

**Ortopedia, Traumatología
y
Medicina de Rehabilitación**

**DOS MIL PREGUNTAS
Y
RESPUESTAS**

PEDRO ANGULO PINTO



Dr. Pedro Angulo Pinto

Médico Cirujano 1953. Doctor en Medicina 1960. Cirujano Ortopédico fundador del Hogar Clínica San Juan de Dios - Director Médico. Profesor de Ortopedia y Traumatología en la Pre y Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Federico Villarreal - Past Presidente y Miembro Honorario de las Sociedades Peruanas de Ortopedia y Traumatología de Medicina Física y Rehabilitación y de la Academia Peruana de Cirugía. Autor de la obra, en cinco Tomos: Ortopedia, Traumatología, Medicina Física de Rehabilitación.

**ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGÍA Y MEDICINA DE REHABILITACIÓN
DOS MIL PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

Primera Edición: 2013

Autor: Dr. Pedro Angulo Pinto

**Derechos reservados. Ningún artículo o capítulo de la presente edición
podrá ser reproducida sin el conocimiento del autor**

Con el mayor cariño
y reconocimiento
dedico esta obra a:
Clemencia
por su singular y permanente apoyo
en su elaboración y culminación.

A mis queridos hijos
Pedro – Augusto – Antonio – Helena – Eduardo
de quienes recibo
a través de su afecto
el ánimo necesario para continuar.....

A mi querida madre y mi recordado hermano y guía
Dr. Guillermo Angulo Pinto.

A mis Maestros y Amigos:

Dr. Belisario Sánchez León

Dr. Rómulo Acuña Luna

Dr. Juan Celi Coronado

Dr. Roberto Temple Seminario

Dr. César Zaldivar Sobrado y

A mi leal colaborador y especial amigo:

Dr. Fernando Falcone León.

Prólogos

Dos Mil Preguntas y Respuestas de Reforzamiento Cognoscitivo de las especialidades de Ortopedia y Traumatología y Medicina de Rehabilitación, es una obra trascendente, porque ilustra al lector en tópicos que enfrenta el médico, durante su desempeño profesional. Ha sido concebida a partir de preguntas, que inducen al médico a investigar en la literatura especializada, las respuestas correspondientes que figuran en cada uno de los capítulos en los que está dividida.

El Prof. Dr. Pedro Angulo Pinto con pulcritud y profundo conocimiento de las especialidades de Ortopedia, Traumatología y Medicina de Rehabilitación, ha logrado elaborar un total de dos mil sinopsis, que detallan y desarrollan diferentes temas, cruciales para la práctica médica y el estudio de la medicina.

Esto ha sido posible gracias a la larga trayectoria del Dr. Angulo Pinto, quién con talento innovador propio de un docente experimentado, explora el área cognoscitiva así como también el razonamiento de cada tema, aplicando un método de vanguardia en la docencia de la medicina, al evaluar las competencias del futuro profesional, por medio del uso de preguntas sobre problemas a resolver para facilitar la formación del futuro profesional de la medicina, en el área de Ortopedia, Traumatología y Medicina de Rehabilitación

Estoy convencido que ésta obra se convertirá en un libro de cabecera, de consulta obligada y necesaria, de todo médico y de lectura obligatoria de los estudiantes de medicina, que tendrá un impacto directo en la forma como hemos venido haciendo la docencia en los últimos años.

En mi condición de Rector de la Universidad Nacional Federico Villarreal, es un doble honor prologar esta obra, no sólo por ser médico, sino por ser docente universitario y autoridad universitaria, porque estoy convencido que contiene la información necesaria sobre las especialidades de Ortopedia, Traumatología y Medicina de Rehabilitación, y que es una contribución al pensamiento y conocimiento médico, que sigue la noble tradición de Hipólito Unanue, Cayetano Heredia, entre otros. Y se convierte en un el legado de la didáctica universitaria del nuevo siglo.

Dr. José María Viaña Pérez
Rector de la UNFV

Es para mí un alto honor y motivo de profunda satisfacción haber sido designado por el autor de este libro, el reconocido médico especialista en traumatología y ortopedia y medicina física y rehabilitación, el Prof. Dr. Pedro Angulo Pinto; académico de número de la Academia Peruana de Cirugía; a fin de que prologue la presente obra, la cual consta de gran información sobre las especialidades mencionadas a la sociedad médica del país y del extranjero así como a los estudiantes de medicina y médicos que están realizando sus estudios de segunda especialidad.

Esta obra ha sido denominada por el autor “Dos Mil Preguntas y Respuestas de Reforzamiento Cognoscitivo” de las especialidades de Ortopedia y Traumatología y Medicina Física de Rehabilitación que contiene preguntas hábilmente elaboradas. Representan cada una de ellas un verdadero problema, que el médico o estudiante puede fácilmente contestarlas, siempre y cuando domine los temas respectivos, de no ser así lo invita a investigar en la literatura médica donde encontrará la respuesta acertada y al mismo tiempo le permite acceder a las mismas al finalizar cada uno de los capítulos en los que está dividida la obra. Asimismo, es importante considerar que no solo se ha preocupado de elaborar las interrogantes, sino que las resume en casi cuatrocientas sinopsis en donde detalla y explica los temas que considera más importantes para tener en consideración y el que lea la obra pueda acceder más fácilmente al conocimiento de las mismas.

Su larga trayectoria como docente, permiten al autor explorar el área cognoscitiva así como también el razonamiento de cada tema que trata.

En la actualidad consideramos que ese es uno de los métodos muy importantes que deben tener todos los docentes de medicina en el país o el mundo, evaluar las competencias a través de preguntas que presenten verdaderos problemas a resolver y que al mismo tiempo lo invitan a fijar el conocimiento de por vida.

Este esfuerzo realizado por el autor de esta magnífica obra con seguridad rendirá sus frutos en el presente y en el futuro, sobretodo enmarcando o resaltando que es unas de las primeras obras de este tipo en el área médica escrita a base de preguntas y respuestas, por lo que en mi condición de profesor de cirugía de larga trayectoria, sugiero que debe ser imitada por todos los profesionales del área médica.

Dr. Frank Lizaraso Caparó
Decano de la Facultad de Medicina Humana
Universidad de San Martín de Porres

En una época como la actual, donde el profesional médico requiere mantenerse siempre actualizado ante la vorágines de conocimiento que aparecen (y cambian) a diario, es indispensable que aquél cuente con herramientas adecuadas para dicho fin.

Asimismo, los métodos de enseñanza han variado mucho en los últimos años; de un método antiguo, de transmisión vertical de la información (“il magister dixit”) a un método basado en el alumno, en la capacidad de autodidaxia y de aprender en base a problemas y planteamiento en vez de conceptos fríos y rígidos.

En esta obra, el Dr. Pedro Angulo Pinto, presenta una alternativa interesante para el ortopedista y traumatólogo, así como para el médico general y el alumno, de lograr dicho objetivo mediante una revisión sistemática de conceptos básicos actualizados y patologías por síndro-

mes. Mediante un sistema de planteamiento de interrogantes, el autor pretende, en forma crítica y metódica, despertar o mejorar en el lector la capacidad del autoaprendizaje, así como llevarlo a la incorporación de ideas y conceptos mediante el razonamiento y entendimiento, y no mediante memorizar conceptos estáticos.

Es un agrado para mí presentar esta obra como una interesante y oportuna alternativa de aprendizaje y/o actualización para el estudiante y el médico en nuestra especialidad.

Dr. Orestes Rolando Suarez Peña
Presidente de la Sociedad Peruana de Ortopedia y Traumatología

Escribir un libro en el siglo XXI es un gran reto, escribir en la era de la comunicación y la información significa comunicar y transmitir conocimientos a una sociedad. En los últimos años el avance de la medicina ha provocado nuevos cambios en la formación del médico. Ya no existe justificación para los métodos inespecíficos, de amplio espectro y escasa eficiencia.

Debemos señalar el esfuerzo que se requiere para elegir la información más significativa y tamizarla por la propia experiencia, hacer que se cumplan los objetivos propuestos, expresándolo en palabras escritas, en un texto organizado y conseguir un libro que sea un vehículo de comunicación clara, sencilla y como en este caso un instrumento de consolidación de una especialidad médica la Ortopedia y Traumatología y de la Medicina de Rehabilitación.

El Dr. Pedro Angulo nos presenta en su publicación, un sistema de autoaprendizaje, por su vasta experiencia docente y su gran conocimiento del tema como especialista, propone una metodología única y novedosa, en que el lector a base de preguntas, debe encontrar en la lectura de cada capítulo, su respuesta y el conocimiento.

En la primera parte de la obra, se considera cinco importantes capítulos de la Traumatología y Ortopedia como son: Afecciones congénitas, las Traumáticas, la Traumatología Deportiva, Afecciones Infecciosas y Parasitarias y las Afecciones Inflamatorias. En la segunda parte de la obra se concluyen ocho capítulos que se refieren a: Síndrome Dolorosos, Afecciones Distróficas, Afecciones Tumorales, Afecciones Degenerativas, Afecciones Idiopáticas, Afecciones Paralíticas, Métodos de Tratamiento de las Afecciones Neuro-músculo-esqueléticas y el capítulo de Medicina de Rehabilitación.

Finalmente debo resaltar en el Dr. Angulo Pinto su fructífera labor social, docente, profesional y forjador de muchos profesionales de la salud, médicos, enfermeras, fisioterapeutas, técnicos y auxiliares de enfermería, con los cuales laboro en su larga trayectoria en los diferentes instituciones en la que prestó servicios.

Mi reconocimiento y agradecimiento al Maestro, Amigo y colega por las enseñanzas recibidas y por darme la oportunidad de escribir estas líneas.

Dr. Juan Guillen Cabrejos
Presidente de la Sociedad Peruana
de Medicina Física y Rehabilitación

Presentación

En el hombre, el aprendizaje es un proceso continuo que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte. A nivel universitario, la enseñanza y el aprendizaje forman las dos caras de una misma moneda; pues “no hay mejor manera de aprender que enseñando”, es como hacer camino al andar. Clásicamente, la enseñanza de la medicina ha seguido el método tradicional, basado, fundamentalmente, en el profesor; el alumno cumplía un rol secundario; hacía acto de presencia y cumplía un rol pasivo dentro del sistema Enseñanza-Aprendizaje. Con el correr de los años y el avance vertiginoso del desarrollo científico y tecnológico, ha cambiado, radicalmente, el enfoque de la educación médica y el proceso E/A; hoy en día la enseñanza universitaria se realiza por competencias, a nivel de todas las profesiones y, por ende la Medicina. Buscamos que nuestros egresados dominen los cuatro aspectos de la competencia: el **saber** (conocimiento), el **saber hacer** (procedimiento), el **saber ser** (actitud) y el **saber convivir** (compartir). El dominio de la competencia exige que el egresado (profesional) demuestre que es capaz de cumplir con los cuatro saberes durante el desempeño de su profesión. Todo ello no termina con la adquisición y dominio de los diferentes aspectos de la competencia, sino que obliga a mantenerse permanentemente actualizado con el avance de la ciencia y la tecnología en el campo de su profesión; lo cual obliga a la capacitación permanente de los profesionales. Este aspecto que es importante en todo profesional, es mucho más relevante en el médico; el médico que deje de actualizar sus conocimientos después de egresar de su alma mater, quedará fosilizado en el año de su egreso. Recordemos que lo difícil no es llegar a la cima, sino mantenerse en ella.

En la actualidad, los Modelos Educativos, en la mayoría de las Instituciones Formadoras de la rama médica, se centra en el alumno, tratando de que el alumno esté involucrado en la construcción de su propio futuro y participe, activamente, en su formación a lo largo de los años en la Escuela o Facultad de Medicina.

Con absoluta seguridad, el Dr. Pedro Angulo Pinto, basado en su experiencia docente y en su gran conocimiento del tema como especialista, ha percibido esta situación y nos presenta, en dos tomos, un sistema de autoaprendizaje de la Ortopedia, la Traumatología y la Medicina Física y Rehabilitación, que será de enorme ayuda, no sólo para el estudiante, sino para el médico general y, aún, el especialista.

En la primera parte de la obra, se considera los capítulos de las Afecciones Congénitas, las Traumáticas, la Traumatología Deportiva, Afecciones Infecciosas y Parasitarias y las Afecciones Inflamatorias. En la segunda parte, se incluye 08 Capítulos correspondientes a diferentes patologías, Síndromes Dolorosos, Afecciones Distróficas, Tumorales, Degenerativas, Idiopáticas, Paralíticas, a los Métodos de Tratamiento de las Afecciones Neuro- músculo-esqueléticas, terminando con el capítulo de Medicina Física y Rehabilitación en Ortopedia y Traumatología. Es decir, el autor, hace un enfoque global de la enseñanza de la Ortopedia, la Traumatología y la Medicina Física y Rehabilitación.

Es interesante apreciar cómo, el autor, lleva de la mano, al lector (alumno o médico) a entender y aprender los distintos aspectos de la Traumatología, a través de interrogantes inteligentes, adecuadamente planteadas, que obligan a razonar y entender el tema planteado, desterrando el modelo, casi exclusivamente memorista, del aprendizaje clásico; todo lo cual, creemos, garantiza un aprendizaje duradero y de mejor calidad, por tratarse de un aprendizaje razonado.

Finalmente, quiero agradecer al Dr. Pedro Angulo Pinto, por el gran honor que me concede al permitirme hacer la presentación de una obra de enorme interés e importancia para la docencia universitaria en las Escuelas y Facultades de Medicina y, traspasando los muros universitarios, en la auto capacitación y actualización permanente de los colegas médicos.

Dr. Benjamín Castañeda Castañeda
Director del Instituto de Investigación
de la Facultad de Medicina Humana, USMP

Introducción

El aprender o adquirir nuevos conocimientos, en general, es una aptitud que se logra habitualmente a través de la lectura, con el estudio, al escuchar una clase o una conferencia y con la práctica. Es así como adquirimos, actualizamos y fijamos habitualmente nuestro diario aprendizaje.

No es común que utilicemos para aprender el hacer preguntas sobre un determinado tema, para inducirnos a buscar la respuesta o respuestas recurriendo a la memoria o a la deducción.

Esta forma de enseñar y/o aprender es una metodología diferente, que según entendemos, debe tener ventajas sobre la forma tradicional. El responder preguntas “fuerza” la memoria del interrogado y también la deducción e induce a dar con la respuesta adecuada. Si nos equivocamos, nos obliga a analizar la pregunta, a leer y/o consultar sobre el tema en cuestión, es decir, a desarrollar un sobreesfuerzo desusual, pero de efectos evidentemente positivos, como nos ha sido posible verificar, en la práctica, a través de los años dedicados a la docencia universitaria, en el Pre y en el Post Grado.

Dentro de esta nueva concepción estoy publicando otro libro, siempre sobre el tema de mi especialidad: la Ortopedia, Traumatología y Rehabilitación, con el diseño de Preguntas y Respuestas que, en número de dos mil, pongo al alcance, en particular, de los Postulantes al Residentado Médico, Residentes de las especialidades de Ortopedia y Traumatología, de Medicina Física y Rehabilitación y médicos en general, interesados en recordar lo básico y más relevante en la

práctica, dentro de lo que comprende el campo de la Patología Neuro-Músculo-Esquelética o del Aparato Locomotor.

Con la metodología empleada, el libro deja de ser un instrumento pasivo de estudio para convertirse en un recurso dinámico de aprendizaje.

Primeramente estamos incluyendo la Patología correspondiente a las Afecciones Congénitas, las Afecciones Traumáticas en el Deporte, Afecciones Infecciosas y Parasitarias y Afecciones Inflamatorias.

Luego nos referimos a los Síndromes Dolorosos, las Afecciones Distróficas, las Afecciones Tumorales, las Afecciones Deformativas Osteoarticulares y Musculares, las Afecciones Idiopáticas o Esenciales y otras de causas no bien precisadas, las Afecciones Paralíticas, los Métodos de Tratamiento de las Afecciones Ortopédicas y Traumáticas y, finalmente la Medicina Física y Rehabilitación en Ortopedia y Traumatología.

Con esta modalidad de enseñanza, de “educación a distancia” en la que no se necesita de la presencia física del profesor, esperamos superar, en alguna medida, los alcances que se logran a través de la enseñanza tradicional.

Dr. Pedro Angulo Pinto

CONTENIDO

CAPÍTULO I:

AFECCIONES CONGÉNITAS

CAPÍTULO II:

AFECCIONES TRAUMÁTICAS

CAPÍTULO III:

AFECCIONES TRAUMÁTICAS EN EL DEPORTE

CAPÍTULO IV:

AFECCIONES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

CAPÍTULO V:

AFECCIONES INFLAMATORIAS

CAPÍTULO VI:

SÍNDROMES DOLOROSOS

CAPÍTULO VII:

AFECCIONES DISTRÓFICAS

CAPÍTULO VIII:

AFECCIONES TUMORALES

CAPÍTULO IX:

**AFECCIONES DEGENERATIVAS
OSTEOARTICULARES Y MUSCULARES**

CAPÍTULO X:

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

CAPÍTULO XI:

AFECCIONES PARALÍTICAS

CAPÍTULO XII:

**MÉTODOS DE TRATAMIENTO DE LAS
AFECCIONES ORTOPÉDICAS Y TRAUMÁTICAS**

CAPÍTULO XIII:

**MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**

CAPÍTULO I

AFECCIONES CONGÉNITAS
GENERALIDADES

AFECCIONES CONGÉNITAS

1. Etiología – Teorías
2. Clasificación
 - 2.1. Afecciones de Localización Múltiple
 - 2.2. Afecciones Localizadas
3. Trastorno de Crecimiento Óseo
 - 3.1. Acondroplasia
 - 3.2. Discondroplasia
 - 3.3. Exostosis Múltiple
 - 3.4. Deformidad de Madelung
 - 3.5. Enfermedad de Morquio
 - 3.6. Epífisis Punteada
 - 3.7. Disostosis Cleido Craneana
 - 3.8. Osteopsitrosis
 - 3.9. Gigantismo Parcial y Hemigigantismo
 - 3.10. Artrogriphosis

1. ETIOLOGÍA - TEORÍAS

PREGUNTAS

1. Las anomalías congénitas que se producen durante el parto son denominadas:
 - a) Pre-natales
 - b) Para-natales
 - c) Ambas
- 2.Cuál de las teorías etiopatogénicas de las afecciones del Aparato Locomotor considera la existencia de factores filogenéticos:
 - a) Mecanicista
 - b) Atávica
 - c) Hereditaria
3. Dentro de las teorías llamadas genéticas, en las Afecciones de Aparato Locomotor, se consideran:
 - a) La Atávica
 - b) La Hereditaria
 - c) Ambas
4. Las causas pre-natales de las Afecciones Congénitas del Aparato Locomotor son relacionadas con:
 - a) Alteración de tipo genético
 - b) La variación primaria del germen
 - c) Ambas
5. Las anomalías congénitas del Aparato Locomotor debidas a causa mecánica son o pueden ser:
 - a) Natales
 - b) Genéticas y post-natales
 - c) Ninguna de ellas

Etiología Teorías

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

SINOPSIS 1

- **CAUSAS GENÉTICAS**
 - * Atávica (Filogenia)
 - * Hereditaria (Ontogenia)
- **CAUSAS PRE-NATALES**
 - * Variación primaria del germen
 - * Mecanicista
- **CAUSAS PARA-NATALES**
 - * Relacionadas con el parto
- **CAUSAS POST-NATALES**
 - * Adquiridas

PREGUNTAS

6. La Polidactilia tendría su origen en relación con la teoría:
a) Atávica y hereditaria b) De la variación primaria del germen c) Mecanicista
7. Los defectos congénitos a los que se refiere la teoría atávica se localizan en:
a) Dedos b) Caderas y pies c) Columna y manos
8. Los factores que influirían en la génesis de las malformaciones del Aparato Locomotor, son:
a) Intrínsecos b) Extrínsecos c) Ambos
9. En la etapa embrionaria pueden presentarse alteraciones que son fundamentales en el origen de las anomalías congénitas del Aparato Locomotor, según la teoría:
a) Hereditaria b) De la variación primaria del germen c) Atávica
10. En el origen de la luxación de cadera y pie bot, se considera importante la existencia de factores:
a) Intrínsecos b) Extrínsecos c) Hereditarios

Etiología teorías

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

SINOPSIS 2

- **Atávica – Filogenética:**
Oligo y Polidactilias – otras
- **Hereditaria – Ontogénica:**
Polidactilia, Sinfalangismo, Pie bot, Luxación de cadera - otras
- **Variación primaria del germen – Intrínseca:**
Embrionaria - Aplicada a la mayoría de afecciones congénitas
- **Mecanicista – Extrínseca:**
Bridas amnióticas – Amputaciones congénitas – Pie bot – Luxación de cadera - otras

Teoría de la Variación Primaria del Germen

PREGUNTAS

11. La deficiente oxigenación es causa de malformación congénita:
 - a) Según la teoría de la variación primaria del germen
 - b) En el momento del parto
 - c) En el período pre-natal

12. La acción repetida y/o prolongada de los Rayos X puede ser causa de anomalías congénitas del Aparato Locomotor, principalmente por su efecto sobre:
 - a) Los órganos sexuales
 - b) El embrión
 - c) El feto

13. La incompatibilidad sanguínea en relación con el factor RH, puede determinar anomalías del Aparato Locomotor:
 - a) Desde el momento de la germinación
 - b) En el periodo embrionario
 - c) Posteriormente

14. Las drogas y tóxicos pueden determinar malformaciones del Aparato Locomotor cuando actúan:
 - a) Desde la fecundación
 - b) En el periodo embrionario
 - c) Posteriormente

15. Las infecciones a virus son capaces de producir malformaciones del aparato locomotor cuando se presentan en la etapa:
 - a) Pre-natal
 - b) Para-natal
 - c) Pre-concepcional

Teoría de la variación primaria del germen

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

SINOPSIS 3

- **FACTORES:**
 - * Físico
 - * Rayos X
 - * Químicos
 - * Drogas
 - * Infecciones
 - * Virosis

- **Incompatibilidad Sanguínea:** Factor Rh – Eritroblastosis

- **Hipoxia cerebral:** Oxigenación deficiente – Anemia

- Comienzan a actuar durante la vida embrionaria

- Su efecto es más perturbador mientras más precoz es el momento de su aparición

- Esta teoría es aplicable a la mayoría de las afecciones congénitas

2. CLASIFICACIÓN

PREGUNTAS

16. Dentro de las afecciones congénitas del Aparato Locomotor localizadas se consideran:
 - a) La Enfermedad de Morquio
 - b) La Fusión vertebral
 - c) El Síndrome de uñas y rótulas

17. La ausencia de sacro y la ausencia de radio y cúbito son:
 - a) Displasias
 - b) Afecciones localizadas
 - c) Trastornos del crecimiento óseo

18. La Artrogriphosis y Osteopsatirosis son:
 - a) Trastornos del crecimiento óseo
 - b) Afecciones de localización múltiple
 - c) Ambas

19. Las vértebras en cuña y hemivértebras se consideran que son afecciones:
 - a) De localización múltiple
 - b) Localizadas
 - c) Mixtas

20. La hiperlaxitud articular es característica del:
 - a) Síndrome de Marfán
 - b) Síndrome de Ehler Danlos
 - c) Síndrome de Appert

SINOPSIS 4

**AFECCIONES DE LOCALIZACIÓN
MÚLTIPLE****Trastornos de crecimiento óseo**

- Acondroplasia
- Discondroplasia
- Exostosis múltiple
- Enfermedad de Madelung
- Enfermedad de Morquio
- Epífisis punteada
- Disostosis cleidocraneana
- Osteopsitrosis
- Gigantismo parcial
- Artrogriphosis

AFECCIONES LOCALIZADAS**Columna vertebral y tórax**

- Hemivértebras y vértebras en cuña
- Ausencia de sacro
- Espondilolistesis
- Occipitalización y Cervicalización
- Fusión vertebral
- Costilla cervical
- Sacralización y lumbarización
- Tortícolis
- Ausencia muscular

Afecciones en miembros superiores

- Elevación del Omóplato
- Ectromelia – Focomelia – Aqueiria
- Luxación de hombro
- Sinostosis radio humeral y cúbito humeral
- Luxación de radio
- Sinostosis radio cubital
- Ausencia de radio o cúbito
- Sinostosis radio carpiana y del carpo
- Anomalía en dedos

Afecciones en miembros inferiores

- Ectromelia y Focomelia
- Displasia y Luxación de cadera
- Malformación del fémur
- Luxaciones de rodilla y rótula
- Malformaciones de tibia y peroné
- Malformaciones del pie: pie bot, metatarso varo, pie plano y pie convexo
- Malformación en dedos

**OTRAS DISPLASIAS Y
SÍNDROMES VARIOS**

- Síndrome de Streeter
- Síndrome de Marfán
- Síndrome de Ehler Danlos
- Síndrome de Apert
- Síndrome de Ellis Van Criveld
- Síndrome de Uñas y Rótulas

Clasificación

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

3. TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO ÓSEO

3.1 Acondroplasia

PREGUNTAS

21. Lo más característico en la Acondroplasia es:
 - a) Deformidad cefálica
 - b) Baja estatura
 - c) Ambas
22. El trastorno del crecimiento óseo en la Acondroplasia es:
 - a) Longitudinal
 - b) En grosor
 - c) No se precisa
23. El tratamiento de las deformidades en la Acondroplasia es:
 - a) Conservador
 - b) Quirúrgico
 - c) Condicional
24. En la Acondroplasia se aprecian mayormente alteraciones en:
 - a) Cráneo y cara
 - b) Nariz y boca
 - c) Ambas
25. El trastorno del crecimiento óseo en la Acondroplasia es:
 - a) Simétrico
 - b) Múltiple
 - c) Localizado

SINOPSIS 5

TRASTORNO SIMÉTRICO DEL CRECIMIENTO ÓSEO LONGITUDINAL Y EN GROSOR

CARACTERÍSTICAS

- Baja estatura
- Deformidades del cráneo, órbitas y nariz
- Deformidades del tronco, columna y abdomen
- Extremidades cortas, con alteraciones metafisarias y diafisarias simétricas

TRATAMIENTO

- De las deformidades: Condicional



GRÁFICO 1: ACONDROPLASIA

La vista muestra notoria desproporción del volumen de la cabeza y el tronco en comparación con la longitud de los miembros superiores e inferiores. Destaca además la prominencia abdominal

Acondroplasia

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

3.3 Exostosis Múltiple

PREGUNTAS

31. Además de las tumoraciones, en la Exostosis múltiple, se puede encontrar:
 - a) Alteraciones del eje
 - b) Limitación funcional
 - c) Ambas
32. Las tumoraciones en la Exostosis múltiple se localizan a nivel de:
 - a) Las metáfisis fértiles
 - b) Vertebras
 - c) Articulaciones
33. El tratamiento en la Exostosis Múltiple es:
 - a) Cruento
 - b) Conservador
 - c) Condicional
34. Las tumoraciones características de las Exostosis múltiple son:
 - a) Óseas
 - b) Osteocartilaginosas
 - c) Variables
35. En la Exostosis múltiple, las tumoraciones tienen localización en las:
 - a) Epífisis
 - b) Diáfisis
 - c) Metáfisis

SINOPSIS 7

TRASTORNO DEL CRECIMIENTO ÓSEO

CARACTERÍSTICAS

- Tumoraciones osteocartilaginosas múltiples
- Se presentan en la infancia
- Próximas a las metáfisis fértiles y a nivel condrocostal
- Ocasionalmente determinan:
 - * Limitación del movimiento articular
 - * Alteración de ejes

TRATAMIENTO

- Es condicional: Procede en el caso de las deformidades con limitación del movimiento articular

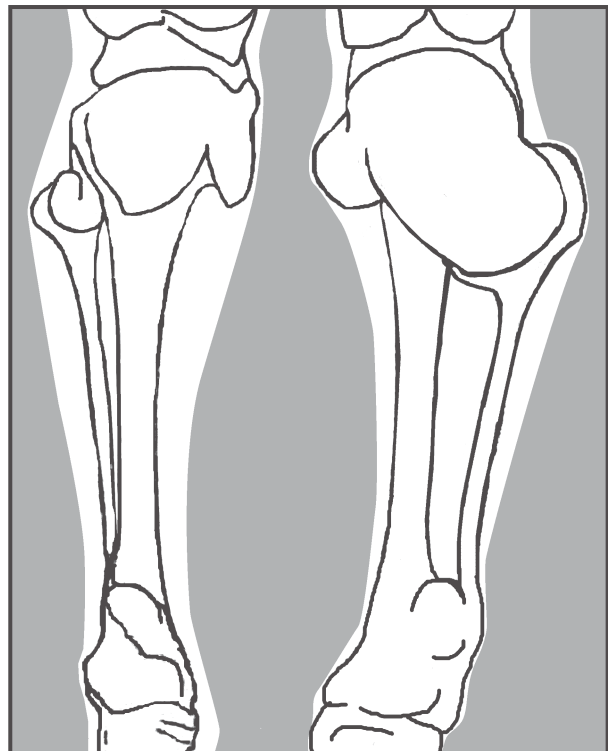


GRÁFICO 2: EXOSTOSIS MÚLTIPLE

Las tumoraciones o prominencias óseas se ubican preferentemente en las metáfisis proximales a la rodilla. La vista muestra exostosis proximales en tibia y peroné.

Exostosis múltiple

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

3.4 Deformidad de Madelung

PREGUNTAS

36. La deformidad de Mádelung se manifiesta por la existencia, a nivel distal, de una convexidad dorsal en el:
- Cúbito
 - Radio
 - Ambos
37. En la deformación de Mádelung, la extremidad inferior de cúbito se muestra mayormente prominente en la parte:
- Dorsal e interna
 - Ventral
 - Interna
38. Cuando en la Enfermedad de Mádelung existe además de la deformidad, limitación de la dorsiflexión de la muñeca, debe pensarse en tratamiento:
- Incruento
 - Cruento
 - Ninguno
39. En la deformación de Mádelung se encuentra afectada la articulación:
- Radio cubital inferior
 - Radio carpiana
 - Ambas
40. La alteración del crecimiento de la deformidad de Mádelung, afecta al cartílago metafisario distal del:
- Radio
 - Cúbito
 - a y b

SINOPSIS 8

TRASTORNO DEL CRECIMIENTO ÓSEO CIRCUNSCRITO EN MUÑECA

CARACTERÍSTICAS

- Convexidad distal dorsal del radio
- Notoria prominencia posterior de la extremidad distal del cúbito
- Limitación para la dorsiflexión de muñeca

TRATAMIENTO

- Procede según el grado de defecto o déficit funcional
- Consiste en la corrección de las deformidades y de la limitación funcional

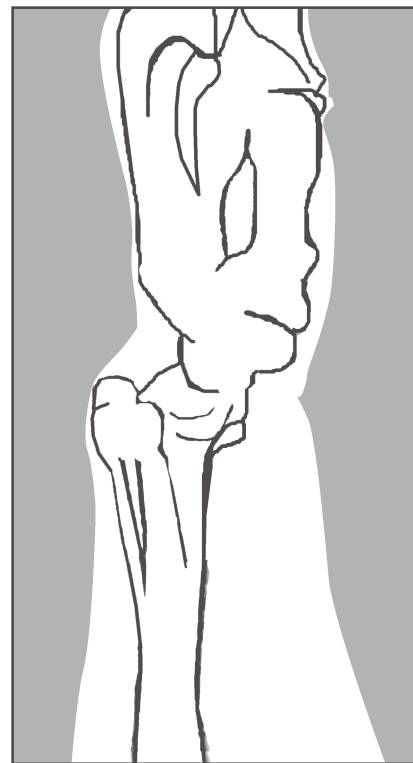


GRÁFICO 3: DEFORMIDAD DE MADELUNG

La radiografía muestra convexidad dorsal del radio y prominencia de la extremidad distal del cúbito.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

3.5 Enfermedad de Morquio

PREGUNTAS

41. La alteración del crecimiento determina en la enfermedad de Morquio, desviación del eje de los miembros:
- Asimétrica
 - Simétrica
 - Indiferente
42. A nivel articular, en la enfermedad de Morquio se registra:
- Rigidez
 - Laxitud
 - Ambas
43. El tratamiento en la enfermedad de Morquio está en relación fundamentalmente con:
- La edad del paciente
 - El sexo
 - Las deformidades existentes
44. En la enfermedad de Morquio son frecuentes, en columna:
- Hiperlordosis cervical
 - Xifoescoliosis dorso lumbar
 - Ambas
45. La baja estatura con microcefalia se presenta en la enfermedad de Morquio:
- Sí
 - No
 - A veces

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

SINOPSIS 9

TRASTORNO DEL CRECIMIENTO ÓSEO MÚLTIPLE

CARACTERÍSTICAS

- Baja estatura
- Macrocefalia
- Deformidades de columna:
 - * Xifoescoliosis dorsal, hiperlordosis lumbar
 - * Tórax prominente e inclinado hacia adelante
 - * Pelvis anteversa
- Extremidades cortas, con alteraciones del eje, asimétricas
- Laxitud articular
- Radiográficamente se aprecia osteoporosis y se evidencian las deformidades óseas mencionadas

TRATAMIENTO

- De las deformidades
- Condicional

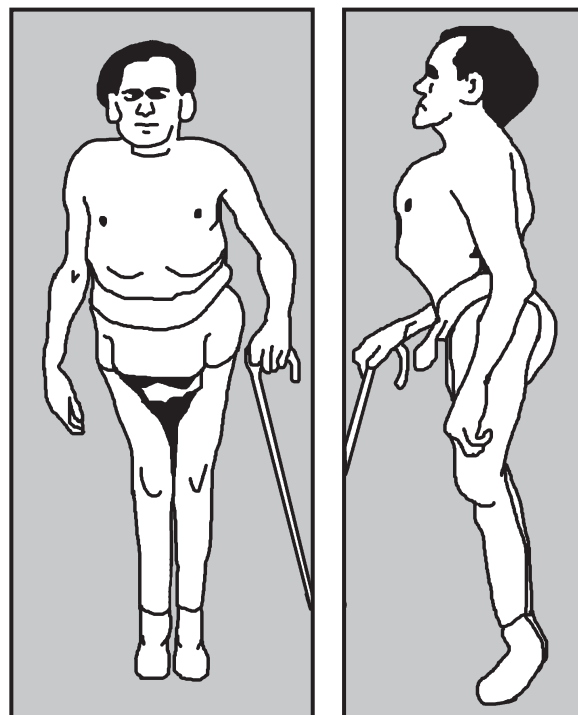


GRÁFICO 4: ENFERMEDAD DE MORQUIO

Son evidentes la macrocefalia, la baja estatura, el tórax prominente e inclinado hacia adelante y las extremidades inferiores cortas

3.6 Epíffisis Punteada

PREGUNTAS

46. El punteado cálcico en la Epíffisis punteada, se observa en:
- a) Las epíffisis cartilaginosas vecinas a las grandes articulaciones b) El carpo y tarso c) Ambas
47. La actitud articular en la Epíffisis punteada puede ser:
- a) En semiflexión b) En extensión c) No se precisa
48. El tratamiento en la Epíffisis punteada va dirigido a la corrección de los defectos relacionados con:
- a) El punteado cálcico b) La actitud articular c) El crecimiento asimétrico
49. La Epíffisis punteada es consecuencia de:
- a) Defecto de osificación b) Trastornos del crecimiento c) Ninguno
50. En la Epíffisis punteada, las extremidades son cortas y delgadas:
- a) Cierto b) Falso c) Indiferente

SINOPSIS 10

TRASTORNO DEL CRECIMIENTO ÓSEO MÚLTIPLE

CARACTERÍSTICAS

- Extremidades cortas y gruesas
- Actitud articular en semiflexión
- Las articulaciones pueden presentarse normales o que evolucionen hacia la artrosis
- Radiográficamente se aprecia punteado cálcico en:
 - * Epíffisis cartilaginosas vecinas a grandes articulaciones
 - * Huesos del carpo y tarso
 que pueden desaparecer tempranamente o persistir hasta la edad adulta

TRATAMIENTO

- De la enfermedad hormonal: con hormona tiroidea o con testosterona.
- De las deformidades: condicional, según el grado puede requerirse de osteotomías correctoras.

Epíffisis Punteada

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

3.7 Disostosis Cleidocraneana

PREGUNTAS

51. En la Disostosis cleidocraneana, la actitud de los hombros es:
- a) En extensión
 - b) Caídos lateralmente
 - c) Caídos hacia delante
52. La movilidad de los hombros en la Disostosis cleidocraneana se encuentra:
- a) Normal
 - b) Aumentada
 - c) Disminuida
53. En la Disostosis cleidocraneana el tratamiento de las deformidades es:
- a) Incruento
 - b) Cruento
 - c) Condicional
54. La Disostosis cleidocraneana se caracteriza por:
- a) Ausencia total o parcial de clavícula
 - b) Retardo en la osificación de fontanelas
 - c) Ambas
55. En la extremidad cefálica de los pacientes con Disostosis cleidocraneana, se registra:
- a) Dehiscencia de suturas y frente olímpica
 - b) Disminución de la distancia orbitaria y paladar ojival
 - c) Ambas

SINOPSIS 11

TRASTORNO DEL CRECIMIENTO ÓSEO EN CLAVÍCULAS, CRÁNEO Y DEDOS

CARACTERÍSTICAS

Hombros:

- Ausencia total o parcial de clavículas
- Ausencia parcial de músculos
- Caída hacia delante de los hombros
- Aumento de la movilidad del hombro

Cráneo y cara:

- Retardo de osificación de fontanelas
- Dehiscencia de suturas. Frente olímpica
- Aumento de la distancia orbitaria
- Paladar ojival

Dedos de manos y pies:

- Acortamiento de falanges distales

Otras:

- Tórax estrecho y prominencia costal
- Diástasis púbica y ausencia de isquion (Retardo de osificación)
- Coxa vara
- Osteoporosis difusa

TRATAMIENTO

- De las deformidades: Condicional

Disostosis cleidocraneana

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

3.8 Osteopsitirosis

PREGUNTAS

56. Además de las fracturas espontáneas e incurvaciones múltiples de los huesos largos en la Osteopsitirosis se registra:
- Xifoescoliosis y aplastamiento lateral de la pelvis
 - Ensanchamiento de la pelvis y xifoescoliosis
 - Hiperlordosis y depresión de cótilos
57. En la Osteogénesis imperfecta puede encontrarse:
- Rigidez articular
 - Pies valgos planos y genu valgo
 - Hiperlaxitud articular y coxa vara
58. El tratamiento en la Fragilitas osteum va dirigido a:
- La ceguera y fracturas espontáneas
 - Sordera y ensanchamiento pélvico
 - Fracturas e incurvaciones óseas
59. Son características de la Osteopsitirosis que los huesos largos se encuentren:
- Ensanchados, con canal medular también ensanchado y osteoporosis.
 - Adelgazados y ensanchamiento pélvico
 - Adelgazados e incurvaciones óseas
60. En la Osteopsitirosis suele encontrarse:
- Cráneo estrecho, sordera y nariz en silla de montar
 - Escleróticas azules, cráneo ensanchado y sordera
 - Sordera, escleróticas azules y paladar ojival

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

SINOPSIS 12

OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA - FRAGILITAS OSTEUM

CARACTERÍSTICAS

Huesos largos:

- Adelgazados
- Canal medular ensanchado
- Tendencia a las fracturas espontáneas e incurvaciones múltiples

Cabeza:

- Cráneo ensanchado
- Escleróticas azules
- Sordea

Columna:

- Xifoescoliosis

Pelvis:

- Aplastamiento lateral a nivel de cótilos

Otras:

- Genu valgo
- Pies valgos planos
- Hiperlaxitud articular

TRATAMIENTO

- De las fracturas y deformaciones



GRÁFICO 5: OSTEOPSATIROSIS

Además de la fragilidad ósea y las escleróticas azuladas, son las deformidades o incurvaciones en los miembros, secundarias a fracturas múltiples, defectuosamente consolidadas, las características que más distinguen a la osteogénesis imperfecta u osteopsitirosis o Enfermedad de Lobsteín.

3.9 Gigantismo parcial y Hemigigantismo

PREGUNTAS

61. Cuando el Gigantismo parcial compromete a la mano es más notorio:
- El engrosamiento celular subcutáneo
 - La hipertrofia de un dedo
 - Ambas
62. El mayor crecimiento en el Hemigigantismo es:
- En grosor
 - En longitud
 - a y b
63. El tratamiento en el Gigantismo parcial depende de:
- Su severidad y localización
 - Localización y edad
 - Indiferente
64. El mayor crecimiento de una parte del cuerpo, que es característica del Gigantismo parcial, afecta a todas las estructuras en forma:
- Proporcional
 - Desproporcionada
 - Indiferente
65. En el Hemigigantismo el mayor crecimiento afecta a la mitad del cuerpo con predominio:
- Proximal
 - De los segmentos intermedios
 - Distal

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

SINOPSIS 13

TRASTORNO DEL CRECIMIENTO ÓSEO

CARACTERÍSTICAS

- Incremento proporcional de todas las estructuras que normalmente integran un segmento o parte del cuerpo
- En el hemigigantismo parcial la hipertrofia corresponde a la mitad del cuerpo y es predominantemente distal
- En el gigantismo parcial, la hipertrofia es más frecuente en una mano, un pie o un dedo
- El mayor crecimiento es predominante en grosor y no en longitud

TRATAMIENTO

- Depende de la severidad de los problemas funcionales y estéticos existentes



GRÁFICO 6: GIGANTISMO PARCIAL

Afecta a todos los planos incluyendo el celular subcutáneo y esqueleto. Pueden encontrarse conjuntamente deformidades y alteraciones funcionales. En la foto es notoria la deformación del miembro derecho en comparación con el contralateral. En el pie derecho se aprecia amputación quirúrgica de dedos por hipertrofia de los mismos.

