

## **CAPÍTULO X**

# **AFECCIONES IDIOPÁTICAS O ESENCIALES Y DE CAUSA NO BIEN PRECISADA**

## **AFECCIONES IDIOPÁTICAS O ESENCIALES Y DE CAUSA NO BIEN PRECISADA**

- 1. Osteocondritis de Cadera Enfermedad de Perthes – Legg – Calvé**
- 2. Osteocondritis de la Tuberosidad Anterior de la Tibia – Enfermedad de Osgood  
Schalatter**
- 3. Osteocondritis de Escafoides Tarsiano – Enfermedad de Kholer I**
- 4. Osteocondritis del 2° Metatarsiano – Enfermedad de Kholer II**
- 5. Osteocondritis Calcánea y Bursitis Pre-Aquiliama o Enfermedad de Haglund I y  
II**
- 6. Osteocondritis del Semilunar Enfermedad de Kiemböck**
- 7. Osteocondritis de la Columna Vertebral (1) Enfermedad de Calvé**
- 8. Osteocondritis de la Columna Vertebral (2) Enfermedad de Sheuermann**
- 9. Otras afecciones de causa desconocida**
  - 9.1 Xifosis**
  - 9.2 Escoliosis**
  - 9.3 Coxa Vara**
  - 9.4 Coxa Valga**
  - 9.5 Genu Varo**
  - 9.6 Genu Valgo**
  - 9.7 Genu Recurvatum**
  - 9.8 Tibia Vara**
  - 9.9 Pie Plano**
  - 9.10 Hallux Valgus**
  - 9.11 Hallux Rígido**
  - 9.12 Dedo en Martillo**
  - 9.13 Dedos en Garra**
  - 9.14 Quinto Dedo Varo**

## AFECCIONES IDIÓPATICAS O ESENCIALES Y DE CAUSA NO BIEN PRECISADA

### PREGUNTAS

1641. Pueden ser causa de la Osteocondritis:
- a) Los traumatismos
  - b) La artrosis deformante
  - c) Las infecciones piógenas
1642. El estudio histológico en las Osteocondritis revelan la existencia de:
- a) Necrosis epifisaria
  - b) Reparación ósea
  - c) a y b
1643. El tratamiento de las Osteocondritis revelan la existencia de:
- a) Conservador o quirúrgico
  - b) Principalmente conservador
  - c) Generalmente quirúrgico
1644. La Enfermedad de Sheuermann se refiere a la Osteocondritis de:
- a) Hombro
  - b) Muñeca
  - c) Columna
1645. La Osteocondritis de rótula recibe el nombre de enfermedad de:
- a) Haglund II
  - b) Larsen
  - c) Kohler I

### SINOPSIS 279

#### OSTEOCONDROITIS

##### CARACTERÍSTICAS:

- Comprometen a los núcleos epifisarios en la etapa de crecimiento
- Se les relaciona con causas diferentes:
  - Constitucional
  - Traumática
  - Isquémica
  - Infecciosa
  - Nerviosa
- Histológicamente se registra:
  - Necrosis y
  - Reparación ósea
- Las localizaciones en que se presentan son:
  - Cadera: enfermedad de Perthes, Legg y Calvé
  - Rodilla: enfermedades de Larsen (rótulas) y Osgood Schlatter (tuberosidad tibial anterior)
  - Pie: enfermedades de Kohler I y II, enfermedades de Haglund I y II
  - Mano: enfermedad de Kiemböeck (osteocondritis del semilunar)
  - Columna: enfermedades de Sheuermann y Calvé

##### TRATAMIENTO:

Según la localización y evolución de la enfermedad puede ser:

- Conservador: inmovilización, fisioterapia, soportes y férulas
- Quirúrgico

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## 1. ENFERMEDAD DE PERTHES – LEGG – CALVÉ: OSTEOCONDritis DE CADERA

### PREGUNTAS

1646. El tratamiento de la Enfermedad de Perthes, según la evolución de la enfermedad es:

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

1647. Los signos radiográficos de la Osteocondritis de cadera son inicialmente:

- a) Fragmentación ósea
- b) Ensanchamiento del espacio articular
- c) Reabsorción del núcleo de osificación epifisario

1648. El dolor en la Enfermedad de Perthes es inicialmente espontáneo en:

- a) Rodilla
- b) Cadera
- c) a y b

1649. La actitud viciosa en la Enfermedad de Perthes es con la:

- a) Cadera en abducción
- b) Rodilla en clínica
- c) Ninguna

1650. La edad más frecuente en que se presenta la Enfermedad de Perthes es entre los:

- a) 3 y 12 años
- b) 3 y 10 años
- c) 5 y 15 años

### SINOPSIS 280

#### CARACTERÍSTICAS:

- Se presenta generalmente entre los 4 y 10 años de edad
- Predomina en varones (3x1)
- Comúnmente es unilateral (90%)
- Existe el Perthes primario y secundario
- El Perthes secundario se encuentra en pacientes con luxación congénita de la cadera tratados incruenta o cruentamente en forma tardía
- Los síntomas y signos son:
  - Dolor inicial en rodilla
  - Claudicación
  - Limitación funcional por dolor en cadera
  - Actitud viciosa de cadera en clínica y abducción discretas
- Los signos radiográficos varían según el estado de la enfermedad y son:
  - Ensanchamiento del espacio articular
  - Sucesivamente densificación, fragmentación, aplastamiento, reabsorción y reparación del núcleo de osificación cefálico del fémur
  - Quistes subcondrales
  - Sobrecrecimiento y sub-luxación de la cadera femoral
  - Evolución frecuentemente hacia la artrosis deformante
- Diagnóstico diferencial con la tuberculosis de cadera

#### TRATAMIENTO

- Conservador: reposo, inmovilización, fisioterapia, soportes de descarga, férulas
- Quirúrgico

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425



**GRÁFICO 76: ENFERMEDAD DE PERTHES**

Radiográficamente se caracteriza por el aplastamiento y ensanchamiento del núcleo de osificación correspondiente a las cabezas femorales con ensanchamiento del espacio articular.

## 2. ENFERMEDAD DE OSGOOD SCHLATTER – OSTEOCONDritis DE LA TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA

### PREGUNTAS

1651. El tratamiento preferencial en la Enfermedad de Osgood es:

- a) Inmovilización
- b) Infiltraciones
- c) Radiaciones

1652. El dolor en la Enfermedad de Schlatler se produce por:

- a) Presión de la tuberosidad anterior de la tibia
- b) Extensión de la rodilla
- c) a y b

1653. Radiográficamente la enfermedad de Osgood se reconoce por la imagen de:

- a) "Gota"
- b) "Moco de pavo"
- c) Ninguna

1654. La edad en que se presenta la Osteocondritis de rodilla es entre:

- a) 13 y 14 años
- b) 12 y 13 años
- c) 14 y 15 años

1655. La Enfermedad de Osgood es unilateral en el:

- a) 50%
- b) 75%
- c) 90%

### SINOPSIS 281

#### CARACTERÍSTICAS

- Se presenta mayormente entre los 13 y 14 años
- Predomina en varones (2x1)
- Comúnmente es unilateral (75%)
- Clínicamente se registra:
  - Incremento de la prominencia correspondiente a la tuberosidad anterior de la tibia
  - Dolor a la presión y extensión de la rodilla a nivel de la tuberosidad tibial anterior
- En la radiografía se aprecia a nivel de la afección:
  - Signos de necrosis, fragmentación, reabsorción y reparación ósea
  - Signo del "moco de pavo"

#### TRATAMIENTO

- Conservador: inmovilización antálgica con yeso, fisioterapia
- Quirúrgico: excepcionalmente

## ENFERMEDAD DE OSGOOD SCHLATTER

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425



**GRÁFICO 77: OSTEOCONDritis - ENFERMEDAD DE OSGOOD SCHLATTER**

Es ostensible clínicamente la prominencia de la tuberosidad anterior de la tibia y la imagen en “moco de pavo” visible en la radiografía lateral de rodilla.

