 4 tipos de luxación según el desplazamiento de la cabeza femoral:
 - * Posteriores:
 - Iliaca o alta e
 - Isquiática o baja
 - * Anteriores:
 - Obturatriz o alta y
 - Púbrica o baja
- Las luxaciones patológicas tienen su origen ajeno al trauma Pueden ser: infecciosas, paralítica, etc.
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Actitud variable, según el tipo de luxación
 - * Limitación elástica del movimiento
 - * Alargamiento del miembro con cadera en extensión: en las luxaciones altas
 - * Acortamiento del miembro con cadera en flexión: en las luxaciones bajas
 - * La cabeza del fémur se palpa fuera de lugar
 - * Puede presentarse compromiso ciático
- Las complicaciones que se presentan pueden ser inmediatas y mediatas
- Algunas de ellas son:
 - * Vásculo-nerviosas
 - * Fracturas de la ceja o del fondo cotiloideo
 - * Necrosis de la cabeza femoral
 - * Artrosis
- La radiografía precisa el diagnóstico

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Luxaciones de Cadera

TRATAMIENTO

- Comúnmente es la reducción incruenta bajo anestesia general, seguida de inmovilización con yeso pelvipedio por 3 meses
- En caso de luxofractura se plantea el tratamiento quirúrgico cuando existe interposición o desplazamiento fragmentario
- Retirado el yeso procede la fisioterapia y el tratamiento funcional

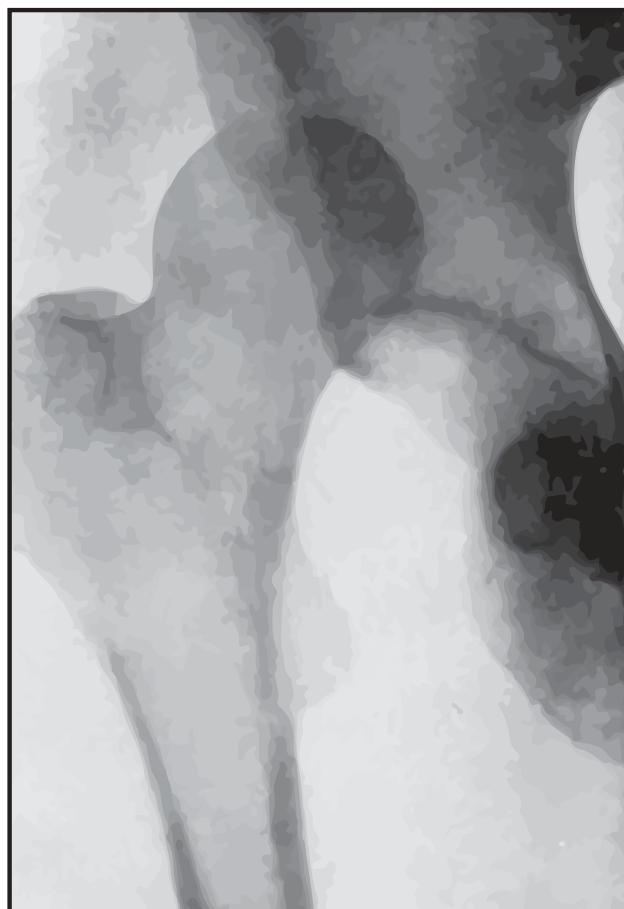


GRÁFICO 42: LUXACIÓN POSTERIOR DE CADERA

Tipo: ilíaca alta

Fracturas de la diáfisis del Fémur

PREGUNTAS

601. En las fracturas diafisarias del fémur, en niños, el tratamiento de elección es:
- Incruento
 - Cruento
 - a o b
602. En los adultos, el tratamiento de las fracturas diafisarias del fémur mayormente es:
- Con tracción esquelética
 - Inmovilización con yeso
 - Osteosíntesis
603. Las fracturas diafisarias del fémur comúnmente se desplazan por la acción de los músculos:
- Psoas ilíaco y glúteo medio
 - Glúteo mayor y aductores
 - Aductores e isquio-cruales
604. Las fracturas diafisarias del fémur comúnmente se desplazan por la acción de los músculos:
- Glúteo medio y psoas
 - Aductores
 - a y b
605. El mecanismo de producción en las fracturas diafisarias del fémur es por:
- Torsión o palanca
 - Aplastamiento
 - a y b

SINOPSIS 112

CARACTERÍSTICAS

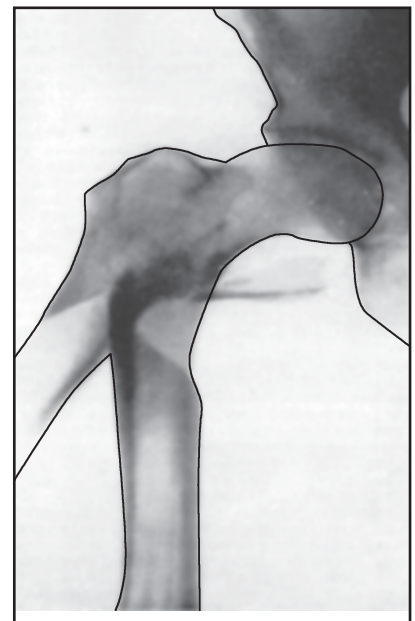
- Son relativamente frecuentes
- Se presentan por mecanismo:
 - * Directo : aplastamiento
 - * Indirecto: torsión o palanca
- Según el trazo pueden ser:
 - * Transversales * Oblicuas
 - * Espiroideas * A trazo múltiple o conminutas
- Son fracturas comúnmente desplazadas por acción muscular:
 - * Proximalmente intervienen el glúteo medio y el psoas
 - * Distalmente intervienen los aductores y los gemelos
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Movilidad anormal
 - * Deformidad: angulación, rotación
 - * Acortamiento: cabalgamiento
 - * Impotencia funcional
 - * Tumefacción
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Es conservador y cruento:
 - * En niños se emplea más la tracción continua y yeso pelvipedio
 - * En adultos se prefiere la reducción cruenta y osteosíntesis

GRÁFICO 43: FRACTURA EN LA DIÁFISIS DEL FÉMUR EN SU TERCIO SUPERIOR

De trazo espiroideo, con desplazamiento del fragmento proximal, en abducción.



Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fracturas Supracondileas del Fémur

PREGUNTAS

606. El tratamiento de las fracturas supracondileas del fémur es mayormente:
- a) Con tracción esquelética b) Yeso muslopedio c) a y b
607. El tipo de tracción que se recomienda en las fracturas supracondileas del fémur es:
- a) Esquelética simple b) Esquelética simple o doble c) Cutánea
608. El desplazamiento en las fracturas supracondileas del fémur es mayormente:
- a) Posterior b) Lateral c) Anterior
609. Las fracturas supracondileas del fémur son frecuentes:
- a) Si b) No c) En niños
610. Las fracturas supracondileas del fémur se producen por mecanismo:
- a) Directo b) Indirecto c) a y b

SINOPSIS 113

Fracturas Supracondileas del Fémur

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

CARACTERÍSTICAS

- Son poco frecuentes
- Se producen por mecanismo directo
- El desplazamiento es posterior por acción de los gemelos
- Síntomas y signos:
 - * Dolor
 - * Movilidad anormal
 - * A veces, crepitación
 - * Hemartrosis
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Comúnmente es conservador con:
 - * Tracción esquelética simple o doble, en dos direcciones, por 1 mes, más o menos
 - * Luego, yeso muslopedio
- Si no se corrige aceptablemente, hay que recurrir a la reducción cruenta y osteosíntesis
- Es importante la terapia física complementaria

Fracturas Condileas del Fémur

PREGUNTAS

611. Las fracturas condileas del fémur requieren tratamiento:

- a) Conservador
- b) Quirúrgico
- c) a y b

612. La reducción de las fracturas condileas del fémur se realiza con tracción esquelética:

- a) Transtibial
- b) Supracondilea
- c) Doble

613. Efectuada la reducción cruenta en las fracturas condileas del fémur mayormente se coloca fijación con:

- a) Clavo
- b) Clavo placa
- c) Cerclaje o ligadura

614. En las fracturas unicondileas del fémur el trazo es:

- a) Oblicuo
- b) Horizontal
- c) Vertical

615. En el mecanismo de producción de las fracturas condileas del fémur se considera que existe:

- a) Compresión lateral
- b) Compresión longitudinal
- c) Un movimiento de torsión

SINOPSIS 114

CARACTERÍSTICAS

- Son determinadas por trauma violento, siguiendo el eje del fémur, que produce compresión longitudinal con la rodilla en valgo o varo
- Pueden ser:
 - * Unicondileas, con trazo vertical
 - * Supra-intercondilea, con trazo en T
- El desplazamiento es generalmente hacia arriba y lateralmente
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Hemartrosis
 - * Deformidad en valgo o varo
 - * Aumento del diámetro transversal
 - * Movilidad anormal
 - * Crepitación
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO:

- Puede ser incruento o cruento
- El tratamiento incruento se realiza traccionando y luego comprimiendo a nivel del foco de fractura, manualmente. También puede indicarse tracción esquelética transtibial; conseguida la corrección, se coloca yeso.
- El tratamiento cruento se realiza para conseguir la reducción y fijar los fragmentos, preferentemente con placas atornilladas. Luego, puede colocarse yeso.
- Se continúa con tratamiento físico para el restablecimiento funcional

GRÁFICO 44: FRACTURA BICONDILEA DE FÉMUR

Con desplazamiento ascendente de fragmentos correspondientes a ambos cóndilos.



Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Desplazamiento epifisario distal del Fémur

PREGUNTAS

616. El tratamiento del desplazamiento epifisario distal del fémur es:

- a) Incruento b) Con tracción continua c) Quirúrgico

617. En el desplazamiento epifisario distal del fémur se presentan complicaciones:

- a) De necrosis b) Vásculo-nerviosas c) De pseudoartrosis

618. En el desplazamiento epifisario distal del fémur se produce un aumento del diámetro:

- a) Ántero-posterior b) Transversal c) Ambos

619. El desplazamiento epifisario distal del fémur es:

- a) Posterior b) Lateral c) Anterior

620. El desplazamiento de la epífisis distal del fémur se produce por un movimiento de la rodilla en:

- a) Extensión b) Hiperflexión c) Hiperextensión

SINOPSIS 115

Desplazamiento epifisario distal del Fémur

CARACTERÍSTICAS

- Son más frecuentes a edades entre 8 y 13 años
- Se producen por hiperextensión violenta de la rodilla
- El desplazamiento epifisario es anterior
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor * Hemartrosis * Deformidad
 - * Aumento del diámetro ántero-posterior
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico
- Pueden presentarse complicaciones vásculo-nerviosas poplíteas

TRATAMIENTO

- Es incruento, haciendo tracción y presionando hacia atrás la epífisis desplazada
- Se inmoviliza con yeso con la rodilla en flexión. Posteriormente se cambia el yeso, extendiendo la rodilla
- Retirada la inmovilización, se indica tratamiento físico

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fractura de Rótula - Ruptura del aparato extensor de la Rodilla

PREGUNTAS

621. Las fracturas de la rótula se producen por mecanismo:

- a) Directo
- b) Indirecto
- c) Ambos

622. Las fracturas de la rótula son de trazos:

- a) Horizontal
- b) Vertical
- c) a y b

623. En la fractura de la rótula se comprueba principalmente:

- a) Hematoma pre rotuliano
- b) Hemartrosis
- c) Ambos

624. El hematoma pre rotuliano se encuentra en las:

- a) Fracturas de rótula
- b) Arrancamiento del cuádriceps
- c) Ruptura de los alerones rotulianos

625. La ruptura del aparato extensor de la rodilla se produce por mecanismo:

- a) Directo
- b) Indirecto
- c) a y b

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

SINOPSIS 116

CARACTERÍSTICAS

- Son poco frecuentes
- Se producen por mecanismo:
 - * Indirecto: contracción del cuádriceps
 - * Directo: caídas de rodilla
- Son de trazo:
 - * Transversal: de la base, parte media y apical
 - * Vertical, marginal
 - * Estrellado, múltiple, en fracturas conminutas
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Hematoma pre-rotuliano
 - * Hemartrosis
 - * Desnivel o escalón rotuliano
 - * Limitación funcional variable, para la extensión de rodilla
 - * La ruptura del aparato extensor corresponde al arrancamiento o ruptura del cuádriceps y de los alerones rotulianos
- Clínicamente la ruptura del aparato extensor se manifiesta por:
 - * Dolor
 - * Depresión cuadrípital
 - * Impotencia funcional para la extensión de la rodilla
- La radiografía es importante para el diagnóstico diferencial de la fractura de rótula y la ruptura del aparato extensor

TRATAMIENTO

- Conservador, en el caso de fracturas sin desplazamiento
- Quirúrgico en las:
 - * Fracturas desplazadas y
 - * Ruptura del cuádriceps
- Fisioterapia – tratamiento funcional

Luxación de Rodilla

PREGUNTAS

626. El tratamiento de elección de la luxación de rodilla es la:

- a) Reducción incruenta inmediata seguida de yeso
- b) Reducción cruenta precoz
- c) Tracción continua pre-reducción y yeso

627. El desplazamiento de la rótula en las luxaciones laterales de rodilla es:

- a) Lateral
- b) Medial
- c) a y b

628. La deformidad en "bayoneta" sagital se presenta en las lesiones de rodilla:

- a) Anteriores y posteriores
- b) Laterales y anteriores
- c) Posteriores y laterales

629. La actitud en flexión de rodilla corresponde a las luxaciones:

- a) Anteriores
- b) Posteriores
- c) Laterales

630. El aumento de diámetro transversal de la rodilla corresponde a las luxaciones:

- a) Anteriores
- b) Laterales
- c) Posteriores

SINOPSIS 117

CARACTERÍSTICAS

- Son poco frecuentes
- Se producen por mecanismos:
 - * Directos: traumas
 - * Indirectos: movimientos forzados
- El desplazamiento de la tibia puede ser hacia:
 - * Adelante
 - * Atrás
 - * Los dos lados
- Las luxaciones más frecuentes son:
 - * Ántero-externa y
 - * Pósterio-externa
- Las lesiones son de:
 - * Ligamentos
 - * Cápsula
 - * A veces, arrancamientos óseos
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Actitud en:
 - extensión, en las luxaciones anteriores
 - flexión, en las posteriores
 - * Aumento del diámetro transversal, en las luxaciones laterales
 - * Deformidad en bayoneta sagital y frontal, en las luxaciones anteriores y posteriores o laterales, respectivamente
 - * Desplazamiento medial o lateral de la rótula
 - * Manifestaciones ocasionales de lesión vascular y nerviosa
- La radiografía precisa el diagnóstico

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Luxación de Rodilla

TRATAMIENTO

- La reducción incruenta inmediata, seguida de inmovilización con yeso por 3 meses, es el tratamiento de elección
- La reducción cruenta se indica en las luxaciones manualmente irreductibles y en las luxaciones antiguas



GRÁFICO 45: FRACTURA DE RÓTULA POLIFRAGMENTARIA
Con desplazamiento de fragmentos

Luxación de Rótula

PREGUNTAS

631. El tratamiento de las luxaciones de rótula es:
- a) Incruento
 - b) Cruento
 - c) a y b
632. Para conseguir la reducción de la luxación de rótula es necesaria la relajación de:
- a) Los flexores de cadera
 - b) El cuádriceps
 - c) Los flexores de rodilla
633. En las luxaciones de rótula existe imposibilidad para la:
- a) Flexión pasiva
 - b) Extensión activa
 - c) Extensión pasiva
634. En la luxaciones de rótula esta se desplaza:
- a) Sobre el cóndilo externo
 - b) Sobre el cóndilo interno
 - c) Distalmente
635. El mecanismo de producción de la luxación de rótula es:
- a) La contractura muscular brusca
 - b) Trauma directo sobre borde interno
 - c) Ambos

SINOPSIS 118

CARACTERÍSTICAS

- Es poco frecuente
- Se produce por:
 - * Trauma sobre borde interno
 - * Contractura muscular brusca
- Síntomas y signos:
 - * Dolor
 - * Actitud en semiflexión
 - * Ubicación de rótula sobre cóndilo externo
 - * Imposibilidad para la extensión pasiva
 - * Impotencia funcional
- La radiografía confirma el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Es incruento
- La reducción se logra:
 - * Relajando el cuádriceps, con la cadera flexa y la rodilla extendida
 - * Se presiona el borde externo de la rótula tratando de desplazarla medialmente
- Inmovilización con rodillera de yeso por 2 meses
- Fisioterapia

Luxación de Rótula

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Luxación recidivante de Rótula

PREGUNTAS

636. El tratamiento de la luxación recidivante de rótula inicialmente es:

- a) Conservador
- b) La reducción quirúrgica
- c) La patelectomía

637. Con los años la luxación recidivante de rótula evoluciona hacia:

- a) La artrosis
- b) La anquilosis
- c) Ambas

638. Las alteraciones de partes blandas que se registran en la luxación recidivante de rótula son:

- a) La atrofia del vasto externo
- b) La hiperlaxitud cápsulo ligamentosa interna
- c) Ninguna de ellas

639. Las alteraciones óseas presentes en la luxación recidivante de rótula son:

- a) Genu valgo
- b) Genu varo
- c) Genu recurvatum

640. Las luxaciones de rótula en los casos de luxaciones recidivantes de rótula se presentan:

- a) Por mecanismos indirectos
- b) Por trauma directo
- c) Espontáneamente

SINOPSIS 119

CARACTERÍSTICAS

- La luxación recidivante de rótula se produce, generalmente en forma espontánea, sin trauma previo, cada vez que se flexiona la rodilla
- Se le relaciona con la existencia de alteraciones óseas y de partes blandas
- Las alteraciones óseas son:
 - * El genu valgo patológico
 - * La hipoplasia del cóndilo externo
 - * El dismorfismo rotuliano y
 - * La torsión tibial
- Las alteraciones de partes blandas son:
 - * Hiperlaxitud cápsulo-ligamentosa interna
 - * Atrofia del vasto interno
- Los síntomas y signos son:
 - * Alteraciones de la morfología de la rodilla
 - * Genu valgo
 - * Desplazamiento lateral de la rótula en la flexión y reposición de la misma en la extensión
 - * Con los años: dolor e inestabilidad articular
- La radiografía evidencia las alteraciones óseas mencionadas

TRATAMIENTO

- Es quirúrgico. Existen numerosas técnicas para evitar la luxación:
 - * Capsuloplastias
 - * Transposición del tendón rotuliano medial y distalmente
 - * Osteotomía correctora de genu valgo
 - * Patelectomía, cuando hay artrosis y dolor

Luxación recidivante de Rótula

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Lesiones Meniscales

PREGUNTAS

641. El tratamiento de las lesiones meniscales es al inicio generalmente:
- Conservador
 - Punción articular
 - Cruento
642. En las lesiones meniscales con bloqueo, éste es mayormente con la rodilla en:
- Extensión
 - Semiflexión
 - Flexión
643. En niños las lesiones meniscales corresponden predominantemente a:
- Quistes
 - Rupturas
 - Menisco discoide
644. El menisco que mayormente se compromete es el:
- Externo
 - Interno
 - Ambos por igual
645. La alteración del eje de la rodilla que más expone a la lesión meniscal es el:
- Varo
 - Valgo
 - Recurvatum

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

SINOPSIS 120

CARACTERÍSTICAS

- La lesión meniscal es la afección más frecuente en la rodilla:
 - * En accidentes deportivos
 - * En adolescentes y jóvenes
- Se presenta en personas de edad, con cambios degenerativos articulares, por traumas menores
- En niños se presenta el menisco discoide, que afecta más al lado externo
- En general se compromete más el menisco interno, sobre todo si existe genu varo
- El mecanismo de producción es la torsión de la rodilla semiflexionada con el pie fijo en el suelo
- La ruptura del menisco puede ser:
 - Longitudinal (en aza)
 - Del cuerno anterior
 - Del cuerno posterior
 - Medial
 - Periférica
- Los síntomas y signos son:
 - Dolor
 - Crujido
 - Bloqueo
 - Tumefacción
 - Hemartrosis
 - Hidartrrosis
 - Actitud en semiflexión con resistencia elástica para la extensión
 - Quistes meniscales, más notorios en la rodilla en flexión
- La radiografía y artrografía sirven para precisar el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Inicialmente: antálgicos, punción articular evacuante, en la hemartrosis e hidrartrosis, inmovilización con yeso
- Según evolución: meniscectomía, preferentemente parcial
- Tratamiento funcional