3.10 Artrogriphosis

PREGUNTAS

66. El tejido celular en la Arthogriphosis es:
- Normal
 - Hay atrofia
 - Hay hipertrofia
67. En la Miodistrofia congénita, las articulaciones se encuentran:
- Rígidas en actitud de flexión
 - Laxas e hipotróficas
 - Indiferente
68. El tratamiento en la Artrogriphosis es:
- Conservador
 - Quirúrgico
 - Según las deformaciones existentes
69. En la Miodistrofia o Artrogriphosis se encuentran afectados:
- Solamente los músculos
 - Las articulaciones y el tejido celular
 - a y b
70. En la Artrogriphosis, en los músculos se presenta:
- Atrofia
 - Hipertrofia y atrofia
 - Atrofia y contractura

SINOPSIS 14

TRASTORNO DEL CRECIMIENTO ÓSEO

Miodistrofia congénita

CARACTERÍSTICAS

Alteración en:

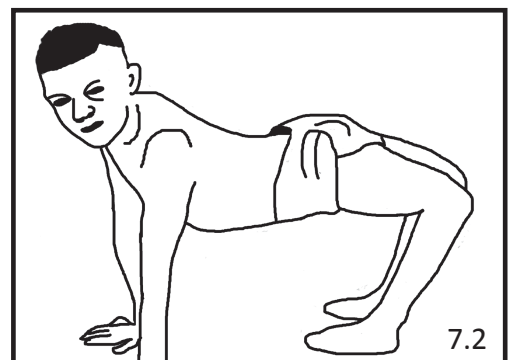
- Articulaciones:
 - Rigidez elástica
 - Actitud defectuosa en flexión, o en extensión o mixta
 - Principalmente están comprometidas las pequeñas articulaciones en: manos, pies y dedos
- Músculos
 - Atrofia
- Celular subcutáneo
 - Hipertrofia
- Esqueléticas
 - Eventuales

TRATAMIENTO

- De las fracturas y deformidades según su severidad
- Conservador o quirúrgico



7.1



7.2

GRÁFICO 7: ARTROGRIPHOSIS

- 7.1 Actitud de los codos en extensión y los antebrazos en pronación
- 7.2 Actitud de codos en extensión, antebrazos en pronación y Rodillas en hiper extensión, en 90°

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 24

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre Afecciones Congénitas

1. b) Para-natales
2. b) Atávica
3. a) Ambas
4. b) Variación primaria del germen
5. a) Natales
6. a) Atávica y hereditaria
7. a) Dedos
8. c) Ambos
9. b) De la variación primaria del germen
10. c) Ambos
11. a) Según la teoría de la variación primaria del germen
12. b) El embrión
13. b) En el período pre-natal
14. b) En el período embrionario
15. a) Pre-natal
16. b) Fusión vertebral
17. b) Afecciones localizadas
18. c) Ambas
19. b) Localizadas
20. c) Del pie
21. c) Ambas
22. a) Longitudinal y en grosor
23. c) Condicional
24. a) Cráneo y cara
25. b) Múltiple
26. a) Siempre
27. a) Metafisarias y múltiples
28. c) Condicional
29. c) Ninguna
30. c) a o b
31. c) Ambas
32. a) De las metafisis fértiles
33. c) Condicional
34. b) Ósteo Cartilaginosas
35. c) Metafisis
36. a) Concavidad dorsal del radio, a nivel de la muñeca
37. a) Dorsal
38. b) Cruento
39. a) Radio-carpiana
40. a) Radio
41. a) Asimétrica
42. b) Laxitud
43. c) Las deformaciones existentes
44. b) Xifoescoliosis dorso lumbar
45. b) No
46. c) Ambas
47. a) En flexión
48. b) La actitud articular
49. b) Trastornos del crecimiento
50. b) Falso
51. c) Caídos hacia delante
52. b) Aumentada
53. c) Condicional
54. c) Ambas
55. a) Dehiscencia de suturas y frente olímpica
56. a) Xifoescoliosis y aplastamiento lateral de la pelvis
57. b) Pies valgos planos y genu valgo
58. c) Fracturas e incurvaciones óseas
59. c) Adelgazados e incurvaciones óseas
60. b) Escleróticas azules, cráneo ensanchado y sordera
61. b) La hipertrofia de un dedo
62. a) En grosor
63. a) Su severidad y localización
64. a) Proporcional
65. c) Distal
66. c) Hay hipertrofia
67. a) Rígidas en actitud de flexión
68. c) Según las deformaciones existentes
69. c) Ambos
70. a) Atrofia

AFECCIONES CONGÉNITAS LOCALIZADAS

COLUMNA Y TÓRAX ÓSEO

1. Hemivértebras y vértebras en cuña
2. Ausencia de Sacro
3. Espondilolistesis
4. Espina Bífida
5. Occipitalización y Cervicalización
6. Fusión de las Vértebras Cervicales
7. Costilla Cervical
8. Otras Anomalías Costales
9. Sacralización y Lumbarización
10. Tortícolis
11. Ausencias Musculares

1. HEMIVÉRTEBRAS Y VÉRTEBRAS EN CUÑA

PREGUNTAS

71. Las anomalías de vértebras en cuña y hemivértebras son:
- La misma anomalía
 - Semejantes
 - Diferentes
72. En las hemivértebras radiográficamente se ve:
- Un pedículo
 - Dos pedículos
 - Dos apófisis transversas
73. El tratamiento en las deformidades debidas a hemivértebras:
- Siempre es conservador
 - Es quirúrgico
 - Indiferente: a y b
74. Las vértebras en cuña se consideran anomalías congénitas:
- Por trastornos en el crecimiento óseo
 - Por inhibición en el desarrollo
 - Según los casos
75. Las vértebras en cuña son determinantes de:
- Escoliosis
 - Xilfoescoliosis
 - Ambas

SINOPSIS 15

ANOMALÍAS POR INHIBICIÓN EN EL DESARROLLO

CARACTERÍSTICAS

- Clínicamente se aprecia escoliosis de grado variable
- Radiográficamente, en las hemivértebras, se ve un pedículo y, en las vértebras en cuña, dos pedículos. En ambas, solo se ve una apófisis trasversa

TRATAMIENTO

- De la escoliosis, según los casos es: Conservador o quirúrgico

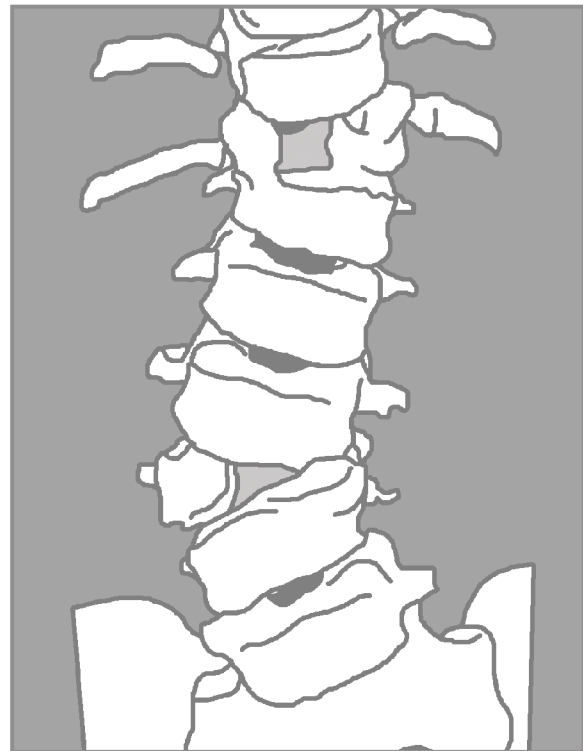


GRÁFICO 8: HEMIVÉRTEBRAS

Son causa de las escoliosis congénitas. Pueden ser de grado variable, según el número de vértebras afectadas.

Hemivértebras y vértebras en cuña

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 37

3. ESPONDILOLISTESIS DE LA QUINTA LUMBAR

PREGUNTAS

81. Los signos que se presentan en la Espondilolistesis son:
- Lumbociatalgia y parestesias
 - Falta de control de esfínteres
 - Ambos
82. Radiográficamente en la Espondilolistesis se aprecia:
- Falta de unión inter – espinosa
 - Luxación intercorporal lateral
 - Deslizamiento anterior del cuerpo vertebral
83. En la Espondilolistesis el tratamiento depende de:
- La severidad de los síntomas
 - La evolución
 - Ambas
84. En las Espondilolistesis la existencia de síntomas es:
- Constante
 - Frecuente
 - Poco frecuente
85. En la Espondilolistesis se registra:
- Lumbalgia y lordosis
 - Contractura muscular y xifosis
 - Indiferente

SINOPSIS 17

ANOMALÍAS POR INHIBICIÓN EN EL DESARROLLO

CARACTERÍSTICAS

- Ausencia de síntomas en el 95% de los casos
- Lumbalgia o lumbociatalgia post-esfuerzo, progresiva y continua, irradiación glútea, que se presenta con los esfuerzos y la posición erguida, hiperextensión, se alivia con la flexión
- Parestesias
- Lordosis y rigidez lumbo-sacra
- Surco transversal a nivel de la apófisis espinosa de la 5ª lumbar
- Contractura para lumbar
- Imagen radiográfica típica en incidencias frontal y lateral:
 - * Deslizamiento anterior vertebral: superposición parcial L5 y S1
 - * Signo del “collar” (del “perrito de Lachapelle”)

TRATAMIENTO

- Expectante, conservador con fisioterapia y uso de corsé, Quirúrgico, cuando el desplazamiento vertebral es marcado, según la evolución
- La operación consiste en la fusión vertebral, sin intentar la reposición de la vértebra desplazada, por considerarse innecesaria

Espondilolistesis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 37

4. ESPINA BÍFIDA

PREGUNTAS

86. La Espina Bífida es oculta cuando no existe:
- Incontinencia de esfínteres
 - Tumoración lumbo – sacra
 - Otras anomalías
87. Los síntomas periféricos en la Espina bífida son:
- Parálisis y deformidades
 - Trastornos tróficos e hiperestesia
 - Ambos
88. El tratamiento quirúrgico precoz en la Espina bífida va dirigido a corregir:
- Las deformidades periféricas
 - Los trastornos sensitivos
 - La tumoración lumbo – sacra
89. La Espina bífida es una anomalía congénita en relación con:
- Un trastorno de crecimiento óseo
 - Inhibición del desarrollo
 - Ambas
90. La Espina bífida puede ser:
- Manifiesta u oculta
 - Solamente manifiesta
 - Simple o múltiple

SINOPSIS 18

ANOMALÍA POR INHIBICIÓN EN EL DESARROLLO

CARACTERÍSTICAS

- Tumor congénito lumbosacro:
 - * Presente en los casos de espina bífida manifiesta
 - * Ausente en la espina bífida oculta
- Signos periféricos:
 - * Deformidades en miembros – pie
 - * Alteraciones sensitivas
 - * Trastornos tróficos
 - * Incontinencia de esfínteres
- Signos externos:
 - * Nevus, angiomas, mechón de pelos, etc.

TRATAMIENTO

- Del tumor lumbo-sacro: cirugía precoz
- De las alteraciones y deformaciones periféricas: Expectante, conservador o quirúrgico, condicional

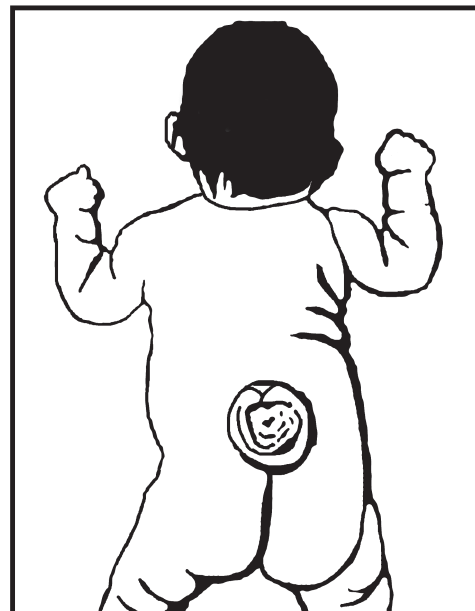


GRÁFICO 9: ESPINA BÍFIDA

Se presenta por la falta de unión o fusión de las apófisis espinosas, preferentemente al nivel lumbo sacro. A ese nivel, clínicamente suele apreciarse una tumoración que corresponde al mielomeningocele.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 37

6. FUSIÓN DE LAS VÉRTEBRAS CERVICALES

PREGUNTAS

96. Además del cuello corto y ascenso de hombros en la Fusión de vértebras cervicales, puede encontrarse:
- Contractura de trapecios
 - Acortamiento de trapecios y esternocleidomastoideos
 - Ambos
97. En la Fusión de vértebras cervicales, existe limitación de movimientos principalmente de:
- Flexión y extensión
 - Inclinación lateral
 - Rotación
98. El tratamiento en la Enfermedad de Klippel – Feil es:
- Funcional
 - Estético
 - Ninguno
99. La fusión vertebral cervical se diferencia de la Enfermedad de Klippel – Feil en:
- La amplitud de la sinostosis
 - El déficit funcional
 - No se diferencia
100. En la enfermedad de Klippel-Feil, la fusión vertebral afecta a las vértebras:
- Cervicales
 - Dorsales
 - Ambas

SINOPSIS 20

ANOMALÍA POR DEFECTO DE DIFERENCIACIÓN

ENFERMEDAD DE KLIPPEL – FEIL

CARACTERÍSTICAS

Cuello

- Sinostosis de dos o más vértebras cervicales y dorsales altas
- Cuello corto
- Limitación de movimientos de inclinación lateral
- Contractura y notorio relieve de trapecios (línea cuello-hombro)

Hombros

- Ascendidos e inclinados hacia delante
- Otras anomalías congénitas asociadas: escoliosis, espina bífida, etc.

TRATAMIENTO

- Atención del aspecto estético

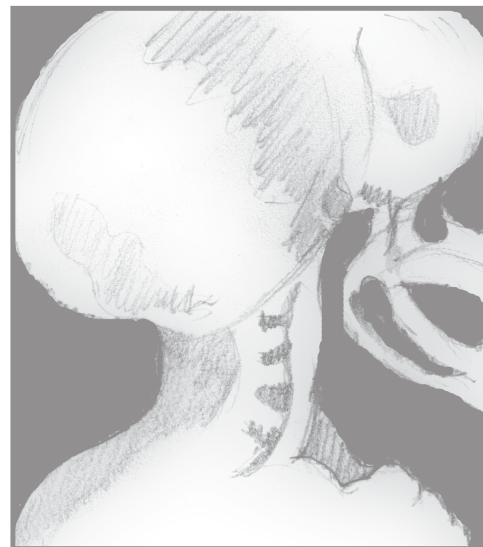


GRÁFICO 10: SÍNDROME DE KLIPPEL FEIL

Se manifiesta por fusión de las vértebras cervicales. Clínicamente se aprecia el acortamiento del cuello y la limitación de los movimientos de inclinación lateral de la columna.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 37

7. COSTILLA CERVICAL

PREGUNTAS

101. En la costilla cervical suele registrarse:

- a) Paresia braquimanual b) Parestesias en territorio del cubital c) Ambas

102. ¿Cuáles son los signos que en forma constante se registran en los pacientes con costilla cervical?

- a) Signos neurovegetativos b) Circulación venosa colateral y cianosis c) Pulso radial débil, frialdad, palidez y atrofia muscular en mano

103. El tratamiento en la costilla cervical es:

- a) Expectante o conservador b) Quirúrgico c) Ambos

104. La costilla cervical es una anomalía por:

- a) Inhibición en el desarrollo b) Defecto de diferenciación c) Trastorno del crecimiento

105. El examen en la costilla cervical demuestra:

- a) Elevación del hombro b) Asimetría del cuello c) Tumorción supra – clavicular

Costilla cervical

SINOPSIS 21

ANOMALÍAS POR DEFECTO DE DIFERENCIACIÓN

CARACTERÍSTICAS

- Tumorción ósea palpable en fosa supra-clavicular
- Parestesias en brazo y territorio del cubital
- A veces, signos neuro-vegetativos de origen simpático, como sudoración profusa del miembro, exoftalmia y dilatación pupilar
- Pulso radial débil, frialdad, palidez manual
- A veces, circulación venosa colateral y cianosis de dedos
- Atrofias musculares, principalmente en manos de las eminencias tenar e hipotenar

TRATAMIENTO

- Según los casos es: expectante, conservador o quirúrgico
- El tratamiento conservador comprende el control postural y los ejercicios de fortalecimiento muscular de los aductores de las escápulas
- El tratamiento quirúrgico consiste en la resección de la costilla cervical

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 37

8. OTRAS ANOMALÍAS COSTALES

PREGUNTAS

106. Las costillas supernumerarias son:
- a) Cervicales y dorsales b) Cervicales y lumbares c) Dorsales y lumbares
107. El diagnóstico en las Anomalías costales es fundamentalmente:
- a) Clínico b) Radiográfico c) Ambos
108. El tratamiento de las Anomalías costales es:
- a) Condicional b) Ninguno c) Quirúrgico
109. Las Anomalías costales pueden ser:
- a) Simples y sinostosis b) Bifidez y falta de unión c) Ambas
110. Son ejemplos de Anomalías costales:
- a) Exostosis y sinostosis b) Bifidez y falta de unión c) Ambas

SINOPSIS 22

POR DEFECTO EN EL DESARROLLO

CARACTERÍSTICAS

- Las alteraciones costales son de tipo morfológico y numérico
- Las alteraciones morfológicas pueden ser:
 - * Falta de unión
 - * Exostosis
 - * Sinostosis
 - * Bifidez
- Las alteraciones numéricas son:
 - * Ausencia costal
 - * Costillas supernumerarias:
 - Cervicales
 - Lumbares
- Salvo excepción, clínicamente no hay síntomas
- El diagnóstico es radiográfico
- Con frecuencia se suman otras anomalías

TRATAMIENTO

- Condicional

Otras anomalías costales

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 37

10. TORTÍCOLIS

PREGUNTAS

116. En la Tortícolis el examen demuestra que los movimientos están:
- Abolidos
 - Limitados
 - Normales
117. En la Tortícolis congénita puede registrarse:
- Asimetría cráneo-facial y escoliosis cervical
 - Otras anomalías esqueléticas
 - Ambas
118. El tratamiento de la Tortícolis congénita es:
- Conservador
 - Quirúrgico
 - Condicional
119. La actitud física de la cabeza en la Tortícolis congénita es:
- Inclinación lateral con rotación hacia el lado contrario
 - Inclinación lateral con rotación hacia el mismo lado
 - Simplemente, inclinación lateral de la cabeza
120. La Tortícolis congénita se caracteriza porque el esternocleidomastoideo afectado se encuentra:
- Atrófico
 - Hipertrófico e hipertónico
 - Fibrosado y acortado

SINOPSIS 24

CARACTERÍSTICAS

- Actitud típica de la cabeza en inclinación lateral y rotación hacia el lado contrario
- Escoliosis cervical contractura y fibrosis del esternocleidomastoideo afectado
- Limitación funcional variable, según el grado
- Asimetría cráneo-facial
- Asociación con otras anomalías esqueléticas

TRATAMIENTO

- Conservador y/o quirúrgico

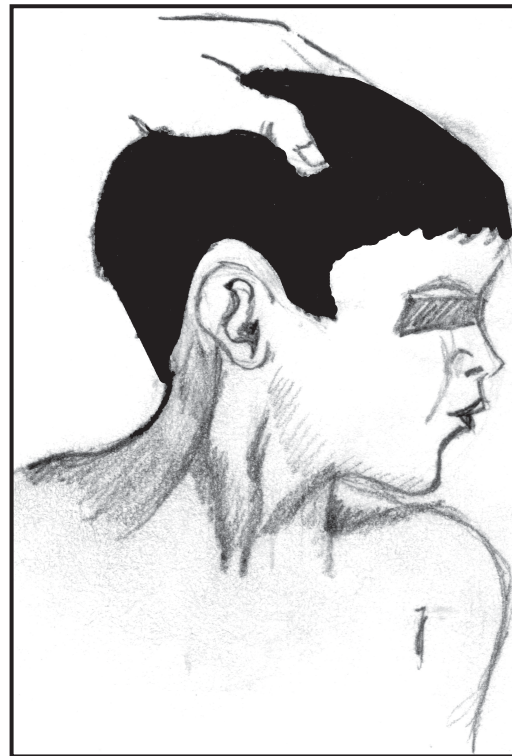


GRÁFICO 11: TORTÍCOLIS

Es característica la actitud de la cabeza, inclinada hacia el lado del esternocleidomástoideo contracturado, y rotada hacia el lado contrario. Suele acompañarse de vértebras en cuña y escoliosis.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 37

11. AUSENCIAS MUSCULARES

PREGUNTAS

121. En la Ausencia muscular puede apreciarse:
- a) Limitación funcional b) Acortamiento muscular c) Ambas
122. Las Ausencias musculares son:
- a) En el tórax solamente b) En el tórax y miembros c) En el tórax y abdomen
123. El tratamiento en el caso de Ausencias musculares es:
- a) Fisioterápico b) Fisioterápico y quirúrgico c) Condicional
124. Las Ausencias musculares en el tronco que se presentan más frecuentemente son del:
- a) Dorsal ancho b) Pectoral mayor c) Trapecio
125. La simple Ausencia muscular se manifiesta comúnmente por:
- a) Alteraciones del eje y deformidades
b) Falta del relieve muscular correspondiente
c) Ambas

Ausencias musculares

SINOPSIS 25

CARACTERÍSTICAS

- En el tronco, la ausencia muscular más frecuente corresponde al pectoral mayor
- Al examen se comprueba por la falta de relieve muscular, de contracción y de fuerza, con limitación funcional
- Es común la asociación con otras anomalías y deformidades del tronco y miembros

TRATAMIENTO

- Condicional

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 37

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre afecciones congénitas localizadas

- | | |
|--|---|
| 71. c) No está definido | 86. b) Tumoración lumbo sacra |
| 72. a) Un pedículo | 87. a) Parálisis y deformidades |
| 73. c) Indiferente: a y b | 88. c) La tumoración lumbo-sacra |
| 74. b) Por inhibición en el desarrollo | 89. b) Inhibición del desarrollo |
| 75. a) Escoliosis | 90. a) Manifiesta u oculta |
| 76. a) Cierto | 91. b) Falso |
| 77. c) A veces | 92. c) La limitación de movimientos |
| 78. b) De otras anomalías | 93. c) Ninguno |
| 79. c) Ambas | 94. b) Defecto de diferenciación |
| 80. a) Acortado | 95. a) Radiográfico |
| 81. a) Lumbociatalgia y parestesias | 96. a) Contractura de trapecio |
| 82. c) Deslizamiento anterior del cuerpo vertebral | 97. b) Inclinação lateral |
| 83. c) Ambas | 98. b) Estético |
| 84. c) Poco frecuente | 99. c) No se diferencia |
| 85. a) Lumbalgia y lordosis | 100. c) Ambas |
| | 101. b) Parestesias en territorio del cubital |

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre afecciones congénitas localizadas

- | | |
|---|---|
| 102. c) Pulso radial débil, frialdad, palidez y atrofia muscular en manos | 114. c) No se precisa |
| 103. c) Ambos | 115. b) Inconstante |
| 104. b) Defecto de diferenciación | 116. b) Limitados |
| 105. c) Tumoración supra-clavicular | 117. c) Ambas |
| 106. b) Cervicales y lumbares | 118. c) Condicional |
| 107. b) Radiográfico | 119. a) Inclinación lateral de la cabeza con rotación hacia el lado contrario |
| 108. a) Condicional | 120. c) Fibrosado y acortado |
| 109. c) Ambas | 121. a) Limitación funcional |
| 110. c) Ambas | 122. b) En el tórax y miembros |
| 111. b) Cierto | 123. c) Condicional |
| 112. c) Ambos | 124. b) Pectoral mayor |
| 113. b) Condicional | 125. b) Falta de relieve muscular correspondiente |

AFECCIONES CONGÉNITAS LOCALIZADAS EN MIEMBROS SUPERIORES

1. Elevación del Omóplato
2. Ectromelia – Aqueiria
3. Luxación Congénita del Hombro
4. Sinostosis Radio Humeral y Cúbito Humeral
5. Luxación del Radio
6. Sinostosis Radio Cubital
7. Mano Zamba
8. Sinostosis Radio Carpiana e Intercarpiana
9. Ausencia de los Huesos del Carpo
10. Anomalia de los Dedos

1. ELEVACIÓN DEL OMÓPLATO

PREGUNTAS

126. En la enfermedad de Sprengel, a la elevación escapular se suma:

- a) Actitud en abducción del omóplato y acortamiento de su longitud
- b) Aumento del diámetro transversal y comparativamente menor tamaño escapular
- c) Ambas

127. En la Elevación Congénita del Omóplato se registra:

- a) Contorno cuello-hombro normal
- b) Un puente óseo cartilaginoso escápulo-vertebral
- c) Movimientos completos de la cintura escapular

128. El tratamiento de la enfermedad de Sprengel es:

- a) Ninguno
- b) Condicional
- c) Quirúrgico

129. La enfermedad de Sprengel es una anomalía congénita por:

- a) Trastorno del crecimiento óseo
- b) Error de diferenciación
- c) Inhibición en el desarrollo

130. La Elevación congénita del omóplato se manifiesta por:

- a) Defecto en la ubicación y tamaño de la escápula
- b) Una escápula dismórfica
- c) Ambas

SINOPSIS 26

ANOMALÍA POR ERROR DE DIFERENCIACIÓN

Enfermedad de Sprengel

CARACTERÍSTICAS

- Alteraciones en la ubicación, tamaño y forma de la escápula:
 - * Ascendida y en abducción
 - * Más pequeña que la contralateral
 - * Con predominio del diámetro transversal
- Alteraciones en el contorno cuello – hombro
- Presencia de un puente osteo - cartilaginoso escápulo - vertebral
- Limitación de movimientos escapulares y del hombro
- Ausencias musculares
- Asociación de otras anomalías esqueléticas

TRATAMIENTO

- Conservador o quirúrgico, según la edad y severidad del defecto

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 51.

2. ECTROMELIA – AQUEIRIA – FOCOMELIA

PREGUNTAS

131. En la Focomelia, la ausencia transversal afecta a los segmentos:
- Distales
 - Proximales
 - No se precisa
132. La Ectromelia es una anomalía congénita de supresión transversa que se presenta en los casos de:
- Ausencia total del miembro
 - Ausencias parciales
 - Ambas
133. En la Focomelia el tratamiento siempre es:
- Conservador
 - Quirúrgico
 - Condicional
134. Dentro de las Anomalías por Supresión Transversal del desarrollo, se consideran:
- La Ectromelia y Focomelia
 - La Aqueiria y Sinostosis radiocubital
 - Ambas
135. La Aqueiria corresponde a ausencia de la mano:
- Parcial
 - Total
 - Incluyendo la extremidad distal de antebrazo

SINOPSIS 27

ANOMALÍAS INTRÍNSECAS POR SUPRESIÓN TRANSVERSAL

CARACTERÍSTICAS

- En la ectromelia existe ausencia total del miembro o de los segmentos distales de éste
- Aqueiria, es la ausencia total de la mano
- Focomelia, es la ausencia total o parcial de segmentos proximales, brazo o antebrazo
- A estas anomalías pueden sumarse ausencias musculares u otras

TRATAMIENTO

- Conservador o quirúrgico: condicional

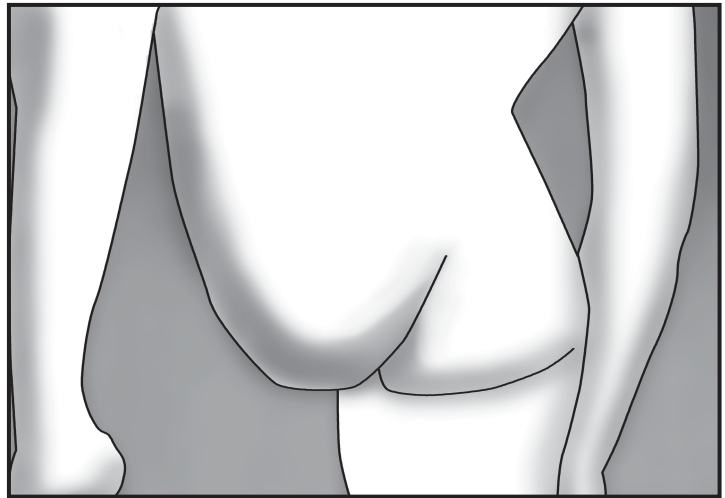


GRÁFICO 12: ECTROMELIA

Ausencia total del miembro inferior izquierdo.

Ectromelia - Aqueiria Focomelia

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 51.

3. LUXACIÓN CONGÉNITA DEL HOMBRO

PREGUNTAS

136. En la Luxación congénita del hombro existe:

- a) Acortamiento del brazo b) Alargamiento del brazo c) Longitud normal

137. Clínicamente, en la Luxación congénita del hombro, se encuentra:

- a) Depresión sub-acromial y limitación funcional
b) Cabeza humeral hipotrófica y neo-cavidad funcional
c) Ambas

138. El tratamiento de la Luxación congénita del hombro es:

- a) Fisioterápico b) Quirúrgico c) Condicional

139. La Luxación congénita del hombro constituye una anomalía por:

- a) Error de diferenciación b) Inhibición en el desarrollo c) Trastorno del crecimiento óseo

140. El diagnóstico en la Luxación congénita del hombro es:

- a) Clínico b) Radiográfico c) Ambos

SINOPSIS 28

ANOMALÍA POR ERROR DE DIFERENCIACIÓN

CARACTERÍSTICAS

- La luxación congénita de hombro es una malformación poco frecuente que se manifiesta por:
 - * Depresión sub-acromial
 - * Alargamiento del brazo
 - * Limitación funcional
 - * Presencia de neo-cavidad sub-glenoidea
 - * Cabeza humeral hipotrófica y deformada
- El estudio radiográfico permite comprobar las alteraciones existentes

TRATAMIENTO

Según el caso es:

- Condicional: comprende la reducción incruenta seguida de control postural
- Conservador
- Quirúrgico: comprende la reducción cruenta seguida de la estabilización mediante capsuloplastias

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 51.

4. SINOSTOSIS RADIO-HUMERAL Y CÚBITO-HUMERAL

PREGUNTAS

141. La actitud del codo en los casos de Sinostosis radio o cúbito-humeral es en:
- Flexión y pronación
 - Semi-extensión y semi-pronación o pronación
 - Extensión y supinación o semi-supinación
142. En la sinostosis radio o cúbito-humeral los movimientos de flexo-extensión están:
- Presentes
 - Disminuidos
 - Ausentes
143. El tratamiento en la Sinostosis radio-humeral y cúbito-humeral es quirúrgico y depende de:
- La actitud del codo
 - El grado de limitación del movimiento
 - Ambos
144. En la Sinostosis radio-humeral, la continuidad ósea se evidencia:
- Siempre
 - A veces
 - No se precisa
145. Los relieves óseos del codo son normales en la:
- Sinostosis radio-humeral
 - Sinostosis cúbito-humeral
 - Ninguno

SINOPSIS 29

ANOMALÍAS POR ERROR DE DIFERENCIACIÓN

CARACTERÍSTICAS

- Se manifiesta por la continuidad ósea radio-humeral o cúbito-humeral respectivamente
- Relieves óseos del codo poco diferenciables
- Actitud en semi-extensión y semi-pronación o pronación
- Movimientos de flexo-extensión ausentes

TRATAMIENTO

- Expectante o quirúrgico, condicional, según la actitud del codo

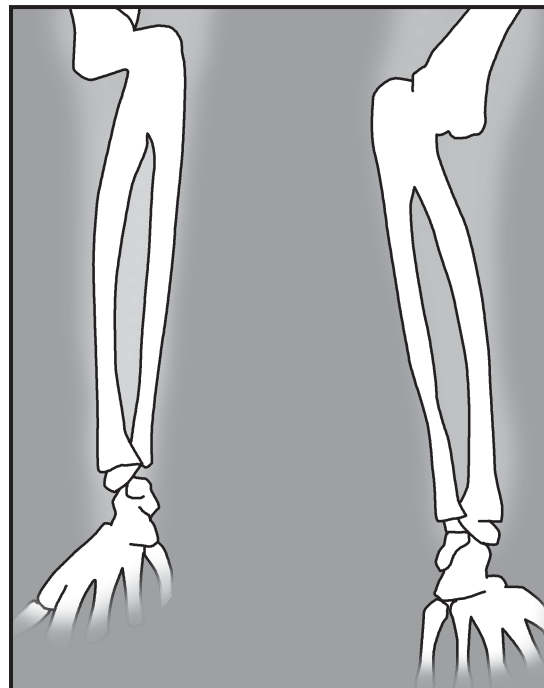


GRÁFICO 13: SINOSTOSIS RADIO-CUBITAL

La radiografía muestra la fusión proximal completa del radio con el cúbito, con entrecruzamiento óseo, falta de la cabeza radial. El espacio interóseo entre el cúbito y el radio se encuentra conservado. Clínicamente la actitud del antebrazo en pronación es permanente.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 51.

6. SINOSTOSIS RADIO-CUBITAL

PREGUNTAS

151. El antebrazo en la Sinostosis Radio-Cubital se encuentra:
- a) Hipertrófico b) Hipotrófico c) Según los casos
152. Radiográficamente en la Sinostosis Radio-Cubital puede registrarse:
- a) Luxación radio-cubital
b) Luxación del radio y puente de unión radio-cubital sub-capital
c) Ambos
153. En la Sinostosis Radio-Cubital, el tratamiento indicado es:
- a) Conservador b) Quirúrgico c) Condicional
154. En la Sinostosis radio-cubital están fusionadas las articulaciones radio-cubitales:
- a) Superior e inferior b) Solamente superior c) Solamente inferior
155. En la Sinostosis radio-cubital, la actitud característica es en:
- a) Pronación y codo semi-flexo
b) Pronación
c) Semi pronación y codo en extensión y valgo

Sinostosis radio-cubital

SINOPSIS 31

ANOMALÍAS POR ERROR DE DIFERENCIACIÓN

CARACTERÍSTICAS

- Actitud en pronación permanente completa o incompleta y cúbito valgo semiflexo
- Hipotrofia del antebrazo
- Ausencia de supinación y extensión total del codo
- Fusión completa radio-cubital o puente de unión sub-capital, sin o con luxación de la cabeza del radio
- Anomalías en tróclea, cóndilo y cavidad olecraneana

TRATAMIENTO

- Según los casos es quirúrgico.
- Osteotomías supinadoras, proximal de radio y distal de cúbito

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 51.

8. SINOSTOSIS RADIO-CARPIANA E INTERCARPIANA

PREGUNTAS

161. Lo más característico en la Sinostosis Radio-Carpiana es:
- a) Atrofia muscular b) Limitación funcional c) Dorsiflexión de muñeca
162. En la Sinostosis Intercarpiana se llega al diagnóstico preciso:
- a) Radiográficamente b) Clínicamente c) Ambos
163. En la Sinostosis Radio-Carpiana el tratamiento mayormente es:
- a) Conservador b) Quirúrgico c) Condicional
164. La Sinostosis Radio-Carpiana constituye una anomalía por:
- a) Trastorno del crecimiento b) Error de diferenciación c) Defecto en el desarrollo
165. La Sinostosis Radio-Carpiana se presenta:
- a) Frecuentemente b) Principalmente en niños c) Infrecuentemente

SINOPSIS 33

ANOMALÍA POR ERROR DE DIFERENCIACIÓN

CARACTERÍSTICAS

- Son de rara presentación.
- Se encuentran fusionados el radio con el escafoides o los huesos del carpo entre sí.
- Se manifiesta por limitación funcional de la muñeca.
- El diagnóstico preciso es radiográfico.

TRATAMIENTO

- Depende de la severidad de las deformidades.
- Consiste en osteotomías y/o resecciones correctivas.

Sinostosis radio-carpiana e intercarpiana

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 51.

9. AUSENCIA DE LOS HUESOS DEL CARPO

PREGUNTAS

166. La Ausencia de los huesos carpianos se manifiesta por limitación de los movimientos:

- a) Intercarpianos b) En muñeca c) Ninguno

167. El diagnóstico preciso en la Ausencia de los huesos carpianos es finalmente:

- a) Clínico radiográfico b) Clínico c) Radiográfico

168. El tratamiento de las Ausencias carpianas es:

- a) Expectante b) No se justifica c) Conservador o quirúrgico

169. La Ausencia de los huesos del carpo es una anomalía por:

- a) Defecto en el desarrollo b) Error de diferenciación c) Trastorno del crecimiento óseo

170. En la Ausencia de los huesos del carpo, el examen demuestra principalmente:

- a) Abolición de movimientos b) Atrofia muscular c) Acortamiento de la mano

Ausencia de los huesos del carpo

SINOPSIS 34

ANOMALÍA POR DEFECTO EN EL DESARROLLO

CARACTERÍSTICAS

- Mano acortada
- Limitación funcional particularmente en muñeca
- El diagnóstico preciso es radiográfico

TRATAMIENTO

- Por lo general, no se justifica

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 51.

10. ANOMALÍAS DE LOS DEDOS

PREGUNTAS

171. Son Anomalías por error de diferenciación:
- Hipofalangismo
 - Sinfalangismo
 - Hiperfalangismo
172. Entre las Anomalías por exceso en el desarrollo se consideran:
- Diploqueiría
 - Aracnodactilia
 - Ambas
173. Son Anomalías por error de diferenciación:
- La Ectrodactilia y Clinodactilia
 - La Sindactilia y Comptodactilia
 - El Hiperfalangismo y Gigantismo digital
174. Son Anomalías por defecto en el desarrollo:
- La Braquidactilia
 - La Polidactilia
 - Ambas
175. Dentro de las Anomalías por exceso en el desarrollo se consideran:
- El Braqui-meso falangismo
 - La Braqui-metacarpia
 - Ninguna

SINOPSIS 35

LOS DEFECTOS EN LOS DEDOS PUEDEN SER: POR DEFECTO (1) O POR EXCESO (2) EN EL DESARROLLO Y POR ERROR DE DIFERENCIACIÓN (3)

CARACTERÍSTICAS

- Por defecto en el Desarrollo son:
 - Braquidactilia
 - Braquimetacarpia
 - Afalangismo
 - Ectrodactilia
 - Hipofalangismo
- Por exceso en el Desarrollo son:
 - Braquifalangismo – Braqui-meso-falangismo
 - Polidactilia – Diploqueiría
 - Hiperfalangismo
 - Gigantismo parcial
- Por error de diferenciación son:
 - Aracnodactilia
 - Sinfalangismo
 - Comptodactilia
 - Clinodactilia

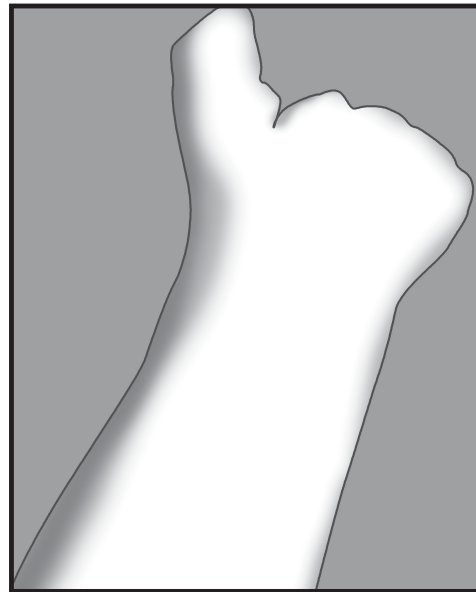


GRÁFICO 14: AUSENCIA PARCIAL DE DEDOS
Ausencia total de los cuatro últimos y parcial del pulgar

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 51.

PREGUNTAS

176. En la Ectrodactilia, la ausencia de los dedos puede ser:

- a) Marginal o Medial
- b) Total
- c) Indiferente

177. La ausencia de dedos se denomina:

- a) Sinfalangismo
- b) Afalangismo
- c) Ambos

178. En la Camptodactilia, se aprecia:

- a) Actitud en semi-flexión interfalángica distal del quinto dedo
- b) Semi-flexión interfalángica proximal y desviación lateral
- c) Ninguna de las anotadas

179. En la Braquidactilia se registra:

- a) Braquifalangismo
- b) Braquimetacarpi
- c) Ambas

180. En el Hipofalangismo existe:

- a) Menor número de falanges
- b) Acortamiento de las falanges
- c) Según los casos

SINOPSIS 36

CARACTERÍSTICAS

- BRAQUIDACTILIA: Acortamiento de dedos (falanges y/o metacarpianos)
- BRAQUIFALANGISMO: Acortamiento de falanges
- BRAQUIMETACARPIA: Acortamiento de metacarpianos
- HIPOFALANGISMO: Ausencia parcial de falanges en uno o más dedos
- SINFALANGISMO: Sinostosis interfalángica
- ECTRODACTILIA: Ausencia de dedos marginales o mediales. Puede deberse, además, a la ausencia de metacarpianos, carpo y radio o cúbito
- CLINODACTILIA: Desviación medial o lateral de la última falange del primer o quinto dedo
- SINDACTILIA: Unión de dos o más dedos. Puede ser membranosa, de partes blandas y ósea; proximal, distal o total
- POLIDACTILIA: Existencia de dedos supernumerarios: normales o deformes, funcionales o no, mediales o marginales.
- HIPERFALANGISMO: Mayor número de falanges
- ARACNODACTILIA: Alargamiento y adelgazamiento de los dedos
- GIGANTISMO PARCIAL: Mayor crecimiento de longitud y grosor en uno o más dedos
- CAMPTODACTILIA: Actitud en semiflexión interfalángica, por lo general interfalángica distal, del quinto dedo.

TRATAMIENTO

- Se justifica según la severidad del defecto tanto en lo estético como en lo funcional
- Puede ser conservador o quirúrgico, según los casos

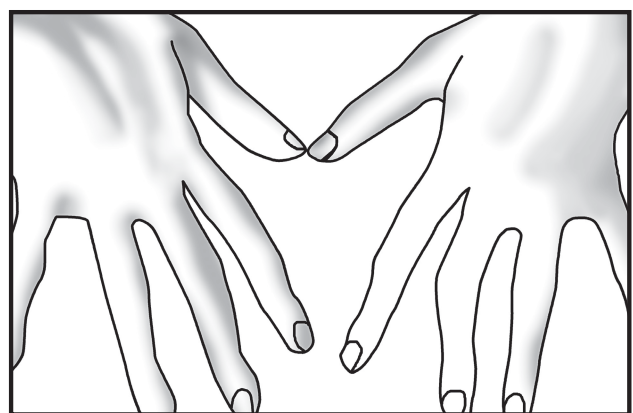


GRÁFICO 15: ARACNODACTILIA

Alargamiento y adelgazamiento de los dedos de ambas manos

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 51.

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre afecciones localizadas en Miembros Superiores

126. c) Ambas	140. c) Ambos
127. b) Un puente óseo cartilaginoso escapuloverttebral	141. b) Semi-extensión y semi-pronación o pronación
128. b) Condicional	142. c) Ausentes
129. b) Error de diferenciación	143. a) La actitud del codo
130. c) Ambas	144. a) Siempre
131. b) Proximales	145. c) Ninguno
132. c) Ambas	146. c) La supinación
133. c) Condicional	147. b) Cabeza de radio prominente e hipoplasia condilar
134. a) La ectromelia y focomelia	148. a) A veces
135. b) Total	149. b) Trasverso
136. b) Alargamiento del brazo	150. a) Semipronación
137. c) Ambas	151. b) Hipotrófico
138. c) Condicional	152. c) Ambos
139. a) Error de diferenciación	

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre afecciones localizadas en Miembros Superiores

- | | |
|--|--|
| 153. a) Conservador | 168. b) No se justifica |
| 154. a) Superior e inferior | 169. a) Defecto en el desarrollo |
| 155. a) Pronación y codo semi-flexo | 170. c) Acortamiento de la mano |
| 156. b) Cúbito | 171. b) Sinfalangismo |
| 157. c) Ectrodactilia y ausencias musculares | 172. c) Ambas |
| 158. c) Dependiente de la edad | 173. b) Sindactilia y Camptodactilia |
| 159. a) Parciales y distales | 174. a) Braquidactilia |
| 160. c) El hueso ausente | 175. c) Ninguna |
| 161. b) Limitación funcional | 176. a) Marginal o medial |
| 162. a) Radiográficamente | 177. b) Afalangismo |
| 163. c) Condicional | 178. a) Actitud en semiflexión interfalángica distal del quinto dedo |
| 164. b) Error de diferenciación | 179. c) Ambos |
| 165. c) Infrecuentemente | 180. a) Menor número de falanges |
| 166. b) En muñeca | |
| 167. c) Radiográfico | |

AFECCIONES CONGÉNITAS LOCALIZADAS EN MIEMBROS INFERIORES

1. Displasia y Luxación de Cadera
2. Malformación del Fémur
3. Malformación de Rodilla
4. Malformación de la Tibia y Peroné
5. Malformación de Pie
 - 5.1 Pie Bot
 - 5.2 Metatarso Varo
 - 5.3 Pie Aducto
 - 5.4 Pie Calcáneo Valgo
 - 5.5 Pie Plano – Pie Convexo

1. DISPLASIA Y LUXACIÓN DE CADERA

PREGUNTAS

181. El Ascenso del Trocánter mayor y el signo de Trendelenburg se registran en:
- Displasia de cadera
 - Luxación coxo-femoral
 - a y b
182. En el diagnóstico de Displasia de cadera, es importante la radiografía:
- Contrastada
 - Simple
 - Lateral
183. En las Displasias de cadera, el tratamiento indicado es:
- Control postural
 - Reducción incruenta
 - Reducción quirúrgica
184. En la Luxación displásica de cadera se registra inicialmente:
- Ortolani positivo
 - Asimetría pliegues del muslo
 - Limitación de movimientos
185. La radiografía en la Displasia de cadera muestra:
- Hipotrofia del núcleo de osificación cefálico y excentricismo del mismo
 - Inclinación del cótilo de 15 grados
 - Ambas

SINOPSIS 37

CARACTERÍSTICAS

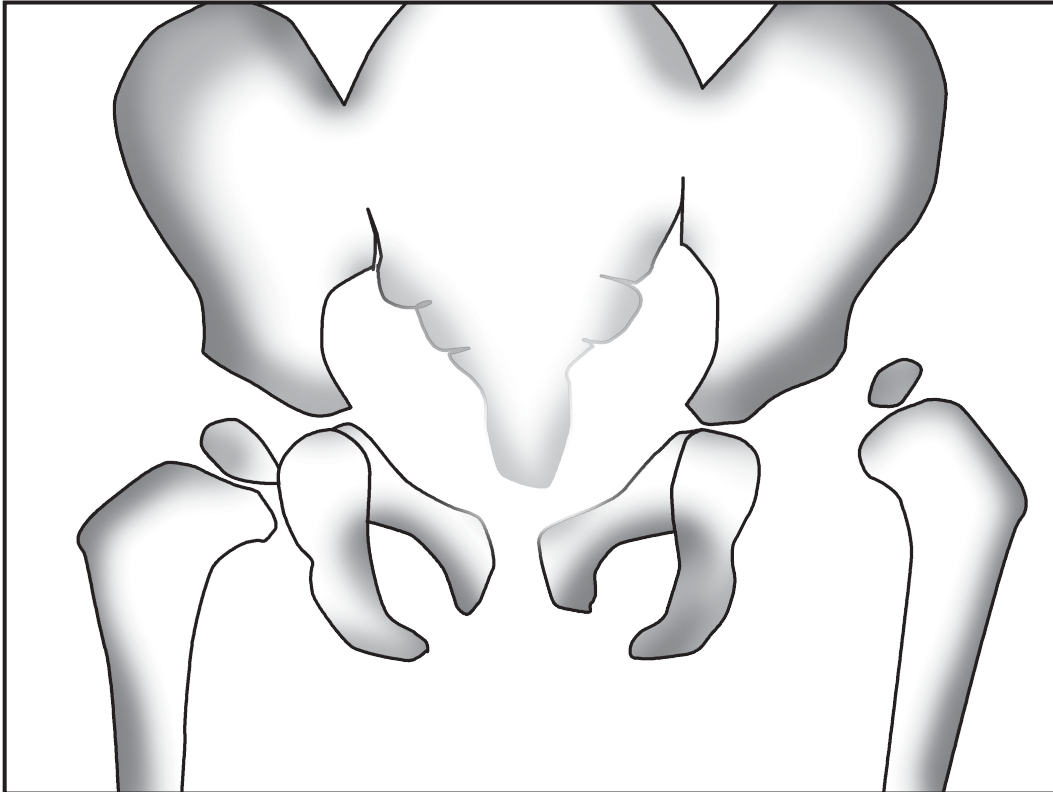
- Son alteraciones de partes blandas y esqueléticas, múltiples, precoces y tardías
- En el recién nacido se registran signos de Ortolani y Barlow. Posteriormente, existen limitación de abducción de cadera, ascenso de trocánter, acortamiento de muslo, signo del “pistón”, retardo en el inicio de la marcha, Trendelenburg presente y otros
- En la radiografía se aprecia: ausencia del núcleo cefálico, pasados los 6 meses de edad, o hipotrofia, excentricismo y ascenso del núcleo, cuando es visible: anteversión del cuello femoral
- En la artrografía: puede verse la imagen en “reloj de arena”
- En las luxaciones inveteradas se registran signos clínicos y radiográficos característicos
- Artrosis deformante: se presenta en las luxaciones inveteradas no tratadas y en las luxaciones tratadas con resultados deficientes

TRATAMIENTO

Según la edad y evolución clínica-radiográfica el tratamiento es:

- Conservador:
 - * Férulas de abducción de caderas (Frejka, Pavlik, etc)
 - * Yeso (Pacci y Lorenz – u otros)
 - * Tracción: preliminar, pre-reducción incruenta o pre operatoria
- Cruento:
 - * Abordaje por vía de aductores, tenotomía del Psoas, reducción y yeso
 - * Operaciones complementarias en cótilo y fémur: Osteotomías y yeso
 - * Otras

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 66

**GRÁFICO 16: LUXACIÓN DISPLÁSICA DE CADERA**

Es característica la distensión y alargamiento del manguito capsular, que se produce conforme se va desplazando y ascendiendo por encima del cótilo la cabeza femoral. Luego se forma, a nivel de la capsula articular, el "reloj de arena", que es el resultado de la compresión que ejerce el tendón del psoas sobre la cápsula articular.