### 3. ENFERMEDAD DE KHOLER I: OSTEOCONDritis DEL ESCAFOIDES TARSIANO

#### PREGUNTAS

1656. En la radiografía, en la Enfermedad de Kholer I, se aprecia ensanchamiento de la interlínea articular:

- a) Escafoide-cuneana
- b) Astrágalo escafoidea
- c) a y b

1657. Al examen, en la Enfermedad de Kholer I, se registra:

- a) Claudicación
- b) Dolor en el antepié
- c) Ninguno de las anteriores

1658. En la Osteocondritis del escafoides del pie la forma unilateral se presenta en el:

- a) 40%
- b) 60%
- c) 80%

1659. El tratamiento de la Enfermedad de Kholer I es:

- a) Quirúrgico
- b) Con soportes plantares
- c) Físico

1660. La Enfermedad de Kholer I tiende a producir el pie:

- a) Plano
- b) Cavo
- c) Aductus

#### SINOPSIS 282

#### CARACTERÍSTICAS

- Se presenta mayormente entre los 4 y 6 años
- Predomina en varones (4x1)
- Comúnmente es unilateral (80%)
- Clínicamente se registra:
  - Prominencia dolorosa en el escafoides
  - Movimientos de rotación del pie dolorosos
  - Claudicación
- En la radiografía se aprecia:
  - Ensanchamiento articular astrágalo-escafoides, escafoidocuneano
  - Sucesivamente signos de condensación, fragmentación, reabsorción y reparación en el escafoides
- Pronóstico favorable

#### TRATAMIENTO

Conservador:

- Inmovilización antálgica
- Soportes plantares



#### GRÁFICO 78: OSTEOCONDritis DEL ESCAFOIDES O DEL PIE

En la radiografía se aprecia condensación y aplastamiento del escafoides con ensanchamiento de los espacios astrágalo-escafoideo y escafoidocuneano.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## 4. ENFERMEDAD DE KHOLER II: OSTEOCONDritis DEL 2° METATARSIANO

### PREGUNTAS

1661. La edad en que mayormente se presente la Enfermedad de Kholer II es:
- 6 a 12 años
  - 12 a 20 años
  - 15 a 25 años
1662. En la Enfermedad de Kholer II lo predominante es que:
- Se presenta en varones
  - Es bilateral
  - a y b
1663. Radiográficamente en la Enfermedad de Kholer II se puede comprobar:
- Destrucción epifisaria distal
  - Compromiso metafisario
  - Fracturas patológicas
1664. La cabeza metatarsiana que se afecta mayormente en la Enfermedad de Kholer II corresponde al:
- 1° metatarsiano
  - 2° metatarsiano
  - 5° metatarsiano
1665. El tratamiento de la enfermedad de Kholer II consiste en:
- Resecar la cabeza del metatarsiano afectado
  - Realizar infiltraciones
  - a y b

### SINOPSIS 283

#### CARACTERÍSTICAS

- La enfermedad de Kholer II o de Freiberg afecta generalmente la cabeza del 2° metatarsiano
- Puede afectar la cabeza del 3° o 4° metatarsiano
- Predomina a la edad de 12 a 20 años
- Es más frecuente en varones
- Comúnmente es unilateral
- Al examen clínico se registra:
  - Dolor a la presión de la cabeza del metatarsiano afectado
  - Crujidos inconstantes a los movimientos
- En la radiografía se aprecia:
  - Ensanchamiento del espacio articular metatarsofalángico
  - Osteoporosis e irregularidad de los contornos articulares
  - Destrucción, aplastamiento y ensanchamiento de la cabeza metatarsiana

#### TRATAMIENTO

- Conservador: inmovilización, fisioterapia, infiltraciones y soportes
- Quirúrgico: resección

## ENFERMEDAD DE KHOLER II

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## 5. ENFERMEDAD DE HAGLUND I Y II: OSTEOCONDritis CALCÁNEA Y BURSITIS PRE-AQUILEANA

### PREGUNTAS

1666..La enfermedad de Haglund I se manifiesta por el dolor calcáneo a nivel:

- a) Plantar
- b) Posterior
- c) Borde externo

1667..La enfermedad de Haglund II corresponde a la osteocondritis:

- a) Calcánea
- b) Cuboidea
- c) Ninguna

1668..Radiográficamente los signos de densificación y fragmentación ósea corresponden a la enfermedad de:

- a) Haglund I
- b) Haglund II
- c) a y b

1669..La edad en que se presenta generalmente la enfermedad de Haglund I es:

- a) 5 a 10 años
- b) 7 a 15 años
- c) 10 a 20 años

1670. El tratamiento de realizar modificaciones en el zapato se indica en la enfermedad de:

- a) Haglund I
- b) Haglund II
- c) a y b

### SINOPSIS 284

#### CARACTERÍSTICAS

- La enfermedad de **Haglund I** corresponde a la osteocondritis del calcáneo en su polo posterior
- Se presenta generalmente entre los 7 y 15 años
- Se manifiesta por dolor a la presión del calcáneo en su parte posterior
- En la radiografía se aprecia el núcleo de osificación posterior del calcáneo densificado y fragmentado
- La enfermedad de **Haglund II** corresponde a la bursitis pre-aquilliana
- Se presenta por el roce del borde del zapato sobre el tendón y el calcáneo
- En el calcáneo se aprecia cierta prominencia póstero-externa

#### TRATAMIENTO

- En la enfermedad de Haglund I se recomienda:
  - La inmovilización
  - Elevar el taco del zapato
- En la enfermedad de Haglund II se indica:
  - Evitar el roce del borde posterior del zapato
  - La resección de la prominencia póstero-externa del calcáneo, excepcionalmente

## ENFERMEDAD DE HAGLUND I Y II

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## 6. ENFERMEDAD DE KIENBÖCK: OSTEOCONDritis DEL SEMILUNAR

### PREGUNTAS

1671. La enfermedad de Kienböck es la Osteocondritis del:

- a) Piramidal
- b) Escafoides
- c) Semilunar

1672. La Osteocondritis del semilunar afecta mayormente a:

- a) Varones
- b) Niños
- c) Mujeres

1673. Lo más característico en la Enfermedad de Kienböck es:

- a) La limitación funcional
- b) El dolor
- c) Los crujidos

1674. Las imágenes radiográficas en la Enfermedad de Kienböck son mayormente:

- a) Condensantes
- b) De rarefacción
- c) a y b, alternantes

1675. El tratamiento en la Enfermedad de Kienböck es:

- a) Inmovilización
- b) Tracción continua
- c) Infiltraciones

### SINOPSIS 285

#### CARACTERÍSTICAS

- La enfermedad de Kienböck es predominante en varones jóvenes
- Se localiza con más frecuencia en la mano derecha
- La manifestación clínica más común es el dolor a la presión y movimientos en la muñeca
- En la radiografía se aprecia:
  - Imágenes alternantes de condensación y rarefacción en el semilunar, y
  - Aplastamiento y ensanchamiento del mismo
  - Con el tiempo, signos de artrosis de muñeca

#### TRATAMIENTO

Según evolución:

- Conservador: inmovilización antálgica y fisioterapia
- Quirúrgico: resección del semilunar con o sin reemplazo protésico. En caso de artrosis, artrodesis

## ENFERMEDAD DE KIENBÖCK

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## 7. ENFERMEDAD DE CALVÉ: OSTEOCONDritis DE LA COLUMNA VERTEBRAL

### PREGUNTAS

1676. La enfermedad de Calvé u Osteocondritis vertebral se presenta mayormente entre los:

- a) 7 primeros años
- b) 2 y 7 años
- c) 5 y 10 años

1677. La Osteocondritis vertebral de Calvé afecta generalmente al sector:

- a) Cervical
- b) Dorso – lumbar
- c) Dorsal

1678. En la Enfermedad del Calvé la Osteocondritis comúnmente afecta a:

- a) Una vértebra
- b) Tres vértebras
- c) Más de tres vértebras

1679. En la radiografía del Calvé se aprecia:

- a) Estrechamiento del espacio intercorporal
- b) Aplastamiento vertebral
- c) Ensanchamiento corporal