Fracturas proximales de la Tibia

PREGUNTAS

646. El tratamiento de las fracturas proximales de la tibia es:
- a) Incruento, con tracción manual y yeso
 - b) Con tracción esquelética y luego yeso
 - c) a y b
647. En las fracturas proximales de tibia, inicialmente se registra:
- a) Hemartrosis
 - b) Hematoma
 - c) Bloqueo articular
648. En las fracturas proximales de tibia, clínicamente se encuentra:
- a) Crepitación
 - b) Valgo o varo
 - c) Recurvatum
649. En las fracturas proximales de tibia se suele encontrar ensanchamiento:
- a) Ántero-posterior
 - b) Lateral
 - c) a y b
650. El mecanismo de producción de las fracturas proximales de tibia es:
- a) Indirecto
 - b) Directo
 - c) Ambos

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

SINOPSIS 121

CARACTERÍSTICAS

- Su incidencia es mayormente después de los 30 años
- Se producen por:
 - * Caídas con la pierna en abducción forzada
 - * Trauma directo en el lado externo de la rodilla
- Se presentan conjuntamente con:
 - * Lesiones ligamentarias
 - * Hundimiento de platillo tibial externo
 - * Desprendimiento de un fragmento cuneiforme externo
 - * Fragmentación múltiple
- Pueden ser según su trazo:
 - * Irregulares
 - * Marginales
 - * En “escudilla”
 - * En T y en Y invertidas
- Síntomas y signos:
 - * Dolor
 - * Hemartrosis
 - * Tumefacción
 - * Equínosis
 - * Ensanchamiento de epífisis tibial
 - * Valgo o varo
 - * Movilidad anormal
 - * Limitación funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico
- El pronóstico depende del:
 - * Grado de lesión y
 - * Edad del paciente

TRATAMIENTO

- Es incruento, en las fracturas no desplazadas y fácilmente reducibles. Se coloca yeso de inmovilización por un mes con la rodilla en posición funcional
- Puede indicarse tracción esquelética previa a la colocación de yeso
- Es cruento con osteosíntesis en las fracturas no reducibles manualmente
- Fisioterapia complementaria precoz

Fracturas aisladas de la diáfisis del Peroné

PREGUNTAS

651. En las fracturas aisladas de la diáfisis del peroné el tratamiento es:

- a) Inmovilización con yeso b) Reducción incruenta c) Quirúrgico –Osteosíntesis

652. Las manifestaciones de las fracturas aisladas de la diáfisis del peroné son:

- a) Movilidad anormal b) Impotencia funcional relativa c) Actitud viciosa

653. El mecanismo de producción de las fracturas aisladas de la diáfisis del peroné es:

- a) Directo b) Indirecto c) a y b

654. Las fracturas aisladas de la diáfisis del peroné se producen por mecanismo de:

- a) Palanca b) Torsión c) Cizallamiento

655. Las fracturas aisladas de la diáfisis del peroné en la unión del tercio medio con inferior se producen por mecanismo:

- a) Directo b) Palanca c) a y b

SINOPSIS 122

Fracturas aisladas de la diáfisis del Peroné

CARACTERÍSTICAS

- Son fracturas poco frecuentes
- Se producen por mecanismo directo e indirecto, de palanca en la unión del tercio inferior con tercio medio
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Impotencia funcional relativa
 - * Tumefacción
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO:

- Es incruento: inmovilización con yeso, bota o muslopedio según el nivel de la fractura, por 1 mes
- Fisioterapia y movilización precoz

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fracturas aisladas de la diáfisis de Tibia

PREGUNTAS

656. El tratamiento de las fracturas diafisarias aisladas de la tibia es:
- Incruento
 - Con tracción
 - Quirúrgico
657. En las fracturas aisladas de la diáfisis de la tibia la impotencia funcional:
- No existe
 - Es relativa
 - Imposibilita la marcha
658. Cuando el mecanismo es directo en las fracturas aisladas de la diáfisis de la tibia, esta se produce en el:
- Tercio superior
 - Sitio del impacto
 - Tercio medio
659. Las fracturas aisladas de la diáfisis de la tibia se producen cuando el mecanismo es indirecto, en la unión del tercio:
- Superior con el medio
 - Medio con el inferior
 - No se precisa
660. Las fracturas aisladas de la diáfisis de la tibia son más frecuentes en:
- Niños
 - Adultos
 - Ancianos

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

SINOPSIS 123

CARACTERÍSTICAS

- De escasa frecuencia. Se presentan sobre todo en adultos
- Se producen por mecanismo:
 - * Directo
 - * Indirecto, por movimientos forzados en flexión y torsión
- El nivel de la fractura es:
 - * En el sitio del impacto, en los traumas directos
 - * En la unión del tercio inferior con medio, si el mecanismo de fractura es indirecto
- Síntomas y signos:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Impotencia funcional relativa

TRATAMIENTO

- Incruento: Reducción manual y yeso muslopedio por 1 mes
- Fisioterapia – movilización precoz con muletas

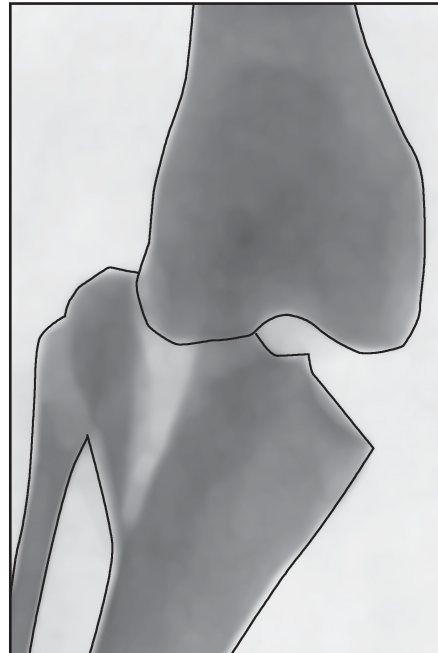


GRÁFICO 46: FRACTURA PROXIMAL DE TIBIA

De trazo oblicuo con lesión del ligamento lateral interno y bostezo articular.

Fracturas de la diáfisis de la Tibia y Peroné

PREGUNTAS

661. El tratamiento más recomendable en las fracturas inestables de la tibia y el peroné es:

- a) Incruento
- b) Con tracción
- c) Cruento

662. En las fracturas de tibia y peroné, realizada la reducción puede quedar cierto grado de desplazamiento:

- a) Ántero-posterior
- b) Torsión o rotación
- c) Lateral

663. El pronóstico de las fracturas de tibia y peroné depende de factores:

- a) Mecánicos y biológicos
- b) Ambientales
- c) Socioeconómicos

664. Las fracturas de tibia y peroné, cuando se producen por mecanismo indirecto se encuentran preferentemente localizadas en la unión del tercio:

- a) Inferior con medio
- b) Medio con superior
- c) Ninguna de las dos

665. En las fracturas de tibia y peroné producidas por el mecanismo de flexión el trazo generalmente es:

- a) Transversal
- b) Oblicuo
- c) Espiroideo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

SINOPSIS 124

CARACTERÍSTICAS

- Son fracturas frecuentes
- Su mecanismo de producción es directo e indirecto
- Cuando el mecanismo es directo, esta en relación generalmente con un puntapié y puede ser:
 - * A 2 fragmentos
 - * A 3 fragmentos
 - * Conminutas
- Cuando la fractura es por mecanismo directo su trazo generalmente es transversal
- El mecanismo de fractura también puede ser:
 - * Por flexión
 - * Por torsión
- Cuando la fractura es por flexión puede ser en el sentido:
 - * Ántero-posterior o
 - * Lateral
 - * Con trazo generalmente oblicuo
- Cuando la fractura es por torsión se presenta:
 - * En la unión del tercio inferior con el tercio medio
 - * De trazo espiroideo
- El desplazamiento puede ser:
 - * Lateral
 - * Con angulación
 - * Con rotación
 - * Con cabalgamiento
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Flictenas
 - * Deformación
 - * Acortamiento
 - * Movilidad anormal
 - * Crepitación
 - * Impotencia funcional
 - * A veces, manifestaciones de complicación vasculo nerviosa
- La radiografía precisa el diagnóstico
- La evolución depende de factores mecánicos y biológicos

Fractura diafisaria de Tibia y Peroné

TRATAMIENTO

- Es incruento en las fracturas no desplazadas y, en las manualmente reductibles
- Puede quedar cierto desplazamiento lateral, si el eje es correcto
- La reducción cruenta con osteosíntesis se indica en las fracturas no reductibles e inestables
- Fisioterapia y movilización precoz, con la ayuda de muletas

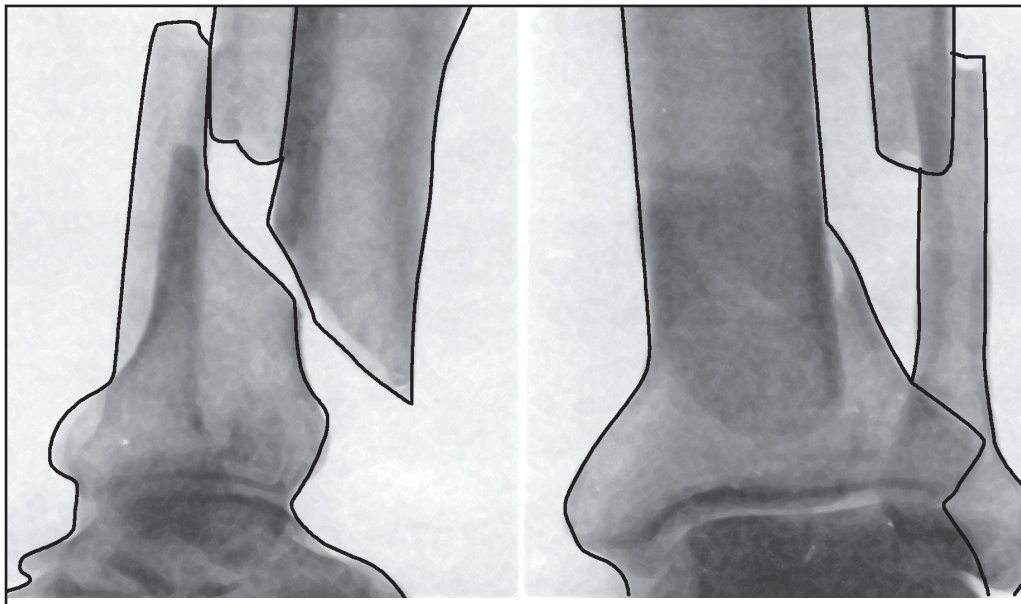


GRÁFICO 47: FRACTURA DEL TERCIO INFERIOR DE LA PIERNA

De la tibia, con trazo oblicuo y del peroné con trazo transversal. Ambas, con desplazamiento.