3. MALFORMACIONES DE LA RODILLA

PREGUNTAS

191. El Desplazamiento lateral de la rótula en las anomalías congénitas de rodilla:
- a) Es permanente
b) Se produce en la extensión
c) Se produce en la flexión
192. El Acortamiento del miembro inferior se encuentra presente preferentemente en la:
- a) Luxación recidivante de rótula
b) Sinostosis fémoro-tibial
c) Ambas
193. El tratamiento de las Malformaciones de rodilla es:
- a) Improcedente
b) Condicional
c) Quirúrgico
194. La Sinostosis de rodilla se presenta por lo general:
- a) En extensión
b) En flexión
c) Indiferentemente
195. En la luxación de rodilla, lo más característico es la:
- a) Limitación funcional y genu varo
b) Inestabilidad y deformidad
c) Deformidad y crujidos articulares

SINOPSIS 39

CARACTERÍSTICAS

- Son variables según se trate de:
 - * Sinostosis de rodilla
 - * Luxación de rodilla
 - * Luxación de rótula
- La sinostosis casi siempre es con rodilla en extensión, con acortamiento del miembro
- En la luxación de rótula hay, genu valgo y desplazamiento lateral de la rótula, al hacer la flexión

TRATAMIENTO

- Conservador y quirúrgico

Malformaciones de rodilla

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 66.

4. MALFORMACIONES DE LA TIBIA Y PERONÉ

PREGUNTAS

196. Las Anomalías congénitas de la tibia son apreciables:
- a) Desde el nacimiento b) Posteriormente c) a y b
197. Las Anomalías congénitas que pueden registrarse en tibia o peroné son principalmente:
- a) Ausencia parcial y pseudoartrosis
b) Hipertrofia y arqueamiento
c) Ausencia total o hipotrofia
198. El tratamiento de las Anomalías congénitas de la tibia es preferentemente:
- a) Conservador o quirúrgico b) Quirúrgico c) Ninguno
199. Las Anomalías congénitas más frecuentes en piernas son las que afectan:
- a) Al peroné b) A la tibia c) ambas
200. La localización de las Anomalías congénitas que afectan a la pierna son más frecuentemente a nivel:
- a) Proximal b) Distal c) Indiferente

SINOPSIS 40

Malformaciones de la tibia y peroné

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 66.

CARACTERÍSTICAS

- Las anomalías del peroné son las más frecuentes, principalmente de la extremidad distal, y son:
- - * Ausencia parcial
 - * Retardo en la osificación
 - * Arqueamiento
 - * Pseudoartrosis
- Las mismas anomalías pueden presentarse en la tibia, siendo apreciables desde el nacimiento o posteriormente
- Se suman anomalías y deformidades en el muslo, la rodilla, el tobillo y el pie

TRATAMIENTO

- Conservador o quirúrgico

5.1 Pie Bot

PREGUNTAS

206. El Pie Bot se caracteriza por presentar principalmente:
- Arrugas o pliegues de la piel en el dorso
 - Atrofia de gemelos
 - Callosidad y úlcera calcánea
207. En el Pie Bot pueden registrarse alteraciones óseas consistentes en:
- Defecto en la ubicación y orientación de los huesos del tarso
 - Signos de complicaciones como la osteomielitis y la artrosis
 - Ambas
208. El tratamiento del Pie Bot en los niños pequeños puede ser:
- Con férulas y yesos
 - Cirugía ósea y fisioterapia
 - Ambas
209. Las deformidades en el Pie Bot afectan:
- Solamente al pie
 - A la pierna y pie
 - Al pie, a la pierna y a la rodilla
210. Las alteraciones más características a nivel de partes blandas que se registran en el Pie Bot son:
- Contracturas de peronéos y extensores de los dedos
 - Contractura del sóleo y gemelos, tibial posterior y flexores de dedos
 - Elongación de peroneos, extensor del primer dedo y tibiales

SINOPSIS 42

CARACTERÍSTICAS

- Deformidad en equino, cavo, varo, aducto del pie, con torsión interna de la tibia y, a veces, genu valgo
- Alteraciones estructurales que comprenden:
 - Contractura de sóleo y gemelos, tibial posterior, flexores propio y común de los dedos
 - Retracción de ligamentos y cápsula póstero-internos del tobillo y pie, a veces, retracción de la fascia plantar
 - Desviación medial y rotación interna de los huesos del pie
- Al examen, además de la deformidad, se aprecia:
 - Atrofia, principalmente gemelar
 - Arrugas de la piel o surcos a nivel aquiliano y en borde interno del pie
 - Higroma, callosidad o úlcera, en el borde externo del pie producidos por el apoyo al caminar
 - Otras alteraciones, como la artrogrifosis y el mielomeningocele
- Con el tiempo, pueden sumarse complicaciones como:
 - Osteomielitis del tarso y
 - Artrosis del pie
- El estudio radiográfico revela, y con detalle, las alteraciones en cuanto a la osificación, orientación y ubicación ósea; lo mismo, en cuanto a las complicaciones mencionadas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 66.

PIE BOT

TRATAMIENTO

- Debe iniciarse precozmente
- Puede ser conservador o quirúrgico
- El tratamiento conservador comprende:
 - * El uso de férula
 - * Corrección con yeso
- El tratamiento quirúrgico puede ser:
 - * Cirugía de partes blandas, o también
 - * Cirugía ósea, en niños mayores y adultos
- Complementariamente se indica:
 - * Uso de zapatos o botines ortopédicos, férulas y
 - * Fisioterapia

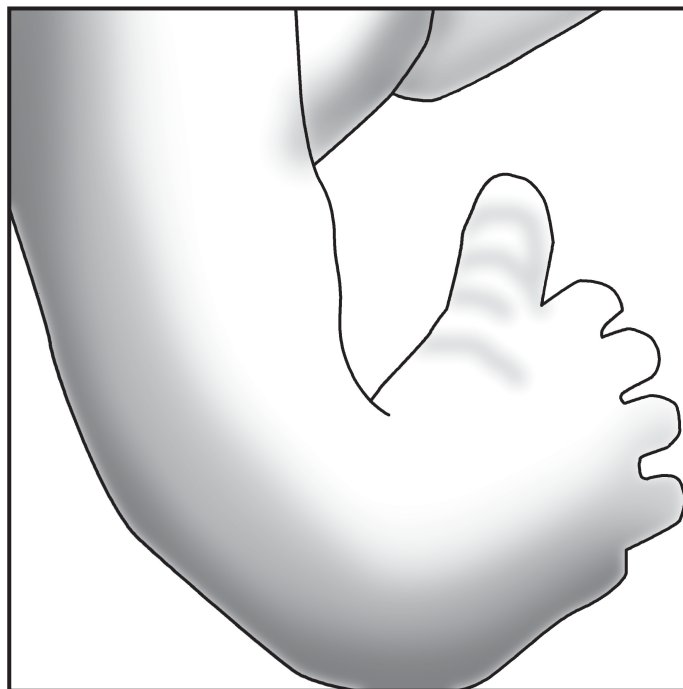


GRÁFICO 17: PIE BOT

Deformidad en equino, cavo, varo y aducto del antepié, con torsión interna de tibia. El diagnóstico se realiza, a “primera vista”, desde el nacimiento. El tratamiento debe ser precoz; al principio, en forma conservadora colocando yesos correctores y, luego, quirúrgicamente y finalmente botines ortopédicos y terapia física.

5.3 Pie Aducto

PREGUNTAS

216. En el Pie aducto congénito, la radiografía revela alteraciones:
- En la orientación ósea
 - En la morfología del tarso
 - En la densidad de los metatarsianos
217. El Pie aducto congénito tiene relación con una contractura de Aquiles además de:
- Los peroneos
 - Los flexores de los dedos
 - a y b
218. El tratamiento del Pie aducto congénito es preferentemente:
- Conservador
 - Quirúrgico
 - No se justifica
219. En el Pie aducto congénito se registra desviación interna del antepié y además rotación:
- Interna
 - Externa
 - Ninguna
220. El Pie aducto congénito comúnmente se acompaña de aplanamiento plantar:
- Falso
 - Y valgo del calcáneo
 - Y varo del retro pie

SINOPSIS 44

CARACTERÍSTICAS

- Desviación interna o medial del antepié, sin rotación evidente del mismo
- Puede acompañarse de valguismo calcáneo y aplanamiento plantar
- En la radiografía se aprecian los metatarsianos aducidos

TRATAMIENTO

- Conservador:
 - * Botines ortopédicos
 - * Fisioterapia

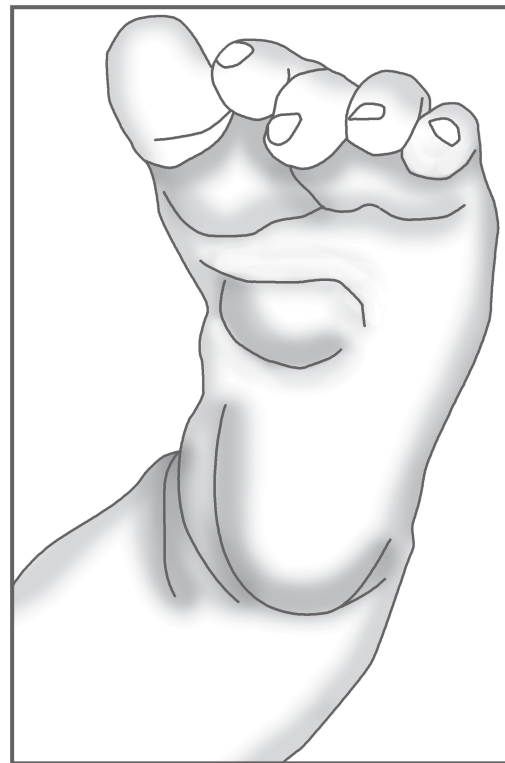


GRÁFICO 18: PIE ADUCTO

Se manifiesta por desviación interna del antepié, sin rotación del mismo. Frecuentemente se acompaña de valguismo del calcáneo y aplanamiento plantar.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 66.

5.4 Pie Calcáneo Valgo

PREGUNTAS

221. En el Pie Calcáneo Valgo se registra:

- a) Contractura de tibiales y peroneos
- b) Contractura de tibial anterior y distensión de peroneos
- c) Distensión de sóleo y gemelos, más contractura del tibial anterior

222. El pie calcáneo valgo se asocia frecuentemente con:

- a) Deformidad en cavo
- b) Rotación interna del antepié
- c) Ninguna

223. El tratamiento del Pie calcáneo valgo es:

- a) Conservador
- b) Imperativo
- c) Condicional

224. El Pie calcáneo valgo congénito se manifiesta por una actitud o posición del pie en:

- a) Eversión
- b) Inversión
- c) Indiferente

225. Es evidente la deformidad de dedos asociada al Pie talo valgo congénito:

- a) Cierto
- b) Falso
- c) No se precisa

Pie Calcáneo Valgo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 66.

SINOPSIS 45

CARACTERÍSTICAS

- Actitud de dorsiflexión y eversión del pie, de menor o mayor grado. A veces, el dorso del pie puede llegar a hacer contacto con la parte anterior y distal de la pierna.
- Contractura del tibial anterior y extensores propio y común de los dedos, con distensión de sóleo y gemelos.

TRATAMIENTO

- La deformidad puede corregirse espontáneamente, con el tiempo
- A veces, se requiere de tratamiento conservador, de manipulaciones o de botas de yeso correctoras, sucesivas, hasta llegar a lo normal
- Otras veces es necesario el tratamiento quirúrgico, en particular en los niños mayores y adolescentes, los alargamientos y las trasposiciones tendinosas
- Más adelante se pueden requerir operaciones esqueléticas, correctoras y estabilizadoras

5.5 Pie Plano y Pie Convexo

PREGUNTAS

226. En el Pie convexo se registra:
- a) Retracción de las partes blandas y calcáneo vertical
 - b) Laxitud ligamentosa y astrágalo vertical
 - c) Atrofia muscular y dorsi-flexión manifiesta
227. Las alteraciones radiográficas son frecuentemente ostensibles en el pie:
- a) Plano simple
 - b) Plano convexo
 - c) Convexo
228. Tanto en el Pie plano como en el Pie convexo, el tratamiento de elección es el quirúrgico:
- a) En el pie plano
 - b) En el pie convexo
 - c) No se justifica
229. El Pie plano congénito, se encuentra habitualmente en niños:
- a) Menores de 4 años
 - b) Mayores de 2 años
 - c) De 0 a 2 años
230. En el Pie plano congénito, es común encontrar:
- a) Valguismo de calcáneo
 - b) Laxitud ligamentosa
 - c) Ambos

Pie Plano y Pie Convexo

SINOPSIS 46

CARACTERÍSTICAS

- El pie plano es característico del niño hasta los 2 años, con laxitud de los músculos y ligamentos plantares y abundancia adiposa plantar. Casi siempre se asocia al valguismo calcáneo
- En el pie convexo, el astrágalo es vertical y muestra su cabeza haciendo prominencia en el borde interno de la planta del pie
- La radiografía revela las alteraciones, en la orientación y ubicación ósea

TRATAMIENTO

- En el pie plano es, por lo general, conservador. Puede ser quirúrgico
- En el pie convexo, es quirúrgico

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 66.

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre afecciones localizadas en miembros inferiores

- | | |
|---|---|
| 181. b) Luxación | 207. c) Ambas |
| 182. b) Simple | 208. a) Con férulas y yesos |
| 183. a) Control postural | 209. c) Al pie, a la pierna y a la rodilla |
| 184. c) Limitación de movimientos | 210. b) Contracturas de Aquiles, peroneos y extensores de los dedos |
| 185. a) Hipotrofia del núcleo de osificación cefálico y excentricismo del mismo | 211. c) Clínica y radiográficamente |
| 186. b) Distal | 212. a) La orientación y ubicación ósea |
| 187. b) Sinostosis de rodilla | 213. b) Sí |
| 188. c) Es conservador o quirúrgico | 214. c) Ambas |
| 189. c) Ambos | 215. a) En el borde externo del pie |
| 190. a) Proximal | 216. a) En la orientación ósea |
| 191. c) Se presenta en la flexión | 217. c) Falso |
| 192. b) Sinostosis fémoro- tibial | 218. a) Conservador |
| 193. b) Condicional | 219. c) Ninguna |
| 194. a) En extensión | 220. b) Valgo calcáneo |
| 195. b) Inestabilidad y deformidad | 221. c) Distensión de sóleo y gemelos, más contractura de tibial anterior |
| 196. c) Indiferentemente | 222. c) Ninguno |
| 197. a) Ausencia parcial y pseudoartrosis | 223. c) Condicional |
| 198. a) Conservador o quirúrgico | 224. a) Eversión |
| 199. a) Al peroné | 225. c) No se precisa |
| 200. b) Distal | 226. b) Laxitud ligamentosa y astrágalo vertical |
| 201. b) Asociadas | 227. c) Convexo |
| 202. c) Ambas | 228. b) En el pie convexo |
| 203. c) Conservador y cruento | 229. c) De 0 a 2 años |
| 204. b) Metatarso varo | 230. c) Ambos |
| 205. a) Solamente al pie | |
| 206. b) Atrofia de gemelos | |

AFECCIONES CONGÉNITAS

DISPLASIAS Y SÍNDROMES VARIOS

1. Displasia de Streeter
2. Síndrome de Marfan
3. Síndrome de Ehler Danlos
4. Síndrome de Appert
5. Síndrome de Ellis Van Criveld
6. Síndrome de Uñas y Rótulas

1. DISPLASIA DE STREETER

PREGUNTAS

231. Las bandas de constricción congénitas, en la Displasia de Streeter, pueden comprometer la circulación:

- a) Arterial
- b) Venosa y linfática
- c) Arterial, venosa y linfática

232. La hipertrofia y edema que se registra en la Displasia de Streeter a nivel de dedos, suele ser con relación al surco:

- a) Distal
- b) Proximal
- c) a y b

233. El tratamiento frente a las constricciones congénitas de Streeter consiste por lo general en:

- a) Resección plástica de las partes blandas hipertróficas
- b) Resección de las bandas
- c) Indiferente

234. Las constricciones circulares en miembros, en la Displasia de Streeter, son de localización predominante a nivel:

- a) Proximal
- b) En segmentos intermedios
- c) Distal

235. La profundidad de las constricciones en la Displasia de Streeter, es más comúnmente:

- a) Marcada y amplia
- b) Discreta y estrecha
- c) Variable

SINOPSIS 47

CARACTERÍSTICAS

- Constricciones circulares:
 - * Predominantes en miembros, distales, en dedos
 - * De profundidad variable
 - * Pueden alterar la circulación venosa, linfática o arterial
 - * Puede determinar distalmente: edema, hipertrofia y amputación
- Otras anomalías congénitas en dedos son las:
 - * Ausencias parciales, únicas o múltiples
 - * Sindactilias

TRATAMIENTO

- Consiste en las resecciones quirúrgicas de las constricciones.
- Es condicional

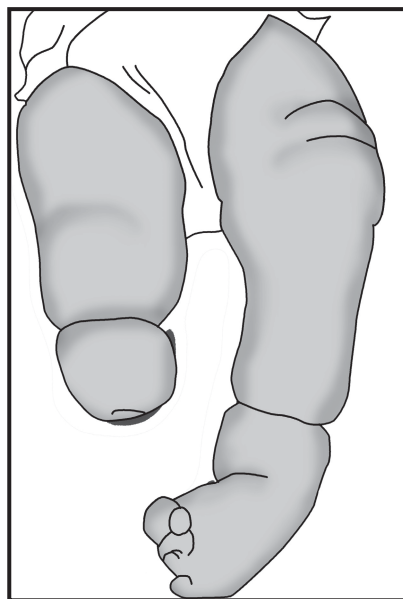


GRÁFICO 19: DISPLASIA DE STREETER

Constricciones circulares a nivel de piernas en ambos miembros inferiores con amputación congénita del pie derecho y deformidad en equino varo del pie izquierdo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 78.

2. SÍNDROME DE MARFAN

PREGUNTAS

236. La hipertrofia e hipertonía en el Síndrome de Marfan:

- a) Es lo característico b) No se registra c) Es inconstante

237. En el Síndrome de Marfan existe:

- a) Rigidez articular y tórax prominente
b) Alteraciones cardíacas y viscerales
c) Xifoescoliosis y miopía

238. El tratamiento en el Síndrome de Marfan es:

- a) Conservador b) Condicional c) Quirúrgico

239. En la dolico-estenomegalia o Síndrome de Marfan se registra:

- a) Aracnodactilia b) Talla pequeña c) Ambas

240. En el Síndrome de Marfan el alargamiento y adelgazamiento de los miembros afecta principalmente a:

- a) Miembros superiores b) Miembros inferiores c) Los miembros

SINOPSIS 48

CARACTERÍSTICAS

- Alargamiento y adelgazamiento de miembros, principalmente superiores, y distales de manos
- Desproporción longitudinal, entre miembros superiores y miembros inferiores
- Elevada estatura
- Hipotrofia e hipotonía muscular
- Laxitud capsular y ligamentaria que determina:
 - * Pies valgus
 - * Genu recurvatum
 - * Luxaciones recurrentes de rótulas y caderas
- Dolicocefalia
- Paladar ojival
- Prognatismo
- Miopía
- Luxación del cristalino
- Xifoescoliosis
- Tórax excavado
- Alteraciones cardíacas y vasculares

TRATAMIENTO

- De los defectos mencionados: Condicional

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 78.

3. SÍNDROME DE EHLER DANLOS

PREGUNTAS

241. En el Síndrome de Ehler Danlos:
- a) La piel es hiperelástica y hay luxaciones de codo
 - b) La piel es hiperpigmentada y los hombros son luxables
 - c) Hay luxaciones recurrentes de rótula y rodilla flexa
242. En el Síndrome de Ehler Danlos:
- a) La cicatrización es normal y la hemostasia deficiente
 - b) La cicatrización es deficiente y la hemostasia normal
 - c) La cicatrización y la hemostasia son deficientes
243. El tratamiento en el Síndrome de Ehler Danlos:
- a) Es condicional
 - b) Es conservador
 - c) No se justifica
244. El Síndrome de Ehler Danlos se manifiesta principalmente por:
- a) Rigidez articular múltiple
 - b) Sinostosis a predominio distal
 - c) Incremento de la laxitud
245. Las deformidades que suelen encontrarse en el Síndrome de Ehler Danlos son:
- a) Pie talo y genu recurvatum
 - b) Pie equino y mano bot
 - c) Genu valgo y pie valgo

SINOPSIS 49

CARACTERÍSTICAS

- Hiperlaxitud Tisular Hereditaria
- Articulaciones hiperlaxas, principalmente en manos y pies, rodillas, caderas y hombros determinantes de:
 - * Pie talo valgo
 - * Genu recurvatum
 - * Luxaciones recurrentes de rótulas, caderas y hombros
- Piel hiperelástica, hiperpigmentada y friable
- Fragilidad de los tejidos con tendencia a:
 - * Equímosis y hematomas sin tildes
 - * Sangrado de encías
 - * Hemartrosis post traumas
 - * Hemostasia y cicatrización deficiente

TRATAMIENTO

- De los defectos mencionados: condicional

Síndrome de Ehler Danlos

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 78.

4. SÍNDROME DE APPERT

PREGUNTAS

246. En el Síndrome de Appert se presenta:

- | | |
|---|-------------------------------|
| a) Tórax prominente y frente olímpica | b) Xifoescoliosis y genu varo |
| c) Globos oculares prominentes y paladar ojival | |

247. En el Síndrome de Appert suele encontrarse:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| a) Sindactilia | b) Aracnodactilia y polidactilia |
| c) Sindactilia y sinfalangismo | |

248. El tratamiento en el Síndrome de Appert es:

- | | | |
|-----------------|----------------|---------------|
| a) Improcedente | b) Conservador | c) Quirúrgico |
|-----------------|----------------|---------------|

249. En el Síndrome de Appert se registra:

- a) Retardo en el cierre de las fontanelas con hidrocefalia
- b) Sinostosis de los huesos del cráneo con hipertensión endocraneana
- c) Ninguno de lo mencionado

250. El Síndrome de Appert se acompaña de:

- | | |
|---|------------------------|
| a) Hipertrofia de circunvoluciones cerebrales | b) Inteligencia normal |
| c) Retardo mental | |

SINOPSIS 50

CARACTERÍSTICAS

- Acrocefalosindactilia
- Sinostosis de huesos del cráneo con hipertensión endocraneana:
 - * Atrofia de circunvoluciones cerebrales
 - * Retardo mental
 - * Globos oculares prominentes, separados, estrabismo y alteraciones de la visión
- Paladar ojival
- Sinostosis interfalángicas en manos y pies
- Sindactilias parcial o completa

TRATAMIENTO

- Osteotomías tempranas en huesos del cráneo
- Cirugía de las sindactilias

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 78.

5. SÍNDROME DE ELLIS VAN CREVELD

PREGUNTAS

251. El Síndrome de Ellis Van Creveld se manifiesta por:

- a) Luxación de cabeza de radio y cúbito varo b) Luxación de rótula y genu valgo
c) Ambas

252. El Síndrome de Ellis Van Creveld presenta:

- a) Polidactilia y alteraciones cardiacas b) Genu recurvatum y pie talo valgo
c) Sinostosis craneal y de rodilla

253. El tratamiento en la displasia condroectodérmica de Ellis Van Creveld:

- a) No procede b) Está indicado c) Es condicional

254. En la Displasia condroectodérmica de Ellis Van Creveld:

- a) La estatura es elevada b) Los ejes óseos están conservados
c) La talla es pequeña

255. En el Síndrome de Ellis Van Creveld se presenta:

- a) Sinostosis del carpo y sindactilia b) Distrofia de uñas y dientes
c) Aracnodactilia y exostosis

Síndrome de Ellis Van Creveld

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 78.

SINOPSIS 51

CARACTERÍSTICAS

- Displasia Condroectodérmica
- Condrodisplasia:
 - * Acortamiento de huesos largos
 - * Menor talla
 - * Alteración de ejes: Genu valgo, cúbito varo
 - * Luxación de cabeza de radio y rótula, exostosis simple
- Sinostosis en carpo y tarso
- Polidactilia
- Distrofia de uñas
- Distrofia de dientes
- Alteraciones cardiacas

TRATAMIENTO

- De las alteraciones y deformidades: condicional

6. SÍNDROME DE UÑAS Y RÓTULAS

PREGUNTAS

256. La Luxación recurrente de rótula se acompaña, en el Síndrome de uñas y rótulas, de:
- Hipoplasia del cóndilo femoral externo
 - Menisco discoide
 - Hiperlaxitud articular
257. En el Síndrome de uñas y rótulas se registra en la pelvis:
- Deformidad en “corazón de naipes francés”
 - Ausencia total o parcial del sacro
 - Cuernos ilíacos y “orejas de elefante”
258. El tratamiento en el Síndrome de uñas y rótulas es:
- Conservador
 - Quirúrgico
 - Condicional
259. En el Síndrome de uñas y rótulas se registra:
- Hipotrofia de uñas y genu recurvatum
 - Ausencia de uñas y exostosis coronoides
 - Luxación recurrente de rótula y de cadera
260. En el Síndrome de uñas y rótulas suele encontrarse:
- Hipoplasia o luxación de cabeza de radio
 - Hombro luxante
 - Pie bot

SINOPSIS 52

CARACTERÍSTICAS

- Displasia Ónico – Osteoarticular Hereditaria
- Dedos:
 - * Uñas ausentes o hipoplásicas
 - * Pulpejos redundantes
 - * Ausencia de surcos transversales interfalángicos dorsales
- Codos (a veces):
 - * Hipoplasia de cóndilo epicóndilo o cabeza de radio
 - * Exostosis coronoides
- Rodillas (a veces):
 - * Hipoplasia del cóndilo externo
 - * Genu valgo
 - * Ausencia, hipoplasia o dismorfismo de rótula
 - * Luxación recurrente de rótula
- Pelvis:
 - * “Cuernos ilíacos”
 - * “Orejas de elefante”

TRATAMIENTO

- De las alteraciones y deformidades: condicional

Síndrome de uñas y rótulas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 78.

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

261. Las Ectrodactilias marginales son defectos en el desarrollo que se registran conjuntamente con:
- a) La discondroplasia
 - b) Ausencia de radio
 - c) Enfermedad de Madelung
262. La Luxación de la cabeza del radio puede encontrarse en:
- a) Artrogriphosis
 - b) Sinostosis radio-cubital superior
 - c) Displasia de Streeter
263. Tumoraciones osteocartilaginosas de diversa localización pueden encontrarse en:
- a) Exostosis múltiples y discondroplasias
 - b) Enfermedades de Morquio y Epífisis punteada
 - c) Ambas
264. La ausencia parcial de clavícula se presenta en:
- a) Ectromelias
 - b) Disostosis cleidocraneana
 - c) Elevación congénita de escápula
265. Las hemivértebras se registran en la:
- a) Escoliosis congénita
 - b) Enfermedad de Ollier
 - c) Osteopsatirosis
266. La limitación para los movimientos de supinación se encuentran en la:
- a) Sinostosis radio-cubital y luxación del radio
 - b) Ausencia de radio y cúbito
 - c) Ambas
267. El Pie Bot suele registrarse:
- a) Como deformidad única
 - b) En la Artrogriphosis y en Síndrome de Ellis Van Creveld
 - c) Ambas
268. Las fracturas espontáneas pueden encontrarse en:
- a) El síndrome de Ehler Danlos
 - b) El síndrome de Appert
 - c) La osteogénesis imperfecta
269. Las fusiones vertebrales se suelen presentar:
- a) Asociadas a costilla cervical
 - b) En la enfermedad de Klippel Feil
 - c) En ambas
270. Las Sinostosis pueden presentarse en:
- a) Cadera y rodillas
 - b) Hombro y muñeca
 - c) Codo y rodilla

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 78.

PREGUNTAS

271. El Cráneo ensanchado y la Sordera se presenta en la:
- a) Acondroplasia
 - b) Osteogénesis imperfecta
 - c) Disostosis cleido-craneal
272. El deslizamiento vertebral es una característica presente en la:
- a) Espondilolistesis
 - b) Espina bífida
 - c) Sacralización
273. El pulso radial débil suele encontrarse en la:
- a) Costilla cervical
 - b) Ectromelia
 - c) Ausencia parcial del radio
274. La actitud en supinación del antebrazo suele registrarse en la Sinostosis:
- a) Radio-cubital inferior
 - b) Radio-carpiana
 - c) Ninguna
275. El ascenso del trocánter mayor se puede encontrar en:
- a) Displasia de cadera
 - b) Coxa vara congénita
 - c) Ninguna
276. En el miembro inferior es posible registrar luxación congénita de:
- a) Cadera
 - b) Rodilla
 - c) Tobillo
277. Es común encontrar desviación en valgo del pie, asociada a:
- a) Pie bot
 - b) Metatarso varo
 - c) Pie plano
278. La Aqueiria puede encontrarse asociada a:
- a) Focomelia
 - b) Sinostosis intercarpiana
 - c) Ninguna
279. Los relieves del codo poco diferenciables son manifestación de:
- a) Luxación del radio
 - b) Sinostosis radio-humeral
 - c) Ausencia proximal del cúbito
280. Las distrofias de uñas se presentan en el:
- a) Síndrome de Ellis Van Creveld
 - b) Síndrome de uñas y rótulas
 - c) Ambos
281. La Dolicocefalia puede encontrarse en:
- a) Osteopsatirosis
 - b) Enfermedad de Morquio
 - c) Síndrome de Marfan
282. Las alteraciones del eje y exostosis se registran habitualmente en la:
- a) Enfermedad de Ollier
 - b) Exostosis múltiple
 - c) Ambas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 78.

PREGUNTAS

283. El paladar ojival se presenta en:

- a) La disostosis cleidocraneana
- b) El Síndrome de Marfán
- c) Ambos

284. La piel hiperelástica es una manifestación presente en:

- a) Síndrome de Ehler Danlos
- b) Epífisis punteada
- c) Enfermedad de Madelung

285. Los trastornos sensitivos pueden registrarse en:

- a) Costilla cervical
- b) Enfermedad de Sprengel
- c) Enfermedad de Klippel Feil

286. El dolor es un síntoma habitual en:

- a) Sacralización
- b) Espondilolistesis
- c) Ninguno

287. La Asimetría Craneofacial se presenta en:

- a) Tortícolis
- b) Displasia de Streeter
- c) Síndrome de Appert

288. El Retardo Mental se presenta en la:

- a) Acrocéfalo sindactilia
- b) Dolico-estenomegalia
- c) Occipitalización del atlas

289. La Flexión palmar en la muñeca se encuentra limitada en:

- a) Enfermedad de Madelung
- b) Ausencia distal de radio
- c) Ninguna

290. La laxitud articular se registra en:

- a) Enfermedad de Morquio
- b) Síndrome de Ellis Van Creveld y Ehler Danlos
- c) a y b

291. La ausencia de dolor es característica de la:

- a) Lumbarización
- b) Sacralización
- c) Ninguno

292. Las constricciones circulares en miembros se presentan en:

- a) La Displasia de Streeter
- b) El Síndrome de Marfan
- c) Ambos

293. El Retardo Mental se presenta en el Síndrome de:

- a) Appert
- b) Streeter
- c) Ehler Danlos

294. La elevada estatura es característica del Síndrome de:

- a) Ellis Van Creveld
- b) Uñas y Rótulas
- c) Marfan

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 78.

PREGUNTAS

295. Es característica del Síndrome de Marfan:
- La elevada estatura
 - La laxitud capsular
 - a y b
296. En la Displasia de Streeter son características las Constricciones Circulares en Miembros a nivel:
- Distal
 - Proximal
 - a y b
297. La Acrocefalosindactilia se registra en:
- Síndrome de Marfan
 - Síndrome de Appert
 - Síndrome de Ellis Van Creveld
298. La imagen radiográfica de “Cuernos Blancos” se registra en:
- Síndrome de Uñas y Rótulas
 - Artrogriposis
 - a y b
299. En el Síndrome de Appert se aprecia:
- Articulaciones hiperlaxas
 - Globos oculares prominentes
 - Sangrado de encías
300. Una tumoración palpable en la fosa supra-clavicular se registra en:
- Las costilla cervical
 - Disostosis cleidocraneal
 - Artrogriphosis
301. La escoliosis cervical suele encontrarse en:
- Enfermedad de Klippel Feil
 - Tortícolis
 - Ninguna
302. La cabeza humeral hipotrófica y deformada es característica de:
- Luxación congénita del hombro
 - Enfermedad de Sprengel
 - Ambas
303. El codo ensanchado es manifestación de:
- Sinostosis radio-humeral
 - Sisostosis radio-cubital
 - Luxación congénita del radio
304. La talla corta se encuentra en:
- Acondroplasia y Enfermedad de Morquio
 - Epífisis punteada y Síndrome de Marfan
 - Ambas
305. El acortamiento del muslo se suele encontrar en:
- Displasia y luxación de cadera
 - Duplicación femoral
 - Coxa vara y agenesia parcial del fémur

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 78.

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre Reforzamiento Cognoscitivo sobre los temas tratados

- | | |
|---|--|
| 231. c) Arterial, venosa y linfática | 267. a) Como deformidad única |
| 232. a) Distal | 268. c) La osteogénesis imperfecta |
| 233. b) Resección de las bandas | 269. b) En la enfermedad de Klippel Feil |
| 234. c) Distal | 270. c) Codo y rodilla |
| 235. c) Variable | 271. b) Osteogénesis imperfecta |
| 236. b) No se encuentra | 272. a) Espondilolistesis |
| 237. c) Xifoesciosis y miopía | 273. a) Costilla cervical |
| 238. b) Condicional | 274. c) Ninguna |
| 239. a) Aracnodactilia | 275. b) Coxa vara congénita |
| 240. a) Miembros superiores | 276. a) Cadera |
| 241. b) La piel es hiper-pigmentada y los miembros son luxables | 277. c) Pie plano |
| 242. c) Y la hemostasia son deficientes | 278. c) Ninguna |
| 243. a) Es condicional | 279. b) Sinostosis radio-humeral |
| 244. c) Incremento de la laxitud | 280. c) Ambos |
| 245. a) Pie talo y genu recurvatum | 281. c) Síndrome de Marfan |
| 246. c) Globos oculares prominentes y paladar ojival | 282. a) Enfermedad de Ollier |
| 247. c) Sindactilia y sinfalangismo | 283. c) Ambos |
| 248. c) Quirúrgico | 284. a) Síndrome de Ehler Danlos |
| 249. b) Sinostosis de los huesos del cráneo con hipertensión endocraneana | 285. a) Costilla cervical |
| 250. c) Retardo mental | 286. c) Ninguno |
| 251. c) Ambas | 287. a) Tortícolis |
| 252. a) Polidactilia y alteraciones cardíacas | 288. a) Acrocéfalo sindactilia |
| 253. c) Es condicional | 289. c) Ninguna |
| 254. c) La talla es pequeña | 290. a) Enfermedad de Morquio |
| 255. b) Distrofia de uñas y dientes | 291. c) Ninguno |
| 256. a) Hipoplasia del cóndilo femoral externo | 292. a) La Displasia de Streeter |
| 257. c) "Cuernos ilíacos" y "Orejas de elefante" | 293. a) Appert |
| 258. c) Condicional | 294. c) Marfan |
| 259. b) Ausencia de uñas y exostosis coronoide | 295. c) a y b |
| 260. a) Hipoplasia o luxación de cabeza de radio | 296. a) Distal |
| 261. b) Ausencia de radio | 297. b) Síndrome de Appert |
| 262. b) Sinostosis radio-cubital superior | 298. a) Síndrome de Uñas y Rótulas |
| 263. a) Exostosis múltiples y discondroplasias | 299. b) Glóbulos oculares prominentes |
| 264. b) Disostosis cleidocraneana | 300. c) Coxa vara y agenesia parcial del fémur |
| 265. a) Escoliosis congénita | 301. b) Tortícolis |
| 266. a) Sinostosis radio-cubital y luxación del radio | 302. a) Luxación congénita del hombro |
| | 303. c) Luxación congénita del radio |
| | 304. a) Acondroplasia y Enfermedad de Morquio |
| | 305. c) Coxa vara y agenesia parcial del fémur |

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

1.2 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

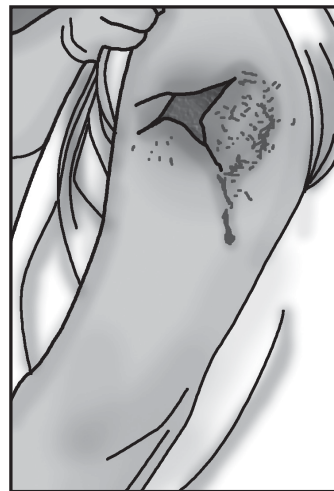


GRÁFICO 20: HERIDA DESGARRANTE EN EL HOMBRO Y TERCIO SUPERIOR DEL BRAZO

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

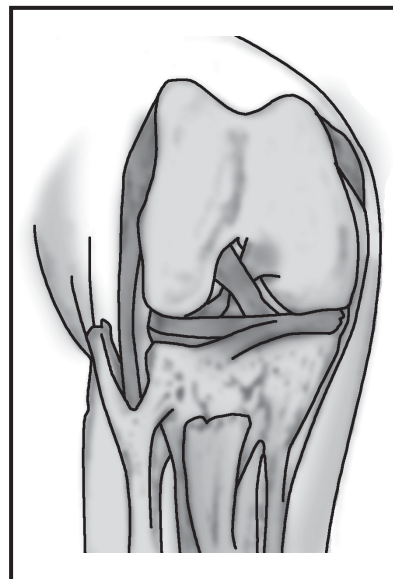


GRÁFICO 21: LESIONES LIGAMENTOSAS A NIVEL DE RODILLA

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

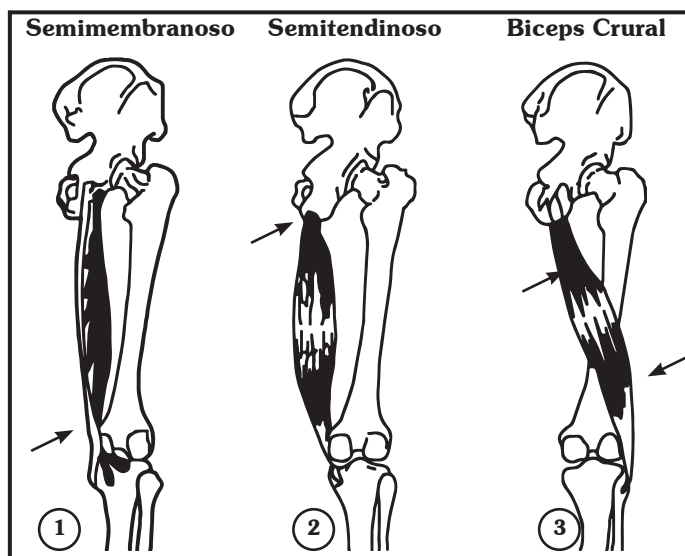


GRÁFICO 22: LESIONES MÚSCULO-TENDINOSAS

- 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

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

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
c) a y b y transversos

350. En las luxofracturas del Atlas se presentan:

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

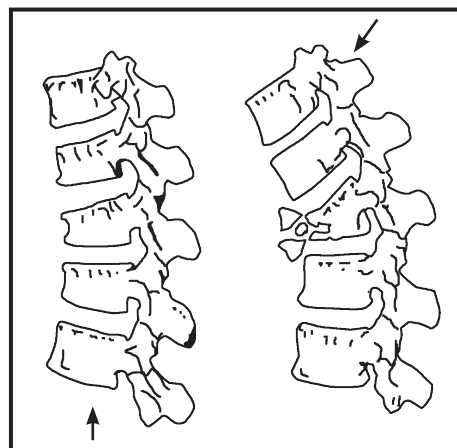


GRÁFICO 23.1: FRACTURAS DE COLUMNA DORSO-LUMBAR DE LOS CUERPOS VERTEBRALES:

- 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

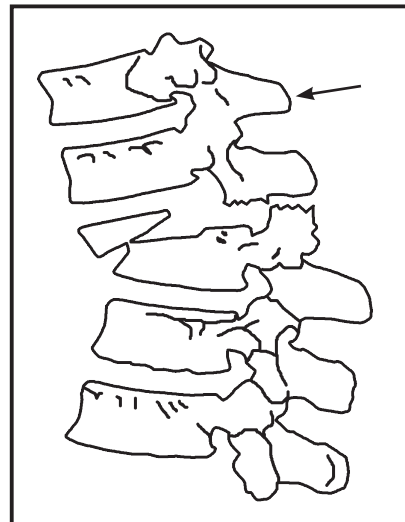


GRÁFICO 23.2 FRACTURA DE LA COLUMNA DORSO-LUMBAR

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 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

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
 - * Equímosis
 - * 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