1680. En la Enfermedad de Calvé se aprecia a nivel de la columna dorsal:

- a) Aplanamiento
- b) Giba
- c) Lordosis

### SINOPSIS 286

#### CARACTERÍSTICAS

- Se presenta generalmente entre los 2 y 7 años
- Suele afectar sólo a una vertebral del sector dorsal
- Clínicamente se registra, a nivel de la vértebra afectada:
  - Dolor a la presión y movimientos
  - Una giba o xifosis angular mínima
- En la radiografía se aprecia:
  - Ensanchamiento del espacio intercorporal
  - Condensación y aplastamiento vertebral: “vértebra plana”
- El diagnóstico diferencial procede con el:
  - Mal de Pott
  - Granuloma eosinófilo vertebral

#### TRATAMIENTO

Conservador:

- Inmovilización con corsé

## ENFERMEDAD DE CALVÉ

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## 8. ENFERMEDAD DE SHEUERMANN: OSTEOCONDritis DE LA COLUMNA VERTEBRAL

### PREGUNTAS

1681. En la Enfermedad de Sheuermann radiográficamente se aprecia:
- Deformidad vertebral en cuña
  - Aplastamiento vertebral
  - a y b
1682. En la Enfermedad de Sheuermann se comprometen generalmente:
- Hasta 2 vértebras
  - Varias vértebras
  - Una vértebra
1683. La edad en que se presenta mayormente la Enfermedad de Sheuermann es de:
- 0 a 5 años
  - 5 a 10 años
  - 10 a 15 años
1684. La Osteocondritis vertebral de Sheuermann se localiza generalmente en el sector:
- Cérvico-dorsal
  - Dorsal
  - Dorso-lumbar
1685. La Xifosis típica de la Enfermedad de Sheuermann es:
- De gran curva
  - Angular
  - Dolorosa

### SINOPSIS 287

#### CARACTERÍSTICAS

- Se presenta generalmente entre los 10 y 15 años
- Suele afectar a varias vértebras, particularmente del sector dorsal
- Clínicamente se aprecia una xifosis dorsal de gran curva
- En la radiografía es característico el aplastamiento vertebral anterior con deformidad en cuña

#### TRATAMIENTO

- Conservador: inicialmente:
  - Fisioterapia
  - Yesos correctores
  - Corsé ortopédico
- Quirúrgico: según la evolución



#### GRÁFICO 79: ENFERMEDAD DE SHEUERMANN U OSTEOCONDritis DORSAL JUVENIL

Clínicamente se manifiesta por una marcada xifosis dorsal de una gran curva.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## 9. OTRAS ENFERMEDADES DE CAUSA DESCONOCIDA, NO BIEN PRECISADAS O MÚLTIPLES

### 9.1 Xifosis

#### PREGUNTAS

1686. La Xifosis son curvas vertebrales que se localizan generalmente en el sector:

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

1687. La Xifosis de la columna vertebral suele comprender el compromiso de:

- a) Pocas vértebras
- b) Muchas vértebras
- c) a y b

1688. Las Xifosis angulares se presentan generalmente en:

- a) Tuberculosis
- b) Reumatismo
- c) Osteomalacia

1689. La edad en la que se presentan las Xifosis es mayormente:

- a) En la adolescencia
- b) En la ancianidad
- c) a y b

1690. La Xifosis de gran curva se presenta en:

- a) La Enfermedad de Sheuermann
- b) Las fracturas de columna
- c) Las neoplasias vertebrales

#### SINOPSIS 288

#### CARACTERÍSTICAS

- Es la incurvacion de la columna de convexidad posterior
- Generalmente afecta al sector dorsal
- Se le encuentra mayormente en la adolescencia y ancianidad
- Existen dos tipos de xifosis de acuerdo a la edad de su presentación:
  - Esencial o juvenil y
  - Senil
- Según sea mayor o menor el número de vértebras afectadas y el tipo de deformidad, las xifosis pueden ser:
  - Angulares, como las que se encuentran en las tuberculosis, neoplasias y fracturas, y
  - De gran curva, como las de la enfermedad de Sheuermann, raquitismo, osteomalacia y reumatismo

En la radiografía se precisa:

- El tipo de lesión vertebral
- El grado de la curva o xifosis

#### TRATAMIENTO

- Conservador: fisioterapia, corsé y yesos correctores
- Quirúrgico: cirugía correctiva y estabilizante

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425



**GRÁFICO 80: XIFOSIS DORSAL**

Marcada incurvación de convexidad posterior ubicada en el sector dorsal de la columna con deformidad de los cuerpos vertebrales en cuña, por aplastamiento anterior de los mismos.

## 9.2 Escoliosis - 1

### PREGUNTAS

1691. La Giba paravertebral en la Escoliosis está dada fundamentalmente en el sector dorso-lumbar por:
- a) Los cuerpos vertebrales
  - b) Los arcos costales
  - c) Las apófisis espinosas
1692. La asimetría que se registra en la Escoliosis afecta comúnmente a:
- a) Pelvis
  - b) Hombros
  - c) a y b
1693. El diagnóstico de Escoliosis congénita se realiza precozmente cuando el número de vértebras afectadas es:
- a) Bajo
  - b) Alto
  - c) Indiferentemente
1694. En el examen clínico en la Escoliosis importa precisar principalmente:
- a) El lado de la convexidad
  - b) Si es reductible
  - c) a y b
1695. En la Escoliosis la rotación de los cuerpos vertebrales se presenta:
- a) No
  - b) A veces
  - c) Siempre

### SINOPSIS 289

#### CARACTERÍSTICAS

- En la escoliosis las incurvaciones de la columna son laterales
- Los cuerpos vertebrales se encuentran deformados y rotados
- Existen dos tipos: congénito y adquirido
- La escoliosis congénita está en relación con hemivértebras y vértebras en cuña
- Según el número de vértebras comprometidas, el diagnóstico de la escoliosis congénita puede ser temprano o tardío
- Las escoliosis adquiridas, de acuerdo a su causa, pueden ser:
  - Estáticas
  - Biogénicas
  - Esenciales
  - Paralíticas
  - Toracógenas
  - Neurogénicas
  - Raquílicas
- Al examen clínico, en la escoliosis, se aprecia:
  - Desnivel de hombros, pelvis y asimetría del triángulo del talle
  - El lado de la convexidad de la curva
  - El nivel y grado de la curva
  - Si existe dolor
  - El grado de movilidad, si es reductible o no
  - Si existe compensación o no
  - El nivel y grado de la giba paravertebral determinado por la prominencia costal a nivel dorsal, y la correspondiente a las apófisis transversas en los sectores cervical y lumbar

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## 9.2 Escoliosis - 2

### PREGUNTAS

1696. Las radiografías en las Escoliosis se realizan en las posiciones:
- Debúbito dorsal y lateral
  - Parado: frontal y lateral
  - Sentado: frontal y lateral
1697. La radiografía, posición sentado con inclinaciones laterales en la Escoliosis, se toman para evaluar:
- La progresión de las curvas
  - El grado de la escoliosis
  - La rigidez de la columna
1698. El signo de Risser en las radiografías tomadas en una Escoliosis permite determinar:
- El grado de osificación
  - La elasticidad vertebral
  - La rigidez de las curvas
1699. La determinación del tratamiento a seguirse en una Escoliosis depende de:
- Su potencial de crecimiento
  - La estatura del paciente
  - La presencia de Xifosis
1700. El tratamiento conservador de la Escoliosis comprende fundamentalmente:
- Gimnasia
  - Hidroterapia
  - Electroterapia