Fracturas Maleolares

PREGUNTAS

666. El tratamiento de las fracturas maleolares es:

- a) Incruento
- b) Con osteosíntesis
- c) a y b

667. En las fracturas maleolares comúnmente se encuentra el pie en:

- a) Equino
- b) Talo
- c) Talo – valgo

668. En las fracturas maleolares el talón se encuentra:

- a) Sin modificación
- b) Elongado
- c) Acortado

669. En las fracturas maleolares se encuentran los signos del:

- a) “Hachazo”
- b) “Peloteo astragalino”
- c) a y b

670. Las fracturas maleolares son frecuentes sobre todo en:

- a) Niños
- b) Adultos
- c) Ancianos

SINOPSIS 125

CARACTERÍSTICAS

- Son frecuentes, sobre todo en adultos
- Según el mecanismo de producción se registran 4 tipos diferentes de fracturas:
 - * Por abducción y rotación externa
 - * Por pronación
 - * Por la combinación de abducción y pronación
 - * Fracturas de:
 - Dupuytren – Pott
 - Dupuytren – Distot
 - Maisonneuve
 - Por supinación
- Síntomas y signos:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad
 - * Signo del “hachazo”
 - * Equinismo
 - * Aumento de diámetro transversal
 - * Talón elongado
 - * Impotencia funcional
 - * “Peloteo” astragalino
- La radiografía en varias posiciones precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Incruento, cuando no hay desplazamiento o éste es corregible manualmente – inmovilización con bota de yeso.
- Cruento en las fracturas irreductibles conservadoramente – o inestables – se coloca osteosíntesis – inmovilización con yeso, condicional.
- Fisioterapia y movilización precoz, con la ayuda de muletas.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fracturas Maleolares

Fracturas del pilón Tibial

PREGUNTAS

671. ¿En qué casos de fracturas del pilón tibial se realiza el tratamiento cruento? En las fracturas:
- No corregibles incruentamente
 - Marginales desplazadas
 - Conminutas
672. El tratamiento de las fracturas del pilón tibial requiere de inmovilización con yeso:
- Siempre
 - Después de la reducción incruenta
 - Después de la reducción cruenta
673. La evolución de las fracturas del pilón tibial puede ser hacia la:
- Necrosis aséptica
 - Artrosis deformante
 - a y b
674. Los tipos de fractura del pilón tibial son:
- Cuneanas
 - Marginales
 - Por arrancamiento
675. El mecanismo de producción de las fracturas del pilón tibial es:
- Directo
 - Caída de puntas de pie
 - Caída de talones

SINOPSIS 126

CARACTERÍSTICAS

- El mecanismo de producción de estas fracturas es la caída de talones, con inclinación de la pierna hacia adelante o hacia atrás
- Los tipos de fractura según su mecanismo son:
 - Marginales anteriores
 - Marginales posteriores
 - Conminutas
- Los síntomas y signos son:
 - Dolor
 - Tumefacción
 - Limitación de movimientos
 - Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico
- El pronóstico es con frecuencia desfavorable, produciéndose artrosis en las fracturas no corregidas.

TRATAMIENTO

- Incruento en las fracturas no desplazadas o corregibles manualmente
- Reducción cruenta y osteosíntesis con tornillo, en las fracturas que no se corrigen incruentamente
- Inmovilización con bota de yeso con el pie en 90° neutro, por 3 meses
- Fisioterapia y deambulacion precoz, con la ayuda de muletas

Fracturas del pilón Tibial

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fracturas Supramaleolares

PREGUNTAS

676. El tratamiento en las fracturas desplazadas supramaleolares espiroideas es preferentemente:

- a) Inmovilización con yeso
- b) Tracción esquelética
- c) Reducción manual

677. En las fracturas supramaleolares predomina:

- a) El desplazamiento lateral
- b) Las angulaciones
- c) El cabalgamiento

678. El tratamiento de las fracturas supramaleolares desplazadas e irreductibles manualmente es:

- a) Con tracción esquelética
- b) Reducción cruenta y tornillos de osteosíntesis
- c) Colocación de clavos transfixiantes

679. La angulación en las fracturas supramaleolares es determinante de deformidad en:

- a) Valgo
- b) Recurvatum
- c) a y b

680. Las fracturas supramaleolares son más frecuentes en personas:

- a) Menores de 20 años
- b) Entre 20 y 40 años
- c) Mayores de 40 años

SINOPSIS 127

CARACTERÍSTICAS

- Son frecuentes en adultos mayores de 40 años
- Se clasifican en:
 - * De trazo oblicuo, espiroideo, múltiple y en T
 - * Sin y con compromiso articular
 - * Desplazadas y no desplazadas
- Las fracturas desplazadas pueden presentar angulaciones en:
 - * Valgo
 - * Recurvatum
 - * Ante recurvatum
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad: angulaciones
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Incruento en las fracturas no desplazadas: inmovilización con bota de yeso con el tobillo en 90° neutro
- Tracción esquelética transcálcanea en las fracturas espiroideas u oblicuas desplazadas. Lograda la reducción: bota de yeso
- Reducción cruenta y osteosíntesis con tornillo, en las fracturas no corregibles manualmente – bota de yeso
- Osteotomías supramaleolares correctoras, en las fracturas consolidadas con defecto
- Artrodesis de tobillo en las artrosis post-fracturas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fracturas Supramaleolares

Fracturas con desprendimientos epifisarios del Tobillo

PREGUNTAS

681. El tratamiento en los desprendimientos epifisarios de tobillo es:

- a) Incruento
- b) Cruento
- c) Con tracción continua

682. Los desprendimientos epifisarios en tobillo presentan desplazamiento:

- a) Hacia fuera o adentro
- b) Hacia arriba o adelante
- c) a y b

683. El mecanismo de producción de los desprendimientos epifisarios del tobillo es por:

- a) Abducción y rotación interna
- b) Abducción y supinación
- c) Abducción y pronación

684. La inmovilización en los desprendimientos epifisarios en el tobillo es por:

- a) 1 mes
- b) 2 meses
- c) 3 meses

685. La edad en que se presentan los desprendimientos epifisarios en el tobillo corresponde mayormente a:

- a) 4 a 9 años
- b) 9 a 14 años
- c) 14 a 19 años

SINOPSIS 128

CARACTERÍSTICAS

- Se presentan antes de los 18 años y son predominantes entre los 9 y 14 años
Suelen asociarse a fracturas metafisarias, cuneiformes
- Su mecanismo de producción es por:
 - * Abducción y rotación externa
 - * Pronación
 - * Combinación de abducción y pronación
 - * Supinación
- El desplazamiento es hacia:
 - * Adelante
 - * Atrás
 - * Afuera
 - * Adentro
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad
 - * Impotencia funcional
- La radiografía es necesaria para precisar el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Incruento: reducción manual bajo anestesia
- Inmovilización con bota de yeso por 2 meses
- Movilización precoz con muletas

Fracturas con desprendimientos epifisarios del Tobillo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Luxación del Tobillo

PREGUNTAS

686. El tratamiento de las luxaciones de tobillo es:

- a) Reducción cruenta
- b) Reducción manual
- c) a y b

687. Para el diagnóstico de sub luxación de tobillo se requiere de radiografías en posiciones:

- a) Frontal y lateral
- b) Forzadas de tobillo
- c) a y b

688. La frecuencia con que se presentan las luxaciones del tobillo es:

- a) Destacada
- b) Escasa
- c) Relativa

689. Las sub luxaciones del tobillo son:

- a) Anteriores
- b) Posteriores
- c) Laterales

690. Las luxaciones que mayormente se presentan en el tobillo son:

- a) Puras
- b) Parciales
- c) Asociadas a fracturas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

SINOPSIS 129

CARACTERÍSTICAS

- Las luxaciones puras son raras
- Menos infrecuentes son:
 - * Las subluxaciones laterales
 - * Las luxaciones asociadas a fracturas
- Clínicamente se aprecia:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad discreta o manifiesta
 - * Impotencia funcional relativa
- La radiografía tomada en posiciones forzadas permite reconocer sub-luxaciones

TRATAMIENTO

- Es incruento: la reducción es manual bajo anestesia y va seguida por bota de yeso, que se retira al mes y medio

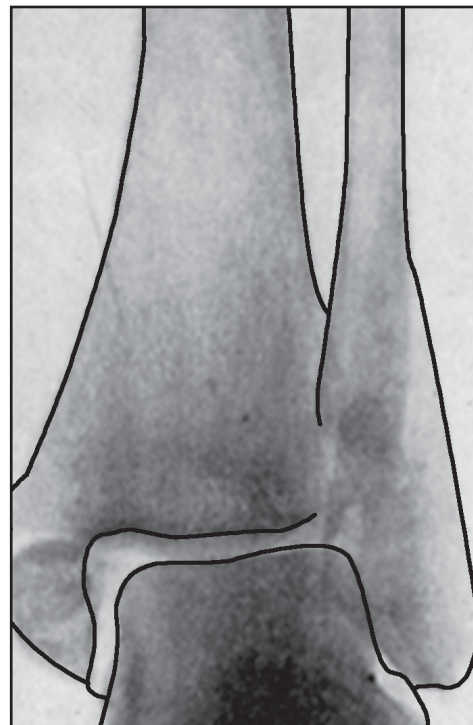


GRÁFICO 48:

Fractura bimalleolar con luxación del tobillo y desplazamiento lateral del astrágalo .