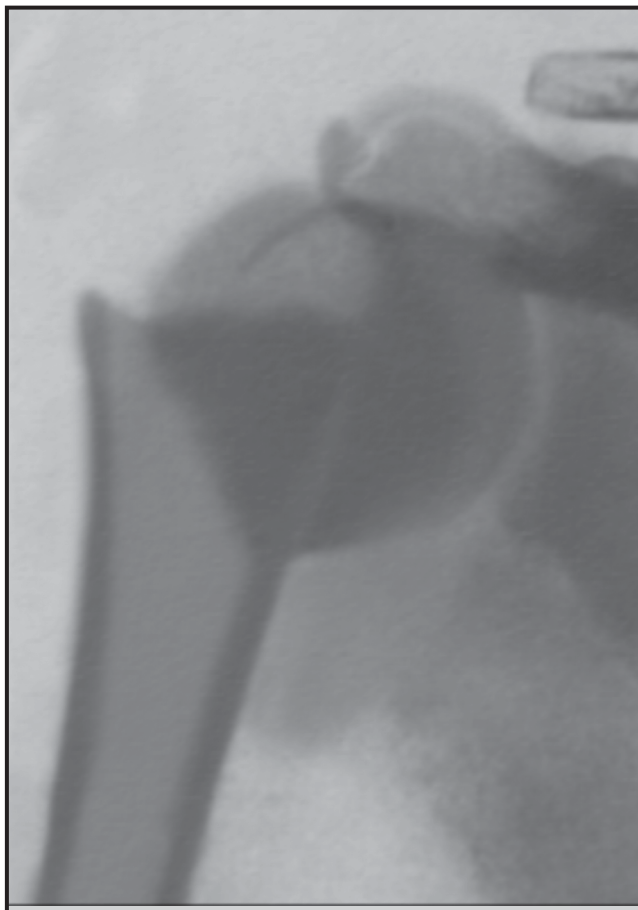


GRÁFICO 24: FRACTURA DEL CUELLO DEL HÚMERO
En aducción, de trazo transversal

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

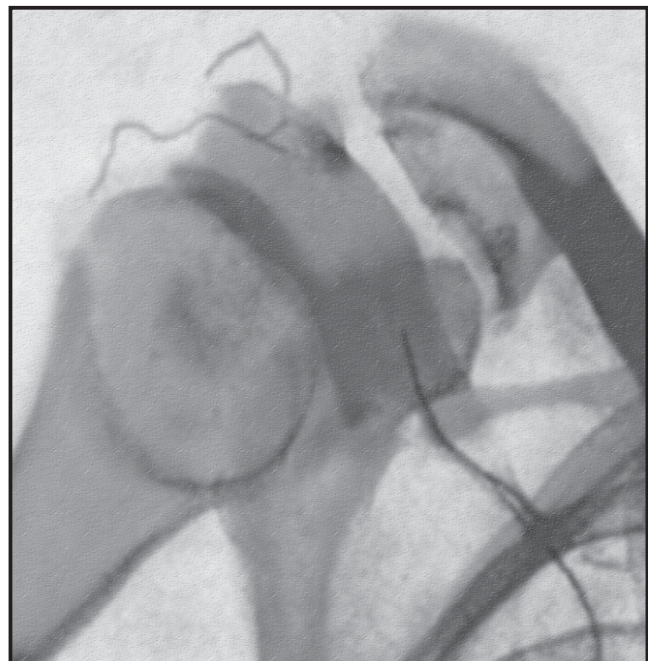


GRÁFICO 25: LUXACIÓN ACROMIO CLAVICULAR

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
 - Traumatas 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

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

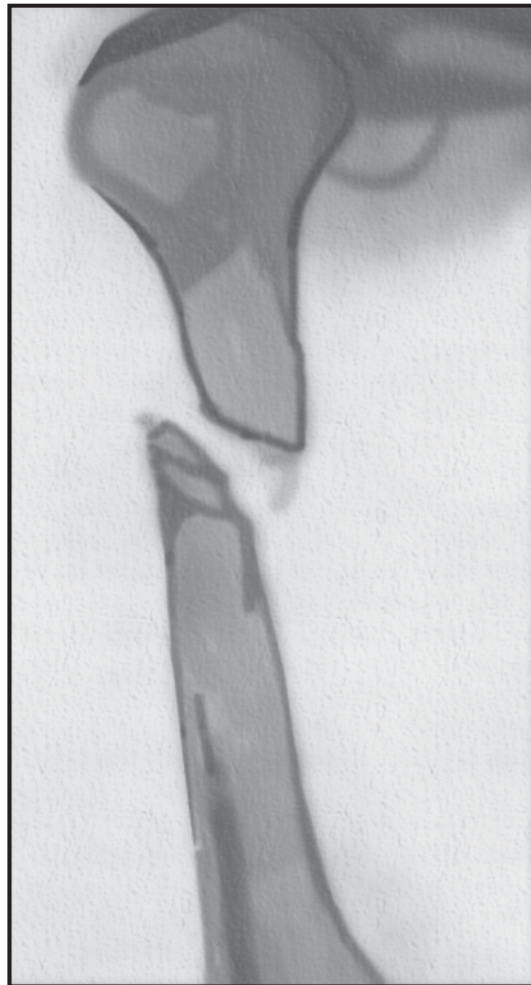


GRÁFICO 27: FRACTURA ANTIGUA DIAFISARIA DEL HÚMERO

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

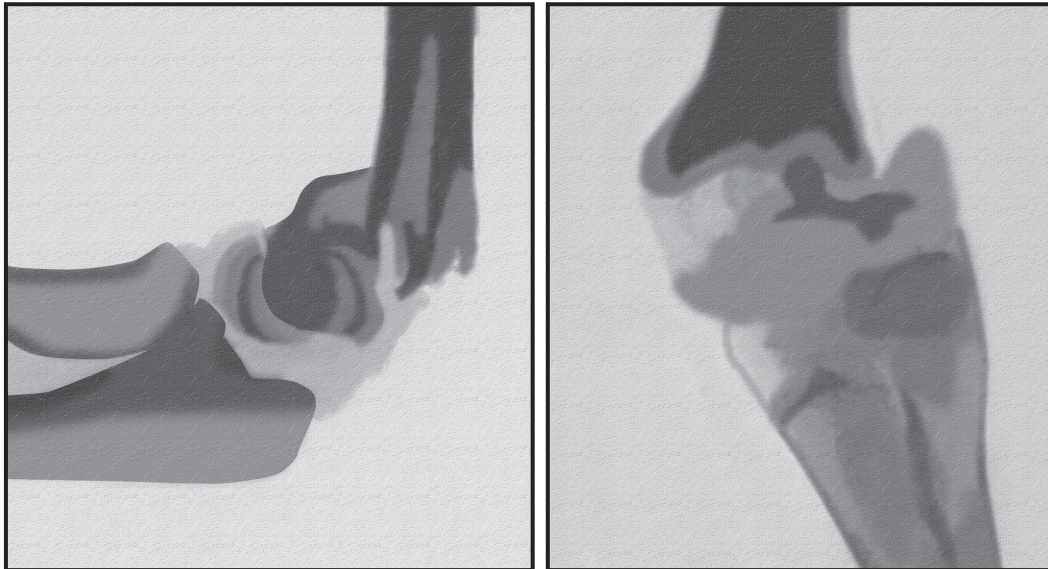


GRÁFICO 28: FRACTURA SUPRACONDILEA DEL HÚMERO

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

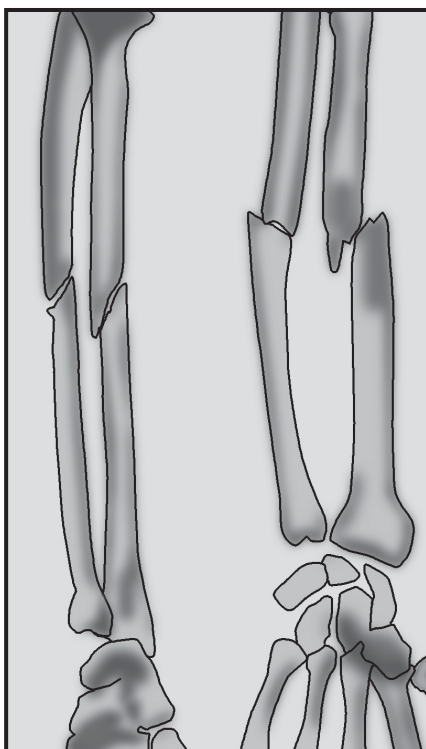


GRÁFICO 31: FRACTURA DEL ANTEBRAZO DE CÚBITO Y RADIO

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

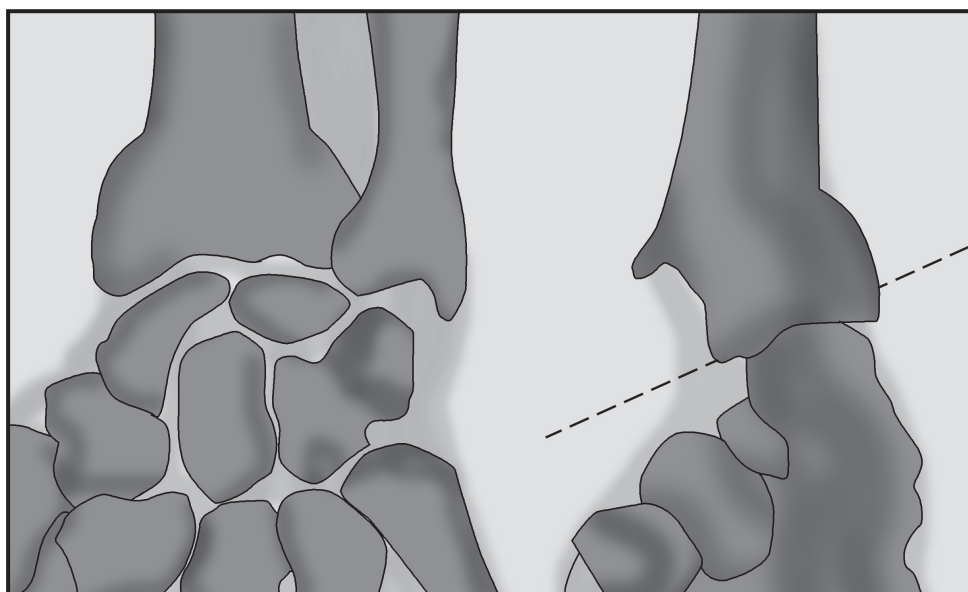


GRÁFICO 32: FRACTURA DE COLLES

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:
- Fisioterápico
 - Incruento
 - Quirúrgico
532. Las secuelas del desplazamiento epifisario distal del radio son:
- Consolidación viciosa
 - Limitación funcional
 - 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:
- Resección distal del cúbito
 - Osteotomías correctoras
 - Epifisiodesis
534. La deformidad característica en el desprendimiento epifisario distal del radio es en:
- “Ventre de tenedor”
 - “Dorso de tenedor”
 - a o b
535. El desprendimiento epifisario distal del radio se presenta:
- Hasta los 10 años
 - Desde los 10 años
 - 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

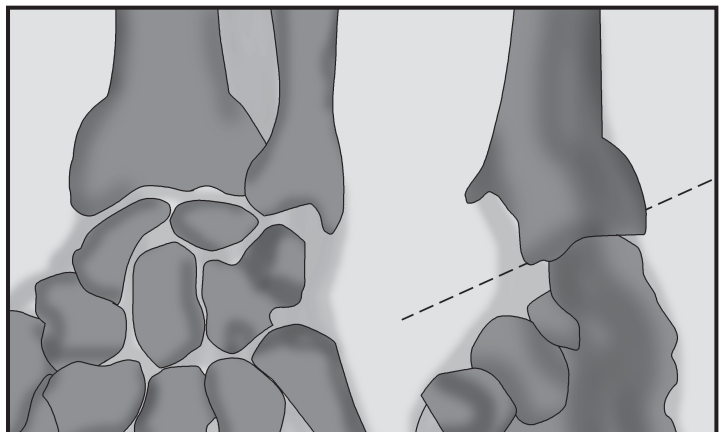


GRÁFICO 33: FRACTURA DE MUÑECA - DE LA EPÍFISIS RADIAL

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

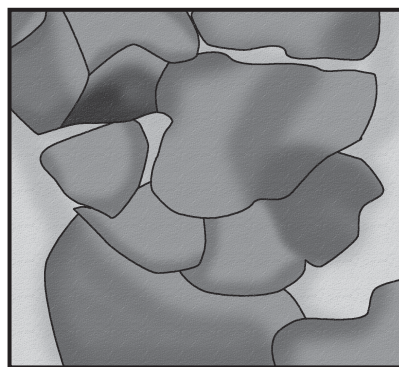


GRÁFICO 35: FRACTURA EN EL CUERPO DEL ESCAFOIDES

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**

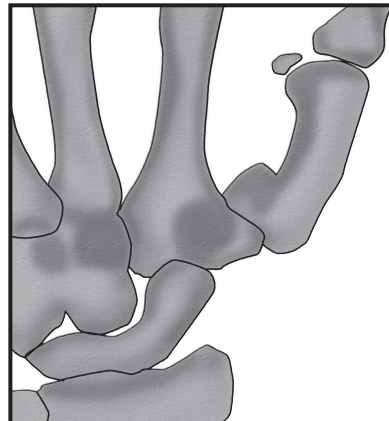
551. El tratamiento de las fracturas de la base del 1º metacarpiano es:
- Conservador
 - Quirúrgico
 - a y b
552. La limitación del movimiento del pulgar en las fracturas proximales del 1º metacarpiano es para la:
- Flexión
 - Abducción
 - Flexo extensión
553. El desplazamiento en las fracturas de la 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

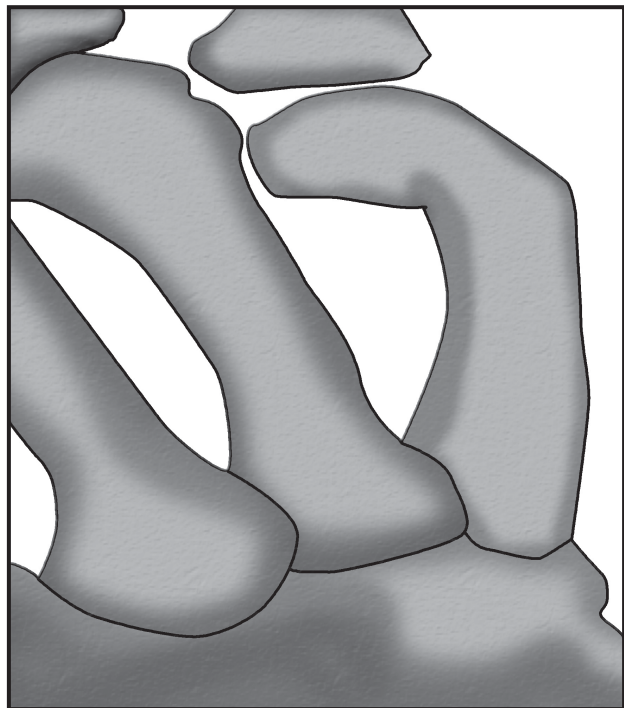


GRÁFICO 37: FRACTURA DEL QUINTO METACARPIANO

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 metacarpo-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

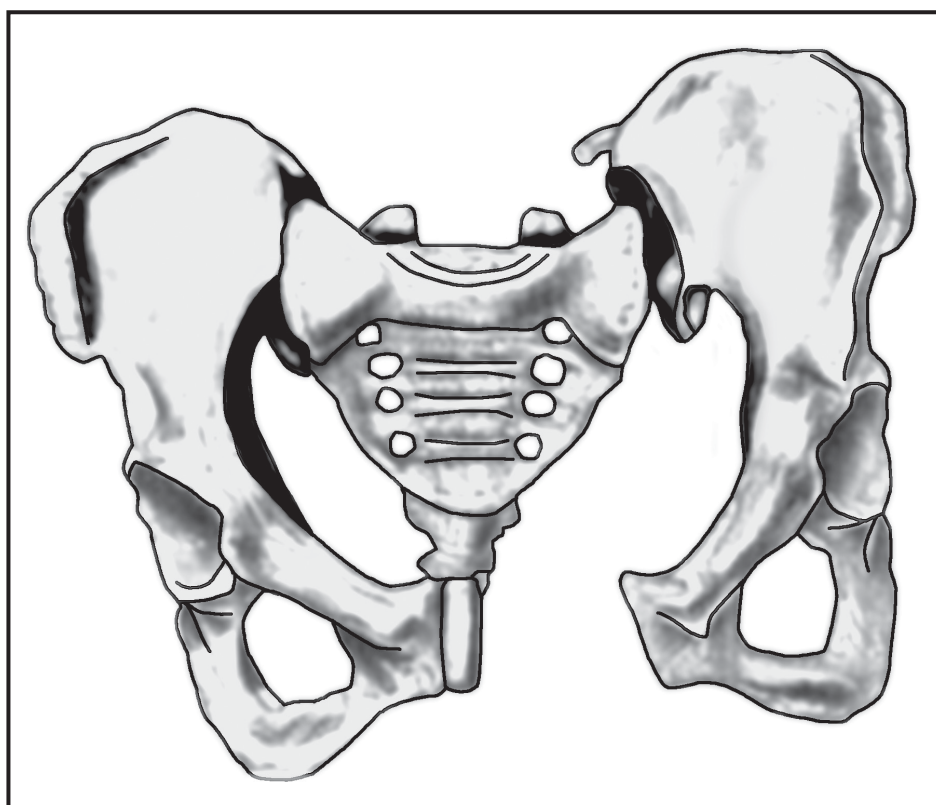


GRÁFICO 39: FRACTURAS DESPLAZADAS DE LA PELVIS
Con diastasis púbica y subluxación sacro-ilíaca izquierda.

Desprendimiento epifisario proximal del Fémur

PREGUNTAS

581. Cuando el desplazamiento epifisario proximal del fémur es menor, el tratamiento consiste en realizar una:
- Osteotomía correctora
 - Osteosíntesis
 - Inmovilización con yeso
582. Al examen en el desprendimiento epifisario proximal del fémur, se comprueba la cadera en:
- Flexión y rotación externa
 - Rotación externa y abducción
 - Abducción y rotación interna
583. En el desprendimiento epifisario proximal del fémur se encuentra:
- Acortamiento y claudicación
 - Claudicación y alargamiento
 - Cadera en aducción y dolorosa
584. El desprendimiento epifisario proximal del fémur se presenta mayormente:
- En varones, entre los 5 y 15 años
 - En mujeres, en la pubertad
 - Entre los 12 y 17 años, en varones
585. Los desprendimientos de la epífisis proximal del fémur se presentan:
- Después de un trauma en cadera
 - Lenta y progresivamente
 - 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

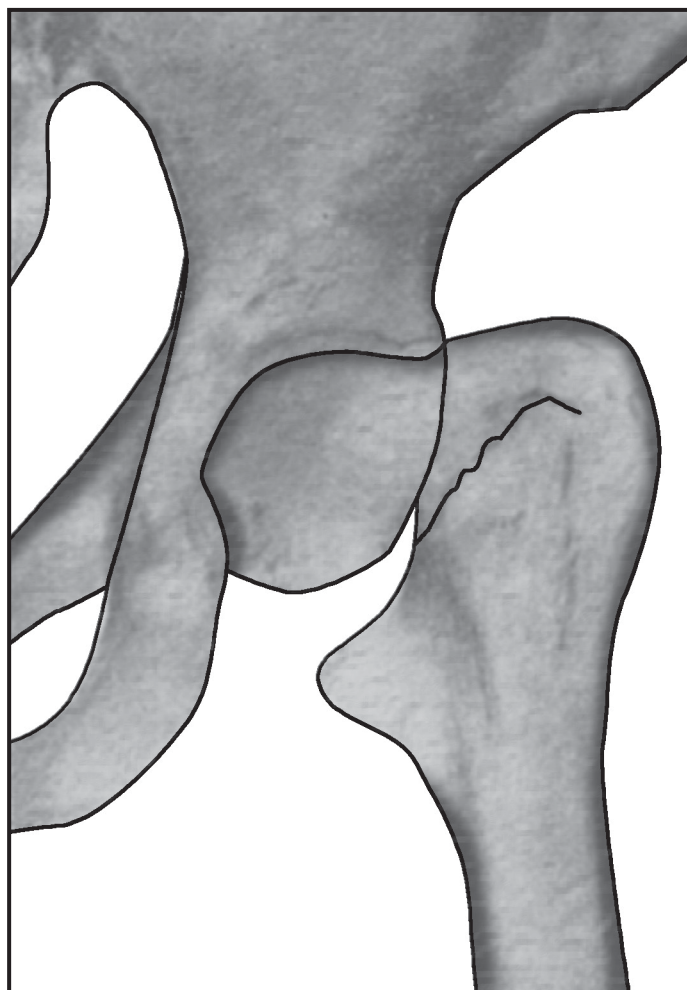


GRÁFICO 41: FRACTURA DEL CUELLO FEMORAL

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

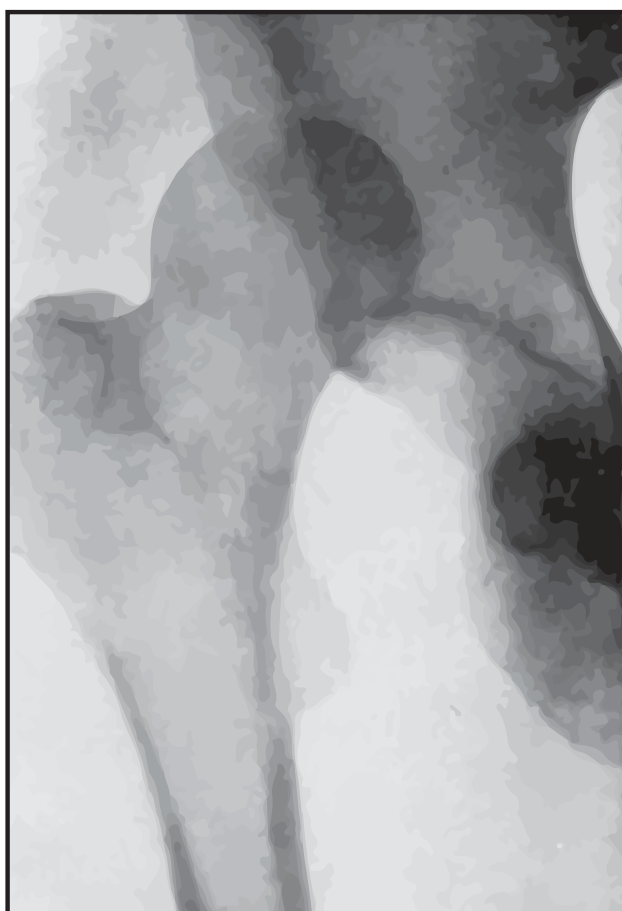


GRÁFICO 42: LUXACIÓN POSTERIOR DE CADERA

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

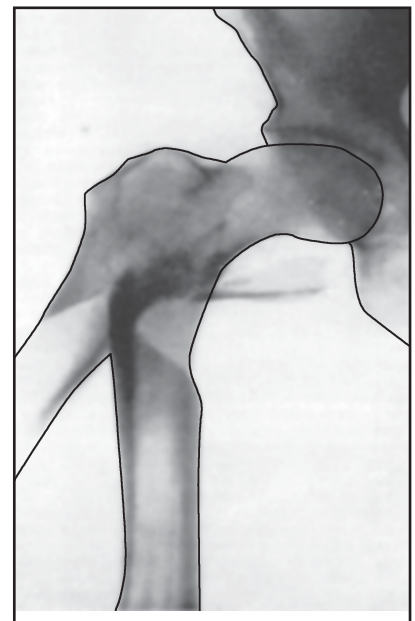
- Son relativamente frecuentes
- Se presentan por mecanismo:
 - * Directo : aplastamiento
 - * Indirecto: torsión o palanca
- Según el trazo pueden ser:
 - * Transversales * Oblicuas
 - * Espiroideas * A trazo múltiple o conminutas
- Son fracturas comúnmente desplazadas por acción muscular:
 - * Proximalmente 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:
- Incruento, con tracción manual y yeso
 - Con tracción esquelética y luego yeso
 - a y b
647. En las fracturas proximales de tibia, inicialmente se registra:
- Hemartrosis
 - Hematoma
 - Bloqueo articular
648. En las fracturas proximales de tibia, clínicamente se encuentra:
- Crepitación
 - Valgo o varo
 - Recurvatum
649. En las fracturas proximales de tibia se suele encontrar ensanchamiento:
- Ántero-posterior
 - Lateral
 - a y b
650. El mecanismo de producción de las fracturas proximales de tibia es:
- Indirecto
 - Directo
 - 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:

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

657. En las fracturas aisladas de la diáfisis de la tibia la impotencia funcional:

- a) No existe
- b) Es relativa
- c) Imposibilita la marcha

658. Cuando el mecanismo es directo en las fracturas aisladas de la diáfisis de la tibia, esta se produce en el:

- a) Tercio superior
- b) Sitio del impacto
- c) Tercio medio

659. Las fracturas aisladas de la diáfisis de la tibia se producen cuando el mecanismo es indirecto, en la unión del tercio:

- a) Superior con el medio
- b) Medio con el inferior
- c) No se precisa

660. Las fracturas aisladas de la diáfisis de la tibia son más frecuentes en:

- a) Niños
- b) Adultos
- c) 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

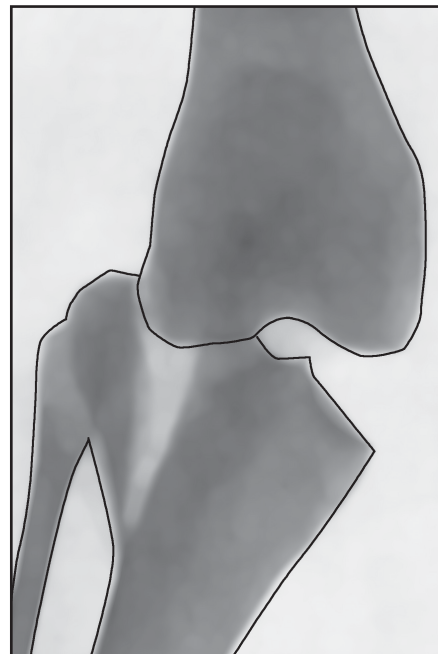


GRÁFICO 46: FRACTURA PROXIMAL DE TIBIA

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:
- Incruento
 - Con tracción
 - Cruento
662. En las fracturas de tibia y peroné, realizada la reducción puede quedar cierto grado de desplazamiento:
- Ántero-posterior
 - Torsión o rotación
 - Lateral
663. El pronóstico de las fracturas de tibia y peroné depende de factores:
- Mecánicos y biológicos
 - Ambientales
 - Socioeconómicos
664. Las fracturas de tibia y peroné, cuando se producen por mecanismo indirecto se encuentran preferentemente localizadas en la unión del tercio:
- Inferior con medio
 - Medio con superior
 - Ninguna de las dos
665. En las fracturas de tibia y peroné producidas por el mecanismo de flexión el trazo generalmente es:
- Transversal
 - Oblicuo
 - 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

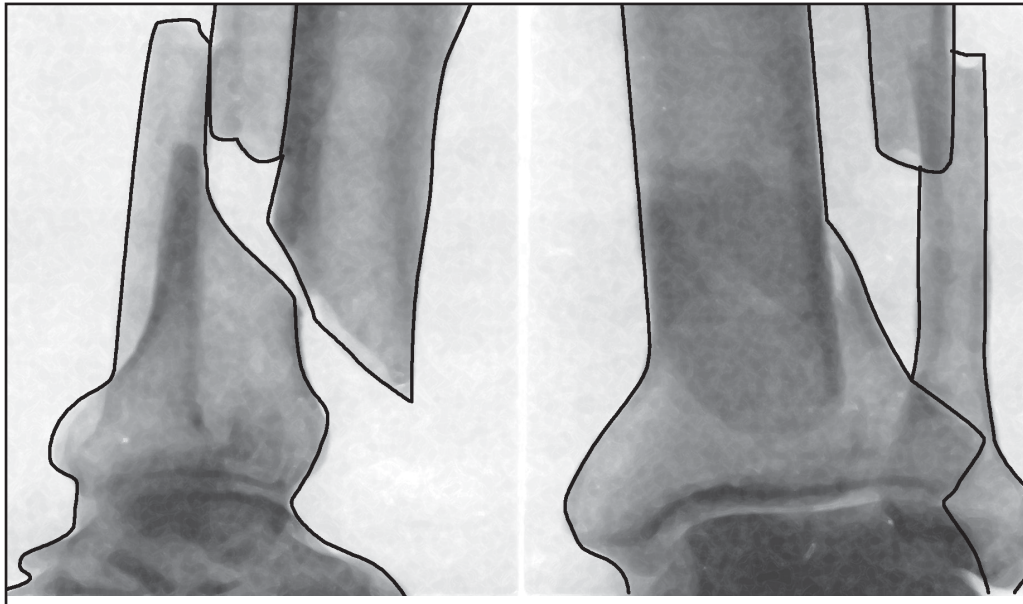


GRÁFICO 47: FRACTURA DEL TERCIO INFERIOR DE LA PIERNA

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

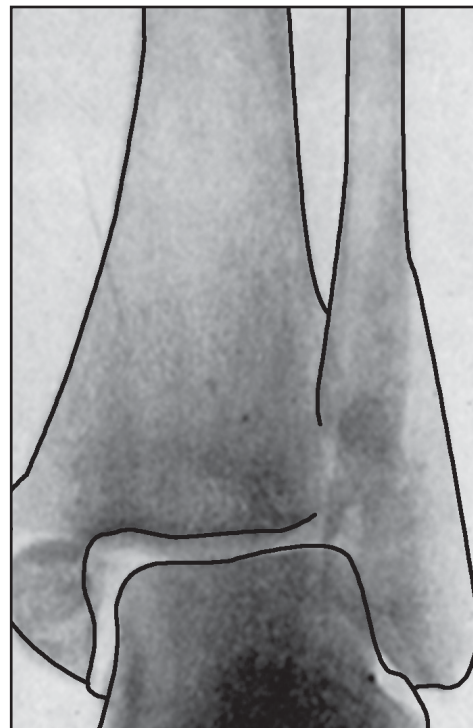


GRÁFICO 48:

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

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

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

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

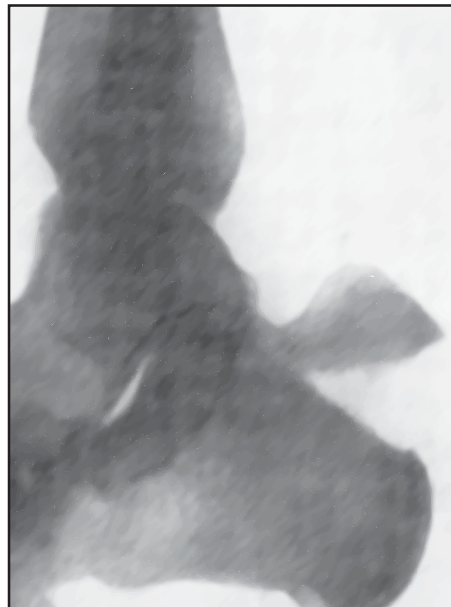


GRÁFICO 50: FRACTURA DEL CUERPO DEL CALCÁNEO DESPLAZADA

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) Infectadas
- 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:
- Osteopsatirosis
 - 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 osteopsatirosis
 - * 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) Infeccionadas
- 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) Osteopetrosis

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

756. Las fracturas conminutas se presentan preferentemente en la:
- a) Muñeca
 - b) Diáfisis metacarpal
 - c) 3ª falange
757. La angulación es más frecuente en las fracturas de:
- a) Falanges
 - b) Metacarpianos
 - c) a y b
758. El desplazamiento posterior más común es en la luxación:
- a) Metacarpo-falángica del pulgar
 - b) Del semilunar
 - c) De la radio-cubital superior
759. La interposición tendinosa se presenta en las luxaciones:
- a) De muñeca
 - b) Del carpo
 - c) De la 1ª metacarpo-falángica
760. La necrosis aséptica se presenta en las fracturas del:
- a) Semilunar
 - b) Escafoides
 - c) Cuello del 1º metacarpiano
761. La pseudoartrosis se registra en las fracturas:
- a) Del cuello del 5º metacarpiano
 - b) Del semilunar
 - c) Del escafoides
762. Las fracturas expuestas se presentan mayormente en la:
- a) Falange ungueal
 - b) Base 1º metacarpiano
 - c) Ninguna de las dos
763. El dolor a nivel de la “tabaquera anatómica” es característico de la fractura del:
- a) Trapecio
 - b) Escafoide
 - c) Hueso grande
764. El mecanismo de producción es directo en la fractura de la:
- a) Falange ungueal
 - b) Base del 1º metacarpiano
 - c) a y b
765. La tracción esquelética se usa en el tratamiento de las fracturas de:
- 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 |

CAPÍTULO III

**AFECCIONES TRAUMÁTICAS
EN EL DEPORTE**

AFECCIONES TRAUMÁTICAS EN EL DEPORTE

1. Lesiones que se presentan en el Básquet.
2. Lesiones que se presentan en el Beisbol.
3. Lesiones que se presentan en el Box.
4. Lesiones que se presentan en las carreras.
5. Lesiones que se presentan en el ciclismo.
6. Lesiones que se presentan en los Deportes Motorizados.
7. Lesiones que se presentan en los Deportes de Raqueta y equivalentes.
8. Lesiones que se presentan en la Equitación.
9. Lesiones que se presentan en el Esquí.
10. Lesiones que se presentan en el Fútbol.
11. Lesiones que se presentan en el Fútbol Americano.
12. Lesiones que se presentan en Gimnasia.
13. Lesiones que se presentan en el Golf.
14. Lesiones que se presentan en Hockey – sobre Hielo.
15. Lesiones que se presentan en Lanzamientos de Disco – Jabalina – Martillo.
16. Lesiones que se presentan en Levantamiento de Pesas.
17. Lesiones que se presentan en la práctica de la Lucha.
18. Lesiones que se presentan en la Natación.
19. Lesiones que se presenta en el Paracaidismo.
20. Lesiones que se presentan en el Patinaje.
21. Lesiones que se presentan en el deporte de Piragua y Remo.
22. Lesiones que se presentan en el Salto.
23. Lesiones que se presentan en la práctica de Tiro.
24. Lesiones que se presentan en el Vóley.

1. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN EL BÁSQUET

PREGUNTAS

806. La fractura del escafoides se registra en la práctica del:

- a) Voley
- a) Básquet
- b) a y b

807. La neuritis de cubital se suele presentar en la práctica del:

- a) Ciclismo
- b) Básquet
- c) Vóley

808. La fractura de dedos de la mano se suele presentar en la práctica del:

- a) Esquí
- b) Ciclismo
- c) Básquet

809. La luxación del hombro mayormente se presenta en el la práctica del:

- a) Esquí
- b) Básquet
- c) Pesas

810. La Bursitis Subacroical se suele presentar en la práctica del:

- a) Básquet
- b) Voley
- c) a y b

SINOPSIS 143

En la práctica de Básquet se presentan lesiones en:

Cabeza:

- Fracturas de maxilar superior
- Fracturas del arco cigomático
- Lesiones nasales

Columna

- Lesiones de la columna dorso lumbar
- Rupturas musculares del dorso

Miembro superior

- Luxación del hombro
- Bursitis sub – acromial
- Tendinitis del supra – espinoso
- Luxación recidivante del hombro
- Fractura de dedos
- Fractura de Metacarpianos
- Lesión de ligamentos de las articulaciones interfalán-gicas proximales y luxación metacarpofalángicas, mayormente del pulgar
- Fractura del escafoides

Miembro inferior

- Lesiones de la cadera y muslo: Rotura e inflamación de los músculos aductores
- Lesiones de la pierna y tobillo:
 - * Síndrome del compartimiento posterior superficial de pierna
 - * Ruptura del tendón de Aquiles
 - * Tendinitis del tibial anterior.
- Lesiones de la rodilla:
 - * Lesiones ligamentosas
 - * Lesiones del tendón rotuliano
- Lesiones del pie y dedos:
 - * Talón doloroso; inflamación de la bolsa sub-talar
 - * Exostosis sub-ungueal

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

4. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN LAS CARRERAS

PREGUNTAS

821. En las Carreras las lesiones que se presentan en el Miembro superior corresponden generalmente a:

- a) Luxaciones.
- b) Fracturas.
- c) Ninguna de las mencionadas.

822. En el Miembro inferior las lesiones que ocurren en las Carreras son de localización en:

- a) Rodilla.
- b) Pierna.
- c) a y b.

823. En las Carreras, las fracturas por esfuerzo tienen localización preferente en:

- a) Femur
- b) Tibia
- c) Peroné

824. En las competencias de Carreras se suelen presentar:

- a) La Trocanteritis
- b) La Bursitis Trocanterea
- c) Ambas.

825. Los deportistas que se dedican a la actividad de Carreras con frecuencia presentan:

- a) Talón doloroso
- b) Fascitis plantar
- c) Ambas.

SINOPSIS 146

En las carreras se presentan las siguientes lesiones:

Miembro inferior

Lesiones de la cadera y muslo - rodillas

- Rotura e inflamación de los músculos aductores de cadera, psoas, poplíteos y flexores de rodilla.
- Fracturas por esfuerzo del fémur
- Trocánteritis y bursitis trocánterea.
- Síndrome de la cinta iliotibial o epicondilitis del fémur

Lesiones de pierna y tobillo

- Síndrome del compartimiento interno o medial
- Síndrome del compartimiento posterior profundo y del compartimiento lateral
- Ruptura del tendón de Aquiles
- Tendinitis del tibial anterior
- Síndrome del tibial posterior
- Tendinitis aquilea

Lesiones del pie y dedos

- Fracturas por stress
- Talón doloroso
- Fascitis plantar – Espolón calcáneo
- Tendinitis de los hiperextensores de los dedos y del peronéo lateral corto
- Callos plantares dolorosos

Carreras

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

7. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN LOS DEPORTES DE RAQUETA Y EQUIVALENTES

Tenis – Badminton – Ping Pong – Squash

PREGUNTAS

836. La tendinitis del Supraespinoso se presenta en el deporte de:

- a) Raqueta
- b) Golf
- c) Box

837. La Espondilolistesis se registra en el:

- a) Box
- b) Golf
- c) Tenis

838. La Tendinitis del Sub-escapular se presenta en el:

- a) Tenis
- b) Box
- c) Golf

839. En la práctica del tenis, se presenta:

- a) Epitrocleititis
- b) Tendinitis del pectoral mayor
- c) Tendinitis de la mano

840. La tendinitis de la mano se presenta en el:

- a) Ping Pong
- b) Box
- c) Golf

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

SINOPSIS 149

Las lesiones que se presentan en deportes de raqueta son:

Columna

- Lesiones de la columna dorso–lumbar
- Inflamación de las inserciones tendinosas
- Escoliosis

Miembro superior

- Luxación recidivante de hombro
- Desgarro del reborde glenoideo
- Ruptura del tendón supra-espinoso
- Tendinitis del supra-espinoso
- Tendinitis del sub-escápular
- Inflamación de la inserción del pectoral mayor
- Atrapamiento nervio-cubital - en el codo
- Ruptura del tendón del bíceps
- Inflamación del tendón del bíceps
- Codo del tenista - Epicondilitis
- Codo del lanzador
- Tendinitis mano
- Luxaciones mano

Miembro inferior

- Inflamación y ruptura del psoas
- Ruptura muscular en muslo
- Lesión del tendón rotuliano
- Síndrome del tibial anterior o del compartimiento anterior
- Síndrome del compartimiento posterior superficial o “pierna del tenista”
- Ruptura del tendón de Aquiles
- “Uña negra”

8. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN LA EQUITACIÓN

PREGUNTAS

841. Las fracturas de clavícula se suelen presentar en los deportes:

- a) Lucha libre
- b) Equitación
- c) Ciclismo

842. Las fracturas de escápula se presentan en:

- a) Equitación
- b) Esquí
- c) Rugby

843. Las fracturas proximales de húmero se presentan en los deportes de:

- a) Jockey
- b) Equitación
- c) Ciclismo

844. La luxación acromio-clavicular se presenta en:

- a) Ciclismo
- b) Equitación
- c) a y b

845. La luxación recidivante del hombro ocurre en:

- a) Lanzamientos
- b) Salto
- c) Ambos

SINOPSIS 150

Las lesiones que se presentan en la equitación son:

Cabeza

- Traumatismo encéfalo-craneano
- Lesiones del facial
- Lesiones nasales

Abdomen

- Lesiones de los músculos abdominales

Columna

- Lesiones de la columna dorso-lumbar
- Fracturas vertebrales

Miembro superior

- Fracturas de clavícula
- Fracturas de escápula
- Fractura proximal del Húmero
- Luxación acromio-clavicular
- Fractura de la diáfisis del húmero
- Fractura de muñeca

Miembro inferior

- Lesiones - Fracturas de pierna
- Lesiones de tobillo

Equitación

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

9. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN EL ESQUÍ

PREGUNTAS

846. Las lesiones que se producen en la práctica del Esquí son las fracturas del húmero que comprometen al:

- a) Tercio proximal
- b) Tercio medio
- c) Tercio distal

847. Las luxaciones que se presentan en el deporte de Esquí a nivel del hombro son:

- a) Acromio – clavicular
- b) Escápulo - humeral
- c) Ambas

848. En la práctica del Esquí se produce fractura del:

- a) Escafoide
- b) Antebrazo (1/3 medio)
- c) a y b

849. Las lesiones que se presentan en el miembro inferior en relación con la práctica del Esquí son:

- a) Fracturas proximales del fémur
- b) Fracturas de pierna y tobillo
- c) Ambas

850. En el pie las lesiones que presentan durante la práctica del esquí, son de localización en:

- a) Dedos del pie
- b) Astrágalo
- c) a y b

SINOPSIS 151

Las lesiones que se presentan en la práctica del esquí son:

En miembro superior

- Fractura proximal del húmero
- Luxación del hombro
- Luxación acromio clavicular
- Fractura del escafoides
- Fractura de muñeca – Luxaciones y fracturas de mano
- Inflamación de vaina tendinosa del antebrazo
- Inflamación muscular del antebrazo

En miembro inferior

- Lesiones de cadera y muslo:
 - Fracturas proximales del fémur
- Lesiones de pierna y tobillo:
 - Fracturas de pierna
 - Síndrome del tibial posterior
- Lesiones del pie y dedos: Fracturas del astrágalo

Esquí

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

10. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN EL FÚTBOL

PREGUNTAS

851. La fractura proximal del húmero se presenta en los deportes:

- a) Equitación
- b) Remo
- c) Fútbol

852. La ruptura del tendón del bíceps se presenta en la práctica del:

- a) Remo
- b) Equitación
- c) Fútbol

853. La fractura de muñeca se presenta en la práctica del:

- a) Fútbol
- b) Equitación
- c) a y b

854. El esguince acromio clavicular suele presentarse en la práctica de los siguientes deportes:

- a) Remo
- b) Fútbol
- c) Equitación

855. La tendinitis en manos mayormente se presenta en la práctica de los siguientes deportes:

- a) Fútbol
- b) Remo
- c) Equitación

SINOPSIS 152

Las lesiones que se presentan en la práctica del fútbol son:

Cabeza

- Traumatismo encéfalo-craneano
- Fracturas del maxilar superior
- Lesiones nasales
- Lesiones faciales
- Fractura del arco cigomático
- Lesiones oculares

Cuello y Dorso - Columna

- Lesiones de la columna cervical
- Lesiones de la columna dorso – lumbar
- Tortícolis
- Rupturas musculares del dorso

Miembro superior

- Esquince acromio-clavicular
- Ruptura del tendón supra-espinoso
- Tendinitis del sub-escapular
- Hemartrosis en brazos por stress - en arqueros
- Fractura de Metacarpianos
- Fractura de dedos (mano)
- Contusiones en mano
- Fractura de muñeca
- Luxaciones de hombro y codo

Miembro inferior – abdomen

- Inflamación y ruptura de los músculos aductores y psoas
- Miositis osificante del muslo
- Inflamación y ruptura proximal del músculo recto anterior
- Lesiones de rodilla:
 - * Lesiones ligamentosas
 - * Luxación de rótula
- Lesiones de pierna y tobillo:
 - * Fractura de pierna
 - * Ruptura de tendón de Aquiles
- Lesiones de pie y dedos:
 - * Fractura del astrágalo
 - * Dedo de “turf”
 - * Fracturas metatarsianas
 - * “Uña negra”
- Abdomen: Inflamación y ruptura de los músculos abdominales

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

11. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN EL FÚTBOL AMERICANO

PREGUNTAS

856. En el Fútbol Americano las lesiones comprometen generalmente a:

- a) Columna cervical b) Columna dorso – lumbar c) a y b

857. En la práctica del Fútbol Americano se presenta:

- a) Espondilolistesis b) Fractura de la escápula c) Ambas

858. En el Fútbol Americano suele presentarse:

- a) Fractura de la escápula b) Fractura medial del húmero
c) Fractura de metatarsianos

859. En el Fútbol Americano se presenta fracturas de:

- a) Pierna b) Tobillo c) Ambas

860. Las fracturas que se presentan en el Fútbol Americano se localizan mayormente en:

- a) Metacarpianos b) Metatarsianos c) Dedos

Fútbol Americano

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

SINOPSIS 153

Las lesiones que se presentan en la práctica del fútbol americano son:

En columna

- Lesiones de la columna dorso – lumbar
- Espondilolistesis

En miembro superior

- Fracturas de escápula
- Fractura proximal del húmero
- Luxación de hombro
- Fractura de metacarpianos
- Tendinistis del supra-espinoso
- Luxación recidivante de hombro
- Tendinitis del sub-escapular

En miembro inferior

- Fracturas en pierna y tobillo - Dedo “turf”

12. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN GIMNASIA

PREGUNTAS

861. En la práctica de la gimnasia suele presentarse lesiones en:

- a) Miembro superior y columna b) Miembro inferior y abdomen
c) Columna y miembros

862. Las lesiones que se presentan en los gimnastas generalmente comprometen a:

- a) Músculo Psoas b) Tendón largo del bíceps
c) Tendón de Aquiles

863. Las fracturas que se presentan en los gimnastas generalmente comprometen a:

- a) Metacarpianos b) Metatarsianos c) a y b

864. En la práctica de la gimnasia se presentan:

- a) Espondilitis b) Espondilo-listesis c) a y b

865. En la realización de la gimnasia las lesiones que se presentan en la columna generalmente comprometen al:

- a) Muslo y Rodilla b) Brazo y Codo c) Ambas

SINOPSIS 154

Las lesiones que se presentan en la gimnasia son:

En Columna - Abdomen

- Espondilitis – Espondilolistesis dorso-lumbar
- Inflamación y ruptura de los músculos de la pared abdominal

En Miembro superior

- Ruptura del tendón largo del bíceps
- Lesiones en brazo y codo
- Fractura de metacarpianos

Gimnasia

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

13. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN GOLF

PREGUNTAS

866. En el golf se suele presentar el llamado:

- a) "Codo del Tenista" b) "Codo del lanzador" c) a y b

867. En el golf, entre las manifestaciones que se presentan, cabe considerar, la inflamación de la inserción del:

- a) Pectoral mayor b) Pectoral menor c) a y b

868. En la práctica del golf se presenta la inflamación de la inserción del:

- a) Pectoral mayor b) Tendón largo del bíceps c) Ambas

869. En el golf se suele presentar lesiones de la columna:

- a) Cérvico – Dorsal b) Dorso – Lumbar c) Lumbo – Sacra

870. En la práctica del golf se registra la inflamación del tendón del:

- a) Pectoral menor b) Pectoral mayor c) a y b

SINOPSIS 155

Las lesiones que se presentan en el golf son:

En Columna - Abdomen

- Lesiones de la columna dorso–lumbar
- Espondilolistesis

En Miembro superior

- Inflamación de la inserción del pectoral mayor
- Inflamación del tendón largo del bíceps
- Codo del tenista – Codo del lanzador

Golf

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

14. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN HOCKEY – SOBRE HIELO

PREGUNTAS

871. Entre las lesiones que se registran en la cabeza, en el Deporte del Hockey sobre hielo, se mencionan:

- a) Las lesiones faciales
- b) Las fracturas dentales
- c) Ambas

872. En la práctica del Hockey sobre hielo, se presentan:

- a) Fracturas del maxilar superior
- b) Fracturas del maxilar inferior
- c) a y b

873. En el Hockey sobre hielo se presentan fracturas de:

- a) Escápula
- b) Pelvis
- c) Costales

874. En el miembro superior las lesiones que se presentan en el Hockey sobre hielo son fracturas:

- a) De muñeca
- b) Del hueso ganchoso
- c) a y b

875. En el miembro inferior las lesiones que se presentan en el Hockey sobre hielo son:

- a) De los ligamentos de la rodilla
- b) Del cuello del fémur
- c) Luxación de cadera

SINOPSIS 156

En las lesiones que se presentan en el Hockey sobre hielo son:

En la Cabeza y Cuello

- Lesiones faciales
- Fracturas del maxilar superior
- Fracturas del arco cigomático
- Lesiones nasales
- Fracturas dentales
- Heridas del cuello

En el Miembro superior

- Fractura de escápula
- Luxación de hombro
- Luxación recidivante de hombro
- Fractura de Metacarpiano
- Fractura de escafoides
- Fractura de muñeca
- Fractura de hueso ganchoso

En el Miembro inferior

- Lesiones en cadera y muslo
- Inflamación y ruptura de los músculos aductores
- Inflamación sacro ilíaca
- Miositis osificante del muslo
- Lesiones ligamentosas en rodilla
- Lesiones de pierna y tobillo
- Fracturas de pierna
- Tendinitis del tibial anterior

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

Hockey sobre hielo

15. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN LANZAMIENTOS DE DISCO – JABALINA – MARTILLO

PREGUNTAS

876. Los desgarros del reborde glenoideo se presentan en los deportes de:

- a) Pesas
- b) Saltos
- c) Lanzamiento

877. La ruptura tendinosa del supra-espinoso ocurre en el:

- a) Tenis
- b) Box
- c) a y b

878. La tendinitis del sub-escapular se presenta en los deportes de:

- a) Lucha
- b) Lanzamientos
- c) Remo

879. La ruptura del tendón supra espinoso ocurre en:

- a) Lanzamientos
- b) Pesas
- c) a y b

880. La inflamación del tendón largo del bíceps se produce en la práctica del deporte de:

- a) Remo
- b) Lanzamientos
- c) a y b

SINOPSIS 157

Las lesiones que se presentan en lanzamientos de disco, jabalina - martillo son:

En Columna

- Lesiones de la columna dorso-lumbar.
- Escoliosis
- Espondilolistesis
- Rupturas musculares
- Inserciones tendinosas

En el Miembro superior

- Luxación recidivante de hombro
- Inflamación del tendón largo del bíceps
- Desgarro del reborde glenoideo
- Ruptura – Tendinitis del supraespinoso
- Fractura de la diáfisis del húmero
- Tendinitis del sub escapular
- Codo del lanzador – epitrocleitis, olecranitis, tendinitis
- Ruptura del músculo pectoral mayor
- Ruptura del tendón largo del bíceps
- Atrapamiento del nervio cubital (codo)
- Tendinitis de muñeca

En el Miembro inferior

- Lesiones de rodilla
- Lesión del tendón rotuliano

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

Lanzamientos

16. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN LEVANTAMIENTO DE PESAS

PREGUNTAS

881. Las lesiones que se producen por el levantamiento de Pesas a nivel del abdomen son las:

- a) Rupturas musculares del dorso
- b) La inflamación de las inserciones tendinosas
- c) Ambas

882. En el deporte de levantamiento de Pesas, suele presentarse:

- a) Ruptura del tendón largo del bíceps
- b) Epicondilitis
- c) Ninguna

883. En el levantamiento de Pesas, se presenta:

- a) Ruptura de los músculos aductores de cadera
- b) Tendinitis del sub escapular
- c) Ambos

884. Las lesiones que se producen a nivel abdominal como consecuencia del levantamiento de pesas son:

- a) Los arrancamientos musculares
- b) Las hernias
- c) Inflamación y ruptura de los músculos abdominales

885. Las lesiones que se presentan en el levantamiento de pesas con localización en la cabeza son a nivel:

- a) Del pabellón auricular
- b) Nasal
- c) No a) ni b)

SINOPSIS 158

Las lesiones que se presentan en el levantamiento de pesas son:

En Columna y Abdomen

- Rupturas musculares del dorso
- Inflamación de las inserciones tendinosas
- Inflamación y ruptura de los músculos abdominales

En miembro superior

- Ruptura del pectoral mayor
- Lesión del nervio serrato
- Ruptura del tendón largo del biceps
- Tendinitis del sub escapular
- Inflamación de la inserción del pectoral mayor

En Miembro inferior

- Lesiones de cadera
- Inflamación y ruptura de los músculos aductores

Levantamiento de pesas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

17. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN LA PRÁCTICA DE LA LUCHA

Artes marciales – Judo – Karate

PREGUNTAS

886. Las lesiones que afectan a la columna en el karate son a nivel:

- a) Cervical
- b) Cérvico – dorsal
- c) Dorso – lumbar

887. Las lesiones que comprometen en el judo al miembro superior son:

- a) Ruptura del músculo pectoral mayor
- b) Ruptura del tendón largo del bíceps
- c) ambas

888. Las lesiones que comprometen en la lucha, al miembro inferior son:

- a) Lesiones de cadera y muslo
- b) Lesiones de muslo y pierna
- c) Lesiones de pierna y tobillo

889. En el karate las lesiones que comprometen a la mano son:

- a) Los Esguinces
- b) La fractura del pisciforme
- c) Ambas

890. El desgarro del reborde glenoideo se presenta en:

- a) La lucha
- b) En el Tenis
- c) Ambas

SINOPSIS 159

En la Cabeza – Cuello – Abdomen – Genitales

- Lesiones del pabellón auricular
- Lesiones en el cuello
- Inflamación y ruptura de los músculos abdominales
- Lesiones genitales - testiculares

En la Columna

- Lesiones de columna dorso–lumbar
- Rupturas musculares del dorso

En el Miembro superior

- Luxación de hombro
- Inflamación del tendón largo del bíceps
- Luxación acromio-clavicular
- Desgarro del reborde glenoideo
- Fractura del húmero
- Ruptura de tendón supra-espinoso
- Fractura de muñeca y mano
- Tendinitis del supra-espinoso
- Ruptura del músculo pectoral mayor
- Fractura del pisciforme
- Contusión mano
- Ruptura del tendón largo del bíceps
- Esquinca mano

En el Miembro inferior

- Lesiones en cadera y muslo
- Lesiones de rodilla
- Lesiones de bíceps crural

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

18. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN LA NATACIÓN

PREGUNTAS

891. La ruptura del deltoides se presenta en la natación, estilo:

- a) Espalda
- b) Mariposa
- c) Pecho

892. La inflamación de la inserción del pectoral mayor se suele producir en la práctica de:

- a) Cricket
- b) Natación
- c) Box

893. La inflamación del tendón largo del bíceps se presenta en:

- a) Natación
- b) Golf
- c) a y b

894. El codo del tenista suele producirse en la práctica del:

- a) Ping pong
- b) Natación
- c) Box

895. La tendinitis del supinador largo y del bíceps se presenta en el:

- a) Golf
- b) Natación
- c) Ninguno

SINOPSIS 160

Las lesiones que se presentan en la Natación son:

En la Cabeza

- Afecciones de oído: Otitis
- Afecciones de los ojos: Conjuntivitis

En Columna vertebral – Abdomen

- Tortícolis
- Inflamación y ruptura de músculos abdominales
- Espondilolistesis

En Miembro superior

- Ruptura – Inflamación del deltoides (estilo mariposa)
- Inflamación del tendón largo del bíceps
- Inflamación de la inserción del pectoral mayor
- Epitrocleitis (estilo mariposa)
- Lesión del nervio serrato (estilo espalda)

Miembro inferior

- Lesiones de cadera

Natación

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

19. LESIONES QUE SE PRESENTA EN EL PARACAIDISMO

PREGUNTAS

896. Las lesiones que se presentan en el Paracaidismo son de localización en:

- a) Columnna b) Miembro superior c) Miembro inferior

897. En el Paracaidismo se presentan lesiones en:

- a) Manos b) Rodillas c) Pies

898. Las lesiones que se presentan en el Paracaidismo, se manifiestan por dolor en:

- a) Antepies b) Región plantar c) Retropies

899. En el Paracaidismo las fracturas que suelen presentarse son de localización en:

- a) Columnna b) Pies c) Caderas

900. Las fracturas que ocurren en el Paracaidismo son de localización en:

- a) Cuello del fémur b) Calcaneos c) Pelvis

SINOPSIS 161

En el paracaidismo las lesiones que se presentan tienen localización en miembros inferiores y corresponden a las fracturas de calcáneos.

Paracaidismo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

20. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN EL PATINAJE

PREGUNTAS

901. Las lesiones que se presentan en la práctica del patinaje tienen localización en:
- a) Columna y miembro superior
 - b) Miembro inferior y columna
 - c) Miembros superiores e inferiores
902. En lesiones en miembro superior en el patinaje corresponden a:
- a) Fracturas de clavícula
 - b) Luxación del hombro
 - c) Fracturas del codo
903. En las lesiones del miembro inferior en el patinaje figuran:
- a) La luxación de cadera
 - b) Fracturas proximales del fémur
 - c) Fractura de rótula
904. Entre las lesiones que se registran en la práctica del patinaje se cuentan:
- a) Fracturas diafisarias del fémur
 - b) Fracturas de rótula
 - c) El Síndrome del tibial posterior
905. En el patinaje se presentan lesiones del:
- a) Hombro y húmero
 - b) Cadera y rodilla
 - c) Pierna y tobillo

Patínaje

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

SINOPSIS 162

Las lesiones que se presentan en el patinaje son:

En Miembro superior

- Luxación de hombro

En Miembro inferior

- Lesiones de cadera
- Fracturas proximales del fémur
- Lesiones de pierna y tobillo:
Síndrome del tibial posterior

22. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN EL SALTO

PREGUNTAS

911. La ruptura del tendón largo del bíceps se presenta en el deporte de:

- a) Pesas
- b) Lanzamiento
- c) a y b

912. En las competencias de saltos suele presentarse:

- a) Desgarros del bíceps
- b) Fracturas del húmero
- c) a y b

913. La espondilolistesis se presenta en la práctica del deporte de:

- a) Saltos
- b) Pesas
- c) a y b

914. Las fracturas del húmero se suelen presentar en el:

- a) Saltos
- b) Lanzamiento
- c) a y b

915. La bursitis del hombro se presenta en los deportes de:

- a) Pesas
- b) Saltos
- c) Lanzamiento

SINOPSIS 164

Las lesiones que se presentan en el salto son:

En Columna vertebral y dorso

- Lesiones de la columna dorso – lumbar
- Ruptura de los músculos del dorso
- Espondilolistesis

En Miembro superior

- Luxación recidivante de hombro
- Desgarros del bíceps
- Bursitis de hombro
- Fracturas del húmero

En Miembro inferior

- Lesiones de cadera y muslo:
 - * Ruptura de los músculos aductores y psoas
 - * Ruptura muscular del cuádriceps y flexores poplíteos
- Lesiones de rodilla: del tendón rotuliano
- Lesiones de pierna y tobillo:
 - * Síndrome de compartimiento anterior
 - * Síndromes del compartimiento posterior superficial profundo y lateral
 - * Ruptura del tendón de Aquiles
 - * Lesiones ligamentosas del tobillo
 - * Dislocaciones de los tendones peronéos
- Lesiones del pie
 - * Talón doloroso
 - * Fascitis plantar
 - * Espolón calcáneo
 - * Fracturas del astrágalo

Salto

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

23. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN LA PRÁCTICA DE TIRO

PREGUNTAS

916. Las lesiones que se presentan en la práctica del tiro comprometen al:
- a) Miembro superior b) Miembro inferior c) A ambos
917. Las actividades que se realizan en la práctica del tiro afecta al miembro superior con el que se dispara a nivel de:
- a) La mano b) La muñeca c) a y b
918. La patología que determina la práctica habitual de tiro, se manifiesta por tendinitis a nivel de:
- a) Hombro b) Antebrazo c) Mano
919. El dolor que presentan quienes practican habitualmente el tiro como actividad deportiva corresponde a una:
- a) Artritis b) Tendinitis c) Ambos
920. Mayormente, el tratamiento de la patología que se presenta en la práctica de tiro es:
- a) Quirúrgico b) El enyesado c) La terapia física

Tiro

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

SINOPSIS 165

- No se afecta la cadera humeral ni la articulación del hombro.
- Tampoco se encuentran afectados los tendones de localización en codo y muñeca.
- Solo se evidencia la tendinitis en la mano con que se dispara.

24. LESIONES QUE SE PRESENTAN EN EL VÓLEY

PREGUNTAS

921. En el vóley se presentan fracturas:

- a) Del arco cigomático
- b) Del maxilar inferior
- c) Ambas

922. En el vóley se suele presentar lesiones de:

- a) La columna cervical
- b) Columna dorso – lumbar
- c) Columna lumbar

923. En el vóley se presenta:

- a) Lesiones nasales
- b) Rupturas musculares del dorso
- c) Ambas

924. La práctica del vóley predispone a la presentación de fracturas del:

- a) Escafoides
- b) Semilunar
- c) Hueso grande

925. Las lesiones que se presentan en el vóley en miembros inferiores son de localización en:

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

Vóley

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 227

SINOPSIS 166

En el vóley se presentan las siguientes lesiones:

En Cabeza

- Fracturas del arco cigomático
- Lesiones nasales
- Fracturas de maxilar superior

En Columna

- Rupturas musculares del dorso
- Lesiones de la columna dorso – lumbar

En Miembro superior

- Luxación del hombro
- Lesión de ligamentos de las articulaciones interfalángicas proximales y luxación meta - carpofalángicas, mayormente del pulgar
- Ruptura del tendón del supra-espinoso
- Bursitis sub-acromial
- Tendinitis del supra-espinoso
- Luxación recidivante del hombro
- Fractura de metacarpianos
- Fractura del escafoides
- Fractura de dedos

Miembro inferior

- Lesiones de la cadera y muslo:
 - * Rotura e inflamación de los músculos aductores
- Lesiones de rodilla:
 - * Lesiones ligamentosas
 - * Lesiones del tendón rotuliano
- Lesiones de la pierna y tobillo:
 - * Síndrome del compartimiento posterior superficial de pierna
 - * Ruptura del tendón de Aquiles
 - * Tendinitis del tibial anterior
- Lesiones del pie y dedos:
 - * Talón doloroso: inflamación de la bolsa sub-talar
 - * Exostosis sub-ungueal

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

926. La fractura de Bennett del primer metacarpiano se presenta en el:

- a) Box
- b) Tenis
- c) Golf

927. En la natación la epitrocleitis se presenta en el estilo:

- a) Libre
- b) Pecho
- c) Mariposa

928. El codo del tenista se presenta en el:

- a) Golf
- b) Ping pong
- c) Cricket

929. La fractura proximal del húmero ocurre en:

- a) Equitación
- b) Remo
- c) Fútbol

930. El esguince acromio-clavicular ocurre en el:

- a) Béisbol
- b) Remo
- c) Fútbol

931. Las lesiones de la mano se presentan en el:

- a) Tenis
- b) Básquet
- c) Ambas

932. Las fracturas de los dedos se presentan en el:

- a) Fútbol
- b) Básquet
- c) a y b

933. La neuritis del cubital a nivel de la muñeca se presenta en el:

- a) Esquí
- b) Ciclismo
- c) Béisbol

934. La fractura del hueso ganchoso se presenta en el:

- a) Béisbol
- b) Ciclismo
- c) a y b

935. Las fracturas de los dedos se presentan en el:

- a) Tenis
- b) Golf
- c) Básquet

936. En el patinaje se suele presentar:

- a) Fracturas de muñeca
- b) Luxación de hombro
- c) Neuritis cubital

937. En el vóley se presenta:

- a) Fractura del escafoides
- b) Tendinitis del supra-espinoso
- c) Ambas

PREGUNTAS

938. En el ciclismo se presenta:

- a) Neuritis del mediano
- b) Fractura de clavícula
- c) a y b

939. En la práctica del Esquí se presenta:

- a) Fractura de dedos
- b) Fractura de muñeca
- c) Neuritis del mediano

940. En el básquet se suelen presentar:

- a) Fracturas del húmero
- b) Fracturas del escafoides
- c) Luxación del codo

941. En las carreras se suele presentar mayormente:

- a) Contusiones
- b) Tendinitis
- c) a y b

942. En los lanzamientos se presentan:

- a) Tendinitis bíceps
- b) Tendinitis sub-escapular
- c) Ambas

943. En los saltos se presentan:

- a) Luxación recidivante del hombro
- b) Ruptura del supra-espinoso
- c) Luxación acromio clavicular

944. En el levantamiento de pesas suele presentarse:

- a) Ruptura del pectoral mayor
- b) Tendinitis del subescapular
- c) a y b

945. En la práctica del tiro se presenta:

- a) Tendinitis del bíceps
- b) Tendinitis de muñeca
- c) Tendinitis de la mano

946. La ruptura del tendón largo del bíceps se presenta en el deporte de:

- a) Pesas
- b) Lanzamientos
- c) Ambos

947. En las competencias de saltos suele presentarse:

- a) Desgarros del bíceps
- b) Fracturas del húmero
- c) a y b

948. En los deportes de lucha se presentan:

- a) Ruptura del pectoral mayor
- b) Ruptura del deltoides
- c) Desgarro del bíceps

949. Las fracturas diafisarias del húmero se suelen presentar en el:

- a) Levantamiento de pesas
- b) Saltos
- c) Lanzamiento

950. La bursitis del hombro se presenta en los deportes de:

- a) Pesas
- b) Saltos
- c) Lanzamientos

PREGUNTAS

951. La inflamación de los músculos del antebrazo se presenta en el:
- a) Ping pong
 - b) Remo
 - c) Fútbol
952. La fractura del escafoide se presenta en:
- a) Equitación
 - b) Fútbol
 - c) Básquet
953. Las fracturas de muñeca se presentan en:
- a) Ciclismo
 - b) Básquet
 - c) Lucha
954. La neuritis del cubital se presenta en el:
- a) Esquí
 - b) Ciclismo
 - c) Equitación
955. La fractura de metacarpianos se presenta en el:
- a) Fútbol
 - b) Básquet
 - c) a y b
956. En la Gimnasia se presenta:
- a) Ruptura del tendón del bíceps
 - b) Fractura del húmero
 - c) Tendinitis del bíceps
957. En la práctica del Golf se presenta:
- a) Codo del tenista
 - b) Tendinitis del bíceps
 - c) a y b
958. En el deporte de lucha se presenta:
- a) Ruptura del tendón del bíceps
 - b) Tendinitis del bíceps
 - c) a y b
959. En los lanzamientos se presentan:
- a) Fractura del húmero
 - b) Codo del tenista
 - c) Codo de golfista
960. En el Tenis ocurre:
- a) Ruptura del tendón del bíceps
 - b) Tendinitis del bíceps
 - c) a y b
961. Las miositis del antebrazo ocurren en la práctica del:
- a) Remo
 - b) Ping Pong
 - c) a y b
962. En el deporte de lanzamientos suele presentarse:
- a) Tendinitis del subescapular
 - b) Fractura de muñeca
 - c) Ambas
963. La espondilolistesis ocurre en:
- a) Patinaje
 - b) Paracaidismo
 - c) Natación
964. El atrapamiento del nervio cubital en el Codo se presenta en la práctica de:
- a) Los deportes de Raqueta
 - b) Los Deportes Motorizados
 - c) Ambos

PREGUNTAS

965. La fractura de los metacarpianos se registran en:

- a) Los deportes motorizados
- b) Ciclismo
- c) Ninguno

966. Las fracturas de muñeca se suelen presentar en:

- a) Fútbol
- b) Natación
- c) Golf

967. La neuritis del mediano se presenta en la práctica del:

- a) Salto
- b) Voley
- c) Ciclismo

968. En el Ciclismo se suele presentar:

- a) Neuritis del cubital
- b) Neuritis del mediano
- c) a y b

969. En los deportes motorizados se producen:

- a) Heridas de cuello
- b) Traumatismo encéfalo craneano
- c) Ambas

970. En la práctica del tiro se presenta:

- a) Desgarro del deltoides
- b) Tendinitis de la mano
- c) a y b.

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Traumáticas en el Deporte

- | | |
|------------------------------------|---|
| 806. c) a y b | 849. c) Ambas |
| 807. a) Ciclismo | 850. c) a y b |
| 808. c) Básquet | 851. a) Equitación |
| 809. a) Esquí | 852. a) Remo |
| 810. c) a y b | 853. c) a y b |
| 811. c) Ambas | 854. b) Fútbol |
| 812. c) Mano | 855. b) Remo |
| 813. b) Mano | 856. b) Columna dorso – lumbar |
| 814. c) Hueso ganchoso | 857. c) Ambas |
| 815. c) No se menciona | 858. a) Fractura de la escápula |
| 816. a) Tenis | 859. c) Ambas |
| 817. a) Box | 860. a) Metacarpianos |
| 818. b) Box | 861. a) Miembro superior y columna |
| 819. a) Fractura de Bennet | 862. b) Tendón largo del bíceps |
| 820. b) Box | 863. a) Metacarpianos |
| 821. c) Ninguna de las mencionadas | 864. c) a y b |
| 822. c) a y b | 865. b) Brazo y codo |
| 823. a) Fémur | 866. c) a y b |
| 824. c) Ambas | 867. a) Pectoral mayor |
| 825. c) Ambas | 868. c) Ambas |
| 826. b) Básquet | 869. b) Dorso lumbar |
| 827. a) Ciclismo | 870. b) Pectoral mayor |
| 828. a) Vóley | 871. c) Ambas |
| 829. a) Ciclismo | 872. a) Fractura del maxilar superior |
| 830. c) Ciclismo | 873. a) Escápula |
| 831. c) Ambos | 874. c) a y b |
| 832. c) a y b | 875. a) De los ligamentos de la rodilla |
| 833. c) Ambos | 876. c) Lanzamiento |
| 834. b) Heridas | 877. c) a y b |
| 835. c) Lesiones múltiples | 878. b) Lanzamientos |
| 836. a) Raqueta | 879. c) a y b |
| 837. b) Golf | 880. c) a y b |
| 838. a) Tenis | 881. c) Ambas |
| 839. c) Tendinitis de la mano | 882. a) Ruptura del tendón largo del bíceps |
| 840. a) Ping Pong | 883. c) Ambos |
| 841. b) y c) Equitación y Ciclismo | 884. c) In inflamación y ruptura de los músculos abdominales. |
| 842. a) Equitación | 885. c) Ninguno |
| 843. b) Equitación | 886. c) Dorso – lumbar |
| 844. c) a y b | 887. c) Ambas |
| 845. c) Ambos | 888. a) Lesiones de cadera y muslo |
| 846. a) Tercio proximal | 889. c) Ambas |
| 847. a) Acronio - clavicular | |
| 848. a) Escafoide | |

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Traumáticas en el Deporte

- | | |
|--|--|
| 890. c) Ambas | 931. c) Ambas |
| 891. b) Mariposa | 932. c) a y b |
| 892. b) Natación | 933. b) Ciclismo |
| 893. c) a y b | 934. c) a y b |
| 894. a) Ping pong | 935. c) Básquet |
| 895. c) Ninguno | 936. b) Luxación de hombro |
| 896. c) Miembro inferior | 937. c) Ambas |
| 897. c) Pies | 938. c) a y b |
| 898. c) Retropies | 939. b) Fractura de muñeca |
| 899. b) Pies | 940. b) Fractura del escafoides |
| 900. b) Calcáneos | 941. c) a y b |
| 901. c) Miembros superiores e inferiores | 942. c) Ambos |
| 902. b) Luxación de hombro | 943. a) Luxación recidivante de hombro |
| 903. b) Fracturas proximales del fémur | 944. c) a y b |
| 904. c) El síndrome del tibial posterior | 945. c) Tendinitis de mano |
| 905. c) Pierna y tobillo | 946. c) Ambos |
| 906. a) Equitación | 947. c) a y b |
| 907. a) Remo | 948. a) Ruptura del pectoral mayor |
| 908. c) a y b | 949. c) Lanzamiento |
| 909. b) Fútbol | 950. b) Saltos |
| 910. b) Remo | 951. b) Remo |
| 911. c) a y b | 952. c) Básquet |
| 912. c) a y b | 953. c) Lucha |
| 913. a) y c) Saltos y Natación | 954. b) Ciclismo |
| 914. c) a y b | 955. c) a y b |
| 915. b) Saltos | 956. a) Ruptura del tendón del bíceps |
| 916. a) Al miembro superior | 957. c) a y b |
| 917. a) Mano | 958. c) a y b |
| 918. c) Mano | 959. a) Fractura de húmero |
| 919. b) Tendinitis | 960. c) a y b |
| 920. c) La Terapia física | 961. a) Remo |
| 921. a) Del arco cigomático | 962. a) Tendinitis del subescapular |
| 922. b) Columna dorso – lumbar | 963. c) Natación |
| 923. c) Ambas | 964. a) Los deportes de Raqueta |
| 924. a) Escafoides | 965. c) Ninguno |
| 925. c) Ambas | 966. a) Fútbol |
| 926. a) Box | 967. c) Ciclismo |
| 927. c) Mariposa | 968. c) a y b |
| 928. a) Golf | 969. c) Ambas |
| 929. a) Equitación | 970. b) Tendinitis de la mano |
| 930. c) Fútbol | |

CAPÍTULO IV

**AFECCIONES INFECCIOSAS
Y PARASITARIAS**

AFECCIONES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

1. Artritis Piógena
2. Osteomielitis Piógena
3. Osteomielitis Hematógena
4. Osteomielitis Tífica
5. Osteomielitis Brucelósica
6. Tuberculosis ósea
7. Tuberculosis de la Columna Vertebral
8. Tuberculosis del Miembro Superior
 - 8.1 Tuberculosis del Hombro
 - 8.2 Tuberculosis del Codo
 - 8.3 Tuberculosis de la Muñeca
 - 8.4 Tuberculosis de la Mano (Espina Ventosa)
9. Tuberculosis del Miembro Inferior
 - 9.1 Tuberculosis de la Cadera
 - 9.2 Tuberculosis de la Rodilla
 - 9.3 Tuberculosis del Tobillo y Pie
10. Tuberculosis de Otras Localizaciones
11. Otras Infecciones Óseas
 - 11.1 Sífilis Ósea
 - 11.2 Micosis Ósea
 - 11.2.1 Actinomicosis
 - 11.2.2 Blastomicosis
 - 11.2.3 Coccidiomicosis
 - 11.3 Esporotricosis
 - 11.4 Hidatidosis

1. ARTRITIS PIÓGENA

PREGUNTAS

971. Las formas clínicas de la Artritis piógena son:

- a) Serosa y hemorrágica
- b) Sero-fibrinosa y purulenta
- c) a y b

972. Son vías de acceso de la Artritis piógena:

- a) La hemática o por diseminación y la directa
- b) La aérea o respiratoria y digestiva
- c) a y b

973. El laboratorio es útil en las Artritis piógenas para:

- a) Determinar la forma clínica y el germen
- b) Identificar el germen y la sensibilización antibiótica
- c) Ninguna

974. Comúnmente en la Artritis piógena el examen revela:

- a) Fiebre y dolor moderados – actitud viciosa
- b) Hipertermia elevada – dolor y tumefacción articular
- c) Fiebre elevada y algias difusas

975. ¿Cuáles son los agentes más comunes de la Artritis piógena?

- a) Gonococos – Neumococos
- b) Estreptococos – Meningococos
- c) Estafilococos – Estreptococos

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

SINOPSIS 167

CARACTERÍSTICAS

- Agentes más comunes: Estafilococos y Estreptococos
- Vías de ingreso: Directa, por propagación, por diseminación
- Formas clínicas: Serosa, sero-fibrinosa y purulenta
- Examen general: Hipertermia, sudoración, mal estado
- Examen local: dolor, tumefacción, actitud viciosa e impotencia funcional
- La radiografía es normal, inicialmente. Luego, se presenta: hipertrofia de partes blandas, pinzamiento y erosión de las superficies articulares, sub-luxación, luxación y anquilosis
- El laboratorio es útil, principalmente para determinar el germen y su sensibilidad antibiótica

TRATAMIENTO

- Médico: Antibióticos, reconstituyentes, punciones evacuadoras, irrigación continua
- Ortopédico - Quirúrgico: Inmovilización, drenaje amplio, curetaje, resección, amputación



GRÁFICO 52: ARTRITIS PIÓGENA

Se caracteriza por la hipertrofia de las partes blandas, sobre todo de la sinovial. Radiográficamente se aprecia: velamiento y pinzamiento articular, erosión de las superficies articulares y finalmente anquilosis

2. OSTEOMIELITIS PIÓGENA

PREGUNTAS

976. La Osteomielitis hematológica se presenta predominante:

- a) En la niñez
- b) En adultos y ancianos
- c) Indiferente

977. En la Osteomielitis piógena el agente causal más común es:

- a) El estreptococo
- b) El gonococo
- c) Otro

978. La localización inicial de la Osteomielitis hematológica es:

- a) Metaepifisaria
- b) Metadiafisaria
- c) Metafisaria

979. La propagación de la Osteomielitis hematológica en el hueso afectado puede ser a la:

- a) Diáfisis y espacio sub-periosteico
- b) Epífisis y cavidad articular
- c) Ambas

980. Las formas de producción de la Osteomielitis piógena son:

- a) Hematógenas y directas
- b) Digestiva y por vecindad
- c) Ambas

SINOPSIS 168

CARACTERÍSTICAS

- Agentes más comunes: Estafilococo dorado (90%) y Estreptococo
- Formas de producción: hematológica, directa y por vecindad
- La osteomielitis hematológica:
 - * Predomina en niños
 - * Se propaga por los canales centrales a la diáfisis, al espacio sub-periosteico y, por la epífisis, a la articulación
 - * Determina la formación de sequestrados por trombosis infecciosa
 - * Se localiza inicialmente en las metafisis de los huesos largos
- La osteomielitis hematológica comprende las siguientes formas clínicas:
 - * Hiperaguda o septicémica
 - * Aguda y sub-aguda
 - * Crónica
- Otras formas clínicas de la osteomielitis son:
 - * Aguda del lactante
 - * Primitivamente crónica:
 - * Absceso de Brodie
 - * Periotitis aluminosa
 - * Eburnizante

TRATAMIENTO

- Médico y quirúrgico: según la forma clínica

Osteomielitis Piógenas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

3. OSTEOMIELITIS HEMATÓGENA

Aguda y Sub-aguda

PREGUNTAS

981. Inicialmente en la Osteomielitis hematógena la radiografía revela:

- a) Estructura ósea normal
- b) Hiperostosis y sequestrófitos
- c) Osteoporosis y osteólisis

982. En la Osteomielitis hematógena aguda, se registra:

- a) Antecedentes de focos sépticos
- b) Hipotermia – escalofríos y cefaleas
- c) Ninguna de las anotadas

983. El tratamiento inicial mayormente indicado en la Osteomielitis hematógena es:

- a) Antibióticos y drenaje
- b) Curetaje y sequestrómitis
- c) Ambos

984. Las complicaciones de la Osteomielitis hematógena suelen ser:

- a) Endocarditis, abscesos viscerales, pioartrosis
- b) Neumonía, fracturas patológicas
- c) a y b

985. Las manifestaciones iniciales de la Osteomielitis hematógena sub-aguda son:

- a) Fiebre, dolor y tumefacción, localizados
- b) Abscesos y fístulas
- c) Otros

SINOPSIS 169

CARACTERÍSTICAS

- Antecedente de focos sépticos
- Síntomas y signos de inicio:
 - * Fiebre, escalofríos, cefalea, a veces vómitos
 - * Localmente dolor, tumefacción, predominante en muslo, pierna, brazo o antebrazo. Posición viciosa y limitación funcional
- Síntomas y signos en el periodo de estado:
 - * Aparición de abscesos y fístulas
 - * Drenaje de pus y sequestrófitos
 - * Identificación del germen en el pus – Antibiograma
 - * En la radiografía: osteoporosis, periostitis, osteólisis, sequestrófitos, neoformación ósea, hiperostosis
- Complicaciones y secuelas:
 - * Generales: Endocarditis, abscesos hepáticos, renales y musculares, neumonía
 - * Locales: Osteomielitis a focos múltiples, pioartrosis, anquilosis, actitudes viciosas, fracturas patológicas, alargamientos, acortamientos óseos.

TRATAMIENTO

- Médico: Antibióticos, analgésicos, reconstituyentes, transfusiones
- Quirúrgico: Drenaje del pus, perforaciones óseas, trepanaciones, curetaje, sequestrómitis, irrigación continua, inmovilización más o menos prolongada

Osteomielitis Hematógena

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

OSTEOMIELITIS HEMATÓGENA - 2

PREGUNTAS

986. ¿Cuál de las Osteomielitis hematógenas se caracteriza por producir la muerte a corto plazo?

- a) Osteomielitis aguda del lactante
- b) Forma hiper aguda
- c) Ambas

987. El agente causal de abscesos en la Osteomielitis aguda del lactante es:

- a) Estafilococo
- b) Estreptococo
- c) Ambos

988. La presencia de fístulas en la Osteomielitis es característica de:

- a) La forma hiperaguda
- b) La forma crónica
- c) El absceso de Brodie

989. La tumefacción y dolor metafisario intensos son manifiestos en:

- a) La osteomielitis del lactante
- b) El absceso de Brodie
- c) La osteomielitis aburnizante

990. El estafilococo dorado es agente causal en:

- a) Absceso de Brodie y Osteomielitis eburnizante
- b) Periostitis albuminosa y osteomielitis del lactante
- c) Ambas

SINOPSIS 170

CARACTERÍSTICAS

- La forma Hiperaguda se distingue por su gran severidad. Puede producir la muerte a corto plazo.
- La forma Crónica se manifiesta por fístulas y drenaje persistente.
- La Osteomielitis aguda del lactante es producida por el estreptococo. Se presenta con dolor y tumefacción metafisaria intensa, fluctuación y absceso.
- El absceso de Brodie producido por el estafilococo dorado se manifiesta con fiebre escasa, dolor persistente metafisario, vecino a la rodilla. En la radiografía se aprecia imagen osteolítica rodeada de esclerosis conteniendo un secuestro.
- La Periostitis albuminosa evoluciona con un absceso frío con pus viscosa e incolora, rodeado de membrana de varias capas. En la radiografía se aprecian lesiones óseas y secuestró.
- La Osteomielitis eburnizante producida por el estafilococo dorado se manifiesta por dolor variable con engrosamiento diafisario, hiperostosis y estrechamiento del canal medular.

TRATAMIENTO

- Es variable según la forma clínica.

Osteomielitis Hematógena

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

4. OSTEOMIELITIS TÍFICA

PREGUNTAS

991. Las localizaciones más frecuentes de la Osteomielitis tífica son:

- a) Cráneo, columna y pelvis
- b) Columna, costillas y huesos largos
- c) Costillas, escápula y pelvis

992. Los síntomas generales en la Osteomielitis tífica son:

- a) Cefalea, astenia y vómitos
- b) Astenia, raquialgia y diarreas
- c) Anorexia, astenia y raquialgias

993. Localmente las manifestaciones de la Osteomielitis tífica corresponde a:

- a) Artritis, Periostitis y Osteomielitis
- b) Miositis, Artritis y Periostitis
- c) Osteomielitis, Sinovitis y Periostitis

994. Los exámenes auxiliares en la Osteomielitis tífica revelan:

- a) Leucopenia y Artritis
- b) Anemia y Osteomielitis
- c) Linfocitosis y Periostitis

995. El tratamiento de la Osteomielitis tífica comprende:

- a) Antibióticos
- b) Curetaje
- c) Ambos

SINOPSIS 171

CARACTERÍSTICAS

- Agente causal: bacilo de Eberth
- Localización más frecuente:
 - Columna
 - Costillas
 - Huesos largos
- Síntomas generales:
 - Astenia
 - Anorexia
 - Raquialgias
- Localmente manifestaciones de:
 - Artritis
 - Periostitis
 - Osteomielitis
- En el laboratorio se registra:
 - Leucopenia
 - Reacciones específicas
 - Aglutinaciones positivas
- Radiográficamente se aprecian: signos de artritis, periostitis y osteomielitis

TRATAMIENTO

- Médico: Antibióticos y reconstituyentes
- Ortopédico y cruento: Inmovilización, drenaje quirúrgico, curetaje

Osteomielitis Tífica

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

5. OSTEOMIELITIS BRUCELÓSICA

PREGUNTAS

996. En la Osteomielitis brucelósica se registra localmente:
- Cérvico-braquialgia
 - Lumbalgia
 - Ambos
997. Los síntomas generales de la Osteomielitis brucelósica son:
- Escalofríos, fiebre y sudoración
 - Lumbalgia
 - Ambos
998. La infección esquelética brucelósica se manifiesta en forma de:
- Artritis monoarticular
 - Osteomielitis y artritis poliarticular
 - a y b
999. Radiográficamente la Osteomielitis brucelósica se manifiesta por:
- Neo-formación ósea reaccional vertebral
 - Osteolisis y pinzamiento articular
 - Osteoporosis y espolones vertebrales
1000. El laboratorio en la Osteomielitis brucelósica revela:
- Leucopenia y eosinofilia
 - Reacciones específicas y mononucleosis
 - Aglutinaciones positivas y alteraciones hematológicas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

SINOPSIS 172

CARACTERÍSTICAS

- Agente causal: Brucella (3 tipos)
- Formas clínicas:
 - * Osteomielitis
 - * Artritis
 - Monoartritis
 - Poliartritis serosa
- Síntomas generales:
 - * Escalofríos, fiebre y sudoración
 - * Fatiga
 - * Dolores difusos, articulares, musculares, abdominales y pelvianos
- Localmente:
 - * Dolor e impotencia funcional, preferentemente en raquis lumbar y cadera
- El laboratorio revela:
 - * Alteraciones hematológicas
 - * Reacciones específicas
 - * Aglutinaciones positivas
- Radiográficamente se registra:
 - * Alteraciones preferentemente a nivel vertebral
 - * Pinzamiento articular precoz
 - * Neoformación ósea reaccional o espolones

TRATAMIENTO

- Médico: Antibióticos y corticoides
- Ortopédico y quirúrgicos:
 - * Inmovilización
 - * Drenaje de abscesos

GRÁFICO 53: OSTEOMIELITIS BRUCELÓSICA

Se inicia en la metáfisis de los huesos largos propagándose por la epífisis, a la articulación. Aunque no es lo más frecuente, también afecta la diáfisis de los huesos largos. Determina la formación de secuestros y fístulas por las que se elimina el pus al exterior.