### SINOPSIS 290

#### CARACTERÍSTICAS

- El estudio radiográfico se realiza:
  - En posición parado, dos placas de D1 a S1: frontal y lateral
  - En posición de decúbito dorsal, 1 placa: frontal
  - En posición sentado, 3 placas frontales:
    - Sin inclinación lateral
    - Con inclinación derecha
    - Con inclinación izquierda
- Las radiografías tomadas sirven para determinar:
  - El grado de inclinación pélvica
  - El grado de osificación (signo de Risser)
  - El grado de rigidez o posibilidad de corrección
  - El grado de escoliosis, a través de la medición de las curvas

#### TRATAMIENTO

- Se determina tomando en cuenta:
  - La etiología de la escoliosis
  - La edad o potencial de crecimiento
  - El grado y progresión de la curva
  - La elasticidad o rigidez de la curva
- Según ello, el tratamiento puede ser:
  - Conservador: gimnasia y corsé
  - Quirúrgico: correctivo – estabilizador

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## 9.3 Coxa Vara

### PREGUNTAS

1701. En la Coxa vara el ángulo cérvico diafisario es:

- a) Menor de 120 grados
- b) Mayor de 140 grados
- c) De 130 a 140 grados

1702. En la Coxa Vara el trocánter menor se encuentra:

- a) Ascendido
- b) Descendido
- c) Ninguno

1703. El trocánter mayor en la Coxa vara es:

- a) Prominente
- b) Normal
- c) Deprimido

1704. La cadera en la Coxa vara se encuentra clínicamente:

- a) Normal
- b) En aducción
- c) En abducción

1705. En la Coxa vara el tratamiento generalmente es:

- a) La inmovilización
- b) Quirúrgico
- c) Tracción esquelética

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

### SINOPSIS 291

#### CARACTERÍSTICAS

- La coxa vara es la disminución del ángulo cérvico diafisario del fémur (menos de 127 grados)
- Según su etiología se consideran tres formas: congénita, del adolescente y sintomática
- La coxa vara congénita se relaciona con una displasia
- La coxa vara del adolescente puede ser según su origen: mecánica, infecciosa y endocrina
- La coxa vara sintomática es traumática, osteomielítica, por raquitismo, por osteomalacia, etc.
- Clínicamente se registra:
  - Dolor en cadera y en rodilla
  - Ascenso y mayor prominencia del trocánter mayor
  - Actitud en aducción de la cadera con abducción limitada
  - Acortamiento del miembro
  - Claudicación: signo de Trendelenburg
- En la radiografía se comprueba el diagnóstico y se evalúa el defecto o grado de coxa vara

#### TRATAMIENTO

- Es quirúrgico: generalmente se realizan osteotomías correctoras y osteosíntesis



**GRÁFICO 81:  
COXA VARA**

El ángulo de inclinación del cuello del fémur está disminuido, pudiendo ser de 90° o menor. El trocánter mayor es más prominente que lo normal y está ascendido; todo lo cual determina un acortamiento del miembro

## 9.4 Coxa Valga

### PREGUNTAS

1706. El tratamiento de la Coxa valga comprende:
- Osteotomías
  - Tenotomías
  - a y b
1707. La radiografía es útil en la Coxa valga para precisar:
- El estado articular
  - El ascenso del trocánter mayor
  - La medida del ángulo de inclinación
1708. En la Coxa valga el trocánter mayor se encuentra:
- Poco prominente
  - Descendido
  - a y b
1709. La cadera en la Coxa valga se encuentra en:
- Anteversión
  - Abducción
  - Retroversión
1710. El ángulo de inclinación del cuello femoral en la Coxa valga está:
- Aumentado
  - Disminuido
  - Invertido

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

### SINOPSIS 292

#### CARACTERÍSTICAS

- La coxa valga es el aumento del ángulo cérico diafisario del fémur (más de 140 grados)
- Se le encuentra generalmente en la displasia de cadera y en niños que no caminan por tiempo prolongado
- Clínicamente se encuentra:
  - Cadera en abducción y rotación externa
  - Trocánter mayor descendido y poco prominente
  - Alargamiento de miembro
  - Marcha claudicante
- La radiografía permite el diagnóstico y la valoración del valgismo del cuello femoral

#### TRATAMIENTO

- Quirúrgico: osteotomías correctoras y osteosíntesis



#### GRÁFICO 82: COXA VALGA

El ángulo de inclinación del cuello femoral se encuentra incrementado por encima de los 140 grados. El trocánter mayor es poco prominente, y el miembro está alargado

## 9.5 Genu Varo

### PREGUNTAS

1711. El tratamiento del Genu varo se realiza conservadoramente utilizando:

- a) Termoterapia
- b) Helioterapia
- c) a y b

1712. El origen del Genu varo puede ser:

- a) Congénito
- b) Por procesos traumáticos
- c) a y b

1713. La incurvación de rodillas que caracteriza al Genu varo es de concavidad:

- a) Anterior
- b) Medial
- c) Lateral

1714. Habitualmente en el Genu varo evolucionado se encuentra que la movilidad de la rodilla está:

- a) Conservada
- b) Limitada
- c) Incrementada

1715. En el Genu varo de larga evolución pueden registrarse, por distensión ligamentosa, movimientos anormales:

- a) De lateralidad
- b) Ántero-posteriores
- c) No

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

### SINOPSIS 293

#### CARACTERÍSTICAS

- Es una incurvación o angulación lateral en rodillas de concavidad o seno, interno o medial
- Se presenta congénitamente y en relación con procesos: traumáticos, metabólicos y degenerativos
- Puede ser uni o bilateral
- Clínicamente se aprecia que:
  - La deformidad se hace presente en la rodilla en extensión y se oculta en la rodilla en flexión
  - La función de la rodilla está conservada
  - Puede haber movimientos de lateralidad internos por elongación del ligamento lateral externo
  - Puede haber limitación articular en los casos crónicos con artrosis
- La medición del grado de varismo se realiza clínica y radiográficamente utilizando el goniómetro. Además, en la radiografía se aprecian las alteraciones articulares que pueden existir según el origen de la deformidad

#### TRATAMIENTO

- Conservador: vitamina D, helioterapia, férulas y zapatos ortopédicos correctores.
- Quirúrgicos: epifisiodesis y osteotomías



**GRÁFICO 83:  
GENU VARO  
BILATERAL**

Se caracteriza por la incurvación de concavidad medial de las rodillas, que se visualiza cuando éstas se encuentran en extensión, en la estación de pie y al caminar

## 9.6 Genu Valgo

### PREGUNTAS

1716. El Genu Valgo consiste en una incurvación de rodillas con concavidad:
- Ántero-posterior
  - Externa o lateral
  - Interna o medial
1717. En la infancia el Genu valgo generalmente se relaciona con un proceso:
- Traumático
  - Endocrino
  - Metabólico
1718. Con el tiempo y el sobrepeso en el Genu valgo puede presentarse distensión ligamentaria que afecta a los ligamentos:
- Cruzados
  - Internos
  - Externos
1719. El tratamiento conservador en el Genu valgo, en el niño, puede ser:
- La inmovilización con yeso
  - El empleo de termoterapia
  - El uso de férulas ortopédicas
1720. El Genu valgo presente en las secuelas poliomiélicas se relaciona con:
- Retracción de la banda ílio-tibial
  - Parálisis de los flexores de rodilla
  - a y b