Fractura del Astrágalo

PREGUNTAS

691. El tratamiento de las fracturas del astrágalo no desplazadas es:

- a) Incruento
- b) Cruento
- c) Artrodesis

692. Las complicaciones de las fracturas del astrágalo son la:

- a) Artrosis
- b) Necrosis aséptica de la cabeza
- c) a y b

693. El dolor en las fracturas del astrágalo se localiza en:

- a) El seno del tarso
- b) La cabeza
- c) Zona premaleolar externa

694. En las fracturas del astrágalo se puede encontrar actitud del pie en:

- a) Varo
- b) Valgo
- c) Talo

695. Las fracturas del astrágalo predominan en:

- a) Niños
- b) Adultos
- c) Mujeres

SINOPSIS 130

CARACTERÍSTICAS

- Las fracturas del Astrágalo: Son pocos frecuentes. Predominan en adultos varones
- El mecanismo de producción es por:
 - * Flexión dorsal violenta del pie
 - * Flexión e inversión
 - * Flexión y abducción
- Tales mecanismos son respectivamente causa de fracturas:
 - * De cuello del astrágalo
 - * Sagitales
 - * De la apófisis externa
- Los tipos de fracturas del astrágalo son, por su localización:
 - * Del cuerpo, cuello y cabeza
 - * De la apófisis externa y posterior
- Las fracturas del astrágalo también pueden ser:
 - * Parcelares y
 - * Totales
- Por su trazo, las fracturas son:
 - * Transversales
 - * Sagitales
 - * Conminutas
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor premaleolar externo
 - * Tumefacción
 - * Equímosis
 - * Limitación de movimientos
 - * Impotencia funcional
 - * Desviación del pie en varo
- Se deben descartar las lesiones del maléolo y ligamento externo del tobillo
- La radiografía es importante para precisar el diagnóstico
- Las complicaciones son:
 - * Necrosis avascular del cuerpo del astrágalo
 - * Artrosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fractura del Astrágalo

TRATAMIENTO

- Inmovilización con yeso, en las fracturas no desplazadas
- En las fracturas desplazadas: reducción manual, tracción esquelética transcalcánea o reducción cruenta con osteosíntesis con un tornillo y bota de yeso por 3 meses
- En las fracturas antiguas: artrodesis



**GRÁFICO 49-1:
FRACTURA DEL
ASTRÁGALO**

A nivel del cuello -poco visible- aparentemente sin desplazamiento.

**GRÁFICO 49-2:
FRACTURA DEL
ASTRÁGALO**

Fractura del cuello del astrágalo con luxación de la mitad posterior de la articulación sub-astragalina.



Luxación del Astrágalo: Sub-astragalina

PREGUNTAS

696. El tratamiento de las luxaciones sub-astragalinas es:

- a) Incruento b) Con tracción esquelética c) Quirúrgico

697. La actitud del pie en el caso de luxaciones sub-astragalinas antero internas es en:

- a) Equino valgo b) Talo valgo c) Equino varo

698. En las luxaciones sub-astragalinas lo más común es el desplazamiento:

- a) Ántero - interno b) Póstero - externo c) Ántero – externo

699. Las luxaciones sub-astragalinas son:

- a) Frecuentes b) Poco frecuentes c) Relativamente frecuentes

700. Las luxaciones sub-astragalinas se producen por movimientos forzados del pie en:

- a) Flexión y pronación b) Flexión y supinación c) Extensión y supinación

SINOPSIS 131

Fractura del Astrágalo: sub-astragalina

CARACTERÍSTICAS

- Es poco frecuente
- Se produce estando el astrágalo fijo, por movimiento forzado en flexión y supinación
- Lo más común es el desplazamiento ántero – interno
- Los síntomas y signos son:
 - * Tumefacción
 - * Dolor
 - * Actitud:
 - En equino varo, en las luxaciones ántero - internas
 - En equino valgo, en las luxaciones ántero -externas
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Reducción incruenta bajo anestesia
- Bota de yeso con el pie en 90° neutro, por mes y medio

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Luxación total del Astrágalo

PREGUNTAS

701. En la luxación total del astrágalo de difícil corrección se indica reducción bajo anestesia:

- a) Con tracción esquelética rápida
- b) Cruenta
- c) a y b

702. Las complicaciones en las luxaciones totales del astrágalo son:

- a) Artrosis
- b) Necrosis isquémica
- c) Ambas

703. En las luxaciones totales y abiertas del astrágalo la herida es de localización:

- a) Pre-maleolar externa
- b) Retro-maleolar externa
- c) Pre-maleolar interna

704. En la luxación total del astrágalo la cabeza se ubica hacia:

- a) Adentro
- b) Afuera
- c) Atrás

705. La luxación total del astrágalo se produce por un movimiento de:

- a) Flexión dorsal y pronación
- b) Flexión plantar y supinación
- c) Hiper extensión y aducción

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

SINOPSIS 132

CARACTERÍSTICAS

- Es poco frecuente
- Corresponde a una doble luxación:
 - Del tobillo y
 - Astrágalo calcánea
- Comprende la ruptura de los ligamentos:
 - Lateral externo del tobillo e
 - Interóseo
- El astrágalo se encuentra enucleado:
 - Con la cabeza hacia adentro
 - La cara inferior hacia atrás y
 - Haciendo prominencia por delante del maléolo peronéo – a veces, con ruptura de la piel: luxación abierta
- Se produce por:
 - Supinación
 - Flexión plantar violenta del pie
- Clínica y radiográficamente se encuentra:
 - Dolor
 - Deformidad
 - Herida premaleolar externa, en las luxaciones abiertas
 - Limitación funcional
 - Desplazamiento astragalino
- Complicaciones:
 - Necrosis isquémica del astrágalo
 - Artrosis

TRATAMIENTO

- La reducción debe ser precoz, bajo anestesia general, manualmente
- Puede utilizarse la tracción esquelética rápida para hacer posible la reducción en casos difíciles
- A veces debe hacerse la reducción cruenta y artrodesis sub-astragalina simultánea
- Limpieza quirúrgica y reducción, si se trata de luxaciones abiertas
- Lograda la reducción se coloca yeso, por 2 o más meses
- Fisioterapia y movilización temprana

Fracturas del Calcáneo - 1

PREGUNTAS

706. Los síntomas y signos en las fracturas del calcáneo son:

- a) Hemartrosis
- b) Hematomas
- c) a y b

707. En las fracturas del calcáneo puede encontrarse:

- a) Deformidad en varo
- b) Una prominencia ósea
- c) Una depresión lateral y desplazamiento

708. Las fracturas parcelares del calcáneo corresponden a lesiones del:

- a) Cuerpo del calcáneo
- b) Tuberosidad posterior
- c) a y b

709. Las fracturas por cizallamiento del calcáneo se localizan en:

- a) El cuerpo
- b) La apófisis mayor
- c) El sustentáculo talis

710. Las fracturas de calcáneo más frecuentes son por:

- a) Arrancamiento
- b) Aplastamiento
- c) cizallamiento

SINOPSIS 133

CARACTERÍSTICAS

- Son relativamente frecuentes por:
 - * Caídas de altura, parado
 - * Trauma plantar, sobre el calcáneo
- El mecanismo de producción es por:
 - * Aplastamiento
 - * Arrancamiento
 - * Cizallamiento
- Se clasifican en fracturas:
 - * Del cuerpo (80%) y
 - * Parcelares (20%)
- Las fracturas del cuerpo del calcáneo se producen por cizallamiento y pueden ser:
 - * Sin desplazamiento
 - * Con desplazamiento
 - * Con hundimiento
 - * Conminutas
 - * Sin lesión articular
 - * Con lesión articular
- Las fracturas parcelares son:
 - * Por arrancamiento (pico de pato) y
 - * Por aplastamiento
- Pueden afectar:
 - * A la tuberosidad posterior
 - * Al sustentáculo talis
 - * A la apófisis mayor
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Equímosis
 - * Hematomas
 - * Deformidad
 - * Prominencia ósea
 - * Limitación de movimientos
 - * Impotencia funcional

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fracturas del Calcáneo - 2

PREGUNTAS

711. En las fracturas articulares del calcáneo se plantea como tratamiento:
- Reducción cruenta y artrodesis de inicio
 - Tracción calcánea, yeso y artrodesis, al mes
 - Reducción manual, reposo en cama y yeso, al mes
712. La compresión talar y el yeso en equino se indica en las fracturas calcáneas:
- Por hundimiento
 - En "pico de pato"
 - a y b
713. Las radiografías que se toman para precisar una fractura del calcáneo son:
- Frontal y lateral
 - Lateral y axial
 - Frontal y axial
714. Las secuelas que pueden presentarse en la fractura del calcáneo son:
- Artrosis y anquilosis fibrosa
 - Pseudoartrosis
 - Necrosis isquémica
715. El tratamiento en las fracturas del calcáneo es:
- Inmovilización con yeso
 - Tracción trans-calcánea
 - a y b

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

SINOPSIS 134

CARACTERÍSTICAS

- Las radiografías que se indican en las fracturas del calcáneo son:
 - * Frontal
 - * Lateral
 - * Axial
 Permiten precisar el diagnóstico
- Pueden presentarse secuelas como:
 - * Pie plano doloroso
 - * Rigidez
 - * Anquilosis fibrosa
 - * Artrosis

TRATAMIENTO

- Conservador, con bota de yeso, por mes y medio, en las fracturas sin desplazamiento
- Tracción transcalcánea rápida y luego yeso, en las fracturas con hundimiento y lesión articular
- Compresión talar y yeso en equino o reducción cruenta y osteosíntesis con un tornillo y yeso en las fracturas en "pico de pato"
- Tracción calcánea y yeso por un mes; luego, artrodesis precoz, en las fracturas articulares graves
- Artrodesis en las artrosis post-fractura



GRÁFICO 50: FRACTURA DEL CUERPO DEL CALCÁNEO DESPLAZADA

Tipo: "Pico de pato"

Fracturas del Escafoides Tarsiano

PREGUNTAS

716. El tratamiento en las fracturas desplazadas del escafoides tarsiano comprende la reducción:

- a) Manual
- b) Tracción esquelética
- c) a y b

717. El pronóstico de las fracturas del escafoide tarsiano puede ser desfavorable cuando es del:

- a) Tubérculo
- b) Cuerpo
- c) Ninguno

718. Al examen en las fracturas del escafoide tarsiano es posible localizar una prominencia ósea que corresponde generalmente:

- a) Al tubérculo del escafoide arrancado
- b) Un fragmento del cuerpo desplazado
- c) a y b

719. Las fracturas del cuerpo del escafoide tarsiano generalmente son:

- a) A dos fragmentos
- b) A tres fragmentos
- c) Múltiples

720. Las fracturas del tubérculo del escafoide tarsiano corresponden comúnmente a fracturas por:

- a) Aplastamiento
- b) Arrancamiento
- c) Cizallamiento

SINOPSIS 135

CARACTERÍSTICAS

Las fracturas del Escafoides tarsiano:

- Son poco frecuentes
- Se clasifican en fracturas:
 - * Del tubérculo y
 - * Del cuerpo
- Las fracturas del tubérculo:
 - * Son por arrancamiento, presentan desplazamiento discreto
- Las fracturas del cuerpo son a 2 fragmentos:
 - * Uno superior, mayor, con desplazamiento hacia arriba y
 - * Otro inferior, más pequeño
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Prominencia del fragmento desplazado
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico
- El pronóstico puede ser desfavorable en las fracturas del cuerpo (artrosis)

TRATAMIENTO

- Es incruento:
 - * Inmovilización con bota de yeso, en las fracturas no desplazadas o con desplazamiento mínimo
 - * Reducción manual o con tracción esquelética, previa a la colocación del yeso, en las fracturas desplazadas

Fracturas del Escafoides tarsiano

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fracturas del Cuboides y Cuñas

PREGUNTAS

721. El tratamiento de las fracturas del cuboide es:

- a) Incruento, con bota de yeso b) Reducción cruenta c) Osteosíntesis

722. En las fracturas de las cuñas el tratamiento es, inicialmente:

- a) Reducción incruenta y uso de plantilla ortopédica
b) Inmovilización con botín de yeso c) a y b

723. El desplazamiento en las fracturas de las cuñas es generalmente:

- a) Marcado b) Moderado c) Ninguno

724. Las fracturas del cuboides pueden ser mayormente:

- a) Aisladas y asociadas b) Asociadas y complicadas c) Complicadas y aisladas

725. Las fracturas de las cuñas pueden asociarse a luxaciones:

- a) Medio-tarsianas b) Tarso-metatarsianas c) a y b

Fracturas del Cuboides y Cuñas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

SINOPSIS 136

CARACTERÍSTICAS

Las fracturas del Cuboides y Cuñas:

Puede ser:

- Aisladas o puras
- Asociadas a luxaciones mediotarsiana y tarso-metatarsiana
- Su mecanismo de producción, en el caso de las fracturas aisladas, es el:
 - * Trauma directo
- El desplazamiento no existe o es discreto
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Impotencia funcional
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Es incruento, con botín de yeso, con buen modelado plantar
- Posteriormente: fisioterapia y plantilla ortopédica

Fracturas de los Metatarsianos

PREGUNTAS

726. El tratamiento de las fracturas metatarsianas, consolidadas con prominencia plantar de la cabeza, se realiza haciendo:

- a) Una osteotomía correctora y osteosíntesis
- b) Resección de la cabeza prominente
- c) Condicional

727. Son secuelas de las fracturas metatarsianas:

- a) La alteración de los arcos plantares
- b) La artrosis metatarso falángica
- c) La pseudoartrosis

728. Las fracturas metatarsianas se producen generalmente por:

- a) Torsión
- b) Aplastamiento
- c) Palanca

729. El desplazamiento en las fracturas metatarsianas es:

- a) Plantar
- b) Dorsal
- c) Lateral

730. En las fracturas metatarsianas el desplazamiento:

- a) No se presenta
- b) Es poco frecuente
- c) Es frecuente

SINOPSIS 137

CARACTERÍSTICAS

- Se presentan comúnmente por traumas directos o aplastamientos y comprometen a más de un metatarsiano
- El desplazamiento:
 - * Es poco frecuente
 - * Si existe es hacia la planta del pie
- Su localización puede ser en:
 - * Cuello
 - * Diáfisis
 - * Base
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Equímosis en el dorso o inter digital
 - * Impotencia funcional relativa
- La radiografía precisa el diagnóstico
- La evolución de los casos no tratados puede determinar:
 - * Alteración en los arcos del pie
 - * Callosidades plantares
 - * Artrosis tarso-metatarsiana

Fractura de los Metatarsianos

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Fracturas de los Metatarsianos

TRATAMIENTO

- Inmovilización con bota de yeso bien modelada en la planta, en las fracturas no desplazadas
- En las fracturas desplazadas:
 - * Tracción manual y yeso o
 - * Reducción cruenta, osteosíntesis y yeso
- Resección de la cabeza metatarsal prominente en las fracturas consolidadas con defecto
- Plantilla ortopédica



GRÁFICO 51: FRACTURA PROXIMAL DEL QUINTO METATARSIANO
Polifragmentada y desplazada

Fracturas de las Falanges (pies)

PREGUNTAS

731. En el pie, el tratamiento de las fracturas de las falanges es:
- a) Conservador b) Quirúrgico c) a o b
732. La inmovilización en las fracturas de falanges distales en el pie es:
- a) Con férula de yeso b) Con clavo o alambre c) Ninguno
733. Las fracturas de falanges más frecuentes en el pie son las:
- a) Proximales b) Intermedias d) Distales
734. En el pie, el desplazamiento en las fracturas de falanges es:
- a) Dorsal b) Lateral c) Plantar
735. En el pie, las fracturas de las falanges se producen más frecuentemente por:
- a) Torsión b) Palanca c) Aplastamiento

SINOPSIS 138

CARACTERÍSTICAS

En los pies:

- Se producen fracturas por:
 - * Aplastamientos
 - * Traumas directos: puntapiés
- Se afectan con más frecuencia en las falanges distales y suelen ser fracturas expuestas
- El desplazamiento es mayormente hacia el dorso
- Clínicamente se registra:
 - * Dolor
 - * Deformidad
 - * Tumefacción
 - * Impotencia funcional
 - * Heridas, a veces
- La radiografía precisa el diagnóstico

TRATAMIENTO

- Inmovilización con férula o botín de yeso, previa reducción incruenta, en las fracturas desplazadas
- Cura quirúrgica, reducción e inmovilización, en las fracturas abiertas. Antibióticos

Fractura las Falanges (pies)

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

Luxación Tarso Metatarsiana

PREGUNTAS

736. El tratamiento de la luxación tarso-metatarsiana o de Lisfranc consiste en la reducción:
- a) Cruenta y osteosíntesis b) Manual o esquelética c) a y b
737. La luxación tarso-metatarsiana puede asociarse a fracturas:
- a) Tarsianas b) Metatarsianas c) Ambas
738. El desplazamiento de la base de los metatarsianos en las luxaciones tarso-metatarsianas es hacia:
- a) El dorso b) La planta c) Medialmente
739. La luxación de Lisfranc se produce por caídas:
- a) De altura b) Del caballo c) De vehículo
740. Las luxaciones metatarsofalángicas son:
- a) Frecuentes b) Raras c) Relativamente frecuentes

Luxación Tarso Metatarsiana

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 185

SINOPSIS 139

CARACTERÍSTICAS

La luxación Tarso Metatarsiana corresponde a la luxación de Lisfranc:

- Son poco frecuente
- Se produce por caídas del caballo quedando el pie sujeto en el estribo
- El desplazamiento de la base de los metatarsianos es hacia el dorso y lateralmente
- Clínica y radiográficamente se aprecia, respectivamente:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * Deformidad del pie
 - * Impotencia funcional
 - * Desviación o desplazamiento
 - * Fracturas asociadas, tarsianas y metatarsianas

TRATAMIENTO

Consiste en:

- Reducción incruenta y bota de yeso
- A veces: reducción cruenta, osteosíntesis y yeso
- Fisioterapia, movilización precoz

Respuestas relacionadas a las preguntas sobre las Afecciones Traumáticas

- | | |
|--|---|
| 576. c) Indirectos | 616. a) Incruento |
| 577. a) La tuberosidad isquiática | 617. b) Vásculo-nerviosas |
| 578. a) Segmentos anterior y posterior, bilateralmente | 618. a) Ántero posterior |
| 579. c) a y b | 619. c) Anterior |
| 580. a) Incruento | 620. c) Hiperextensión |
| 581. b) Osteosíntesis | 621. b) Cruento: reparación |
| 582. b) Rotación externa y abducción | 622. c) a y b |
| 583. a) Acortamiento y claudicación | 623. c) Cuádriceps |
| 584. c) A los 12 y 17 años, en varones | 624. a) Fracturas de rótula |
| 585. c) a y b | 625. c) a y b |
| 586. b) Postural, en cama, con cadera en semiflexión | 626. a) Reducción incruenta inmediata seguida de yeso |
| 587. b) Pelvipedio de yeso, con cadera en abducción | 627. c) a y b |
| 588. b) Es discreto | 628. a) Anteriores y posteriores |
| 589. b) Abducción | 629. b) Posteriores |
| 590. c) a y b | 630. b) Laterales |
| 591. a) Quirúrgico | 631. a) Incruento |
| 592. b) Broncopulmonares | 632. b) El cuádriceps |
| 593. a) Intracapsulares | 633. c) Extensión pasiva |
| 594. c) a y b | 634. a) Sobre el cóndilo interno |
| 595. c) a y b | 635. c) Ambos |
| 596. c) Reducción incruenta | 636. b) Quirúrgico |
| 597. a) Necrosis cefálica | 637. a) La artrosis |
| 598. b) Extensión | 638. b) La hiperlaxitud cápsulo-ligamentosa interna |
| 599. a) Alta | 639. a) Genu valgo |
| 600. b) Choque de automóvil | 640. c) Espontáneamente |
| 601. a) Incruento | 641. a) Conservador |
| 602. c) Osteosíntesis | 642. b) Semiflexión |
| 603. a) Psoas ilíaco y glúteo medio | 643. c) Menisco discoide |
| 604. c) a y b | 644. b) Interno |
| 605. c) a y b | 645. a) Varo |
| 606. c) a y b | 646. c) a y b |
| 607. b) Esquelética simple o doble | 647. a) Hemartrosis |
| 608. a) Posterior | 648. b) Valgo o varo |
| 609. b) No | 649. b) Lateral |
| 610. a) Directo | 650. c) Ambos |
| 611. c) a y b | 651. a) Inmovilización con yeso |
| 612. a) Trans- tibial | 652. b) Impotencia funcional relativa |
| 613. b) Clavo placa | 653. c) a y b |
| 614. c) Vertical | 654. a) Palanca |
| 615. b) Compresión longitudinal | 655. c) a y b |
| | 656. a) Incruento |