6. TUBERCULOSIS ÓSEA

Generalidades - 1

PREGUNTAS

1001. El bacilo de Koch llega a su localización ósea:

- a) Directamente
- b) En émbolos infectados
- c) Indiferentemente

1002. La diseminación esquelética del bacilo de Koch se realiza por vía:

- a) Sanguínea
- b) Linfática
- c) Ambas

1003. La localización ósea del Bacilo de Koch es predominante en:

- a) Epífisis y diáfisis
- b) Metáfisis y sinovial
- c) Diáfisis

1004. La tuberculosis ósea es predominante en:

- a) El sexo femenino
- b) En adultos varones
- c) Ninguno de ambos

1005. El punto de partida de la infección ósea en Tuberculosis es:

- a) El foco pulmonar
- b) Los ganglios hiliares
- c) Indiferente

SINOPSIS 173

CARACTERÍSTICAS

- Producida por el bacilo de Koch que, en émbolos sépticos, se disemina por vía sanguínea, de los ganglios hiliares, a la sinovial o a las epífisis, metáfisis o cuerpos vertebrales
- Afecta por igual a ambos sexos y es predominante en la infancia y adultos jóvenes
- Seguidamente en el lugar de su localización se producen:
 - * El folículo de Koster
 - * Los tubérculos
 - * La caseificación con o sin secuestros
 - * Las granulaciones
- Según predominen la caseificación o las granulaciones se tienen dos formas clínicas:
 - * La caseosa y
 - * La granulosa o fungosa
- Dentro de la evolución se consideran:
 - * Los abscesos fríos y su migración articular o al exterior
 - * Las fístulas y su contaminación secundaria
 - * La sinovitis, hidrartrosis, gránulos riciformes y pio artrosis
 - * Destrucción articular
 - * Escasa tendencia a la reparación ósea
 - * Anquilosis fibrosa

Tuberculosis ósea

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

6. TUBERCULOSIS ÓSEA

Generalidades - 2

PREGUNTAS

1006. El examen clínico en la Tuberculosis ósteo-articular demuestra:

- a) Bloqueo articular y anquilosis
- b) Movilidad anormal y atrofia muscular
- c) Impotencia funcional

1007. La Tuberculosis ósteo-articular, localmente se caracteriza por:

- a) Dolor y limitación funcional
- b) Impotencia Funcional y crujidos articulares
- c) Ambos

1008. Los estudios de laboratorio en la Tuberculosis ósteo-articular revelan:

- a) Aglutinaciones positivas
- b) Intradermo reacción positiva
- c) a y b

1009. Clínicamente en la Tuberculosis ósteo-articular se registra:

- a) Mal estado general e hipertermia elevada
- b) Febrícula y anorexia
- c) Escalofríos y sudores nocturnos

1010. Radiográficamente la Osteoartritis tuberculosa se caracteriza por:

- a) Osteolisis y pinzamiento articular
- b) Tumefacción de partes blandas y anquilosis
- c) a y b

SINOPSIS 174

CARACTERÍSTICAS

- El examen general revela:
 - * Mal estado y astenia
 - * Febrícula y sudores nocturnos
 - * Anorexia, palidez y adelgazamiento; a veces, tos y hemoptisis
- Localmente se registra:
 - * Dolor y contractura antálgica
 - * Limitación funcional y posición viciosa, tumefacción articular, atrofia muscular, deformidad, acortamiento, claudicación, abscesos fríos, fístulas, luxación y sub-luxación, anquilosis, paraplejia
- El estudio radiográfico muestra:
 - * Osteoporosis, velamiento, tumefacción por partes blandas, pinzamiento, osteolisis, irregularidad de contornos articulares. Deformidad, sub-luxación, anquilosis. Abscesos osifluentes, fístulas
- Los estudios de laboratorio que pueden resultar positivos son:
 - * Intradermo reacción (tuberculina)
 - * Eritrosedimentación
 - * Hemograma
 - * Investigación de bacilo de Koch (examen directo, cultivo e inoculación)
 - * Examen histopatológico

Tuberculosis ósea

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

Generalidades - 3

PREGUNTAS

1011. Las Artrodesis en la Tuberculosis ósteo-articular pueden ser:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| a) Intra-articular y extra-articular | b) Para-articular y yuxta-articular |
| c) Según los casos | |

1012. La Tuberculosis ósteo-articular requiere comúnmente de tratamiento:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| a) Reconstituyente y farmacológico | b) Cruento e inmovilización con yeso |
| c) Condicional | |

1013. El tratamiento general de la TBC ósea comprende:

- | | |
|--------------------------------|------------------------|
| a) Régimen higiénico dietético | b) INH y cloranfenicol |
| c) Indiferentemente | |

1014. El tratamiento cruento de la TBC ósea comprende:

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| a) Sinovectomía y reemplazo articular | b) Osteotomías, artrodesis |
| c) a y b | |

1015. El tratamiento de la Tuberculosis ósteo-articular contempla el uso de:

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| a) Oxíciclina y Etambutol | b) Rifampicina e INH |
| c) Piroxicán y Estreptomina | |

Tuberculosis ósea

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

SINOPSIS 175

TRATAMIENTO

- General:
 - * RHD

- Medicina específica:
 - * Estreptomina
 - * INH
 - * Estambutol
 - * Rifampicina

- Local:
 - * Inmovilización
 - * Cirugía
 - * Drenaje de abscesos, fistulectomías, curetajes
 - * Sinovectomías
 - * Resecciones articulares
 - * Artrodesis intra-articular, para-articular o mixta
 - * Osteotomías

7. TUBERCULOSIS DE LA COLUMNA VERTEBRAL

PREGUNTAS

1016. Los sectores mayormente comprometidos en la TBC vertebral son:

- a) Cervical
- b) Dorsal
- c) Cérvico-dorsal

1017. Los síntomas y signos más frecuentes del Mal de Pott son:

- a) Incontinencia urinaria y escaras
- b) Dolor dorso-lumbar y xifosis angular
- c) Atrofia muscular y xifoescoliosis

1018. Según las características de la lesión vertebral en la TBC se consideran las siguientes formas:

- a) Superficial y cavernosa
- b) Difusa y localizada
- c) a y b

1019. Radiográficamente el Mal de Pott crónico se caracteriza por:

- a) Deformidad vertebral en cuña y espacio intercorporal conservado
- b) Pinzamiento intervertebral y sub-luxación
- c) Anquilosis y giba

1020. La tuberculosis vertebral es predominante en:

- a) Adultos y jóvenes
- b) Niños
- c) Adultos mayores

SINOPSIS 176

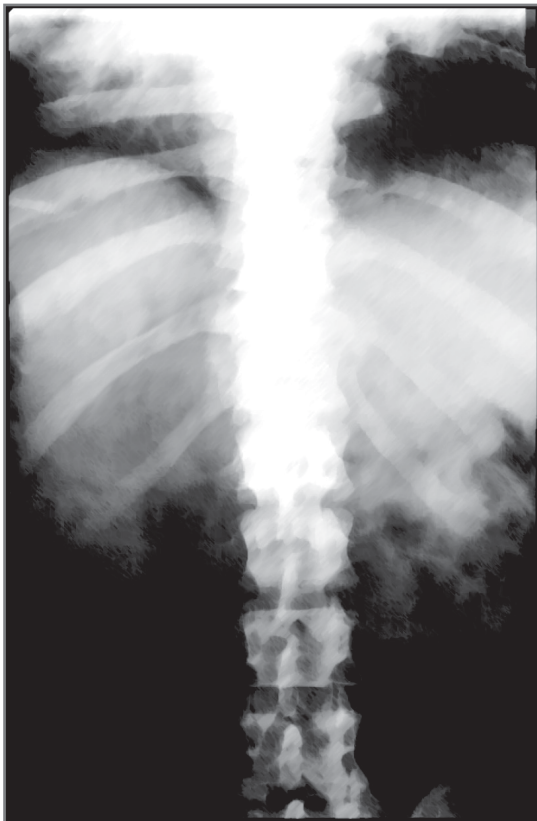
CARACTERÍSTICAS

- Es la localización más frecuente de la TBC ósea
- Predomina en la niñez
- Compromete principalmente el cuerpo vertebral de los sectores dorsal y dorso-lumbar
- Existen dos formas:
 - * Superficial o difusa y
 - * Cavernosa o localizada
- Los síntomas y signos son:
 - * Dolor, contractura muscular y limitación funcional
 - * Deformidad xifosis angular (giba), xifoescoliosis
 - * Abscesos y fístulas
 - * Manifestaciones neurológicas son: radicales o medulares
 - * Ocasionalmente, se registra incontinencia urinaria y escaras
- Radiográficamente puede observarse:
 - * Lesiones vertebrales poco aparentes o francos aplastamientos con deformidad del cuerpo en cuña
 - * Pinzamiento o desaparición del espacio intercorporal
 - * Abscesos osifluentes, calcificados o no
 - * Anquilosis, giba, imagen en "patas de araña"

TRATAMIENTO

- Tratamiento general de la TBC
- Inmovilización con corsés de yeso o férulas en hiperextensión
- Drenaje de abscesos, fistulectomías
- Curetaje del cuerpo vertebral, artrodesis anterior
- Artrodesis posterior, con o sin corrección de giba, con o sin laminectomía

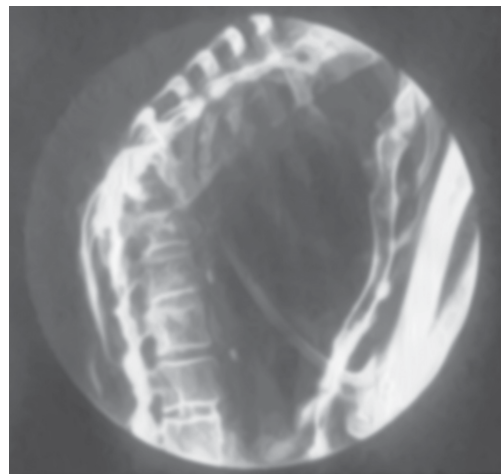
Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258



**GRÁFICO 54:
TBC EN COLUMNA**

Se manifiesta por dolor a nivel de la columna vertebral, contractura muscular paravertebral la formación de abscesos y, posteriormente, fístulas.

La destrucción vertebral trae como consecuencia la giba o xifosis y escoliosis, características del Mal de Pott



**GRÁFICO 55:
MAL DE POTT**

Cuando el paciente acude al médico tardíamente, lo característico es encontrar una gran giba o xifosis angular que, en la infancia es de localización mayormente dorsal

8. TUBERCULOSIS DEL MIEMBRO SUPERIOR

8.1 Tuberculosis del hombro

PREGUNTAS

1021. La Tuberculosis del hombro se manifiesta por:

- a) Dolor y limitación funcional
- b) Atrofia y contractura muscular deltoidea
- c) Ambas

1022. La radiografía en la Tuberculosis del hombro revela:

- a) Incremento de la densidad y pinzamiento articular
- b) Luxación patológica y/o anquilosis
- c) Indiferentemente

1023. La Tuberculosis del hombro se presenta con limitación funcional para la:

- a) Rotación interna
- b) Rotación externa y extensión
- c) Abducción

1024. La actitud viciosa del hombro en la Tuberculosis es en:

- a) Rotación interna
- b) Rotación externa
- c) Extensión

1025. El tratamiento de TBC de hombro comprende:

- a) Medicación específica y tenotomías
- b) Osteotomías e inmovilización con yeso
- c) Drenaje y artrodesis

SINOPSIS 177

CARACTERÍSTICAS

- Poco frecuente
- Dos formas clínicas:
 - * Tumor blanco
 - * Artritis atrófica
- Síntomas y signos generales de la TBC
- Localmente: dolor, contractura antálgica, limitación funcional, acortamiento, tumefacción articular, atrofia muscular, deformidades, sub-luxación o luxación, anquilosis, posición viciosa, aducción y rotación interna
- Comprobaciones radiográficas y de laboratorio que corresponden a la TBC ósea

TRATAMIENTO

- General de la tuberculosis
- Ortopédico:
 - * Inmovilización con aparato de yeso
 - * Drenaje, curetaje, artrodesis, inmovilización con aparato de yeso. El aparato de yeso es un toraco-braquial con el hombro en 60 ó 70 grados de abducción y 30 grados de flexión y rotación externa
 - * El tiempo de inmovilización por lo general es no menor de 6 meses

Tuberculosis del hombro

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

8.2 Tuberculosis del codo

PREGUNTAS

1026. El foco de localización inicial de la Tuberculosis del codo es en el:

- a) Radio
- b) Cúbito
- c) Húmero

1027. En la Tuberculosis del codo suele presentarse:

- a) Fracturas y luxación patológica
- b) Anquilosis y atrofia muscular
- c) Fístulas y eliminación de sequestros

1028. La localización más frecuente de la Tuberculosis ósteo-articular en el miembro superior es en:

- a) Hombro y codo
- b) Articulaciones de codo y muñeca
- c) Metacarpofalángicas

1029. Son manifestaciones de Tuberculosis del codo:

- a) Febrícula y codo en semi-extensión
- b) Escalofríos y codo en semi-flexión
- c) Indiferentemente

1030. El tratamiento de la Tuberculosis del codo comprende comúnmente:

- a) La artrodesis intra-articular e inmovilización con yeso
- b) RHD y osteotomías
- c) Sinovectomías y osteosíntesis

SINOPSIS 178

CARACTERÍSTICAS

- Es la localización más frecuente de la TBC en el miembro superior, y la cuarta en general
- La forma clínica más común es la granulosa fungosa
- El foco de localización inicial comúnmente es cubital
- Las manifestaciones generales son las comunes de la TBC
- Localmente el codo se presenta:
 - * Con aspecto fusiforme
 - * En actitud de semi-extensión y
 - * Además: dolor, limitación funcional, tumefacción articular, atrofia muscular y, a veces, sub-luxación y anquilosis
- Se registran alteraciones radiográficas y de laboratorio que corresponden a la TBC ósea

TRATAMIENTO

- General de la tuberculosis
- Ortopédico:
 - * Inmovilización con aparato de yeso
 - * Artrodesis en actitud funcional en 90 grados

Tuberculosis del codo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

8.3 Tuberculosis de la muñeca

PREGUNTAS

1031. El foco de localización inicial de la Tuberculosis radio-carpiana es en el:
- a) Radio
 - b) Hueso grande
 - c) Semilunar
1032. En el tratamiento de la TBC de muñeca se plantea:
- a) Inmovilización con yeso
 - b) Cirugía
 - c) Ambas
1033. La forma clínica más común en la Tuberculosis de muñeca es la:
- a) Granulosa
 - b) Caseosa
 - c) No se precisa
1034. La actitud viciosa en la Tuberculosis de muñeca es en:
- a) Flexión
 - b) Extensión
 - c) Según los casos
1035. Como tratamiento en la TBC de muñeca se recomienda con más frecuencia:
- a) Sinovectomía
 - b) Curetaje
 - c) Artrodesis

SINOPSIS 179

CARACTERÍSTICAS

- La forma clínica más común es la granulosa-fungosa
- El foco de localización inicial es por lo general el hueso grande, comprometiéndose luego otros huesos del carpo y la articulación radiocarpiana
- Las manifestaciones generales son las comunes de la TBC
- Localmente se registra: dolor, contractura antálgica, limitación funcional, actitud en flexión, tumefacción, atrofia muscular y, a veces, anquilosis en los casos crónicos
- Las comprobaciones radiográficas y de laboratorio corresponden a la TBC ósea

TRATAMIENTO

- General de la tuberculosis
- Ortopédico:
 - * Inmovilización con aparato de yeso en actitud funcional
 - * Artrodesis intra-articular o mixta con injerto óseo, en actitud funcional, con o sin resección distal del cúbito, para dejar libre la pronosupinación

Tuberculosis de la muñeca

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

8.4 Tuberculosis de la mano (espina ventosa)

PREGUNTAS

1036. La espina ventosa es una forma de la TBC ósea que compromete principalmente a:

- a) Hueso grande
- b) Metacarpianos
- c) Escafoides

1037. El tratamiento de la Espina ventosa comprende:

- a) Curetaje y secuestrectomía
- b) Artrodesis y osteotomías
- c) Según los casos

1038. La Espina ventosa es frecuente:

- a) Sí
- b) No
- c) No se precisa

1039. La complicación más frecuente de la Espina ventosa es:

- a) Diseminación
- b) Grangrena
- c) Fractura patológica

1040. En la Espina ventosa radiográficamente se aprecia:

- a) Aumento de densidad
- b) Osteolisis y secuestros
- c) Compromiso epifisario

SINOPSIS 180

CARACTERÍSTICAS

- Es poco frecuente
- Corresponde a la forma clínica caseosa con destrucción ósea, abscesos y secuestros friables
- Compromete principalmente a los metacarpianos a nivel diafisario
- Pueden producirse fracturas patológicas
- Las manifestaciones generales, cuando existen, son las más comunes de la TBC
- Localmente se registra dolor, tumefacción y limitación funcional relativa
- En la radiografía es evidente la osteolisis diafisaria
- Las comprobaciones de laboratorio corresponden a la TBC ósea

TRATAMIENTO

- General de la tuberculosis
- Ortopédico:
 - * Inmovilización con yeso en actitud funcional
 - * Curetaje, sin o con secuestrectomía según lo requiera



GRÁFICO 56: ESPINA VENTOSA

Es la tuberculosis de los huesos largos de manos y pies: metacarpianos, metatarsianos y falanges

Tuberculosis de la mano

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

9. TUBERCULOSIS DEL MIEMBRO INFERIOR

9.1 Tuberculosis de la Cadera

PREGUNTAS

1041. La Tuberculosis de cadera:

- a) Es la más frecuente
- b) Ocupa el 1° y 2° lugar
- c) Ocupa el 2° y 3° lugar

1042. Según manifestación de los pacientes, en la Coxalgia inicialmente el dolor es en:

- a) Cadera
- b) Muslo
- c) Rodilla

1043. La edad mayormente comprometida por la Tuberculosis de cadera es en la:

- a) Niñez
- b) Juventud
- c) Adulthood

1044. El tratamiento quirúrgico indicado en la TBC de cadera es:

- a) Artrodesis y osteotomías
- b) Resección o artroplastias
- c) Ambas

1045. Inicialmente la Tuberculosis de cadera puede ser:

- a) De la Sinovial
- b) Femoral y/o cotiloidea
- c) Ambas

SINOPSIS 181

CARACTERÍSTICAS

- Es la 2ª o 3ª localización más frecuente de la TBC osteo-articular en general
- Afecta más a la niñez
- Inicialmente puede ser sinovial, femoral o cotiloidea
- Los síntomas y los signos son: dolor, localizado o referido a rodilla, claudicación, actitud viciosa y limitación funcional
- Posteriormente se presentan: abscesos, fístulas, anquilosis incompleta, sub-luxación, luxación y acortamiento, adenopatía inguinal
- Radiográficamente se registra:
 - * Velamiento, osteoporosis, pinzamiento, irregularidad articular, osteolisis, anquilosis, sub-luxación, luxación
 - * El laboratorio confirma el diagnóstico

TRATAMIENTO

- General de la tuberculosis
- Ortopédico:
 - * Inmovilización con aparato de yeso en posición funcional
 - * Drenaje, fistulectomías, curetajes, artrodesis: intra o extra-articular, ílio e isquiofemoral, descenso, artrodesis, osteotomías

Tuberculosis de la cadera

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

9.2 Tuberculosis de Rodilla

PREGUNTAS

1046. En niños con TBC de rodilla predomina la forma:

- a) Sinovial
- b) Ósea
- c) No se precisa

1047. La Tuberculosis de rodilla ocupa en frecuencia:

- a) El 1° o 2° lugar
- b) El 2° o 3° lugar
- c) No se precisa

1048. En niños, el tratamiento quirúrgico de la TBC de rodilla consiste predominantemente en:

- a) Sinovectomías
- b) Osteotomías
- c) Artrodesis

1049. En la Tuberculosis de rodilla se afecta predominantemente el:

- a) Cóndilo interno
- b) Cóndilo externo
- c) Platillo tibial interno

1050. La actitud viciosa en la Tuberculosis de rodilla es mayormente en:

- a) Semiflexión
- b) Varo
- c) Valgo

SINOPSIS 182

CARACTERÍSTICAS

- La tuberculosis de rodilla es la 2ª o 3ª localización más frecuente de la TBC ósteo-articular
- Existen las formas sinovial y ósea
- La forma sinovial predomina en niños
- La forma ósea se inicia más frecuentemente en el platillo tibial interno
- Los síntomas y signos son el dolor, tumefacción, claudicación, limitación funcional, actitud viciosa, fístulas, adenopatía inguinal
- Radiográficamente se registra: velamiento, osteoporosis, pinzamiento, irregularidad articular, osteolisis, sub-luxación, luxación

TRATAMIENTO

- General de la tuberculosis
- Ortopédico:
 - * Inmovilización con aparato de yeso
 - * Punciones evacuantes
 - * Artrotomías, sinovectomías, artrodesis económicas, resecciones artrodesis, sin o con fijación interna o externa

Tuberculosis de Rodilla

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

9.3 Tuberculosis del Tobillo y Pie

PREGUNTAS

1051. En el pie los huesos principalmente afectados por la Tuberculosis son:

- a) Escafoides
- b) Cuñas
- c) Metatarsianos

1052. La localización de la Tuberculosis en el tobillo y pie:

- a) Son poco frecuentes
- b) Ocupan el 3° o 4° lugar
- c) Ocupan el 4° o 5° lugar

1053. La tumefacción que se registra habitualmente en la Tuberculosis del tobillo es:

- a) Retro-maleolar
- b) Pre-maleolar
- c) Ambas

1054. Inicialmente la localización de la Tuberculosis del tobillo es en:

- a) Astrágalo
- b) Maléolo interno
- c) Bimaleolar

1055. La actitud viciosa más frecuente en la Tuberculosis del tobillo es en:

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

SINOPSIS 183

CARACTERÍSTICAS

- Son localizaciones poco frecuentes
- Existen las formas clínicas sinovial y ósea
- La forma ósea es predominante. Se inicia en el astrágalo y en los metatarsianos (Espina ventosa)
- Las manifestaciones generales son las comunes de la TBC
- Localmente se registra:
 - * Dolor y limitación funcional
 - * Actitud viciosa en equino, en la TBC de tobillo
 - * Tumefacción pre y retro-maleolar o en el dorso del pie
 - * Claudicación
 - * Adenopatías regionales
- Los estudios radiográficos y de laboratorio son los conocidos de la TBC

TRATAMIENTO

- General: de la tuberculosis
- Ortopédico: inmovilización, drenaje del absceso y curetaje, en la espina ventosa y artrodesis intra-articular o mixta en la localización en tobillo

Tuberculosis del tobillo y pie

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

10. TUBERCULOSIS DE OTRAS LOCALIZACIONES

PREGUNTAS

1056. Los huesos que mayormente se afectan con Osteomielitis tuberculosa son:

- a) Fémur y cúbito b) Húmero y radio c) Tibia y peroné

1057. Entre las localizaciones óseas poco frecuentes de la Tuberculosis se mencionan la:

- a) Esterno-clavicular b) Acromio-clavicular c) Ambas

1058. En la Tuberculosis sacro-ilíaca están indicadas:

- a) Sinovectomías b) Osteotomías c) Curetajes

1059. Entre las localizaciones poco frecuentes de la Tuberculosis se señalan:

- a) Esternón b) Escápula c) Ilíacos

1060. Comparativamente las articulaciones que más se afectan por la TBC son:

- a) Sínfisis pubiana b) Sacro-ilíacas c) Sacro-coccígea

Tuberculosis de otras localizaciones

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

SINOPSIS 184

CARACTERÍSTICAS

- Otras localizaciones menos frecuentes de la tuberculosis son:
 - * Articulaciones esterno-clavicular y sacro-ilíacas
 - * Ilíacos
 - * Huesos largos: diáfisis del fémur, cúbito, tibia, etc.
 - * Los estudios clínicos, radiográficos y de laboratorio corresponden a los de la tuberculosis osteo-articular y osteomielitis tuberculosa, según los casos

TRATAMIENTO

- General: de la tuberculosis
- Ortopédico: inmovilización, drenaje de abscesos y curetajes

11. OTRAS INFECCIONES ÓSEAS

11.1 Sífilis ósea - 1

PREGUNTAS

1061. La Lues hereditaria se presenta en forma:

- a) Aguda y crónica
- b) Precoz y tardía
- c) Ambas

1062. La Periostitis luética se registra en:

- a) Las primeras semanas de la vida
- b) Los primeros años
- c) Posteriormente

1063. La Sífilis ósea es:

- a) Frecuente
- b) Poco frecuente
- c) No se precisa

1064. La Osteocondritis es una forma de presentación de la Lues:

- a) Hereditaria precoz
- b) Aguda
- c) Crónica

1065. Según su origen, la Sífilis ósea puede ser:

- a) Hereditaria y no hereditaria
- b) Precoz y tardía
- c) Ambas

SINOPSIS 185

CARACTERÍSTICAS

- Son de escasa frecuencia
- Según su origen la Lúes ósea es:
 - * Hereditaria y
 - * No hereditaria
- La lues hereditaria se presenta en dos formás:
 - * Precoz, y
 - * Tardía
- La lúes hereditaria precoz se puede manifestar, a su vez, en tres formas:
 - * La osteocondritis: preferentemente de localización diafisaria, en manos y pies, con imágenes en “sacabocados”
 - * La periostitis, que aparece en las primeras semanas, es diafisaria y da imagen de desdoblamiento periostal
 - * La osteomielitis: predominantemente de localización diafisaria, en manos y pies, con imágenes en “sacabocados”
- La lues hereditaria tardía: se presenta desde los 5 hasta los 14 años. Su localización preferente es la diáfisis de la tibia, hay dolor nocturno y en la marcha, con deformidad “en sable” y engrosamiento óseo. Puede coexistir con estigmas luéticos, como nariz en “silla de montar”

Sífilis ósea

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

11.1 Sífilis ósea - 2

PREGUNTAS

1066. La Artropatía de Clutton de origen luético se caracteriza por:

- a) Compromiso de la bolsa sinovial
- b) Destrucción articular
- c) Hipertrofia sinovial

1067. El tratamiento de la Lues ósea comprende:

- a) Medicación específica y soportes ortopédicos
- b) Artrodesis y osteotomías
- c) Soportes ortopédicos y reemplazos articulares

1068. La Sífilis ósea no hereditaria puede ser:

- a) Congénita
- b) Adquirida
- c) Ambas

1069. La Sífilis ósea hereditaria de presentación tardía afecta preferentemente:

- a) A la diáfisis
- b) A las articulaciones
- c) Ambas

1070. La localización preferentemente de la Lues no hereditaria es en:

- a) Manos
- b) Rodillas
- c) Pies

SINOPSIS 186

CARACTERÍSTICAS

- La lues no hereditaria se presenta en dos formas:
 - * Congénita, y
 - * Adquirida
- La lues hereditaria congénita es de localización preferente en rodilla, indolora y resistente al tratamiento específico. Se presentan tres formas:
 - * Artropatía de Clutton, con hipertrofia sinovial
 - * Artropatía de Charcot, con destrucción articular completa y esclerosis
 - * Bursopatía de Verneuil, que afecta a las bolsas serosas para-articulares
- La sífilis ósea adquirida, de aparición tardía, es de localización diafisaria y articular:
 - * La localización diafisaria es predominante en tibia, radio y cúbito, con dolor intenso y engrosamiento óseo, hiperostosis, espículas y osteolisis “en sacabocados” con halo de esclerosis, que son los gomos luéticos, preferentemente en cráneo y cortical de huesos largos
 - * La localización articular se presenta en dos formas:
 - La sinovial de evolución benigna, y
 - La caseosa, con localización preferente en rodilla, dolor mínimo, destrucción, deformidad y gran inestabilidad

TRATAMIENTO

- General: específico
- Ortopédico:
- Quirúrgico: condicional
- Soportes ortopédicos: condicional

Sífilis ósea

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

11.2 Micosis ósea

PREGUNTAS

1071. En la Micosis, la infección ósea se inicia:

- a) En partes blandas b) En el hueso c) No se precisa

1072. Cualquiera que sea el tipo de Micosis ósea las manifestaciones inicialmente:

- a) Son las mismas b) Varían c) No se precisa

1073. La presentación de la Micosis ósea es:

- a) Frecuente b) Poco frecuente c) Indeterminada

1074. Dentro de la clasificación de la Micosis ósea se consideran:

- a) Actinomicosis y Blastomicosis b) Coccidiomicosis y Esporotricosis c) Ambas

1075. La Micosis ósea se suele confundir con:

- a) Osteomielitis tuberculosa b) Osteomielitis piógena c) Ambas

Micosis ósea

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

SINOPSIS 187

CARACTERÍSTICAS

La micosis ósea:

- Es de presentación infrecuente
- Se inicia en los tejidos blandos y compromete secundariamente al hueso, por contiguidad
- Se le confunde con la osteomielitis tuberculosa y piógena
- Las manifestaciones son según el tipo de micosis

TRATAMIENTO: Varía, según se trate de:

- Actinomicosis
- Blastomicosis
- Coccidioidomicosis
- Esporotricosis
- Otras

11.2 Micosis ósea

11.2.2 Blastomicosis

PREGUNTAS

1081. La localización ósea de la Blastomicosis es en:

- a) Cráneo y columna b) Maxilar inferior c) Huesos largos

1082. El tratamiento indicado en la Blastomicosis es:

- a) Antibiótico b) Quimioterápico c) Ambos

1083. La diseminación ósea de la Blastomicosis proviene de:

- a) Cavidad oral b) Piel c) Intestino grueso

1084. El tratamiento quirúrgico de la Blastomicosis ósea comprende:

- a) Drenaje de abscesos b) Secuestrectomía c) Curetajes

1085. Radiográficamente las imágenes de la Blastomicosis ósea son:

- a) Productivas b) Destructivas c) Alternantes

Blastomicosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

SINOPSIS 189

CARACTERÍSTICAS

- La diseminación proviene de la piel, pulmones y otros tejidos blandos
- Con mayor frecuencia se comprometen el cráneo, columna, costillas y huesos largos
- Radiográficamente se comprueba que las lesiones óseas son predominantemente destructivas
- El laboratorio permite el diagnóstico etiológico

TRATAMIENTO

- Médico: Quimioterápico: 2 Hidroxiestilbamina
- Quirúrgico – curetajes óseos

11.2 Micosis ósea

11.2.3 Coccidiomicosis

PREGUNTAS

1086. En la Coccidiomicosis ósea se forman cavidades con contenido:

- a) De gránulos b) Caseoso c) Hemático

1087. El tratamiento de la Coccidiomicosis comprende:

- a) Antibióticos b) Quimioterápicos c) Corticoides

1088. La Coccidiomicosis ósea es:

- a) Primaria b) Secundaria a infección cutánea c) Secundaria a infección pulmonar

1089. Radiográficamente en la Coccidiomicosis ósea se encuentran imágenes de:

- a) Reacción perióstica b) Osteólisis c) Ambas

1090. La localización más frecuente de la Coccidiomicosis es:

- a) Rodillas y tobillos b) Manos y pies c) Ambos

SINOPSIS 190

Coccidiomicosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

CARACTERÍSTICAS

- Es secundaria a la infección pulmonar
- Con más frecuencia compromete a columna, pelvis, rodillas, tobillos, manos y pies
- Produce cavidades óseas con contenido caseoso
- En la radiografía se aprecia reacción perióstica y zonas osteolíticas con halo de esclerosis
- El laboratorio permite el diagnóstico

TRATAMIENTO:

- Médico – Quimioterápico: 2 Hidroxiestibamida
- Quirúrgico: curetaje óseos

11.4 Hidatidosis

PREGUNTAS

1096. En la radiografía de la Hidatidosis ósea se aprecia respeto por:

- a) El cartílago articular b) La cortical ósea c) Ambos

1097. El tratamiento de la Hidatidosis ósea comprende:

- a) Curetaje b) Quimioterapia c) Antibióticos

1098. La Hidatidosis se manifiesta por:

- a) Dolor intenso b) Flogosis c) Fracturas patológicas

1099. Es característico en la Hidatidosis:

- a) Estrechamiento del canal medular b) Ensanchamiento del canal
c) Osteoproducción

1100. En la Hidatidosis ósea la aparición de los síntomas es:

- a) Precoz b) Tardía c) Según los casos

SINOPSIS 192

CARACTERÍSTICAS

- Clínicamente la evolución es silenciosa hasta periodos avanzados:
- Ausencia de flogosis
- Ausencia de dolor o dolor atenuado
- Predisposición a fracturas
- Radiográficamente el diagnóstico es tardío:
- Localizaciones predominantes en tibia y femur
- Respecto al cartílago articular y cortical-ósea, se afectan tardíamente, produciéndose invasión extra-ósea
- Ensanchamiento del canal medular
- Osteolisis geódica mono o bipolar – mono o polioestótica – fracturas patológicas
- En laboratorio: Cazoni y Arco Quinto positivo

TRATAMIENTO

- Quirúrgico: curetaje, injerto óseo, tratamiento de las fracturas patológicas

Hidatidosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 258

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Infecciosas y Parasitarias

- | | |
|---|--|
| 971. b) Sero-fibrinosa y purulenta | 991. b) Columna, costillas y huesos largos |
| 972. a) La hemática o por diseminación y la directa | 992. b) Anorexia, astenia y raquialgias |
| 973. b) Identificar el germen y la sensibilidad antibiótica | 993. a) Artritis, periostitis y osteomielitis |
| 974. b) Hipertermia elevada, dolor y tumefacción articular | 994. a) Leucopenia y artritis |
| 975. c) Estafilococos – Estreptococos | 995. c) Ambos |
| 976. a) En la niñez | 996. b) Lumbalgia |
| 977. c) Otro | 997. a) Escalofríos, fiebre y sudoración |
| 978. c) Metafisaria | 998. c) a y b |
| 979. c) Ambas | 999. a) Neo formación ósea reaccional vertebral |
| 980. a) Hematógena y directa | 1000. c) Aglutinaciones positivas y alteraciones hematológicas |
| 981. a) Estructura ósea normal | 1001. a) En émbolos infectados |
| 982. a) Antecedentes de focos sépticos | 1002. b) Sanguínea |
| 983. a) Antibióticos y drenaje | 1003. b) Metáfisis y sinovial |
| 984. c) a y b | 1004. c) Ninguno |
| 985. a) Fiebre, dolor y tumefacción localizados | 1005. c) Los ganglios hiliares |
| 986. b) Forma Hiperaguda | 1006. c) Impotencia funcional |
| 987. b) Estreptococo | 1007. a) Dolor y limitación funcional |
| 988. b) La forma crónica | 1008. b) Intradermo reacción positiva |
| 989. a) La osteomielitis del lactante | 1009. b) Febrícula y anorexia |
| 990. a) Absceso de Brodie y Osteomielitis ebur-nizante | 1010. b) a y b |
| | 1011. b) Según los casos |
| | 1012. c) Condicional |

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Infecciosas y Parasitarias

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1013. c) Régimen higiénico dietético | 1036. c) Metacarpianos |
| 1014. b) Osteotomías, artrodesis | 1037. a) Curetaje y secuestrectomía |
| 1015. a) Rifampicina e INH | 1038. a) No |
| 1016. b) Dorsal | 1039. c) Fractura patológica |
| 1017. c) Dolor dorso-lumbar y xifosis angular | 1040. a) Osteolisis y secuestros |
| 1018. c) a y b | 1041. b) Ocupa el 2° o 3° lugar |
| 1019. c) Anquilosis y giba | 1042. a) Rodilla |
| 1020. b) Niños | 1043. c) Niñez |
| 1021. b) Dolor y limitación funcional | 1044. a) Artrodesis u osteotomías |
| 1022. c) Luxación patológica y/o anquilosis | 1045. c) Ambas |
| 1023. a) Clínica y abducción | 1046. b) Sinovial |
| 1024. a) Clínica y abducción | 1047. c) El 2° o 3° lugar |
| 1025. b) Drenaje y artrodesis | 1048. a) Sinovectomías |
| 1026. c) Cúbito | 1049. a) Platlillo tibial interno |
| 1027. a) Anquilosis y atrofia muscular | 1050. a) Semiflexión |
| 1028. a) Ninguno | 1051. a) Metatarsianos |
| 1029. c) Febrícula y codo en semi-extensión | 1052. c) Ocupan el 3° o 4° lugar |
| 1030. b) Artrodesis e inmovilización con yeso | 1053. c) Ambas |
| 1031. a) Hueso grande | 1054. b) Astrágalo |
| 1032. b) Ambas | 1055. b) Equino |
| 1033. c) Granulosa | 1056. a) Fémur y cúbito |
| 1034. b) Clínica | 1057. b) Esternón y cúbito |
| 1035. c) Artrodesis | 1058. a) Curetajes |

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Infecciosas y Parasitarias

- | | |
|---|--|
| 1059. a) Ilíacos | 1080. b) Osteolíticas |
| 1060. c) Sacro-ilíacas | 1081. b) Cráneo y columna |
| 1061. a) Precoz y tardía | 1082. c) Quimioterápico |
| 1062. c) Las primeras semanas de vida | 1083. c) Piel |
| 1063. c) Poco frecuente | 1084. c) Curetajes |
| 1064. b) Hereditaria precoz | 1085. b) Destructivas |
| 1065. a) Hereditaria y no hereditaria | 1086. a) Caseoso |
| 1066. b) Hipertrofia sinovial | 1087. a) Quimioterápicos |
| 1067. b) Medicación específica y soportes | 1088. c) Secundaria a infección pulmonar |
| 1068. c) Ambas | 1089. b) Ambas |
| 1069. c) Ambas | 1090. c) Ambas |
| 1070. c) Rodillas | 1091. a) Osteoproductivas |
| 1071. b) En partes blandas | 1092. c) Curetaje |
| 1072. a) Varían | 1093. b) Cutánea y pulmonar |
| 1073. a) Poco frecuente | 1094. b) Quimioterápicos |
| 1074. a) Ambas | 1095. b) Los abscesos |
| 1075. a) Ambas | 1096. c) Ambos |
| 1076. b) Maxilar inferior | 1097. c) Curetaje |
| 1077. b) Gránulos amarillos | 1098. b) Fracturas patológicas |
| 1078. c) Fístulas | 1099. c) Ensanchamiento del canal |
| 1079. b) Boca y pulmones | 1100. a) Tardía |

CAPÍTULO V

AFECCIONES INFLAMATORIAS

AFECCIONES INFLAMATORIAS

1. Artritis Reumatoidea
2. Síndrome de Still – Chauffar
3. Síndrome de Felty Reyter
4. Enfermedad de Pierre Marie
5. Artritis Velloso
6. Inflamación de las Bolsas Serosas
7. Inflamaciones Musculares
8. Inflamaciones Tendinosas

1. ARTRITIS REUMATOIDEA

PREGUNTAS

1101. Son características de la Artritis reumatoidea:
- La hipertrofia sinovial con adelgazamiento capsular
 - El engrosamiento capsular y destrucción condral
 - Ninguna
1102. Las articulaciones mayormente comprometidas por la Artritis reumatoide son las:
- Interbalángicas proximales y distales
 - Interfalángicas distales y metacarpofalángicas
 - Metacarpofalángicas e interfalángicas proximales
1103. La Artritis reumatoide en su origen tiene relación con:
- La presencia de toxinas circulantes
 - Una hipersensibilidad articular
 - Ambas
1104. El tratamiento de la Artritis reumatoide inicialmente comprende:
- Antireumáticos
 - Fisioterapia y antirreumáticos
 - Férulas y cirugía
1105. La Artritis reumatoide:
- Se presenta por igual en ambos sexos
 - Predomina en niños
 - Se acompaña de uñas hipertróficas

SINOPSIS 193

CARACTERÍSTICAS

- Origen probable en relación con hipersensibilidad articular a toxinas circulantes provenientes de focos sépticos
- Hipertrofia sinovial – Destrucción y reabsorción del cartílago articular – Engrosamiento y fibrosis de la cápsula – Osteoporosis
- Más frecuente en mujeres
- Afecta a cualquier edad
- El examen general muestra:
 - * Adelgazamiento – palidez
 - * Piel seca y engrosada
 - * Uñas hipertróficas
 - * A veces psoriasis
- Localmente se encuentra:
 - * Compromiso articular múltiple, principalmente de articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales
 - * Inflamación – semiflexión – limitación funcional – deformidad y anquilosis
- Radiográficamente se confirman:
 - Osteoporosis – pinzamiento articular y otros
- En laboratorio:
 - * Anemia – leucocitosis – linfocitosis – aumento de globulinas

Artritis Reumatoidea

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

TRATAMIENTO

- Médico: antireumáticos, sales de oro, corticoides, vitaminas
- Físico: terapia física y ocupacional
- Ortopédico: inmovilización – férulas – sinovectomías – artrodesis – reemplazos articulares



GRÁFICO 57: ARTRITIS REUMATOIDE

Su localización preferente es en las manos, a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas que se muestran tumefactas, en actitud de semiflexión, con severa limitación funcional por el dolor.

En la evolución de la mano reumatoidea es típica la desviación cubital “en ráfaga”, de los dedos.

2. SÍNDROME DE STILL – CHAUFFAR

PREGUNTAS

1106. La hipertrofia ganglionar en el Síndrome de Still es:

- a) Habitual b) Ocasional c) No se encuentra

1107. En el Síndrome de Still-Chauffar:

- a) El pronóstico es benigno
b) Las secuelas invalidantes son poco frecuentes
c) El tratamiento es médico, físico y ortopédico

1108. El Síndrome de Still-Chauffar se presenta:

- a) A cualquier edad b) En articulaciones mayores c) En manos

1109. En el Síndrome de Still-Chauffar, es frecuente encontrar:

- a) Soriasis b) Manchas “café con leche” c) Petequias

1110. El Síndrome de Still-Chauffar se acompaña de hipertrofia:

- a) Hepática b) Esplénica c) Ambas

Síndrome de Still-Chauffar

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

SINOPSIS 194

CARACTERÍSTICAS

- Se presenta en niños, preferentemente en pequeñas articulaciones de manos y pies
- Se acompaña de hipertrofia poliganglionar y esplénica y manchas “café con leche” en la piel
- Pronóstico grave: muerte en el 25 % - secuelas invalidantes

TRATAMIENTO

- Médico
- Fisiátrico
- Ortopédico: incruento y cruento

3. SÍNDROME DE FELTY Y REYTER

PREGUNTAS

1111. En el Síndrome de Reyter existe predominante compromiso de:

- a) Manos y pies b) Codos y rodillas c) Columna vertebral

1112. En el Síndrome de Reyter se registra:

- a) Velocidad de sedimentación normal
b) Leucocitosis
c) Eosinofilia

1113. Los síntomas en el Síndrome de Felty son semejantes a los que se encuentran:

- a) La Artritis reumatoide b) El Síndrome de Still c) En la Enfermedad de Pierre Marie

1114. Las manifestaciones generales del Síndrome de Reyter son:

- a) Adelgazamiento b) Palidez c) Hipertermia

1115. El Síndrome de Felty predomina en:

- a) Niños b) Adultos c) Mujeres

Síndrome de Felty y Reyter

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

SINOPSIS 195

CARACTERÍSTICAS

- Síndrome de Felty:
 - * Es semejante al Síndrome de Still
 - * Se presenta en adultos
 - * Tratamiento: médico, fisioterápico y ortopédico
- El síndrome de Reyter se presenta con:
 - * Poliartritis aguda con compromiso predominante de manos y pies
 - * Hipertermia manifiesta
 - * En laboratorio: velocidad de sedimentación acelerada, leucocitosis y neutrofilia
 - * En cuanto al tratamiento es conservador

4. ENFERMEDAD DE PIERRE MARIE

PREGUNTAS

1116. Los periodos evolutivos de la enfermedad de Pierre Marie son:

- a) Febril y doloroso b) Doloroso y Anquilosante c) Anquilosante y de Estado

1117. El examen en la enfermedad de Pierre Marie muestra:

- a) Tórax prominente con aplanamiento dorsal
b) Abdomen aplanado con hiperlordosis
c) Xifosis dorsal y aplanamiento lumbar

1118. La enfermedad de Pierre Marie tiene su inicio en la:

- a) Adolescencia b) Niñez c) Edad adulta

1119. En la Enfermedad de Pierre Marie el dolor generalmente es:

- a) Localizado b) Irrradiado c) Ambos

1120. En la Enfermedad de Pierre Marie el compromiso articular inicialmente es:

- a) Sacroilíaco b) Temporomaxilar c) En la Columna dorsal

SINOPSIS 196

CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO

- Es la espondiloartritis anquilosante o anquilopoyética
- Su localización inicial es en articulaciones sacroilíacas y, luego, la columna vertebral
- Cursa en dos periodos:
 - * El doloroso, que se inicia a los 30 años más o menos y
 - * El anquilosante, de larga evolución
- El dolor es localizado e irradiado, tipo radicular
- Hay marcada xifosis dorsal, desaparición de la lordosis, tórax aplanado y abdomen prominente
- En la radiografía se aprecia osteoporosis e imagen en “caña de bambú” en la columna vertebral
- El tratamiento es conservador: médico, fisioterápico, radioterapia, control postural y con corsé quirúrgico, en los casos de gran deformidad

Enfermedad de Pierre Marie

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

6. INFLAMACIÓN DE LAS BOLSAS SEROSAS

PREGUNTAS

1126. En la Bursitis generalmente, lo más característico es:

- a) El dolor
- b) La flogosis
- c) La tumefacción

1127. El contenido de la bolsa en la Bursitis es:

- a) Purulento
- b) Líquido sinovial
- c) Hemático

1128. La inflamación de las bolsas sinoviales se denomina:

- a) Bursitis
- b) Higroma
- c) Ambas

1129. En los Higromas se registra:

- a) Flogosis
- b) Limitación funcional
- c) Hipertrofia capsular

1130. Los Higromas son inflamaciones:

- a) Agudas
- b) Sub-agudas
- c) Crónicas

SINOPSIS 198

CARACTERÍSTICAS

- Su origen se relaciona con traumas o rozamientos repetidos
- Pueden ser agudas o crónicas; según ello, se les denomina bursitis o higromas, respectivamente
- Sus manifestaciones clínicas son: tumefacción, flogosis - excepto en el higroma - y dolor relativo
- El contenido de la bolsa, parecido al líquido sinovial, es de variable cantidad y, a veces, con depósitos de calcio. En estos casos se trata de la bursitis cálcica
- Los casos crónicos presentan hipertrofia capsular y pliegues
- Las bolsas que más frecuentemente se afectan son la oleocraneana, pre-rotuliana y sub-acromial
- Menos frecuentemente son la aquiliana, supra-rotuliana y trocantérea
- La radiografía muestra la calcificación de la bolsa o irregularidad ósea vecina

TRATAMIENTO

- Médico: anti-inflamatorio, reposo, punciones evacuantes
- Fisioterapia
- Quirúrgico: extirpación de la bolsa

Inflamación de las bolsas serosas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

7. INFLAMACIONES MUSCULARES

PREGUNTAS

1131. Las Miositis agudas pueden ser:

- a) Localizadas
- b) Difusas
- c) Ambas

1132. Las Miositis fibrosas se presentan en relación con:

- a) Úlceras vecinas
- b) Abscesos migratorios
- c) Ninguno

1133. Las Miositis se producen generalmente por:

- a) Contaminación infecciosa directa
- b) Disfunción endocrina
- c) Ninguna

1134. Las Miositis crónicas son:

- a) Localizadas y difusas
- b) Específicas y no específicas
- c) Ambas

1135. La causa de la Miositis puede ser:

- a) Metabólica
- b) Infecciosa
- c) Ambas

SINOPSIS 199

CARACTERÍSTICAS

- Están en relación con el tipo de miositis de que se trate
- Los tipos de miositis son:
 - * Infeccioso y traumático
La miositis infecciosa es resultante de una contaminación bacteriana directa, por vecindad o hematológica. La miositis traumática es resultante de desgarro muscular
 - * Agudas y crónicas
 - * Las miositis agudas son localizadas o difusas con manifestaciones predominantes focales y generales respectivamente
 - * Las miositis crónicas pueden ser no específicas y específicas. Las miositis crónicas no específicas son fibrosas (en la vecindad de úlceras), osificantes localizadas (consecutivas a traumas) y osificantes generalizadas, las cuales son progresivas, deformantes e invalidantes (“Hombre petrificado de Virchow”)

TRATAMIENTO

Depende del tipo de miositis. Puede ser:

- Conservador: médico, inmovilización, fisioterapia y
- Quirúrgico

Inflamaciones musculares

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

8. INFLAMACIONES TENDINOSAS

PREGUNTAS

1136. La Tenosinovitis estenosante puede ser de causa:

- a) Congénita
- b) Infecciosa
- c) Ambas

1137. La Tenosinovitis fungosa se manifiesta por:

- a) Presencia de “granos riciformes”
- b) Mal estado general
- c) Inflamación local moderada

1138. La Tenosinovitis seca es una forma de tenosinovitis:

- a) Crónica
- b) Aguda
- c) Específica

1139. La Tenosinovitis por lo general corresponde a la forma:

- a) Supurada
- b) Luética
- c) Tuberculosa

1140. La localización más frecuente de la Tenosinovitis crepitante es en el:

- a) Brazo
- b) Antebrazo
- c) Mano

SINOPSIS 200

CARACTERÍSTICAS

Están en relación con el tipo de tendinitis o tenosinovitis, puede ser:

- **Tenosinovitis no específicas:** agudas y crónicas
 - * Cuando la tenosinovitis es aguda puede ser seca, estenosante y supurada
 - * La tenosinovitis seca o **crepitante** se localiza de preferencia en el antebrazo, a nivel de los tendones radiales y extensores
 - * La tenosinovitis **estenosante** puede ser congénita y adquirida. Se manifiesta por el dedo “en resorte”, con o sin dolor
 - * La tenosinovitis **supurada** se produce por infección principalmente estafilocócica, por vía directa o por vecindad, de la vaina sinovial, desarrollándose abscesos y flemones
 - * La tenosinovitis **crónica** es, casi siempre, de etiología tuberculosa
- **Tenosinovitis específicas** o tuberculosas:
 - * Se localizan predominantemente en manos y pies
 - * Se manifiestan por dolor, tumefacción e impotencia funcional
 - * Existen las formas: a granos riciformes y fungosa
 - * La forma a “granos riciformes” evoluciona con buen estado general y moderada inflamación local
 - * La forma fungosa se manifiesta por el mal estado general y mayor inflamación local, con fístulas y adenopatías

Inflamaciones tendinosas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

TRATAMIENTO

Según el tipo de tenosivitis puede ser:

- Médico: anti-inflamatorio – específico
- Fisioterápico, y
- Ortopédico: conservador y quirúrgico



GRÁFICO 58: TENOSINOVITIS ESTENOSANTE

Es causa del “dedo en resorte” o Enfermedad de Quervain.