### SINOPSIS 294

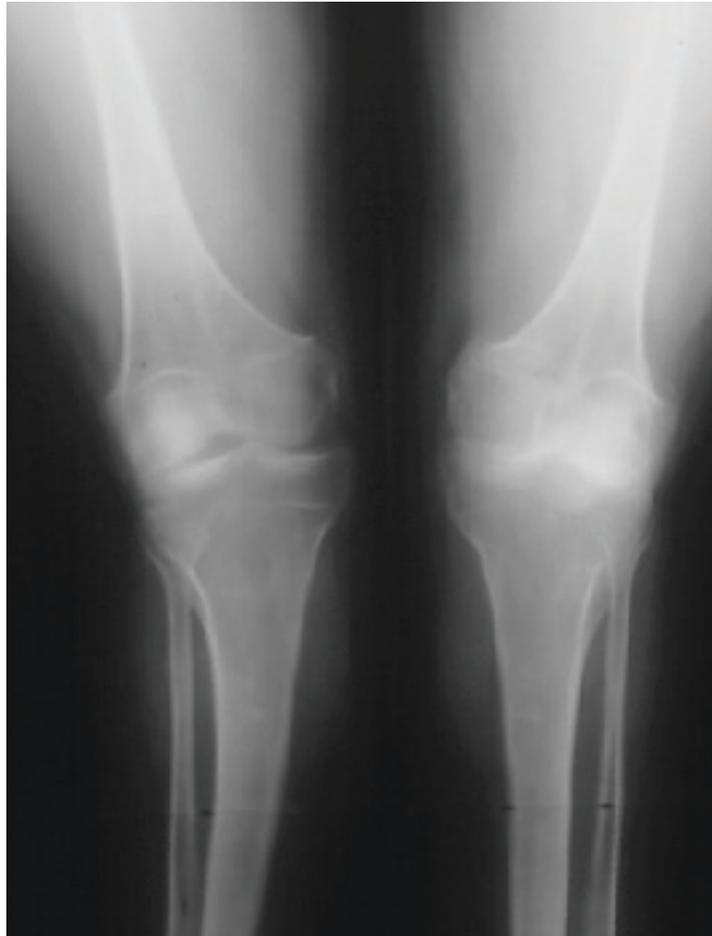
#### CARACTERÍSTICAS

- Es una incurvación lateral de rodillas de concavidad externa
- Suele encontrarsele:
  - En la infancia, en relación con procesos metabólicos: raquitismo y obesidad
  - En la adolescencia: procesos endocrinos, como el síndrome adiposo genital
  - En procesos traumáticos, infecciosos y degenerativos
  - Secundariamente, en secuelas con deformidades en cadera y pies
  - En procesos paralíticos como en la poliomiéлитis, por retracción de la banda ílio-tibial
- Clínicamente:
  - La deformidad se visualiza con la rodilla en extensión y pasa desapercibida cuando la rodilla se encuentra en flexión
  - La función generalmente no se encuentra afectada
  - Con el tiempo puede presentarse:
    - \* Movilidad anormal de la lateralidad externa por distensión del ligamento interno o medial
    - \* Limitación de la movilidad por artrosis
    - \* La radiografía ayuda en el diagnóstico, la medición del grado de valgo y la determinación de las alteraciones secundarias

#### TRATAMIENTO

- Depende de la etiología, edad, grado y evolución de la deformidad
- Puede ser:
  - Conservador: vitamina D, helioterapia, férulas y zapatos ortopédicos
  - Quirúrgico: epifisiodesis y osteotomías correctoras

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425



**GRÁFICO 84: GENU VALGO BILATERAL**

La deformidad se visualiza con rodilla en extensión. Inicialmente la función o movimiento articular no se encuentra afectada.

## 9.7 Genu Recurvatum

### PREGUNTAS

1721. En el Genu recurvatum la incurvación de la rodilla es:
- De convexidad posterior
  - De concavidad anterior
  - a y b
1722. En el Genu recurvatum la movilidad de rodilla está aumentada en el sentido de la:
- Hiperextensión
  - Hiperflexión
  - Rotación medial
1723. El examen para visualizar más claramente el Genu recurvatum debe ser realizado:
- En posición sentada
  - En cúbito ventral
  - Parado
1724. El Genu recurvatum congénito se presenta por:
- Acortamiento del cuádriceps
  - Contractura de los flexores
  - Ninguno
1725. En el tratamiento del Genu recurvatum se plantean operaciones de:
- Partes blandas
  - Osteotomías
  - a y b

### SINOPSIS 295

#### CARACTERÍSTICAS

- Es una incurvación ántero-posterior de rodillas de concavidad anterior
- Suele encontrarse:
  - Congénitamente en la artrogriphosis (acortamiento de cuádriceps) y en la artrochalsis (laxitud articular)
  - En procesos traumáticos, infecciosos y paráliticos
  - Secundariamente, en deformidades de la cadera y el pie
- Clínicamente se visualiza mayor deformidad en la estación de pie, cargando el peso del cuerpo:
  - La región poplitea se proyecta hacia atrás
  - Existe hiperextensión de rodilla
- La medición de la deformidad se realiza goniométricamente
- La radiografía precisa el diagnóstico y permite evaluar mejor la deformidad

#### TRATAMIENTO

- Conservador: ejercicios terapéuticos y soportes ortopédicos
- Quirúrgico: alargamiento del cuádriceps, osteotomías

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## 9.8 Tibia Vara - Enfermedad de Blaunt

### PREGUNTAS

1726. El tratamiento en la Tibia vara en un paciente de 4 años de edad, con incurvaciones mayores de 30 grados, es:

- a) Quirúrgico
- b) Con botines ortopédicos
- c) Con soportes ortopédicos

1727. El diagnóstico diferencial de la Tibia vara infantil es con:

- a) Enfermedad de Ollier
- b) Osteomielitis distal de la tibia
- c) Secuela de fracturas

1728. El pronóstico de la Tibia vara entre los 4 y 9 años es:

- a) Favorable
- b) Variable
- c) Desfavorable

1729. En la Tibia vara del adolescente la tumoración proximal y medial de la tibia es, generalmente:

- a) Dolorosa
- b) Indolora
- c) Bilateral

1730. La incurvación de concavidad interna que caracteriza a la Tibia vara infantil generalmente es:

- a) Bilateral
- b) Indolora
- c) a y b

### SINOPSIS 296

#### CARACTERÍSTICAS

- Es una incurvación de concavidad medial y torsión interna de la tibia
- En su origen y desarrollo tienen que ver:
  - La herencia
  - La raza
  - Un trastorno del crecimiento epifisario superior de la tibia
  - La osificación prematura del cartílago metafisario superior interno de la tibia
  - El sobrepeso asimétricamente distribuido sobre los platillos tibiales
  - Los traumas
- Existen dos tipos de tibia vara:
  - Infantil: entre los 2 y 8 años
  - Del adolescente: entre los 8 y 13 años
- Clínicamente se aprecia:
  - En el tipo infantil: referencia de deambulación precoz. Puede ser bilateral, con torsión tibial interna y prominencia metafisaria superior interna, no dolorosa
  - En el adolescente existe un grado de incurvación menor, más frecuentemente es unilateral, y la tumoración metafisaria superior interna de la tibia suele ser dolorosa
- El estudio radiográfico permite:
  - Corroborar el diagnóstico
  - Medir el grado de incurvación
  - Determinar en cuál de las etapas evolutivas se encuentra la tibia vara infantil
  - Precisar las características de la tibia vara del adolescente
- El pronóstico es generalmente:
  - Favorable en menores de 4 años
  - Variable entre los 4 y 9 años
  - Desfavorable después de los 10 años

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## TRATAMIENTO

- Hasta los 4 años el tratamiento es conservador:
  - Con botines ortopédicos, si la incurvación es menor de 30 grados
  - Con soportes ortopédicos, si la incurvación es mayor de 30 grados
- Después de los 4 años el tratamiento es quirúrgico, si la incurvación excede los 30 grados



**GRÁFICO 85: TIBIAS VARAS**

Se le relaciona comúnmente con la osificación prematura del cartílago metafisario superior interno de la tibia y el sobrepeso asimétricamente distribuido sobre los platillos tibiales