Respuestas relacionadas a las preguntas sobre Afecciones Traumáticas

- | | |
|---|---|
| 657. b) Es relativa | 699. c) Relativamente frecuentes |
| 658. b) Sitio del impacto | 700. c) Extensión y supinación |
| 659. b) Medio con el inferior | 701. a) Con tracción esquelética rápida |
| 660. b) Adultos | 702. c) Ambas |
| 661. c) Cruento | 703. c) Pre-maleolar interna |
| 662. c) Lateral | 704. a) Adentro |
| 663. a) Mecánicos y biológicos | 705. b) Flexión plantar y supinación |
| 664. a) Inferior con medio | 706. b) Hematomas |
| 665. b) Oblicuo | 707. b) Una prominencia ósea |
| 666. c) a y b | 708. b) Tuberosidad posterior |
| 667. a) Equino | 709. a) El cuerpo |
| 668. b) Elongado | 710. c) Cizallamiento |
| 669. c) a y b | 711. b) Tracción calcánea, yeso y artrodesis al mes |
| 670. b) Adultos | 712. b) En "pico de pato" |
| 671. a) No corregibles incruentamente | 713. c) Frontal y b |
| 672. a) Siempre | 714. a) Artrosis y anquilosis fibrosa |
| 673. b) Artrosis deformante | 715. c) a y b |
| 674. b) Marginales | 716. c) a y b |
| 675. c) Caída de talones | 717. b) Cuerpo |
| 676. b) Tracción esquelética | 718. a) Al tubérculo del escafoide arrancado |
| 677. b) Las angulaciones | 719. a) A dos fragmentos |
| 678. b) Reducción cruenta y tornillo de osteosíntesis | 720. b) Arrancamiento |
| 679. b) Recurvatum | 721. a) Incruento, con bota de yeso |
| 680. c) Mayores de 40 años | 722. c) a y b |
| 681. a) Incruento | 723. c) Ninguno |
| 682. a) Hacia fuera o adentro | 724. a) Aisladas |
| 683. c) Abducción y pronación | 725. c) a y b |
| 684. b) 2 meses | 726. b) Resección de la cabeza prominente |
| 685. b) 9 a 14 años | 727. a) La alteración de los arcos plantares |
| 686. b) Reducción manual | 728. b) Aplastamiento |
| 687. b) Forzadas del tobillo | 729. a) Plantar |
| 688. b) Escasa | 730. b) Es poco frecuente |
| 689. c) Laterales | 731. b) Quirúrgico |
| 690. c) Asociadas a fracturas | 732. c) Ninguna |
| 691. a) Incruento | 733. a) Proximales |
| 692. a) Artrosis | 734. c) Plantar |
| 693. c) Zona premaleolar externa | 735. a) Torsión |
| 694. a) Varo | 736. a) Cruenta y osteo-síntesis |
| 695. b) Adultos | 737. c) Ambas |
| 696. a) Incruento | 738. a) El dorso |
| 697. a) Equino-valgo | 739. a) Del caballo |
| 698. b) Pósteros – externos | 740. b) Raras |

5. FRACTURAS EXPUESTAS

Fracturas Expuestas o Abiertas - 1

PREGUNTAS

741. En las fracturas expuestas se puede encontrar crepitación:

- a) Sub – cutánea
- b) Ósea
- c) a y b

742. La secreción presente en una fractura expuesta antes de las 6 horas mayormente es:

- a) Serosa o sanguinolenta
- b) Purulenta
- c) Sanguinolenta

743. La localización más común de las fracturas expuestas es en:

- a) Dedos de la mano y pie
- b) Pierna y húmero
- c) Dedos del pie y metacarpianos

744. El mecanismo de las fracturas expuestas de “dentro hacia fuera” es:

- a) Indirecto
- b) Directo
- c) a y b

745. Las fracturas expuestas son más frecuentes:

- a) Antes de los 10 años
- b) Entre los 10 y 50 años
- c) Después de los 50 años

SINOPSIS 140

CARACTERÍSTICAS

- Son más frecuentes entre los 10 y 50 años
- Se producen con una herida que comunica el foco fracturario con el exterior
- Su localización más frecuente es en:
 - * Pierna
 - * Tobillo y
 - * Dedos de manos y pies
- El mecanismo de producción es directo: de fuera a adentro, entre otros, por proyectiles, por arma de fuego; e indirecto: de dentro hacia fuera
- La fractura puede ser: única o múltiple
- La herida puede ser:
 - * Puntiforme
 - * Pequeña
 - * Amplia
 - * Con pérdida de sustancia
 - * Con atricción
 - * Limpia
 - * Con cuerpos extraños
 - * Contaminada (antes de las 6 horas) - con secreción sanguinolenta o serosa
 - * Infeccionada (después de las 6 horas)
- El examen revela, además de las características de la herida:
 - * Sangrado y secreciones, serosa o purulenta
 - * Crepitación sub-cutánea (gérmenes anaeróbicos)
 - * Dolor
 - * Movilidad anormal
 - * Crepitación ósea
 - * Impotencia funcional

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 190

Fracturas Expuestas o Abiertas - 2

PREGUNTAS

746. El tratamiento de las fracturas expuestas contempla la sutura de la herida:

- a) Total
- b) Parcial
- c) a o b

747. En las fracturas expuestas está contemplada la colocación de dren cuando se trata de fracturas:

- a) Inyectadas
- b) Contaminadas
- c) Antes de las 10 horas posteriores al accidente

748. Efectuada la reducción, en las fracturas expuestas debe procederse a la fijación preferentemente:

- a) Interna
- b) Esquelética
- c) Con aparato de yeso

749. Son complicaciones de las fracturas expuestas:

- a) El retardo de consolidación
- b) La consolidación viciosa
- c) Ambas

750. En el acto operatorio en las fracturas expuestas debe hacerse primero:

- a) La escisión de bordes
- b) El debridamiento
- c) La limpieza profunda

SINOPSIS 141

CARACTERÍSTICAS

- Las complicaciones de las fracturas expuestas son:
 - * Hemorragia
 - * Gangrena húmeda
 - * Osteomielitis
 - * Ulceraciones tórpidas
 - * Retardo de consolidación
 - * Consolidación defectuosa, deformidades
 - * Cicatrices viciosas
 - * Pseudoartrosis
 - * Rigidez articular

TRATAMIENTO

Comprende:

- Limpieza superficial, inmovilización provisional y traslado
- Antálgicos, antibióticos, suero antitetánico y antigangrenoso – medicación anti-shock y coagulante
- Cura quirúrgica:
 - * Debridamiento – limpieza
 - * Escisión de bordes y tejidos mortificados
 - * Reducción de la fractura y osteosíntesis externa (cuando es posible)
 - * Sutura total o parcial – drenaje
 - * Inmovilización
 - * Tratamiento funcional

Fracturas Expuestas o Abiertas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 190

6. FRACTURAS PATOLÓGICAS

PREGUNTAS

751. El tratamiento de las fracturas patológicas es generalmente:

- Incruento o cruento
- De la enfermedad original
- Ambos

752. Para determinar el origen de la fractura patológica, es mayormente importante:

- La anamnesis
- El examen clínico
- Los estudios radiográficos y de laboratorio

753. Las fracturas patológicas llamadas "de fatiga" se producen generalmente:

- Al levantar repetidamente pesos
- Durante la marcha
- En el trabajo

754. Los tumores óseos en que se presentan predominantemente fracturas patológicas son:

- Osteosarcomas
- Fibrosarcoma
- Retículo - sarcoma

755. Las fracturas patológicas son características en:

- Osteopsitrosis
- Osteomielitis
- Tumores óseos

SINOPSIS 142

CARACTERÍSTICAS

- Frecuentemente se presentan como consecuencia de traumatismos mínimos
- Tienen relación con la menor resistencia determinada por alteraciones en la estructura y composición ósea
- La patología ósea condicionante de las fracturas patológicas generalmente es de origen:
 - * Congénito
 - * Endocrino
 - * Infeccioso
 - * Tumoral
 - * Metabólico
 - * Idiopático
- Algunas enfermedades o condiciones que se caracterizan por la presencia de fracturas patológicas son:
 - * Enfermedad de Lobstein u osteopsitrosis
 - * Las osteomielitis, sobre todo hematógenas
 - * Osteoporosis y osteomalacia
 - * Hipofosfatasa
 - * Lipoidosis: enfermedad de Hand Shuller Christian y el granuloma eosinófilo
 - * Hiper paratiroidismo o enfermedad poliquística
 - * Displasia fibrosa
 - * Enfermedad de Paget
 - * Enfermedad marmórea de Schronberg
 - * Tumores óseos:
 - Condromas
 - Osteosarcoma
 - Tumor o células gigantes
 - Quistes solitarios
 - Tumores metastásicos
 - Mieloma
 - * De causa desconocida
 - * Fracturas de fatiga o de marcha
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor
 - * Tumefacción
 - * A veces:
 - Deformidad
 - Movilidad anormal
 - * Impotencia funcional
 - * En relación con la enfermedad original
- Son importantes los estudios:
 - * Radiográficos
 - * De laboratorio: principalmente la biopsia

TRATAMIENTO

- De la fractura:
 - * Incruento
 - * Cruento
- De la enfermedad original, si fuera posible

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 190

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Fracturas Expuestas y Patológicas

- 741. c) a y b
- 742. a) Serosa o sanguinolenta
- 743. a) Dedos de la mano y pie
- 744. c) a y b
- 745. b) Entre 10 y 50 años
- 746. c) a o b
- 747. a) Infechadas
- 748. b) Esquelética
- 749. c) Ambas
- 750. b) El debridamiento
- 751. a) Incruento o cruento
- 752. c) Los estudios radiográficos y de laboratorio
- 753. b) Durante la marcha
- 754. a) Osteosarcomas
- 755. a) Osteopsatirosis