Respuestas correspondiente a las preguntas sobre las Afecciones Inflammatorias

- 1101. c) En engrosamiento capsular y destrucción condral
- 1102. c) Metacarpofalángicas e interfalángicas proximales
- 1103. b) Ambas
- 1104. b) Fisioterapia y antirreumáticos
- 1105. a) Se acompañan de uñas hipertróficas
- 1106. b) Habitual
- 1107. b) El tratamiento es médico, físico y ortopédico
- 1108. c) En manos
- 1109. b) Manchas “café con leche”
- 1110. b) Esplénica
- 1111. c) Manos y pies
- 1112. c) Leucocitosis
- 1113. c) Síndrome de Still
- 1114. a) Hipertermia
- 1115. b) Adultos
- 1116. c) Doloroso y anquilosante
- 1117. c) Xifosis dorsal y aplanamiento lumbar
- 1118. a) Edad adulta
- 1119. a) Ambos
- 1120. a) Sacroilíaco

Respuestas correspondiente a las preguntas sobre las Afecciones Inflamatorias

- 1121. b) Menopausia
- 1122. c) Endocrino
- 1123. c) Imágenes de osteofitos
- 1124. c) La hipertrofia sinovial
- 1125. c) Hipotiroidismo
- 1126. a) El dolor
- 1127. a) Líquido sinovial
- 1128. c) Ambas
- 1129. b) Hipertrofia capsular
- 1130. a) Crónicas
- 1131. b) Ambas
- 1132. b) Úlceras vecinas
- 1133. c) Contaminación infecciosa directa
- 1134. b) Ambas
- 1135. c) Infecciosa
- 1136. b) Congénita
- 1137. c) Mal estado general
- 1138. a) Aguda
- 1139. c) Tuberculosa
- 1140. a) Antebrazo

CAPÍTULO VI

SÍNDROMES DOLOROSOS

SÍNDROMES DOLOROSOS

1. Cervicalgias y Cervico-Braquialgias
2. Dorsalgias
3. Lumbalgias Lumbosacralgia
4. Lumbo-ciatalgia
5. Lumbo-cruralgia
6. Coxigodinea
7. Hombro Doloroso
8. Síndrome de los Escalenos
9. Bursitis Sub-Acromio-Deltoidea
10. Ruptura y Tendinitis del Supraespinoso
11. Ruptura y Tendinitis de la Porción Larga del Bíceps
12. Artritis o Artrosis – Escápulo – Humeral y Acromio - Clavicular
13. Hombro Congelado
14. Codo Doloroso
15. Sinovitis Crónica del Codo
16. Ostecondromatosis y Cuerpos Libres del Codo
17. Bursitis Crónica - Olecraneana
18. Bursitis Radio Humeral – Codo Doloroso
19. Bursitis EpitrocLEAR – Codo Doloroso
20. Codo Doloroso - Epicondilitis

SÍNDROMES DOLOROSOS

PREGUNTAS

1141. El "Síndrome doloroso" es generalmente de origen:
- Piógeno
 - Tuberculoso
 - Ninguno
1142. Los "Síndromes dolorosos" son procesos generalmente:
- Agudos
 - Crónicos
 - Sub-agudos
1143. En los "Síndromes dolorosos" suele encontrarse:
- Abscesos
 - Crujidos articulares
 - Limitación funcional
1144. Las manifestaciones clínicas de los "Síndromes dolorosos" son:
- Locales
 - Generales
 - Ambas
1145. Dentro de los "Síndromes dolorosos" se consideran:
- Tenosinovitis crepitante
 - Mialgias del trapecio
 - Ninguna de ambas

SINOPSIS 201

CARACTERÍSTICAS:

- Los Síndromes Dolorosos son procesos, por lo general, inflamatorios crónicos
- Sus manifestaciones clínicas comunes son:
 - El dolor, y
 - Según los casos: limitación funcional, defecto postural y deformidades

CLASIFICACIÓN:

- Cervicalgias y cérvico-braquialgia
- Dorsalgias
- Lumbalgias y lumbosacralgias
- Coxigodinea
- Hombro doloroso
- Codo doloroso
- Síndrome compartimental
- Síndrome del túnel del carpo

Síndromes dolorosos

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

1. CERVICALGIAS Y CÉRVICO-BRAQUIALGIAS

PREGUNTAS

1146. El origen de las Cérvico-braquialgias puede ser:

- a) Congénito o adquirido
- b) Traumático o degenerativo
- c) Carencial o metabólico

1147. En las Cérvico-braquialgias el dolor es:

- a) Localizado
- b) Irradiado
- c) a y b

1148. La Discopatía cervical es resultante de:

- a) Lesión del disco
- b) Degeneración discal
- c) Ambas

1149. La Cérvico-braquialgia comúnmente se caracteriza porque el dolor se acompaña de limitación funcional en:

- a) Cuello
- b) Hombro
- c) Ninguno

1150. La causa de Cérvico-braquialgia puede ser:

- a) Discopatía
- b) Costilla cervical
- c) a y b

SINOPSIS 202

CARACTERÍSTICAS:

- Dolor localizado en las cervicalgias e irradiado a miembros superiores en las cervicobraquialgias
- Su origen se relaciona con:
 - Discopatía cervical
 - Espondilo artrosis
 - Costilla cervical o síndrome de los escalenos
- La discopatía se caracteriza por:
 - Ser resultante de un trauma o degeneración del disco intervertebral
 - Producen compresión radicular
 - El dolor es irradiado con parestesias en el territorio radial en compresiones altas y cubital en compresiones bajas
 - El dolor puede acompañar a la tos, estornudo y movimientos
 - Puede haber además, tortícolis y limitación de los movimientos con disminución de reflejos profundos
 - En la radiografía hay estrechamiento del espacio intercorporal del agujero de conjunción y osteofitos
 - Con la electromiografía puede localizarse la raíz comprimida
- La espondiloartrosis se caracteriza porque:
 - Es un proceso degenerativo que comprende a las articulaciones intercorporales e interapofisarias y discos intervertebrales, capsulas y ligamentos, determinando compresiones radicales
 - Se acompaña de dolor localizado o irradiado al miembro superior con limitación funcional cervical
 - En la radiografía se aprecia irregularidad articular y osteofitos "picos de loro"

Cervicalgias y Cérvico-Braquialgias

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

TRATAMIENTO:

- Médico: anti-inflamatorios y relajantes
- Fisioterápico
- Ortopédico: conservador y quirúrgico



GRÁFICO 59: CERVICALGIA

Se caracteriza por dolor cervical con borramiento de la lordosis normal y limitación de los movimientos.

Puede ser resultado de un trauma o degeneración de los discos intervertebrales.

2. DORSALGIAS

PREGUNTAS

1151. El dolor en las Dorsalgias puede irradiarse:

- a) A miembros superiores
- b) A miembros inferiores
- c) Lateralmente

1152. La radiografía en las Dorsalgias comúnmente demuestran:

- a) Degeneración discal
- b) Espondiloartrosis
- c) Espondilolistesis

1153. Las dorsalgias son, por lo general, de aparición:

- a) Brusca
- b) Lenta
- c) Ambas

1154. Los síntomas en las Dorsalgias son:

- a) Dolor y limitación funcional
- b) Defectos posturales y crujidos
- c) Según los casos

1155. Las Dorsalgias tienen relación con procesos:

- a) Infecciosos y endocrinos
- b) Traumáticos y degenerativos
- c) Metabólicos y carenciales

SINOPSIS 203

CARACTERÍSTICAS

- Son de aparición brusca o lenta
- En relación con traumas, procesos infecciosos o degenerativos y defectos posturales, principalmente
- Sus manifestaciones más comunes son:
 - Dolor localizado o irradiado lateralmente, siguiendo los nervios intercostales
 - Alteración del eje, principalmente xifosis y escoliosis
 - Limitación funcional
 - En la radiografía puede constatarse la deformidad, signos de espondiloartrosis y otros

TRATAMIENTO

- Puede ser según los casos: Médico, fisioterápico y ortopédico.

Dorsalgias

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

3. LUMBALGIAS – LUMBOSACRALGIAS LUMBOCIATALGIAS - LUMBOCRURALGIAS

PREGUNTAS

1156. En las Lumbosacralgias el dolor es:
- Localizado
 - Irradiado
 - Impreciso
1157. Las Lumbalgias se caracterizan por presentarse:
- Bruscamente
 - Lentamente
 - a y b
1158. En las Lumbociatalgias se suele encontrar predominantemente:
- Hiperlordosis
 - Aplanamiento lumbar
 - Xifoescoliosis
1159. Las Lumbociatalgias tienen relación con procesos:
- Infecciosos y degenerativos
 - Carenciales y traumáticos
 - Ninguno
1160. En las Lumbalgias la irradiación del dolor puede ser:
- Lateral
 - Crural
 - Ciático

SINOPSIS 204

CARACTERÍSTICAS

- Aparición brusca o lenta
- En relación con traumas o esfuerzos bruscos o crónicos y procesos infecciosos o degenerativos, principalmente
- Alteraciones del cuerpo y/o disco vertebral
- Las manifestaciones más comunes son:
 - Dolor localizado en la región lumbar y lumbosacra, sin o con irradiación a uno o ambos miembros inferiores, siguiendo las raíces del nervio ciático o crural, respectivamente
 - Presentación espontánea, con los esfuerzos, con los movimientos, con la tos, el pujo y el estornudo
 - Hiperlordosis simple o con escoliosis lumbar
 - Contractura muscular paravertebral
 - Limitación funcional, a veces severa, por el dolor y por la contractura
 - Parestesias, debilidad muscular e hiporeflexia profunda, cuando existe compresión radicular
 - En la radiografía simple pueden encontrarse alteraciones del eje, de los cuerpos vertebrales y de los espacios intercorporales
 - La mielografía puede demostrar la existencia de una hernia discal

TRATAMIENTO

- Médico: antálgicos, anti-inflamatorios y relajantes
- Fisioterápico: calor profundo, masoterapia, ejercicios terapéuticos, etc.
- Ortopédico: conservador y quirúrgico

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

4. COXIGODINEA

PREGUNTAS

1161. El dolor en las Coxigodineas se presenta principalmente:
- a) Al palpase
 - b) A la presión
 - c) Con los movimientos
1162. En las Coxigodineas el dolor generalmente es de aparición:
- a) Brusca
 - b) Lenta
 - c) Según los casos
1163. El tratamiento de la Coxigodinea por luxofractura es:
- a) Conservador
 - b) Quirúrgico
 - c) Condicional
1164. En las Coxigodineas el dolor se presenta en relación con:
- a) Caída parado
 - b) Caída sentado
 - c) Ambas
1165. La radiografía en las Coxigodineas:
- a) Muestra la lesión
 - b) Puede ser normal
 - c) Ambas

SINOPSIS 205

CARACTERÍSTICAS

- De aparición generalmente brusca, por caída de asiento
- Dolor manifiesto en el coxis al sentarse y a la presión digital, durante el examen
- El examen radiográfico puede ser normal o demostrar una fractura o luxofractura del coxis

TRATAMIENTO

- Médico: antálgicos
- Postural: evitando presión en el coxis
- Fisioterápico: termoterapia
- Quirúrgico: resección del coxis

Coxigodinea

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

5. HOMBRO DOLOROSO

PREGUNTAS

1166. En el “Hombro doloroso” la irradiación del dolor es:
- Dorsal
 - Braquial
 - Cervical
1167. El “Hombro doloroso” es predominante en:
- Adolescentes – varones
 - Ancianos
 - Adultos – mujeres
1168. El “Hombro doloroso” puede ser de aparición:
- Brusca
 - Lenta
 - Variable
1169. El dolor en el “Hombro doloroso” puede ser:
- Espontáneo
 - Provocado
 - Ambos
1170. El dolor en el “Hombro doloroso” es de intensidad:
- Inconstante
 - Leve
 - Marcada

SINOPSIS 206

CARACTERÍSTICAS

- Aparición brusca o lenta de un trauma o esfuerzo
- Dolor de intensidad variable, espontáneo o provocado por la presión y movimientos, sin o con irradiación al brazo, codo y mano
- Más frecuente en personas del sexo femenino mayores de 40 años

CLASIFICACIÓN

- Síndrome de los escalenos
- Bursitis subacromio-deltaoidea
- Ruptura y tendinitis del supra-espinoso
- Ruptura y tendinitis de la porción larga del bíceps
- Artritis o artrosis escápulo-humeral y acromio-clavicular
- Hombro congelado

Hombro doloroso

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

6. SÍNDROME DE LOS ESCALENOS

PREGUNTAS

1171. La comprensión vasculo-nerviosa en el Síndrome de los escalenos está determinada por:

- a) Los escalenos medio y posterior
- b) Los escalenos anterior y posterior
- c) La costilla y el escaleno anterior

1172. En el Síndrome de los escalenos desaparece el pulso radial:

- a) Al rotar la cabeza hacia el mismo lado
- b) Al rotar la cabeza hacia el lado contrario
- c) Al elevar el hombro

1173. El Síndrome de los escalenos se debe a compresión de la:

- a) Subclavia
- b) Yugular
- c) a y b

1174. En el Síndrome de los escalenos los hombros están:

- a) Caídos
- b) Elevados
- c) Asimétricos

1175. La compresión determinante del Síndrome de los escalenos es:

- a) Neuro-muscular
- b) Vásculo nerviosa
- c) Músculo-esquelética

SINOPSIS 207

CARACTERÍSTICAS

- Se debe a la compresión vásculo-nerviosa de la subclavia y troncos del plexo braquial, entre los escalenos anterior y medio
- Sus manifestaciones son:
 - Hombros caídos
 - Dolor espontáneo y a la palpación supraclavicular con irradiación braquial al 5º dedo
 - Parestesias en el territorio de las raíces C8 y D1, que se acentúa o alivia al bajar o elevar, respectivamente, los hombros
 - Tardíamente puede apreciarse hipo-atrofia muscular y paresias
 - Desaparición del pulso radial al bajar el hombro y rotar la cabeza hacia el mismo lado, palidez, cambios, cianosis, hormigueo, edema y hasta gangrena digital

TRATAMIENTO

- Médico: infiltraciones del ganglio estrellado
- Fisioterapia: ejercicios terapéuticos de la cintura escapular
- Quirúrgico: sección del escaleno anterior

Síndrome de los Escalenos

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

7. BURSITIS SUB-ACROMIODELTOIDEA

PREGUNTAS

1176. La aparición del dolor en la Bursitis de hombro es generalmente:

- a) Lenta
- b) Brusca
- c) No se precisa

1177. La localización del dolor en la Bursitis del hombro es:

- a) Anterior
- b) Lateral
- c) Ántero-externa

1178. En la Bursitis sub-acromiodeltoidea existe inflamación de la bolsa:

- a) Con depósito de calcio
- b) Sin depósito de calcio
- c) Variable

1179. El dolor en la Bursitis cálcica del hombro es:

- a) Espontáneo
- b) Provocado
- c) Ambos

1180. El dolor en la Bursitis sub-acromiodeltoidea es generalmente:

- a) Leve
- b) Intenso
- c) Inconstante

SINOPSIS 208

CARACTERÍSTICAS

- Inflamación de la bolsa serosa sub-acromio-deltoides, sin o con depósito de sales de calcio
- Sus manifestaciones clínicas son:
 - Dolor, por lo general intenso y de aparición brusca, espontáneo y provocado, localizado en un punto en la cara ántero-externa del hombro
 - Severa limitación de los movimientos por el dolor
 - Radiográficamente se localiza la bolsa serosa en los casos de bursitis cálcica

TRATAMIENTO

- Médico: general : anti-inflamatorios; y local: infiltraciones
- Fisioterápico: sonoterapia, masoterapia, ejercicios terapéuticos
- Quirúrgicos: rara vez

Bursitis Sub-acromiodeltoidea

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

8. RUPTURA Y TENDINITIS DEL SUPRAESPINOZO

PREGUNTAS

1181. En la Tendinitis del supraespinoso hay limitación de los movimientos del hombro:

- a) En general
- b) Para la clínica
- c) Para la abducción

1182. En la Tendinitis del supraespinoso, el tratamiento es:

- a) Infiltraciones
- b) Cirugía
- c) Ambos

1183. El inicio lento es característico de:

- a) La tendinitis del supraespinoso
- b) Ruptura del tendón del supraespinoso
- c) a y b

1184. En la Tendinitis del supraespinoso la radiografía puede revelar:

- a) Arrancamiento
- b) Calcificación
- c) Ninguna

1185. La localización del dolor en la Tendinitis del supraespinoso es en:

- a) La fosa supraespinosa
- b) Troquín
- c) Carilla superior del troquíter

SINOPSIS 209

CARACTERÍSTICAS

- Inicio brusco, post trauma o por esfuerzo, en casos de ruptura e inicio generalmente lento en las tendinitis
- Sus manifestaciones clínicas son:
 - Dolor a la presión y movimientos en el tendón o punto de inserción del supraespinoso en la carilla superior del troquíter
 - Limitación o imposibilidad para la abducción del hombro de 0-45 grados por impotencia o dolor
 - Radiográficamente puede detectarse una calcificación próxima a la inserción en el troquíter

TRATAMIENTO

- Médico: general y local – infiltraciones
- Fisioterapia
- Quirúrgico: en casos de ruptura tendinosa

Ruptura y Tendinitis del Supraespinoso

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

9. RUPTURA Y TENDINITIS DE LA PORCIÓN LARGA DEL BÍCEPS

PREGUNTAS

1186. El dolor en la Tendinitis del bíceps se irradia:

- a) A la región escapular
- b) Hacia la columna cervical
- c) Hacia el codo

1187. En la Tendinitis del bíceps generalmente:

- a) La radiografía es normal
- b) Se presentan calcificaciones
- c) Hay signos de artrosis

1188. El inicio lento es generalmente característico de:

- a) La ruptura del tendón del bíceps
- b) La tendinitis del mismo
- c) Ambas

1189. El dolor en la Tendinitis del bíceps se registra con los movimientos resistivos de:

- a) Clínica del hombro
- b) Clínica del codo
- c) Extensión del codo

1190. La manifestación más destacada en la ruptura antigua del Tendón del bíceps es:

- a) Prominencia marcada del músculo
- b) Engrosamiento del tendón
- c) Dolor en la corredera bicipital

SINOPSIS 210

CARACTERÍSTICAS

- Inicio brusco en caso de ruptura por trauma o esfuerzo
- Inicio, por lo general, lento en la tendinitis
- Sus manifestaciones clínicas son:
 - Depresión a nivel de la ruptura del tendón del bíceps y prominencia aumentada del músculo por debajo de la misma
 - Dolor en el hombro, con irradiación descendente hasta el codo, espontáneo y a los movimientos, en los casos de tendinitis
 - Palpación dolorosa del tendón a nivel de la corredera bicipital
 - Movimientos del hombro doloroso y, a veces, limitados, principalmente para:
 - La extensión, aducción y rotación interna y
 - La flexión, abducción y rotación externa
 - Dolor en el hombro al hacer la flexión contra resistencia del codo
- La radiografía generalmente es negativa

TRATAMIENTO

- Médico: general y local, infiltraciones
- Fisioterapia: principalmente en casos de tendinitis
- Quirúrgico: en casos de ruptura tendinosa

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

10. ARTRITIS O ARTROSIS ESCÁPULO-HUMERAL Y ACROMIO-CLAVICULAR

PREGUNTAS

1191. En la Artrosis escápulo-humeral el dolor es:

- a) Espontáneo
- b) Con la presión
- c) Con los movimientos

1192. La radiografía del hombro en la Artrosis revela principalmente:

- a) Osteolisis lacunar
- b) Irregularidad articular
- c) Anquilosis fibrosa

1193. La Artrosis escápulo-humeral es generalmente de inicio:

- a) Lento
- b) Brusco
- c) Variable

1194. Los movimientos en la Artrosis del hombro:

- a) Determinan dolor
- b) Se acompañan de crujidos
- c) Ambas

1195. En las Artrosis acromio-clavicular la irradiación del dolor es:

- a) Proximal
- b) Distal
- c) No se registra

SINOPSIS 211

CARACTERÍSTICAS

- Inicio generalmente lento
- Sus manifestaciones clínicas son:
 - Dolor en el hombro a nivel escápulo-humeral y acromio-clavicular, sin irradiación, más evidente con los movimientos
 - Al examen se comprueba el dolor articular, principalmente con los movimientos de elevación del hombro
 - Limitación funcional
 - Crujidos articulares
- En la radiografía se encuentran:
 - Irregularidad de contornos articulares
 - Osteofitos o exostosis

TRATAMIENTO

- Médico: general y local
- Fisioterapia
- Quirúrgico: ocasional

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

11. HOMBRO CONGELADO

PREGUNTAS

1196. Lo más característico en el “Hombro congelado” es:

- a) La limitación funcional
- b) El dolor
- c) Ambos

1197. En el “Hombro congelado” la radiografía revela:

- a) Osteolisis
- b) Osteoporosis
- c) Exostosis

1198. El “Hombro congelado” es consecuencia de:

- a) Escasa actividad
- b) Movimientos exagerados
- c) Ninguno

1199. Los movimientos mayormente en el “Hombro congelado” son:

- a) Aducción
- b) Abducción
- c) Rotación interna

1200. El “Hombro congelado” comúnmente se presenta:

- a) En forma brusca
- b) Lentamente
- c) En forma variable

SINOPSIS 212

CARACTERÍSTICAS

- Es resultado de un proceso doloroso u otro, que obligue a mantener el brazo en abducción adosado al cuerpo por un tiempo más o menos prolongado
- Se desarrolla generalmente en forma lenta y puede ser muy marcado
- Su manifestación clínica más notoria no es el dolor sino la rigidez o limitación del movimiento escapulo-humeral principalmente para la abducción, flexión y rotación externa
- Radiográficamente se registra osteoporosis más o menos severa

TRATAMIENTO

- Médico
- Fisioterapia: termoterapia y movilizaciones, etc.
- Quirúrgico: ocasionalmente

Hombro congelado

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

12. CODO DOLOROSO

PREGUNTAS

1201. La radiografía en el “Codo doloroso” revela imágenes:

- a) Características b) Variable c) De Osteolitis

1202. Las estructuras mayormente comprometidas en el “Codo doloroso” son:

- a) Óseas b) Blandas c) Ambas

1203. El inicio del “Codo doloroso” es generalmente:

- a) Lento b) Brusco c) Variable

1204. Según su origen, el “Codo doloroso” puede ser:

- a) Congénito b) Inflamatorio c) Traumático

1205. Las manifestaciones clínicas del “Codo doloroso” son:

- a) Precisas b) Dependientes del tipo c) De acuerdo a la edad

Codo doloroso

SINOPSIS 213

CARACTERÍSTICAS

- De inicio brusco o lento
- Manifestaciones clínicas y radiográficas diferentes según su origen y tipo

TRATAMIENTO

- Sin considerar las fracturas, luxaciones y artritis:
 - Sinovitis crónica
 - Osteocondromatosis
 - Bursitis olecraneana
 - Bursitis radio-humeral
 - Bursitis epitrocLEAR
 - Epicondilitis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

13. SINOVITIS CRÓNICA

PREGUNTAS

1206. En la Sinovitis crónica del codo los movimientos articulares:

- a) Son completos b) Están limitados c) Son indoloros

1207. En la Sinovitis crónica del codo está indicada:

- a) La sinovectomía b) Las punciones c) Ambos

1208. En la Sinovitis crónica del codo la sinovial se encuentra:

- a) Hipertrófica b) Sin alteración c) Artrófica

1209. En la Sinovitis crónica del codo se registra:

- a) Dolor b) Contractura muscular c) Bloqueo articular

1210. El líquido sinovial en la Sinovitis crónica del codo:

- a) Es normal b) Está disminuido c) Ninguna

Sinovitis Crónica

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

SINOPSIS 214

CARACTERÍSTICAS

- Dolor
- Hipertrofia sinovial
- Aumento del líquido sinovial
- Limitación funcional

TRATAMIENTO

- Conservador
 - Punciones evacuadoras
 - Fisioterapia
- Quirúrgico: sinovectomía

14. OSTEOCONDROMATOSIS Y CUERPOS LIBRES

PREGUNTAS

1211. Los cuerpos libres intra-articulares son de estructura:

- a) Ósea
- b) Cartilaginosa
- c) Variable

1212. En la Osteocondromatosis del codo, la radiografía muestra:

- a) Cuerpos libres
- b) Exostosis
- c) Ambos

1213. En la Osteocondromatosis del codo lo más característico es:

- a) Hipertrofia sinovial
- b) Engrosamiento capsular
- c) Ninguna

1214. Lo más característico en el caso de cuerpos libres intra-articulares es:

- a) La tumefacción articular
- b) El dolor
- c) El bloqueo articular

1215. En la Osteocondromatosis del codo se presenta:

- a) Pinzamiento articular
- b) Artrosis
- c) Anquilosis

SINOPSIS 215

CARACTERÍSTICAS

- Osteocondromatosis:
 - Formación de cuerpos libres intra-articulares, picos de artrosis e hipertrofia sinovial
 - Manifestaciones clínicas de dolor, aumentos de volumen, limitación funcional y bloqueos articulares
- Cuerpos libres:
 - Son consecuencia de traumatismos repetidos y de la osteocondritis disecante
 - Pueden ser óseos y cartilagosos
- Clínicamente se manifiestan por crujidos con los movimientos articulares y bloqueos
- En la radiografía se visualizan los cuerpos libres de constitución ósea

TRATAMIENTO

- Quirúrgico: sinovectomía, eliminación de cuerpos libres y resección de picos de artrosis

Osteocondromatosis y cuerpos libres

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

16. BURSITIS RADIO - HUMERAL

PREGUNTAS

1221. Además del dolor, en la Bursitis radio-humeral es evidente:

- a) Limitación funcional b) Prominencia remitente c) Ninguna

1222. El tratamiento de la Bursitis radio-humeral es:

- a) Con funciones articulares b) Quirúrgico c) Condicional

1223. La Bursitis radio-humeral es de aparición:

- a) Brusca b) Lenta c) Indistintamente

1224. El dolor en la Bursitis radio-humeral es:

- a) Espontáneo b) Provocado por presión c) Ambos

1225. La radiografía en la Bursitis radio-humeral muestra:

- a) Calcificaciones b) Exostosis c) Imagen normal

SINOPSIS 217

Bursitis Radio-Humeral

CARACTERÍSTICAS

- Aparición brusca y espontánea
- Dolor en la articulación radio-humeral que se intensifica a la presión
- Radiográficamente se aprecia imagen cálcica a nivel radio- humeral

TRATAMIENTO

- Conservador: punciones, infiltraciones, fisioterapias
- Quirúrgico: eliminación de la calcificación

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

17. BURSITIS EPITROCLEAR

PREGUNTAS

1226. La Bursitis epitrocLEAR es secundaria a:

- a) Trauma a repetición b) Infecciones vecinas c) No se precisa

1227. La radiografía en la Bursitis epitrocLEAR muestra:

- a) Pinzamiento articular b) Calcificaciones c) No se precisa

1228. El inicio de la Bursitis epitrocLEAR es:

- a) Lento b) Brusco c) Variable

1229. Lo más manifiesto en la bursitis epitrocLEAR es:

- a) La tumoración b) El dolor c) Los crujidos articulares

1230. En la bursitis epitrocLEAR la limitación de los movimientos:

- a) No se registra b) Es evidente c) Es inconstante

Bursitis EpitrocLEAR

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

SINOPSIS 218

CARACTERÍSTICAS

- Aparición brusca y espontánea
- Dolor en la epitrocLEAR que se intensifica con la presión
- En la radiografía se aprecia calcificación vecina a la epitrocLEAR

TRATAMIENTO

- Conservador: infiltraciones y fisioterapia
- Quirúrgico: eliminación de la calcificación

18. EPICONDILITIS

PREGUNTAS

1231. En la epicondilitis la inflamación afecta:

- a) Al periostio b) Al núcleo de osificación c) Al cartílago metafisario

1232. El dolor en la epicondilitis se presenta en los movimientos de:

- a) Clínica del codo b) Extensión del codo c) Extensión de la muñeca

1233. La epicondilitis es secundaria a:

- a) Traumas a repetición b) Procesos degenerativos c) No se precisa

1234. Las manifestaciones de la epicondilitis son:

- a) Tumorción renitente b) Dolor c) Limitación funcional

1235. La epicondilitis está en relación con un estado inflamatorio:

- a) De las inserciones tendinosas b) De los ligamentos c) De la cápsula

Epicondilitis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

SINOPSIS 219

CARACTERÍSTICAS

- Se le relaciona con una inflamación periostal y de las inserciones tendinosas del epicóndilo
- Se manifiesta por dolor epicondileo a la presión y movimientos de supinación y extensión de la muñeca

TRATAMIENTO

- Conservador: Fisioterapia, inmovilización, infiltraciones
- Quirúrgico: Desperiostización, desinserción de epicondileos

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

- | | |
|--|--|
| <p>1236. La forma serofibrinosa se encuentran en casos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Osteomielitis b) Artritis piógena c) Ninguna <p>1237. El estafilococo dorado es el principal determinante de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Artritis purulenta b) Osteomielitis hematógena c) a y b <p>1238. La muerte a corto plazo se suele presentar en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Osteomielitis aguda del lactante b) Forma hiperaguda de la osteomielitis c) a y b <p>1239. Complicación como la endocarditis se presentan en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Osteomielitis hematógena b) Artritis serofibrinosa c) Periostitis crónica <p>1240. Inicialmente la estructura ósea se encuentra normal en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Artritis purulenta b) Osteomielitis hematógena c) a y b | <p>1241. La fiebre, el dolor y la tumefacción localizados son manifestaciones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Osteomielitis hematógena b) Osteomielitis eburnizante c) Absceso de Brodie <p>1242. Las fístulas se presentan en la osteomielitis:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Aguda b) Sub-aguda c) Ninguna <p>1243. La hiperostosis suele encontrarse en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Artritis piógena b) Osteomielitis crónicas c) Osteomielitis aguda <p>1244. Los abscesos se presentan mayormente en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Osteomielitis aguda b) Artritis serosa c) Ambas <p>1245. En la Osteomielitis del lactante se registra principalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Secuestros b) Dolor metafisiario c) Fístulas <p>1246. La presencia de Artritis y Periostitis es predominante en la Osteomielitis:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tífica b) Eburnizante c) Piógena |
|--|--|

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

PREGUNTAS

1247. La Osteomielitis tuberculosa es una infección secundaria a foco:

- a) Pulmonar
- b) Amigdaliano
- c) Ambos

1248. La Leucopenia con eosinofilia se registra en la osteomielitis por:

- a) Fiebre Malta
- b) Tifoidea
- c) Ninguna

1249. La anorexia, astenia y raquialgias son manifestaciones de Osteomielitis:

- a) Tuberosa
- b) Tífica
- c) Piógena

1250. Los escalofríos, fiebre y sudoración se presentan con más frecuencia en la osteomielitis producida por:

- a) Bacilo de Ebert
- b) Melitococo
- c) Estreptococo

1251. La Artritis de localización múltiple se presentan mayormente en:

- a) Tifoidea
- b) Septicemia piógena
- c) Brucelosis

1252. La localización más frecuente de la TBC ósea es:

- a) Diafisaria
- b) Ósteo-articular
- c) Cortical

1253. La localización más frecuente de la tuberculosis es en los huesos:

- a) Cortos
- b) Largos
- c) Planos

1254. Las deformidades más comunes en la tuberculosis ósteo-articular son:

- a) Cadena en clínica y abducción
- b) Xifosis angular
- c) Rodilla en clínica

1255. La imagen radiográfica "en sacabocado" se registra en:

- a) Blastomicosis
- b) Actinomicosis
- c) Esporotricosis

1256. La actitud en semiextensión es característica de la Tuberculosis del:

- a) Codo
- b) Hombro
- c) Ninguna

1257. La Atropatía del Clutton es una manifestación de la Lues:

- a) Hereditaria tardía
- b) No hereditaria congénita
- c) No hereditaria adquirida

1258. La localización más frecuente de la tuberculosis ósea en el miembro superior es en:

- a) Radio
- b) Húmero
- c) Cúbito

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

PREGUNTAS

1259. La hipertrofia esplénica es característica de la:
- Artritis reumatoidea
 - Síndrome de Still
 - Síndrome de Reyer
1260. La localización diafisaria de la tuberculosis se presenta referentemente en:
- Cúbito
 - Radio
 - Metacarpianos
1261. La hipertrofia sinovial conjuntamente con crujidos articulares es manifestación de:
- Artritis vellosa
 - Bursitis
 - Higroma
1262. El tumor blanco es una forma de tuberculosis ósea que se presenta en:
- Hombro
 - Muñeca
 - Codo
1263. La discopatía es frecuentemente causa de:
- Dorsalgia
 - Cervicalgia
 - Ambas
1264. Las fracturas patológicas suelen presentarse en la tuberculosis de:
- Húmero
 - Metacarpianos
 - Falanges
1265. Al bajar los hombros se alivia el dolor en los casos de:
- Cérvico – bronquialgia
 - Síndrome de escalenos
 - Ninguno
1266. La presencia de secuestros se registra en la Tuberculosis:
- Escápulo-humeral
 - De la mano
 - Radio – cubital
1267. El dolor localizado en la cara ántero-externa del hombro se presenta en casos de:
- Bursitis
 - Tendinitis del supraespinoso
 - Tendinitis del bíceps
1268. La forma granulosa es la más frecuente en la Tuberculosis de:
- Muñeca
 - Codo
 - Ambos
1269. Los crujidos articulares son manifestaciones de:
- Hombro congelado
 - Artrosis escápulo-humeral
 - Ninguna
1270. La etiología tuberculosa puede encontrarse en caso de:
- Tenosinovitis seca
 - Miositis aguda
 - Miositis crónica

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 300

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre los Síndromes Dolorosos

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1141. a) Ninguno | 1167. c) Adolescentes - Varones |
| 1142. c) Crónicos | 1168. c) Brusca |
| 1143. a) Limitación funcional | 1169. a) Espontáneo |
| 1144. c) Locales | 1170. b) Leve |
| 1145. c) Ninguna | 1171. c) Los escalenos anterior y medio |
| 1146. b) Congénito o adquirido | 1172. c) Al elevar el hombro |
| 1147. c) Localizado | 1173. c) a y b |
| 1148. a) Ambas | 1174. b) Asimétricos |
| 1149. b) Cuello | 1175. c) Neuromuscular |
| 1150. a) a y b | 1176. a) Brusca |
| 1151. c) Lateralmente | 1177. b) Antero-externa |
| 1152. a) Espondiloartrosis | 1178. b) Variable |
| 1153. a) Ambas | 1179. c) Ambos |
| 1154. a) Dolor y limitación funcional | 1180. c) Intenso |
| 1155. b) Traumáticos y degenerativos | 1181. a) Para la abducción |
| 1156. a) Localizado | 1182. b) Infiltraciones |
| 1157. c) a y b | 1183. c) Ruptura del tendón del supraespinoso |
| 1158. b) Hiperlordosis | 1184. c) Calcificación |
| 1159. c) Infecciosos y degenerativos | 1185. a) Carilla superior del troquíter |
| 1160. b) Lateral | 1186. b) Hacia el codo |
| 1161. a) A la presión | 1187. b) La radiografía es normal |
| 1162. a) Brusca | 1188. a) La tendinitis del mismo |
| 1163. a) Condional | 1189. c) Clínica del codo |
| 1164. b) Caída sentado | 1190. b) Prominencia marcada del músculo |
| 1165. b) Ambas | 1191. a) Con los movimientos |
| 1166. c) Braquial | 1192. c) Irregularidad articular |

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre los Síndromes Dolorosos

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1193. c) Lento | 1219. c) Traumática |
| 1194. a) Ambas | 1220. c) Traumas repetidos |
| 1195. b) No se registra | 1221. a) Ninguna |
| 1196. a) La limitación funcional | 1222. c) Condicional |
| 1197. b) Osteoporosis | 1223. a) Brusca |
| 1198. b) Escasa actividad | 1224. c) Ambos |
| 1199. b) Abducción | 1225. b) Calcificaciones |
| 1200. b) Lentamente | 1226. b) No se precisa |
| 1201. c) Variable | 1227. b) Calcificaciones |
| 1202. b) Blandas | 1228. a) Brusco |
| 1203. b) Variable | 1229. a) El dolor |
| 1204. b) Inflamatorio | 1230. c) No se registra |
| 1205. c) Dependientes del tipo | 1231. c) Al periostio |
| 1206. a) Están limitados | 1232. b) Extensión de la muñeca |
| 1207. a) Ambos | 1233. a) No se precisa |
| 1208. c) Hipertrófica | 1234. b) Dolor |
| 1209. c) Dolor | 1235. c) De las inserciones tendinosas |
| 1210. c) Ninguna | 1236. b) Artritis piógena |
| 1211. a) Variable | 1237. a) a y b |
| 1212. c) Ambos | 1238. c) Forma hiperaguda de la osteomielitis |
| 1213. b) Hipertrofia sinovial | 1239. a) Osteomielitis hematógena |
| 1214. c) El bloqueo articular | 1240. c) a y b |
| 1215. a) Artrosis | 1241. b) Osteomielitis hematógena |
| 1216. b) Tumoración renitente | 1242. a) Ninguna |
| 1217. a) Conservador | 1243. b) Osteomielitis crónica |
| 1218. b) Es secundaria | 1244. a) Osteomielitis aguda |

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre los Síndromes Dolorosos

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1245. a) Dolor metafisario | 1258. c) Cúbito |
| 1246. c) Tífica | 1259. b) Síndrome de Still |
| 1247. b) Pulmonar | 1260. c) Metacarpianos |
| 1248. b) Ninguna | 1261. a) Artritis vellosa |
| 1249. c) Tífica | 1262. a) Hombro |
| 1250. b) Melitococo | 1263. b) Ambas |
| 1251. a) Brucelosis | 1264. b) Metacarpianos |
| 1252. b) Ósteo-articular | 1265. c) Ninguno |
| 1253. b) Cortos | 1266. b) De la mano |
| 1254. a) Xifosis angular | 1267. a) Bursitis |
| 1255. b) Actinomicosis | 1268. c) Codo |
| 1256. c) Codo | 1269. b) Artrosis escápulo-humeral |
| 1257. b) No hereditaria congénita | 1270. c) Miositis crónica |

CAPÍTULO VII

AFECCIONES DISTRÓFICAS

AFECCIONES DISTRÓFICAS

1. Distrofias Carenciales – Por Hiper Vitaminosis y Metabólicas

- 1.1 Raquitismo
- 1.2 Osteomalacia
- 1.3 Escorbuto
- 1.4 Afecciones por Hiper Vitaminosis
 - Hiper Vitaminosis A
 - Hiper Vitaminosis D
- 1.5 Hipofosfatasa

2. Afecciones Metabólicas

- 2.1 Enfermedad de Hand Schuller Christian
- 2.2 Enfermedad de Gaucher
- 2.3 Enfermedad de Nieman Pick
- 2.4 Síndrome de Letterer - Siwe
- 2.5 Granuloma Eosinófilo
- 2.6 Gota

3. Distrofias Endocrinas

- 3.1 Disfunción de la Hipófisis
- 3.2 Disfunción de la Tiroides
- 3.3 Disfunción de la Paratiroides
- 3.4 Hipofunción del Pancreas
- 3.5 Hiperfunción Suprarenal
- 3.6 Disfunción Gonadal

4. Otras Distrofias Óseas

- 4.1 Osteoporosis
- 4.2 Displasia Epifisaria Punteada
- 4.3 Displasia Epifisaria Múltiple
- 4.4 Displasia Hemimélica
- 4.5 Displasia Metafisaria
- 4.6 Disostosis Metafisaria
- 4.7 Displasia Diafisaria
- 4.8 Displasia Fibrosa
- 4.9 Enfermedad de Paget
- 4.10 Osteopatía Estriada o Enfermedad de Voorhole
- 4.11 Osteopoiquilosis
- 4.12 Melorreostosis
- 4.13 Picnodisostosis
- 4.14 Osteopetrosis
- 4.15 Fluorosis
- 4.16 Saturnismo

1. DISTROFIAS CARENCIALES – POR HIPER VITAMINOSIS Y METABÓLICAS

1.1 Raquitismo

PREGUNTAS

1271. En el tratamiento del Raquitismo se prescribe:

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

1272. El raquitismo se suele presentar en:

- a) Adultos
- b) Adolescentes
- c) Niños

1273. Las deformidades en el tórax características del Raquitismo son:

- a) Tórax en quilla
- b) Tórax en embudo
- c) a y b

1274. Radiográficamente en el Raquitismo se aprecia:

- a) Adelgazamiento diafisario
- b) Ensanchamiento epifisario
- c) Ambos

1275. En el Raquitismo se encuentra afectada la osificación:

- a) Periostal
- b) Endostal
- c) Canalicular

SINOPSIS 220

CARACTERÍSTICAS:

- Hipovitaminosis D
- Se presenta en niños
- Está afectada la osificación intramembranosa y sub-condral
- Se registran alteraciones en:
 - Cráneo: exageración de las prominencias frontales
 - Columna: xifosis, escoliosis, xifoescoliosis
 - Tórax: deformidades en “quilla” y en “embudo” – “rosario raquíptico”
 - Miembros: ensanchamiento de epífisis e incurvación de la diáfisis-genu varo, valgo o recurvatum
- Radiográficamente se comprueban deformidades