## 9.9 Pie Plano

### PREGUNTAS

1731. El tratamiento del Pie plano varía en relación con:

- a) La edad
- b) El sexo
- c) a y b

1732. La prominencia ósea que caracteriza al Pie plano corresponde a:

- a) La planta del pie
- b) El borde interno
- c) Ninguna

1733. El aplanamiento plantar en el Pie plano se acompaña de:

- a) Varismo calcáneo
- b) Hallux varus
- c) Valguismo calcáneo

1734. En el Pie plano contracturado:

- a) Los movimientos son amplios
- b) Hay dolor
- c) a y b

1735. En el Pie plano se registra la existencia de alteraciones:

- a) Óseas
- b) Musculoligamentarias
- c) Ambas

### SINOPSIS 297

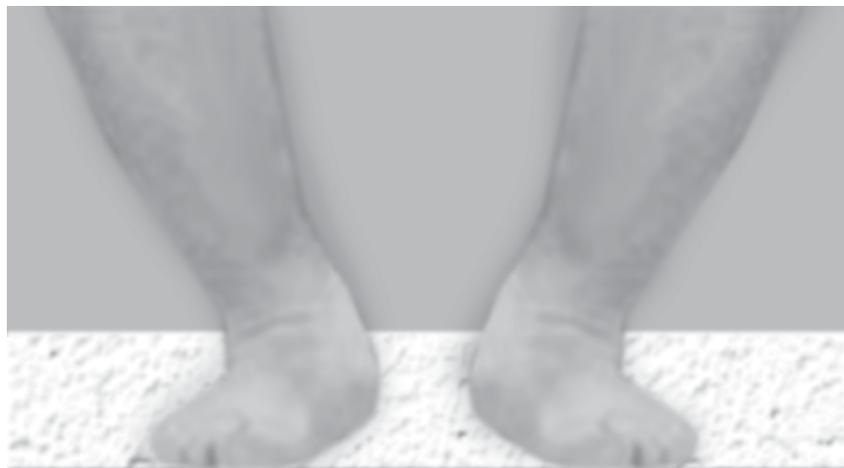
#### CARACTERÍSTICAS

- Consiste en el aplanamiento del arco longitudinal interno del pie
- Comúnmente se acompaña de valguismo del calcáneo y abduccion o aduccion del antepié
- Están afectados el esqueleto, los ligamentos y los músculos plantares
- Existen las siguientes formas y tipos:
  - Congénitos y adquiridos
  - De la 1ª y 2ª infancia, del adolescente y del adulto
  - Funcionales y secundarios
  - Blandos y contracturados o dolorosos
- Clínicamente se objetivan:
  - Una prominencia ósea en el borde interno del pie a nivel de la cabeza del astrágalo y tubérculo del escafoides
  - Valguismo del calcáneo
  - Movimientos amplios e indoloros o limitados y dolorosos, según el tipo de pie: flácido o contracturado
  - El grado de aplanamiento plantar es variable y evaluable a través de la plantoscopia y plantigrafía
- La radiografía muestra la deformidad, las alteraciones óseas y el aplanamiento plantar

#### TRATAMIENTO

- Según la edad y el tipo de pie, el tratamiento es conservador o quirúrgico
- El tratamiento conservador es con ejercicios correctores y calzado o plantillas ortopédicas
- El tratamiento quirúrgico consiste en operaciones sobre partes blandas y óseas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425



**GRÁFICO 86: PIES PLANOS**

Es evidente el aplanamiento plantar y el valgismo del antepié, más ostensibles cuando el niño adopta la actitud bípeda.

## 9.10 Hallux Valgus

### PREGUNTAS

1736. El tratamiento del Hallux valgus es comúnmente:
- Conservador
  - Quirúrgico
  - a y b
1737. Un tiempo obligado en el tratamiento del Juanete es:
- Resección de la exostosis
  - Resección metatarsal epifisaria
  - Osteotomía del 1° metatarsiano
1738. El origen más aceptado del Hallux valgus se relaciona con factores:
- Traumáticos
  - Metabólicos
  - Constitucionales
1739. En el Juanete, lo más característico es:
- La desviación del primer dedo
  - La prominencia distal del 1° metatarsiano
  - El varismo del primer metatarsiano
1740. En el Hallux valgus es importante determinar la existencia de artrosis para definir:
- El pronóstico
  - El tratamiento médico
  - El tipo de operación

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

### SINOPSIS 298

#### CARACTERÍSTICAS

- Consiste en la desviación lateral del 1° dedo del pie
- Se acompaña comúnmente de juanete o promi-cia medial exagerada de la cabeza del primer me-tatarsiano y bursitis
- Puede haber manifestaciones de artrosis de la 1ª metatarsofalángica
- En su origen se reconocen dos factores:
  - El constitucional y
  - El uso de zapato defectuoso

#### TRATAMIENTO

- El más indicado es el quirúrgico y depende de: la edad, el grado de desviación y la existencia de artrosis
- La operación comprende, según los casos:
  - Resección de la bolsa serosa inflamada
  - Resección de la exostosis
  - Tenotomía del aductor del 1° dedo
  - Capsulopatías
  - Resecciones epifisarias de la falange o 1° metatarsiano
- El tratamiento físico se indica post-operatoria-mente



**GRÁFICO 87:  
HALLUX VALGO**

Se caracteriza por la desviación medial del primer metatarsiano con prominencia de la cabeza del mismo y desviación látero-externa del primer dedo



## 9.12 Dedo en Martillo

### PREGUNTAS

1746. En el tratamiento del Dedo en martillo se contempla el alargamiento del tendón:
- Flexor
  - Extensor
  - Ambos
1747. Los callos dolorosos que se encuentran en el Dedo en martillo se presentan en:
- El dorso de la 1ª interfalángica
  - La planta de la 2ª interfalángica
  - El dorso de la metatarsofalángica
1748. En el Dedo en martillo la actitud de la articulación metatarsofalángica es:
- Normal
  - En extensión
  - En hiper extensión
1749. La actitud de la 2ª articulación interfalángica en el Dedo en martillo es en:
- Extensión o hiperextensión
  - Simi-flexión
  - Severa flexión
1750. En el tratamiento del Dedo en martillo se contempla la:
- Resección de la base de la 1ª falange
  - Artrodesis de la 1ª interfalángica
  - a y b

### SINOPSIS 300

#### CARACTERÍSTICAS

- Es una deformidad del dedo que se manifiesta por una actitud en:
  - Flexión de la 1ª interfalángica
  - Hiperextensión de la metatarsofalángica o metacarpofalángica y
  - Extensión o hiperextensión de la 3ª falange
- Es común encontrar una callosidad dolorosa sobre el dorso de la articulación interfalángica flexionada, particularmente en el adulto

#### TRATAMIENTO

- Es quirúrgico. Se plantean la:
  - Resección de la base de la 2ª falange
  - Artrodesis de la 1ª interfalángica
  - Tenotomía del flexor con capsulotomía plantar de la 1ª interfalángica
  - Alargamiento del extensor y capsulotomía dorsal metatarsofalángica
- Después de la operación es conveniente la inmovilización con yeso por 2 a 3 semanas

## DEDO DE MARTILLO

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## 9.13 Dedo en Garra

### PREGUNTAS

1751. En los Dedos en garra, las articulaciones interfalángicas se encuentran:
- La 1ª en flexión y la 2ª en extensión
  - La 2ª en flexión y la 1ª en extensión
  - Ambas
1752. En los Dedos en garra, la actitud en hiperextensión corresponde a la articulación:
- Metatarsofalángica
  - Interfalángica proximal
  - Interfalángica distal
1753. El tratamiento del Dedo en garra puede ser:
- Conservador
  - Quirúrgico
  - a y b
1754. En el tratamiento conservador del Dedo en garra se contempla:
- La tracción digital
  - Plantillas ortopédicas
  - Ninguno
1755. En el tratamiento quirúrgico de los Dedos en garra se plantea la realización de:
- Osteotomías
  - Alargamientos tendinosos
  - Artrodesis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

### SINOPSIS 301

#### CARACTERÍSTICAS

- El dedo en garra se encuentra en actitud de:
  - Flexión interfalángica distal y proximal
  - Hiperextensión metatarsofalángica
- Los dedos en garra se presentan conjuntamente con el pie plano transversal