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

- | | |
|---|--|
| <p>756. Las fracturas conminutas se presentan preferentemente en la:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Muñeca b) Diáfisis metacarpal c) 3ª falange | <p>761. La pseudoartrosis se registra en las fracturas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Del cuello del 5º metacarpiano b) Del semilunar c) Del escafoides |
| <p>757. La angulación es más frecuente en las fracturas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Falanges b) Metacarpianos c) a y b | <p>762. Las fracturas expuestas se presentan mayormente en la:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Falange ungueal b) Base 1º metacarpiano c) Ninguna de las dos |
| <p>758. El desplazamiento posterior más común es en la luxación:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Metacarpo-falángica del pulgar b) Del semilunar c) De la radio-cubital superior | <p>763. El dolor a nivel de la “tabaquera anatómica” es característico de la fractura del:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Trapecio b) Escafoide c) Hueso grande |
| <p>759. La interposición tendinosa se presenta en las luxaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) De muñeca b) Del carpo c) De la 1ª metacarpo-falángica | <p>764. El mecanismo de producción es directo en la fractura de la:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Falange ungueal b) Base del 1º metacarpiano c) a y b |
| <p>760. La necrosis aséptica se presenta en las fracturas del:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Semilunar b) Escafoides c) Cuello del 1º metacarpiano | <p>765. La tracción esquelética se usa en el tratamiento de las fracturas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La base del 1º metacarpiano b) El cuello del 5º metacarpiano c) La diáfisis del 2º metacarpiano |

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 196

PREGUNTAS

766. El tratamiento es incruento en la luxofractura:
- a) Metacarpo-falángica del pulgar
 - b) Del carpo
 - c) Del semilunar
767. Las caídas sobre la mano en dorsiflexión forzada son causa de:
- a) Fracturas de Smith y Bennet
 - b) Fracturas de Colles y luxación semilunar
 - c) a y b
768. El desplazamiento posterior se presenta en:
- a) El desprendimiento epifisario distal del radio
 - b) Las fracturas articulares de muñeca
 - c) Las fracturas de Smith y Bennet
769. La resección distal del cúbito se recomienda de inicio, en forma condicional, en la fractura de:
- a) Colles
 - b) Galeazzi
 - c) Manteggia
770. La angulación interna del radio con cabalgamiento se presenta en las fracturas de:
- a) Galeazzi
 - b) Smith
 - c) Articulares
771. Las caídas en hiperextensión de muñeca suelen producir:
- a) Fractura del pico de la apófisis coronoides
 - b) Desprendimiento epifisario distal del radio
 - c) a y b
772. La osteosíntesis se utiliza en el tratamiento de las fracturas desplazadas de:
- a) Colles
 - b) Base de la apófisis coronoide
 - c) a y b
773. Al examen clínico se encuentra aumento de ambos diámetros del codo en la:
- a) Luxo-fractura de Monteggia
 - b) Luxación del codo
 - c) Fractura de la apófisis coronoide
774. La resistencia elástica para el movimiento de flexión se registra en:
- a) La sub-luxación radio cubital superior
 - b) Luxación del semilunar
 - c) Luxación cúbito-humeral
775. El desplazamiento fracturario hacia arriba, atrás y afuera se presentan en las fracturas de:
- a) Galeazzi
 - b) Bennet
 - c) Smith
776. El desplazamiento anterior es característico en la:
- a) Sub-luxación de la cabeza radial
 - b) Luxación del semilunar
 - c) Ambas
777. El desplazamiento intra-articular del fragmento fracturado se presenta en la fractura de:
- a) La estiloides radial
 - b) El pico de la apófisis coronoides
 - c) La estiloides cubital

PREGUNTAS

778. La necrosis aséptica se presenta en las luxaciones del:
- Escafoides
 - Semilunar
 - Ambas
779. La pseudoartrosis se presenta mayormente en la fractura del:
- 1° metacarpiano
 - Cabeza del radio
 - Escafoides
780. Las caídas apoyando la mano en dorsiflexión son determinantes en:
- Luxación semilunar
 - Fracturas de escafoides
 - Ambas
781. El tratamiento quirúrgico se plantea en las fracturas desplazadas de:
- La ceja cotiloidea
 - Del trocánter mayor
 - Ambas
782. El tratamiento de reposo simple en cama con las caderas en abducción y flexión se indica en las fracturas:
- Del trocánter menor
 - No desplazadas de la pelvis
 - Ninguna
783. El tratamiento es quirúrgico en las fracturas:
- Aisladas de la pelvis
 - Del cuello del fémur
 - Del trocánter mayor, desplazada
784. La osteosíntesis sin reducción previa se realiza cuando el desplazamiento es discreto en:
- Fracturas del isquion
 - Desprendimiento epifisarios proximales del fémur
 - Fracturas sub-capitales del fémur
785. La inmovilización con yeso con la cadera en abducción es el tratamiento en:
- el desprendimiento epifisario proximal del fémur
 - las fracturas de cótilo
 - las fracturas del trocánter mayor
786. El desplazamiento posterior se presenta con mayor frecuencia en las:
- Luxaciones de cadera
 - Fracturas diafisarias del fémur
 - Fracturas condíleas del fémur
787. El desplazamiento hacia arriba y lateral se presenta generalmente en las fracturas:
- Proximales del fémur
 - Condíleas
 - Trocantéreas
788. El psoas ilíaco interviene en el desplazamiento de las fracturas de:
- Trocánter mayor
 - Proximales de la diáfisis femoral
 - Ambas
789. Los gemelos son responsables del desplazamiento en las fracturas:
- Supracondíleas
 - Condíleas
 - Diafisarias del fémur

PREGUNTAS

790. El desplazamiento lateral se presenta en:

- a) Luxación de rótula
- b) Fractura condílea del fémur
- c) a y b

791. En forma espontánea se presentan:

- a) La luxación recidivante de rótula
- b) El desprendimiento epifisario distal del fémur
- c) Ambos

792. La torsión de la rodilla semiflexionada, con el pie fijo en el suelo es causa de:

- a) Desprendimiento epifisario proximal del fémur
- b) Luxación de rodilla
- c) Ruptura meniscal

793. Las caídas con la pierna en abducción forzada son causa de fracturas:

- a) Aisladas del peroné
- b) Rótula
- c) Proximales de tibia

794. La referencia de las caídas sobre los talones se registra en las fracturas del:

- a) Calcáneo
- b) Pílon tibial
- c) a y b

795. La flexión dorsal violenta del pie puede ser determinante de:

- a) Fracturas del astrágalo
- b) Luxación del tobillo
- c) Fractura del calcáneo

796. La contracción brusca del músculo cuadrado es determinante de fractura de las apófisis:

- a) Articulares
- b) Espinosas
- c) Transversas

797. La hiperflexión cefálica es causa de fractura:

- a) Del atlas
- b) Apófisis odontoide
- c) a y b

798. Las fracturas de columna que se asocian con lesiones cerebrales son:

- a) Las cervicales bajas
- b) Las dorsales altas
- c) Ninguna de las dos

799. Las caídas en posición de pie o parado mayormente determinan fracturas de columna dorso-lumbar:

- a) Sin complicación neurológica
- b) Con complicación neurológica
- c) a y b

800. La tracción previa a la colocación de corsé de yeso está indicada en las fracturas de la columna dorso-lumbar:

- a) Con complicación neurológica
- b) Sin complicación neurológica
- c) Ambas

801. La compresión medular se presenta mayormente en forma tardía en:

- a) Fracturas dorso-lumbares
- b) Hernias discales
- c) Fracturas dorsales conminutas

PREGUNTAS

802. Las lesiones de la raíz nerviosa a nivel o dentro del canal raquídeo es producida más frecuentemente por:

- a) Las hernias discales
- b) Las fracturas dorso-lumbares con complicación neurológica
- c) Protrusión del núcleo pulposo

803. Los mecanismos indirectos son causa de:

- a) Contusiones y heridas
- b) Heridas y lesiones músculo-tendinosas
- c) Ninguna

804. El “dedo en martillo” se presenta como consecuencia de lesiones:

- a) Músculo-tendinosa
- b) Tendinosa
- c) Ligamentaria

805. El signo del “bostezo” articular se registra cuando existe lesión:

- a) De ligamentos intra-articulares
- b) Músculo-ligamentaria
- c) Ligamentos extra-articulares

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre reforzamiento cognoscitivo sobre los temas tratados

- | | |
|--|---|
| 756. c) 3ª falange | 781. a) La ceja cotiloidea |
| 757. c) a y b | 782. c) Ninguna |
| 758. a) Metacarpofalángica del pulgar | 783. b) Del cuello del fémur |
| 759. c) De la 1ª metacar-pofalángica | 784. b) Desprendimientos epifisarios proximales del fémur |
| 760. b) Escafoides | 785. c) Fracturas del trocánter mayor |
| 761. c) Del escafoides | 786. a) Luxaciones de cadera |
| 762. a) Falange ungueal | 787. b) Condíleas |
| 763. b) Escafoide | 788. b) Proximales de la diáfisis femoral |
| 764. c) a y b | 789. a) Supracondíleas |
| 765. a) La base del 1º meta-carpiano | 790. c) a y b |
| 766. b) Del carpo | 791. a) La luxación recidivante de rótula |
| 767. b) Fractura de Colles y luxación semilunar | 792. c) Desprendimiento epifisario proximal del fémur |
| 768. a) El desprendimiento epifisario distal del radio | 793. c) Proximales de tibia |
| 769. b) Galeazzi | 794. c) a y b |
| 770. a) Galeazzi | 795. a) Fractura del astrágalo |
| 771. c) a y b | 796. c) Transversas |
| 772. b) Base de la apófisis coronoides | 797. c) a y b |
| 773. b) Luxación del codo | 798. a) Las cervicales bajas |
| 774. c) Luxación cúbito-humeral | 799. a) Sin complicación neurológica |
| 775. b) Bennet | 800. c) Ambas |
| 776. c) Ambas | 801. a) Fracturas dorso- lumbares |
| 777. b) El pico de la apófisis caronoides | 802. a) Las hernias discales |
| 778. b) Semilunar | 803. c) Ninguna |
| 779. c) Escafoides | 804. b) Tendinosa |
| 780. c) Ambas | 805. c) Ligamentos extra- articulares |