#### TRATAMIENTO

- Cuando la deformidad es discreta se corrige conservadoramente, usando plantillas ortopédicas con soporte metatarsal
- Si la deformidad está estructurada el tratamiento es quirúrgico, practicándose: tenotomías, capsulotomías y artrodesis interfalángicas



**GRÁFICO 88: DEDOS EN GARRA**

Es evidente la hiperextensión metatarsofalángica y de la interfalángica proximal y distal de los dedos. Se presenta conjuntamente con el pie cavo

## 9.14 Quinto Dedo Varo

### PREGUNTAS

1756. En el 5° Dedo varo la actitud del dedo es comúnmente en:
- a) Flexión interfalángica proximal
  - b) Extensión metatarsofalángica
  - c) Hiperextensión metatarsofalángica
1757. La desviación medial del 5° Dedo varo comprende:
- a) La 1ª falange
  - b) La 2ª falange
  - c) La 3ª falange
1758. La callosidad que se forma con el tiempo en el 5° Dedo varo se ubica:
- a) En el borde externo
  - b) En el dorso
  - c) En la planta
1759. En el 5° Dedo varo el tratamiento que se indica es:
- a) Fisioterapia
  - b) Plantillas ortopédicas
  - c) Quirúrgico
1760. En el tratamiento quirúrgico del 5° Dedo varo se contempla la realización de:
- a) Osteotomías
  - b) Artrodesis
  - c) Resección ósea

### SINOPSIS 302

#### CARACTERÍSTICAS

- El Quinto dedo varo se manifiesta por una desviación del dedo hacia adentro, a la línea media
- Comúnmente se aprecia que el Quinto dedo está ubicado sobre el cuarto dedo
- Con el tiempo se desarrollan callos molestos sobre el dorso del dedo

#### TRATAMIENTO

- Es quirúrgico y contempla:
  - Alargamiento del tendón extensor del 5° dedo
  - Capsulotomía interna de la 5ª articulación metatarsofalángica
  - Resección parcial o total de la 1ª falange del 5° dedo
  - Transposición tenodésica del cabo distal del extensor del 5° dedo a la parte externa del 5° metatarsiano y a la planta

## QUINTO DEDO VARO

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

### PREGUNTAS

1761. Los traumatismos pueden ser causa de:

- a) Ostecondritis
- b) Artrosis
- c) a y b

1762. El Genu valgo es una manifestación de:

- a) Enfermedad de Larsen
- b) Luxación recidivante de rótula
- c) Meniscopatía interna

1763. El Genu varo se suele encontrar mayormente en relación con la:

- a) Luxación recidivante de rótula
- b) Artrosis deformante
- c) Enfermedad de Osgood

1764. La osificación prematura del cartílago de crecimiento superior interno de la tibia es causa de:

- a) Enfermedad de Schlatte
- b) Tibia vara
- c) Ambas

1765. El Pie plano comúnmente se acompaña de:

- a) Varo del antepié
- b) Valgo del retropié
- c) Dedos en garra

1766. La Hiperextensión metatarsfalángica es característica del dedo en:

- a) Garra
- b) Resorte
- c) Ambos

1767. La Artrosis metatarsfalángica se registra generalmente en el:

- a) Hallux valgo
- b) Hallux rígido
- c) a y b

1768. En la evolución del Genu valgo, con el tiempo puede encontrarse distensión del ligamento:

- a) Lateral interno
- b) Cruzado anterior
- c) Lateral exteno

1769. En la Enfermedad de Haglund I se registra:

- a) Osteomielitis de la rótula
- b) Necrosis semilunar
- c) Osteocondritis del calcáneo

1770. La Enfermedad de Haglund II corresponde a una bursitis:

- a) Pre-aquiliana
- b) Pre-tibial
- c) Sub-acromial

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

**PREGUNTAS**

1771. La Enfermedad de Kiemböck se manifiesta por:

- a) Sub-luxación semilunar
- b) Necrosis escafoidea
- c) Osteomalasia semilunar

1772. La Osteocondritis vertebral corresponde a la enfermedad de:

- a) Calvé
- b) Perthes – Calvé
- c) Legg

1773. La herencia tiene importancia más destacada en el origen de:

- a) La enfermedad de Blaunt
- b) Genu valgo
- c) Genu varo

1774. La Coxa valga se encuentra mayormente en casos de:

- a) Displasia de cadera
- b) Enfermedad de Perthes
- c) a y b

1775. La limitación funcional por dolor en cadera se presenta en:

- a) Enfermedad de Kholer I
- b) Enfermedad de Perthes
- c) a y b

1776. El ensanchamiento del espacio articular es el signo radiográfico de:

- a) Enfermedad de Sheuermann
- b) Calvé
- c) Perthes

1777. Al examen clínico se presentan crujidos inconstantes a los movimientos en:

- a) Enfermedad de Kholer I
- b) Enfermedad de Perthes
- c) Ninguna

1778. La Osteocondritis del Calcáneo corresponde a:

- a) Haglund I
- b) Kholer II
- c) a y b

1779. Radiográficamente se aprecia Osteoporosis e irregularidad de los contornos articulares en:

- a) Kienböck
- b) Kholer II
- c) Osgood Schlatter

1780. La prominencia dolorosa del Escafoides en el pie puede corresponder a la enfermedad de:

- a) Osgoog
- b) Kholer I
- c) Larsen

1781. La imagen en “Moco de pavo” corresponde a la Osteocondritis de la tuberosidad:

- a) Anterior de la tibia
- b) Posterior del calcáneo
- c) Troncanteriana

1782. La actitud viciosa es una característica que se presenta en el:

- a) Hallux valgus
- b) Quinto dedo varo
- c) a y b

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## PREGUNTAS

1783. El pinzamiento del espacio articular se encuentra generalmente en:

- a) La enfermedad de Kholer I
- b) Hallux valgus
- c) Hallux rígido

1784. Con la rodilla en clínica se hace más evidente el:

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

1785. En el Síndrome adiposo genital suele registrarse:

- a) Genu recurvatum
- b) Genu valgo
- c) Coxa valga

1786. La exagerada prominencia del tubérculo del escafoides se presenta en:

- a) Pie valgo plano
- b) Enfermedad de Kholer I
- c) a y b

1787. En la segunda articulación interfalángica se encuentra, en clínica, la deformidad:

- a) Dedos en garra
- b) 5° dedo varo
- c) Dedo en martillo

1788. La actitud en hiperextensión de la 1ª interfalángica se presenta en el:

- a) Hallux valgus
- b) Hallux rígido
- c) Dedo en martillo

1789. La superposición del dedo desviado sobre el vecino es la regla en el caso de:

- a) Dedo en martillo
- b) 5° dedo varo
- c) Hallux valgus

1790. La artrodesis interfalángica está indicada en el tratamiento del:

- a) 5° dedo varo
- b) Dedo en martillo
- c) a y b

1791. La resección de la base de la 2ª falange se plantea como alternativa de tratamiento en los casos de:

- a) Dedo en martillo
- b) 5° dedo varo
- c) Dedo en garra

1792. La tenotomía del tendón flexor está indicada en la corrección del:

- a) Hallux valgus
- b) Dedo en martillo
- c) Hallux rígido

1793. La resección de la base 1ª falange se plantea como tratamiento del:

- a) 5° dedo varo
- b) Dedo en martillo
- c) Dedo en garra

1794. La transposición tendinosa tenodésica se plantea en el tratamiento del:

- a) Hallux rígido
- b) 5° dedo varo
- c) Dedo en garra

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

**PREGUNTAS**

1795. El tratamiento quirúrgico está indicado después de la edad de 4 años en los casos severos de:

- a) Tibia vara
- b) Genu valgo
- c) Pie plano

1796. La epifisiodesis se plantea como alternativa de tratamiento en el:

- a) Genu recurvatum
- b) Tibia vara
- c) Genu valgo

1797. Es importante considerar el signo de Risser en casos de:

- a) Enfermedad de Sheuermann
- b) Escoliosis
- c) Espondilitis

1798. La extirpación ósea se contempla como tratamiento de la Enfermedad de:

- a) Kiemböck
- b) Haglund I
- c) Kholer I

1799. La resección ósea esta indicada como tratamiento de:

- a) Hallux valgus
- b) Hallux rígido
- c) Ambos

1800. El tratamiento quirúrgico es el de elección en casos de Enfermedad de:

- a) Haglund I
- b) Kholer I
- c) Ninguno

1801. El uso de soportes ortopédicos se indica en el tratamiento de la enfermedad de:

- a) Perthes
- b) Kiemböck
- c) a y b

1802. Las plantillas ortopédicas se indican en casos de enfermedad de:

- a) Kholer I
- b) Haglund II
- c) Ambas

1803. La elevación del taco del zapato es una recomendación que corresponde a casos de enfermedad de:

- a) Haglund I
- b) Haglund II
- c) a y b

1804. La fisioterapia está indicada en el tratamiento de la enfermedad de:

- a) Haglund I
- b) Kholer I
- c) Ninguno

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 425

## Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Idiopáticas

- |   |  |
|---|--|
| 1641. a) Los traumatismos                     | 1662. a) Se presenta en varones        |
| 1642. c) a y b                                | 1663. a) Destrucción epifisaria distal |
| 1643. a) Conservador o quirúrgico             | 1664. b) 2º metatarsiano               |
| 1644. c) Columna                              | 1665. c) a y b                         |
| 1645. b) Larsen                               | 1666. b) Posterior                     |
| 1646. c) a y b                                | 1667. c) Ninguna                       |
| 1647. b) Ensanchamiento del espacio articular | 1668. a) Haglund I                     |
| 1648. a) Rodilla                              | 1669. b) 7 a 15 años                   |
| 1649. c) Ninguna                              | 1670. c) a y b                         |
| 1650. b) 3 y 10 años                          | 1671. c) Semilunar                     |
| 1651. a) Inmovilización                       | 1672. a) Varones                       |
| 1652. c) a y b                                | 1673. b) El dolor                      |
| 1653. b) "Moco de pavo"                       | 1674. c) a y b, alternantes            |
| 1654. a) 13 y 14 años                         | 1675. a) Inmovilización                |
| 1655. b) 75%                                  | 1676. b) 2 y 7 años                    |
| 1656. c) a y b                                | 1677. c) Dorsal                        |
| 1657. a) Claudicación                         | 1678. a) Una Vértebra                  |
| 1658. c) 80%                                  | 1679. b) Aplastamiento vertebral       |
| 1659. b) Con soportes plantares               | 1680. b) Giba                          |
| 1660. b) Cavo                                 | 1681. c) a y b                         |
| 1661. b) 15 a 25 años                         | 1682. b) Varias vértebras              |

## Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Idiopáticas

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1683. c) 10 a 15 años                | 1704. b) Aducción                            |
| 1684. b) Dorsal                      | 1705. b) Quirúrgico                          |
| 1685. a) De gran curva               | 1706. a) Osteotomías                         |
| 1686. b) Dorsal                      | 1707. c) La medida del ángulo de inclinación |
| 1687. c) a y b                       | 1708. c) a y b                               |
| 1688. a) Tuberculosis                | 1709. b) Abducción                           |
| 1689. c) a y b                       | 1710. a) Aumentado                           |
| 1690. a) La enfermedad de Sheuermann | 1711. b) Helioterapia                        |
| 1691. b) Los arcos costales          | 1712. c) a y b                               |
| 1692. c) a y b                       | 1713. b) Medial                              |
| 1693. b) Alto                        | 1714. a) Conservada                          |
| 1694. c) a y b                       | 1715. a) De lateralidad                      |
| 1695. c) Siempre                     | 1716. b) Externo o lateral                   |
| 1696. b) Parado: frontal y lateral   | 1717. c) Metabólicos                         |
| 1697. c) La rigidez de la columna    | 1718. b) Internos                            |
| 1698. a) El grado de osificación     | 1719. c) El uso de férulas ortopédicas       |
| 1699. a) Su potencial de crecimiento | 1720. a) Retracción de la banda ílio-tibial  |
| 1700. a) Gimnasia                    | 1721. c) a y b                               |
| 1701. a) Menor de 120 grados         | 1722. a) Hiperextensión                      |
| 1702. c) Ninguno                     | 1723. c) Parado                              |
| 1703. a) Prominente                  |  |

## Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Idiopáticas

- |  |   |
|--|---|
| 1724. a) Acortamiento del cuádriceps               | 1745. b) Pinzamiento                        |
| 1725. c) a y b                                     | 1746. b) Extensor                           |
| 1726. c) Con soportes ortopédicos                  | 1747. a) El dorso de la 1ª interfalángica   |
| 1727. a) Enfermedad de Ollier                      | 1748. c) En hiperextensión                  |
| 1728. b) Variable                                  | 1749. a) Extensión o hiperextensión         |
| 1729. a) Dolorosa                                  | 1750. b) Artrodesis de la 1ª interfalángica |
| 1730. c) a y b                                     | 1751. c) Ambas en clínica                   |
| 1731. a) La edad                                   | 1752. a) Metatarsofalángica                 |
| 1732. b) El borde interno                          | 1753. c) a y b                              |
| 1733. a) Valguismo calcáneo                        | 1754. b) Plantillas ortopédicas             |
| 1734. b) Hay dolor                                 | 1755. c) Artrodesis                         |
| 1735. c) Ambas                                     | 1756. c) Hiperextensión metatarsofalángica  |
| 1736. b) Quirúrgico                                | 1757. a) a 1ª falange                       |
| 1737. a) Resección de la exostosis                 | 1758. b) En el dorso                        |
| 1738. c) Constitucionales                          | 1759. c) Quirúrgico                         |
| 1739. b) La prominencia distal del 1º metatarsiano | 1760. c) Resección ósea                     |
| 1740. c) El tipo de operación                      | 1761. c) Osteocondritis                     |
| 1741. b) La artrodesis                             | 1762. b) Luxación recidivante de rótula     |
| 1742. a) Una lesión de ligamentos                  | 1763. b) Artrosis deformante                |
| 1743. a) Extensión                                 | 1764. b) Tibia vara                         |
| 1744. b) Metatarsofalángica primera                | 1765. b) Valgo del retropie                 |

## Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Idiopáticas

- |                                      |                                |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| 1766. a) Garra                       | 1786. c) a y b                 |
| 1767. c) a y b                       | 1787. a) En garra de los dedos |
| 1768. a) Lateral interno             | 1788. c) Dedo en martillo      |
| 1769. c) Osteocondritis del calcáneo | 1789. b) 5º dedo varo          |
| 1770. a) Pre-aquiliana               | 1790. b) Dedo en martillo      |
| 1771. c) Osteomalasia semilunar      | 1791. a) Dedo en martillo      |
| 1772. a) Calvé                       | 1792. b) Dedo en martillo      |
| 1773. a) La Enfermedad de Blaunt     | 1793. a) 5º dedo varo          |
| 1774. a) Displasia de cadera         | 1794. b) 5º dedo varo          |
| 1775. b) Enfermedad de Perthes       | 1795. a) Tibia vara            |
| 1776. c) Perthes                     | 1796. c) Genu valgo            |
| 1777. c) Ninguna                     | 1797. b) Escoliosis            |
| 1778. a) Haglund I                   | 1798. a) Kiemböck              |
| 1779. b) Kholer II                   | 1799. c) Ambos                 |
| 1780. b) Kholer I                    | 1800. c) Ninguno               |
| 1781. a) Anterior de la tibia        | 1801. a) Perthes               |
| 1782. c) a y b                       | 1802. a) Kholer I              |
| 1783. c) Hallux rígido               | 1803. a) Haglund I             |
| 1784. c) Ninguno                     | 1804. c) Ninguno               |
| 1785. b) Genu valgo                  |                                |