TRATAMIENTO:

- Conservador: helioterapia, vitaminoterapia, aparatos y zapatos ortopédicos
- Quirúrgicos: osteotomías correctoras

Raquitismo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346



GRÁFICO 60: RAQUITISMO

En miembros inferiores es característico el genu-varo con incurvaciones femoral y tibial

1.2 Osteomalacia

PREGUNTAS

1276. En el tratamiento de las deformaciones de la Osteomalacia se indican:
- Electroterapia
 - Aparatos ortopédicos
 - Prótesis
1277. Son formas clínicas de la Osteomalacia:
- La senil
 - Del embarazo
 - a y b
1278. Las deformidades que se encuentran en la Osteomalacia son:
- Genu varo
 - Genu valgo
 - Recurvatum
1279. En la columna vertebral, en la Osteomalacia, se registra:
- Vértebra en “cuña”
 - Aplanamiento vertebral
 - Vértebra en “cola de pescado”
1280. En la Osteomalacia se suele presentar:
- Alteraciones endócrinas
 - Fracturas patológicas
 - a y b

SINOPSIS 221

CARACTERÍSTICAS:

- Hipervitaminosis D
- Puede existir asociación con alteraciones endócrinas
- Se presenta en adultos
- Se encuentra afectada la osificación
- El contenido mineral óseo es menor
- La maleabilidad ósea está aumentada
- Se registran alteraciones en:
 - Columna: xifosis, vértebras en “cola de pescado”, escoliosis
 - Pelvis: aplanamiento
 - Miembros: genu varo, fracturas patológicas
- Formas clínicas:
 - Osteomalacia del embarazo
 - Osteomalacia senil
 - Síndrome de Milkman: pseudofracturas
 - Síndrome de Fanconi: hipofunción del tubuli renal

TRATAMIENTO

- Conservador: vitaminoterapia, corsés y aparatos ortopédicos
- Quirúrgicos: osteotomías correctoras

Osteomalacia

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

1.3 Escorbuto

PREGUNTAS

1281. En el Escorbuto el tratamiento indicado es:

- a) Vitaminoterapia
- b) Coagulantes
- c) Ambos

1282. En la radiografía el Escorbuto se reconoce por:

- a) Adelgazamiento óseo
- b) Desdoblamiento cortical
- c) Ensanchamiento medular

1283. En el Escorbuto existe retardo en la osificación:

- a) Subcondral
- b) Membranosa
- c) General

1284. Las hemorragias características del Escorbuto son:

- a) Articulares
- b) Subperiósticas
- c) a y b

1285. En los huesos, en el Escorbuto, se registra:

- a) Borramiento de la trabeculación
- b) Estriaciones
- c) Aumento de la densidad

SINOPSIS 222

CARACTERÍSTICAS

El escorbuto, consecuencia de:

- Hipovitaminosis C
- Alteraciones esqueléticas en relación con:
 - Hemorragias sub-periósticas y medulares
 - Hemartrosis
 - Retardo en la osificación subcondral
 - Desprendimientos epifisarios
- Radiográficamente, se registran:
 - Osteoporosis
 - Adelgazamiento y desdoblamiento externo de la cortical
 - Borramiento de la trabeculación epifisaria

TRATAMIENTO

- Vitaminoterapia C: 100 a 200 mgs

Escorbuto

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

1.4 Afecciones por Hiper Vitaminosis

PREGUNTAS

1286. El tratamiento de la Hipervitaminosis "A" se realiza:

- a) Prescribiendo vitamina D
- b) Suprimiendo vitamina A
- c) a y b

1287. En la Hipervitaminosis "A" se registra:

- a) Hepatomegalia
- b) Disfunción renal
- c) Alteraciones gastrointestinales

1288. En la Hipervitaminosis "A", en el laboratorio, se comprueba elevación de la vitamina "A" en:

- a) La orina
- b) Jugo gástrico
- c) El plasma

1289. En la radiografía, en la Hipervitaminosis "A" se registra:

- a) Osteoporosis
- b) Hiperostosis
- c) Osteolisis

1290. En la Hipervitaminosis "A" se presentan alteraciones en los:

- a) Metacarpianos
- b) Huesos del carpo
- c) El fémur

Hiper Vitaminosis A

SINOPSIS 223

CARACTERÍSTICAS

- La hipervitaminosis A se presenta por sobredosificación crónica en niños mayores de 1 año
- Puede haber retardo en el crecimiento
- Clínicamente existe tumefacción segmentaria, predominante en antebrazos, manos y pies
- En la radiografía se aprecia hiperostosis y engrosamiento predominante en antebrazos, cúbito y radio, metacarpianos y metatarsianos
- Pueden presentarse manifestaciones generales como anorexia, sequedad en la piel, prurito y hepatoesplenomegalia
- En el laboratorio se comprueba elevación plasmática de vitamina A

TRATAMIENTO

- Supresión de la ingesta de vitamina A

Hiper Vitaminosis A

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

Hiper Vitaminosis D

PREGUNTAS

1291. En la Hipervitaminosis "D" el tratamiento consiste en:
- Suprimir la vitamina "D" en la alimentación
 - Aplicar al paciente sulfato de calcio
 - a y b
1292. En el laboratorio, en la Hipervitaminosis "D", se comprueba aumento de la concentración plasmática de:
- Sodio
 - Calcio
 - Potasio
1293. En el Hipervitaminosis "D" se presenta:
- Anorexia
 - Polifagia
 - Poliuria
1294. La Hipervitaminosis "D" se presenta mayormente en:
- Niños
 - Mujeres
 - Varones
1295. En la radiografía, la Hipervitaminosis "D" se manifiesta por la presencia de densidad ósea:
- Disminuida en las epífisis
 - Aumentada en la metáfisis
 - Disminuida en la metáfisis

SINOPSIS 224

CARACTERÍSTICAS

- La hipervitaminosis D se presenta por sobredosificación, especialmente en niños
- Radiográficamente se comprueba:
 - Aumento de densidad en la metáfisis y disminución en la diáfisis
 - Calcificaciones para-articulares
 - Calcificaciones arteriales, tiroides, pulmón, riñón, etc.
- Manifestaciones generales:
 - Anorexia, náuseas, vómitos, estreñimiento, astenia y estupor
- En laboratorio se aprecia aumento de la concentración plasmática de calcio

TRATAMIENTO

- Supresión de la ingesta de vitamina D
- Sulfato de sodio y cortisona

Hiper Vitaminosis D

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

1.5 Hipofosfatasa

PREGUNTAS

1296. Radiográficamente en la Hipofosfatasa se registra:

- a) Densidad ósea aumentada
- b) Craneosinostosis
- c) Retardo en el cierre de las fontanelas

1297. Clínicamente en la Hipofosfatasa se aprecia:

- a) Ensanchamiento epifisario
- b) Ablandamiento del cráneo
- c) a y b

1298. La Hipofosfatasa es mayormente detectable en:

- a) Niños
- b) Adultos
- c) Ancianos

1299. En característica de la Hipofosfatasa la persistencia esquelética de tejido:

- a) Cartilaginoso
- b) Osteoide
- c) Mesenquimatoso

1300. En la Hipofosfatasa se registra:

- a) Hipercalcemia
- b) Disminución del fósforo
- c) a y b

SINOPSIS 225

CARACTERÍSTICAS

La hipofosfatasa es una afección rara, de origen genético, mayormente detectable en niños que se presenta con:

- Baja actividad de la fosfatasa alcalina
- Mineralización ósea deficiente
- Persistencia de tejido osteoide en todos los huesos
- Clínicamente se manifiesta por:
 - Cráneo blando y arqueamiento de los huesos largos
 - Ensanchamiento de las epífisis
 - “Rosario raquítrico”
 - Fracturas patológicas, a veces intraútero; retardo o ausencia de consolidación
- Radiográficamente se presenta:
 - Osteoporosis generalizada
 - Cráneo sinostosis
 - Confirmación de datos clínicos
- En laboratorio:
 - Hipercalcemia – fósforo normal
- Otras manifestaciones:
 - Irritabilidad, vómitos, lento aumento de peso

TRATAMIENTO

- No existe tratamiento específico

Hipofosfatasa

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

2. AFECCIONES METABÓLICAS

2.1 Enfermedad de Hand Schuller Christian

PREGUNTAS

1301. En el tratamiento de la Enfermedad de Hand Schuller debe considerarse:
- a) Antiinflamatorios y relajantes
 - b) Corticoides
 - c) a y b
1302. Radiográficamente en la Enfermedad de Hand Schuller se aprecia:
- a) Imágenes quísticas múltiples
 - b) Engrosamiento de la cortical
 - c) Ensanchamiento medular
1303. La Enfermedad de Hand Schuller suele acompañarse de:
- a) Diabetes insípida
 - b) Diabetes mellitas
 - c) Ninguna
1304. Los huesos mayormente afectados en la Enfermedad de Hand Schuller son:
- a) Frontal
 - b) Occipital
 - c) Maxilar
1305. La Enfermedad de Hand Schuller es más frecuente en:
- a) Niños
 - b) Varones
 - c) a y b

SINOPSIS 226

ALTERACIÓN DEL METABOLISMO DE LA COLESTERINA

CARACTERÍSTICAS

- Más frecuente en niños varones
- Acumulación de colessterina en:
 - Huesos de la base del cráneo y maxilar
 - Costillas, pelvis, columna y huesos largos
- Radiográficamente se comprueba:
 - Adelgazamiento de la cortical ósea
 - Imágenes quísticas múltiples “cráneo geográfico”
 - Fracturas patológicas
- Laboratorio: la biopsia es definitiva para el diagnóstico
- Otras manifestaciones:
 - Diabetes insípida
 - Infantilismo

TRATAMIENTO

- Corticoesteroides
- Radioterapia

Enfermedad de Hand Schuller Christian

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

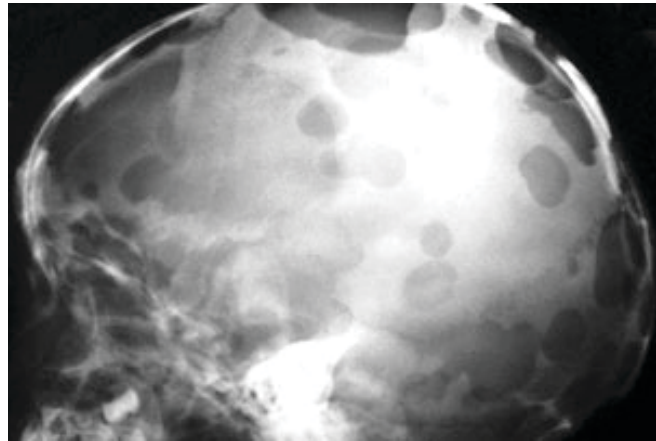


GRÁFICO 61: ENFERMEDAD DE HAND SCHULLER CHRISTIAN

De localización múltiple, se caracteriza por la presencia de imágenes radiológicas negativas de contornos irregulares

2.3 Enfermedad de Niemann Pick

PREGUNTAS

1311. En la enfermedad de Niemann Pick se presenta alteración en el metabolismo de:

- a) Colesterina b) Lecitina c) Querasina

1312. El acumulo más frecuente de lípidos en la enfermedad de Niemann Pick es en:

- a) Huesos largos b) Huesos planos c) Otras localizaciones

1313. El sistema mayormente afectado en la enfermedad de Niemann Pick es el nervioso:

- a) Periférico b) Central c) Ambos

1314. Los órganos que más se comprometen en la enfermedad de Niemann son el:

- a) Bazo b) Hígado c) Corazón

1315. En la enfermedad de Niemann Pick el acumulo de lípidos se produce en el sistema:

- a) Nervioso b) Retículo-endotelial c) a y b

Enfermedad de Niemann Pick

SINOPSIS 228

CARACTERÍSTICAS

- La acumulación de la lecitina es:
 - Rara a nivel óseo
 - Se presenta en el sistema retículo-endotelial, corazón, glándulas y sistema nervioso central

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

2.4 Síndrome de Letterer - Siwe

PREGUNTAS

1316. En la enfermedad de Letterer-Siwe se encuentra alterado el metabolismo de la:

- a) Colesterina
- b) Queratina
- c) Lecitina

1317. El acumulo de lípidos en la Enfermedad de Letterer-Siwe es especialmente en:

- a) Columna
- b) Pelvis
- c) Cráneo

1318. La enfermedad de Letterer-Siwe es la forma crónica de la enfermedad de:

- a) Gaucher
- b) Hand-Schuller
- c) Ninguna

1319. Radiográficamente en la enfermedad de Letterer-Siwe se registra imágenes óseas de densidad:

- a) Aumentada
- b) Disminuida
- c) Mixta

1320. El pronóstico de la enfermedad de Letterer-Siwe es:

- a) Desfavorable a corto plazo
- b) Benigno
- c) Desfavorable a largo plazo

SINOPSIS 229

ALTERACIÓN EN EL METABOLISMO DE LA COLESTERINA

CARACTERÍSTICAS

- La acumulación de colessterina es especialmente en el cráneo
- Se presenta en niños menores
- Es la forma aguda de la enfermedad de Hand Schuller Christian
- Produce la muerte en menos de dos años
- Radiográficamente se registran imágenes óseas de menor densidad
- Laboratorio:
 - La biopsia es definitiva para el diagnóstico
- Otras manifestaciones son:
 - Hipertrofia del hígado, bazo y ganglios linfáticos
 - Anorexia y hemorragias

TRATAMIENTO

- Cortisona y quimioterapia
- Radioterapia

Síndrome de Letterer - Siwe

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

2.5 Granuloma Eosinófilo

PREGUNTAS

1321. El tratamiento del Granuloma eosinófilo es:

- a) Quirúrgico
- b) Radioterápico
- c) Ambos

1322. Según los casos, en el Granuloma eosinófilo radiográficamente se presenta una imagen osteolítica:

- a) Única
- b) Múltiple
- c) Ninguna

1323. La imagen característica del Granuloma eosinófilo es de forma:

- a) Irregular
- b) Ovoide
- c) Circular

1324. La localización del Granuloma eosinófilo es en:

- a) La cabeza del fémur
- b) La columna vertebral
- c) a y b

1325. El aplastamiento óseo que se produce en el Granuloma eosinófilo determina la llamada vértebra:

- a) En “cuña”
- b) En “cola de pescado”
- c) Plana

Granuloma Eosinófilo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

SINOPSIS 230

ALTERACIÓN EN EL METABOLISMO GRASO

CARACTERÍSTICAS

- Acúmulo de células grasas y eosinófilos a nivel óseo en:
 - Cráneo y vértebras
 - Costillas y huesos largos de las extremidades
- Es predominante en:
 - Niños
 - Adolescentes varones
- Radiográficamente:
 - Se registra una imagen circular lítica y generalmente única, intraósea, de crecimiento excéntrico
 - En columna se presenta la llamada “vértebra plana”
 - Pueden presentarse fracturas patológicas
- Laboratorio:
 - La biopsia es definitiva para el diagnóstico

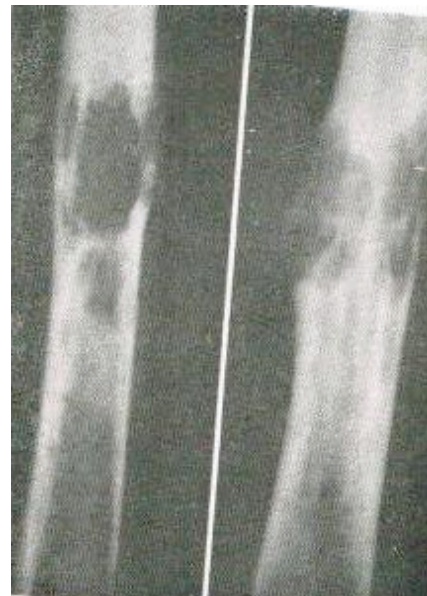


GRÁFICO 62: GRANULOMA

Imagen circular lítica intra-ósea a nivel del tercio medio de la diáfisis femoral

2.6 Gota

PREGUNTAS

1326. En la Gota existe alteración del metabolismo de:

- a) Acido úrico
- b) Purinas
- c) a y b

1327. La acumulación de ácido úrico en la Gota es preferentemente en:

- a) Pies y manos
- b) Rodillas y caderas
- c) Codos y hombros

1328. Radiográficamente en la Gota se registran imágenes de:

- a) Osteoporosis
- b) Osteolisis
- c) a y b

1329. En la Gota los síntomas característicos son:

- a) Dolor leve
- b) Flogosis intensa
- c) Movilidad limitada

1330. La Gota se presenta mayormente en:

- a) Niños
- b) Menores de 30 años
- c) Mayores de 30 años

SINOPSIS 231

ALTERACIÓN EN EL METABOLISMO DE LAS PURINAS

CARACTERÍSTICAS

- Incremento de ácido úrico en la sangre y acumulación o depósito de éste o tofos en las articulaciones
- Generalmente se presenta en varones mayores de 30 años
- Afecta con más frecuencia a las articulaciones de:
 - Los dedos de pies y manos
 - Tobillos y rodillas
 - Muñecas y codos
- Clínicamente:
 - Los síntomas se presentan coincidiendo con excesos alimenticios
 - La flogosis y dolor articular suelen ser intensos
 - Pueden presentarse úlceraciones con eliminación de tofos
- Radiográficamente se registra:
 - Osteoporosis
 - Geodas, vecinas a las articulaciones, que están ocupadas por los tofos

TRATAMIENTO

- Inmovilización y antirreumáticos
- Alimentación especial, sin purinas
- Fisioterapia
- Cirugía: curetaje, eliminación de tofos

Gota

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

3. DISTROFIAS ENDOCRINAS

3.1 Disfunción de la Hipófisis

PREGUNTAS

1331. En el Enanismo hipofisario se encuentra principalmente afectado el crecimiento:

- a) Cabeza y tronco
- b) Miembros inferiores
- c) a y b

1332. En la Hipofunción hipofisaria el tratamiento es:

- a) Hormonal
- b) Con corticoesteroides
- c) Quirúrgico

1333. En la hiperfunción de la Hipófisis en los huesos se aprecia osteoporosis:

- a) Predominantemente en pelvis
- b) Generalizada
- c) Predominante en cráneo

1334. Las arrugas en la piel son frecuentes en la Disfunción hipofisaria por:

- a) Hipofunción
- b) Hiperfunción
- c) Ninguna

1335. El retardo en el cierre de las suturas craneales se presenta en la:

- a) Hipofunción hipofisaria
- b) Hiperfunción hipofisaria
- c) Ambas

SINOPSIS 232

HIPERFUNCIÓN - CARACTERÍSTICAS:

- Según la edad del paciente, se presenta el gigantismo o la acromegalia
- El **gigantismo** se presenta en niños y adolescentes
- Sus manifestaciones clínicas son:
 - Retardo en el cierre de las suturas craneales
 - Mayor crecimiento de los huesos largos
 - Hipotrofia genital
- La **acromegalia** se presenta en adultos
- Sus manifestaciones clínicas son:
 - Mayor crecimiento en ancho o grosor de los huesos largos
 - Mayor crecimiento en longitud del maxilar inferior, costillas, vértebras y falanges
- Radiográficamente se comprueba:
 - Osteoporosis generalizada y
 - Engrosamiento cortical
- En general, se registra:
 - Hipofunción genital
 - Hiperfunción suprarrenal

HIPOFUNCIÓN - CARACTERÍSTICAS:

- Se manifiesta por el **enanismo hipofisario**, en el que no se altera la relación normal entre la cabeza, el tronco y las extremidades
- En relación con la edad, la talla y el peso son pequeños
- Existe una soldadura temprana de los cartílagos de crecimiento
- Otras características son:
 - Las arrugas de la piel y
 - El hipogonadismo

TRATAMIENTO

- Hormonoterápico

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

3.2 Disfunción de la Tiroides

PREGUNTAS

1336. La Hiperfunción tiroidea en niños determina:

- a) Mayor crecimiento
- b) Retardo en el crecimiento
- c) Ninguno

1337. Radiográficamente en la Hiperfunción tiroidea se registra:

- a) Osteoporosis difusa
- b) Osteoporosis limitada a la columna vertebral
- c) Osteoporosis limitada la columna vertebral

1338. El retardo en la asimilación de núcleos de osificación se registra en la:

- a) Hipofunción tiroidea
- b) Hiperfunción tiroidea
- c) No existe retraso

1339. La Coxa plana suele presentarse en la:

- a) Hiperfunción tiroidea
- b) Hipofunción tiroidea
- c) a y b

1340. El tratamiento de la Disfunción tiroidea es mayormente:

- a) Hormonal
- b) Quirúrgico
- c) Ambos

SINOPSIS 233

CARACTERÍSTICAS

HIPERFUNCIÓN:

- En los niños se presenta un mayor crecimiento
- Radiográficamente, se registra osteoporosis difusa
- Otras manifestaciones, que corresponden a la enfermedad de Basedow, son:
 - Temblor - exoftalmia
 - Adelgazamiento
 - Aumento del metabolismo basal

HIPOFUNCION:

- En los niños es manifiesta la menor talla con:
 - Retardo en el crecimiento y maduración ósea y
 - Retraso en la asimilación de los núcleos de osificación secundaria
- Radiográficamente puede encontrarse:
 - Osteocondritis y luxación bilateral de caderas
 - Aumento de la densidad de la cortical ósea
- Además, se presenta, en hipotiroidismo grave y cretinismo:
 - Facie mongólica y mixedematosa
 - Retardo mental

TRATAMIENTO

- Hormonoterápico

Disfunción de la Tiroides

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

3.3 Disfunción de la Paratiroides

PREGUNTAS

1341. En el Hipoparatiroidismo se aprecia radiográficamente:

- a) Disminución de la densidad ósea
- b) Engrosamiento cortical
- c) Ensanchamiento medular

1342. Las Osificaciones heterotópicas se registran en el:

- a) Hiperparatiroidismo
- b) Hipoparatiroidismo
- c) Ninguno

1343. Las imágenes en “cola de pescado” se aprecian en el:

- a) Hipoparatiroidismo
- b) Hiperparatiroidismo
- c) Ambos

1344. En el Hiperparatiroidismo se aprecia la imagen de:

- a) “Corazón de naipes” en la pelvis
- b) Aplastamiento en cuña a nivel vertebral
- c) a y b

1345. En el Hipoparatiroidismo se registra a nivel de la piel:

- a) Arrugas
- b) Engrosamiento
- c) Adelgazamiento

SINOPSIS 234

CARACTERÍSTICAS

- Es la enfermedad fibroquística
- Se registran con frecuencia fracturas patológicas
- Radiográficamente se aprecian:
 - Imágenes quísticas múltiples en los huesos
 - Osteoporosis generalizada
 - Imágenes en “cola de pescado” a nivel vertebral y de “corazon de naipes” en pelvis
- Otras manifestaciones generales son:
 - Anorexia y adelgazamiento
 - Dolores difusos
 - Poliuria y polidipsia

HIPOFUNCIÓN:

- En los pacientes jóvenes, menor longitud ósea
- Radiográficamente:
 - Aumento de la densidad ósea
 - Engrosamiento de la cortical
 - Osificaciones heterotópicas:
 - o Para-articulares y
 - o Cálculos renales
- Otras manifestaciones:
 - Irritabilidad neuro-muscular
 - Engrosamiento de piel y uñas
 - Cataratas

TRATAMIENTO

- Del hiper o hipoparatiroidismo, según los casos:
 - De las fracturas patológicas, cuando se presentan
 - De las osificaciones para-articulares, extirpándolas, cuando se justifica

Disfunción de la Paratiroides

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

3.4 Disfunción del Páncreas

PREGUNTAS

1346. En la Hipofunción del páncreas en la infancia, se presenta un crecimiento:

- a) Acelerado
- b) Retardado
- c) Discontinuo

1347. En el tratamiento de la Hipofunción pancreática se prescribe:

- a) Dieta y calcio
- b) Vitaminoterapia
- c) a y b

1348. Radiográficamente en la Hipofunción pancreática se registra:

- a) Aumento de la densidad ósea
- b) Osteoporosis
- c) Imágenes osteolíticas

1349. Las imágenes radiográficas características de la Hipofunción pancreática son:

- a) Estriaciones
- b) Calcificaciones
- c) Engrosamiento cortical

1350. Las alteraciones óseas en la Hipofunción pancreática son a nivel:

- a) Diafisario
- b) Epifisario
- c) Metafisario

SINOPSIS 235

CARACTERÍSTICAS

- En el niño se presenta retardo discontinuo del crecimiento
- Radiográficamente:
 - Se aprecian estriaciones transversales en zonas metafisarias, en relación con los retardos discontinuos del crecimiento
 - Osteoporosis en los adultos
- Otras manifestaciones presentes en la diabetes:
 - Polifagia y polidipsia
 - Poliuria y glucosuria
 - Adelgazamiento

TRATAMIENTO

- De la diabetes
- Dieta hiperproteica, calcioterapia

Disfunción del Páncreas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

3.5 Hiperfunción Suprarrenal

PREGUNTAS

1351. Al examen clínico en la Hipofunción suprarrenal se registra:

- a) Crecimiento acelerado
- b) Debilidad muscular
- c) Hipertrofia muscular

1352. El aumento de la densidad ósea es característico del Síndrome:

- a) De Cushing
- b) Adrenogenital
- c) Ambos

1353. La osteoporosis y la presencia de cálculos renales caracteriza el Síndrome:

- a) Adrenogenital
- b) de Cushing
- c) Ninguno

1354. La deformidad vertebral en “cola de pescado” con facie lunar se presenta en el Síndrome:

- a) De Cushing
- b) Adrenogenital
- c) Ambos

1355. En el Síndrome adreno-genital se encuentra:

- a) Hipertrofia genital
- b) Crecimiento rápido
- c) Engrosamiento metafisario

SINOPSIS 236

SÍNDROME DE CUSHING

CARACTERÍSTICAS:

- Crecimiento esquelético lento
- Debilidad muscular
- Radiográficamente:
 - Osteoporosis
 - Deformidad vertebral en “cola de pescado”
- Otras manifestaciones:
 - Facie lunar e hirsutismo
 - Hipertensión arterial
 - Amenorrea, pérdida de la libido
 - Cálculos renales

SÍNDROME ADRENOGENITAL

CARACTERÍSTICAS:

- Crecimiento esquelético rápido
- Radiográficamente:
 - Aumento discreto de la densidad ósea
- Otras manifestaciones:
 - Hipertrofia genital

TRATAMIENTO:

- Endrócino, del síndrome de Cushing y del síndrome adrenogenital, respectivamente

Hiperfunción Suprarrenal

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

3.6 Disfunción Gonadal

PREGUNTAS

1356. En la Hiperfunción gonadal el crecimiento es:

- a) Lento
- b) Acelerado
- c) Normal

1357. Radiográficamente en la Hiperfunción gonadal se aprecia:

- a) Osteoporosis
- b) Calcificaciones
- c) Hiperostosis

1358. El tratamiento de la Disfunción gonadal es:

- a) Con córtico-esteroides
- b) Hormonoterapia
- c) a y b

1359. La soldadura del cartílago de crecimiento en la Hiperfunción gonadal es:

- a) Normal
- b) Precoz
- c) Tardía

1360. La densidad ósea en la Hipofunción gonadal se encuentra:

- a) Disminuida
- b) Aumentada
- c) Muy aumentada

SINOPSIS 237

CARACTERÍSTICAS

HIPERFUNCIÓN:

- Baja talla:
 - Crecimiento esquelético lento
 - Soldadura precoz de los cartílagos de crecimiento
- Radiográficamente:
 - Aumento de la densidad ósea

HIPOFUNCIÓN:

- Gigantismo inarmónico:
 - Crecimiento esquelético exagerado, especialmente de los huesos largos
 - Retardo en la soldadura de los cartílagos de crecimiento
- Radiográficamente:
 - Disminución de la densidad ósea

TRATAMIENTO

- Hormonoterápico

Disfunción Gonadal

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

4. OTRAS DISTROFIAS ÓSEAS

4.1 Osteoporosis

PREGUNTAS

1361. La Osteoporosis se presenta como consecuencia de:

- a) La no movilización del paciente
- b) Un exceso de actividad
- c) a y b

1362. Son causa de Osteoporosis los procesos de origen:

- a) Traumático
- b) Infeccioso
- c) Múltiple

1363. La Osteoporosis está en relación con un déficit funcional de los:

- a) Osteoblastos
- b) Tiroides
- c) Osteoclastos

1364. Las trabéculas óseas en la Osteoporosis se encuentran:

- a) Aumentadas
- b) Engrosadas
- c) Adelgazadas

1365. La Osteoporosis se caracteriza porque existe un engrosamiento:

- a) Diafisario
- b) Cortical
- c) Medular

SINOPSIS 238

CARACTERÍSTICAS

- Se presenta:
 - En diferentes enfermedades de etiología diversa
 - En situaciones relacionadas con falta de uso o función
- Se le relaciona con una deficiente formación de la matriz proteica del hueso debida a:
 - Déficit funcional de los osteoblastos
 - Exagerada función de los osteoclastos
- Radiográficamente existe aumento de la transparencia ósea en relación con:
 - Adelgazamiento de la cortical
 - Incremento de la medular
 - Disminución, en número y grosor, de las trabéculas óseas
 - Aumento de amplitud de los espacios libres intertrabeculares

TRATAMIENTO

- Etiológico

Osteoporosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

4.2 Displasia Epifisaria Punteada

PREGUNTAS

1366. El tratamiento de la Displasia epifisaria punteada debe ser:
- Etiológico
 - De las deformidades existentes
 - Ambos
1367. La Displasia epifisaria punteada suele acompañarse de:
- Inteligencia normal
 - Defecto visual
 - Adelgazamiento de la piel
1368. Las calcificaciones granulares de la Displasia epifisaria punteada se visualiza a nivel de:
- Las epífisis vecinas a la rodilla
 - El carpo
 - Ambos
1369. La Displasia epifisaria punteada es considerada como un trastorno:
- Endocrino
 - Del crecimiento óseo
 - Bioquímico
1370. Radiográficamente en la Displasia epifisaria punteada se registran las vértebras en:
- “Mariposa”
 - “Caña de bambú”
 - “Cola da pescado”

SINOPSIS 239

CARACTERÍSTICAS

- Sinonimia: Epífisis punteada
- Se le considera un trastorno del crecimiento óseo
- Puede manifestarse por la presencia de:
 - Una condrodistrofia calcificante congénita, o
 - Calcificaciones granulares epifisarias en grandes articulaciones, como cadera y rodilla, y en carpo y tarso
- Clínicamente pueden presentarse:
 - Las extremidades, cortas y semiflexas
 - Los dedos, cortos y gruesos
 - En columna, escoliosis y vértebras “en mariposa”
- Otras anomalías:
 - Dermatitis hiperqueratósica
 - Cataratas
 - Retardo mental

TRATAMIENTO

- De las deformidades y limitaciones presentes

Displasia Epifisaria Punteada

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

4.3 Displasia Epifisaria Múltiple

PREGUNTAS

1371. La Displasia epifisaria múltiple se presenta en:

- a) El recién nacido
- b) La edad infantil
- c) La juventud

1372. La talla en la Displasia epifisaria múltiple es:

- a) Normal
- b) Elevada
- c) Pequeña

1373. Las alteraciones de la Displasia epifisaria múltiple afectan principalmente a:

- a) Hombros
- b) Codos
- c) Muñecas

1374. Las extremidades en la Displasia epifisaria múltiple son generalmente:

- a) Alargadas y gruesas
- b) Gruesas y cortas
- c) Adelgazadas y largas

1375. Cuando afecta la cadera, la Displasia epifisaria múltiple puede confundirse con la:

- a) Enfermedad de Perthes
- b) Coxa vara esencial
- c) Ambas

SINOPSIS 240

CARACTERÍSTICAS

- Se presenta entre los 5 y 14 años de edad
- Las extremidades son cortas y gruesas, la talla pequeña
- La inteligencia normal
- Su localización predominante es:
 - Hombros y caderas
 - Rodillas y tobillos
- Cuando se afecta la cadera, se confunde con la enfermedad de Perthes, diferenciándose porque no evoluciona hacia la necrosis
- Termina en artrosis

TRATAMIENTO

- De los defectos ortopédicos existentes

Displasia Epifisaria Múltiple

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

4.4 Displasia Epifisaria Hemimélica

PREGUNTAS

1376. La Displasia epifisaria hemimélica se hace presente:

- a) En el recién nacido
- b) Después de los 2 años
- c) Después de los 5 años

1377. Lo más característico en la Displasia epifisaria hemimélica son:

- a) Las tumoraciones epifisarias
- b) Las deformidades
- c) Ambas

1378. En la Displasia epifisaria hemimélica se registra una desigual longitud de:

- a) Brazos
- b) Piernas
- c) Dedos

1379. La deformidad existente en la Displasia epifisaria hemimélica está en relación con:

- a) Las alteraciones de ejes
- b) Las alteraciones epifisarias
- c) a y b

1380. El tratamiento de la Displasia epifisaria hemimélica es:

- a) Radioterápico
- b) Quirúrgico
- c) Ninguno

SINOPSIS 241

CARACTERÍSTICAS

- Se presenta desde los dos años de edad
- Se evidencian deformidades o tumoraciones epifisarias, a lo cual se suman, según los casos:
 - Alteraciones del eje, como genu valgo o varo
 - Pie equino o valgo
 - Desigualdad en longitud de piernas
 - Limitación funcional, según el tamaño del tumor epifisario
 - Claudicación
- Puede confundirse con la exostosis múltiple y osteocondromas (metafisarios)
- Radiográficamente se establece el diagnóstico diferencial

TRATAMIENTO

- De las deformidades y limitaciones

Displasia Epifisaria Hemimélica

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

4.5 Displasia Metafisaria

PREGUNTAS

1381. La Displasia metafisaria suele acompañarse de alteración de la:

- a) Visión
- b) Audición
- c) a y b

1382. En la Displasia metafisaria se presenta ensanchamiento de la:

- a) Diáfisis
- b) Epífisis
- c) Ninguna

1383. La Displasia metafisaria se manifiesta por alteración del crecimiento:

- a) Encondral
- b) Periostal
- c) Ambos

1384. Radiográficamente en la Displasia metafisaria se aprecia un aumento del hueso esponjoso a nivel:

- a) Cortical
- b) Epifisario
- c) Del tarso

1385. En la Displasia cráneo-metafisaria se registra en los huesos del cráneo:

- a) Mayor crecimiento
- b) Osteoporosis difusa
- c) Retardo en el desarrollo

SINOPSIS 242

CARACTERÍSTICAS

- Es de origen familiar
- Existe alteración en el crecimiento encondral
- Clínicamente se manifiesta por:
 - Ensanchamiento de las metafisis proximales a la rodilla, y
 - Comparativamente, adelgazamiento de la diáfisis vecina
- En la radiografía se aprecia la imagen llamada en “matraz de Erlenmeyer” con:
 - Adelgazamiento de la cortical y canal de la diáfisis y
 - Aumento del hueso esponjoso de las epífisis
- Hay predisposición a las fracturas patológicas
- La denominada displasia cráneo-metafisaria se caracteriza por presentar, además de lo mencionado:
 - Mayor crecimiento de los huesos del cráneo
 - Leontosis ósea, con estrechamiento de los agujeros naturales con compresiones nerviosas manifiestas
- A veces, alteraciones de la visión y audición

TRATAMIENTO

- De las fracturas patológicas cuando se presentan

Displasia Metafisaria

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

4.6 Disostosis Metafisaria

PREGUNTAS

1386. El tratamiento de la Disostosis metafisaria es:

- a) Específico
- b) De la deformidades
- c) Ambos

1387. En la Disostosis metafisaria se registra un enanismo moderado semejante al:

- a) Tiroideo
- b) Acondroplásico
- c) Hipofisario

1388. El arqueamiento de miembros inferiores que se presentan en la Disostosis metafisaria semeja al que se registra en:

- a) El raquitismo
- b) La Discondroplasia
- c) La Osteomalacia

1389. La deformidad de cadera característica de la Disostosis metafisaria es la:

- a) Coxa valga
- b) Coxa plana
- c) Coxa vara

1390. La radiografía en la Disostosis metafisaria revela a nivel epifisario:

- a) Irregularidad
- b) Ensanchamiento
- c) a y b

SINOPSIS 243

CARACTERÍSTICAS

- Enanismo moderado semejante al acondroplásico sin compromiso del cráneo, columna y pelvis
- Arqueamiento de miembros inferiores semejante al que se presenta en el raquitismo
- Coxa vara y deslizamiento de la cabeza femoral y, a veces:
 - Sobrecrecimiento distal del peroné con desviación marcada de pies en valgo
 - Acortamiento de un miembro, con claudicación
- En la radiografía, a nivel epifisario, se aprecia:
 - Ensanchamiento y
 - Excavación e irregularidad de los contornos
- Clasificación, tipo:
 - Jansen (más grave)
 - Schmid (más común)
 - Spachr-Harmann (gran arqueamiento de rodillas)
 - Deformidad en tobillo y alteración del cablelo (escaso, corto y quebradizo)

TRATAMIENTO

- De los defectos ortopédicos

Disostosis Metafisaria

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

4.7 Displasia Diafisaria

PREGUNTAS

1391. El origen de la Displasia diafisaria es:

- a) Hereditario
- b) Un trastorno del crecimiento óseo
- c) Perióstico

1392. Una de las formas de Displasia diafisaria es la:

- a) Jansen
- b) Schmid
- c) Engerman

1393. La forma clínica de la Displasia diafisaria que afecta mayormente al adulto es la enfermedad de:

- a) Perthes
- b) Engerman
- c) Ribbing

1394. Cuando la Displasia diafisaria es progresiva corresponde a la enfermedad de:

- a) Ribbing
- b) Spahr
- c) Egerman

1395. La característica de afectar a ambos miembros inferiores en forma asimétrica en la Displasia metafisaria corresponde a la enfermedad de:

- a) Ribbing
- b) Engerman
- c) Ninguna

SINOPSIS 244

CARACTERÍSTICAS

- De origen hereditario
- Existen dos formas según la edad de presentación:
 - La enfermedad de Engelman
 - La enfermedad de Ribbing
- La enfermedad de Engelman se caracteriza porque:
 - Se presenta en la niñez y es progresiva
 - Radiográficamente se aprecia:
 - . Ensanchamiento diafisario medio, perióstico y endóstico, que da imagen fusiforme
 - . Aumento de la densidad ósea y estrechamiento del canal medular
- Compromete preferencialmente a la tibia y al fémur, peroné, húmero, cúbito y radio:
 - Es bilateral y simétrica
 - Pueden afectarse la columna, pelvis y cráneo
 - Se suele presentar hiperlordosis lumbar y macrocefalia
- Otras manifestaciones son:
 - Abdomen prominente
 - Lumbocotalgia y fatiga muscular
 - Hipognadismo y retardo de la pubertad
 - Hepato-esplenomegalia
 - Piel seca
- La enfermedad de Ribbing se caracteriza porque:
 - Se presenta en el adulto joven y no es progresiva
 - Afecta preferentemente a miembros inferiores y es asimétrica
 - El desarrollo muscular es normal

TRATAMIENTO

- Correctivo de las deformidades

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

4.8 Displasia Fibrosa

PREGUNTAS

1396. El tratamiento de la Displasia fibrosa es:
- Específico
 - Hormona
 - Quirúrgico
1397. La fibrosis característica de la Displasia fibrosa se encuentra a nivel:
- Cortical
 - Medular
 - Metafisario
1398. Además de fibrosis, en la Displasia fibrosa se registra tejido:
- Osteoide
 - Cartilaginoso
 - a y b
1399. Las imágenes radiográficas en la Displasia fibrosa son:
- Osteolíticas
 - Osteoproliferativas
 - Mixtas
1400. La Displasia fibrosa se presenta mayormente en:
- Niños y adolescentes
 - Adolescentes y adultos
 - Ancianos y adultos

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

SINOPSIS 245

CARACTERÍSTICAS

- De origen congénito
- Presencia de fibrosis en la médula ósea además de tejido osteoide y cartilagosos
- Se le encuentra más en adolescentes y adultos
- Su evolución es larga
- Clínicamente, en los segmentos afectados, puede encontrarse:
 - Dolor
 - Pequeñas tumoraciones
 - Fracturas patológicas, preferentemente en huesos largos y costillas
- En la radiografía de los huesos afectados se aprecian zonas osteolíticas:
 - Circulares y ovoides
 - De límites netos
 - Con trabeculado tenue y disminuido
- Sus formas clínicas son:
 - Monostótica
 - Poliostótica o enfermedad de Jaffe y Lichtenstein
 - Enfermedad de Albright
- La enfermedad de Albright se caracteriza por presentar:
 - Osteitis fibrosa con incurvaciones óseas
 - Manchas “café con leche” en la piel de los segmentos afectados
 - Maduración sexual precoz

TRATAMIENTO

- De las fracturas patológicas y deformidades existentes

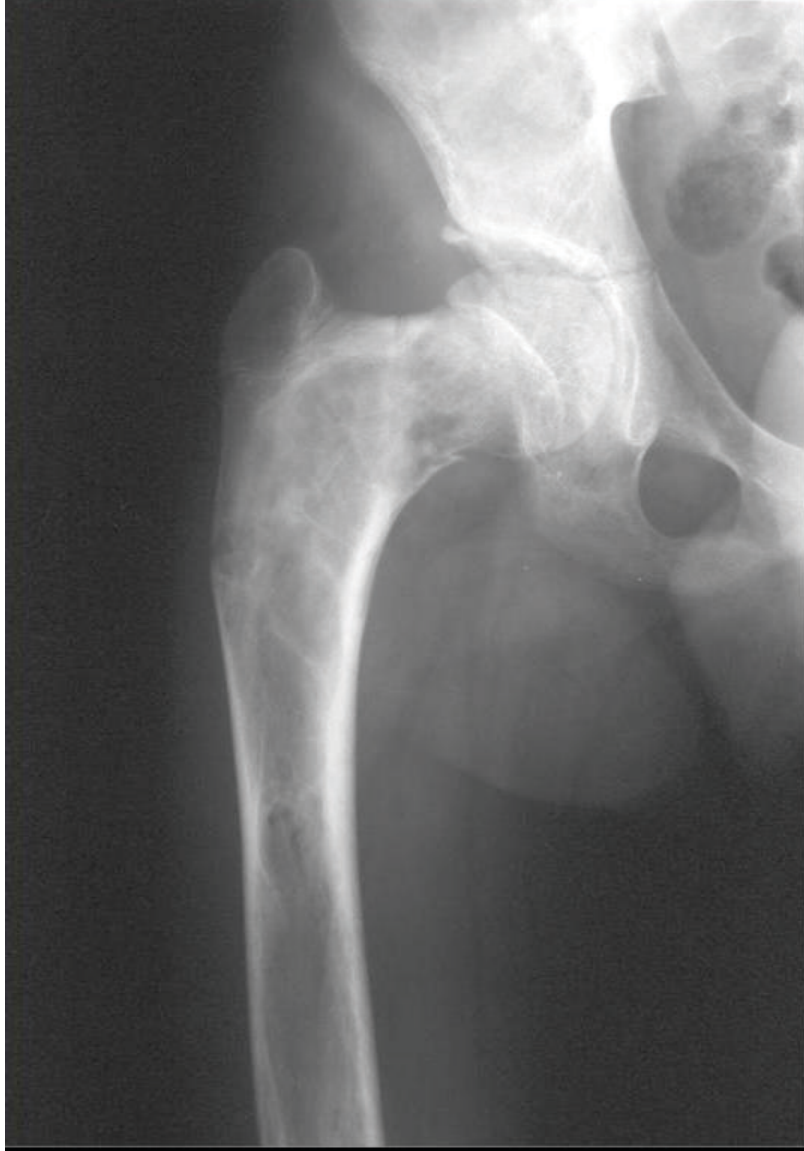


GRÁFICO 63: DISPLASIA FIBROSA DE FÉMUR

Se caracteriza por presentar osteítis con fibrosis en la médula ósea. La radiografía muestra imágenes radiolúcidas e incurvaciones óseas

4.9 Enfermedad de Paget

PREGUNTAS

1401. El origen de la Enfermedad de Paget es:

- a) Familiar
- b) Endocrino
- c) a y b

1402. La evolución en la Enfermedad de Paget es:

- a) Prolongada
- b) Rápida
- c) Variable

1403. En la Enfermedad de Paget las deformidades afectan a:

- a) La cabeza
- b) La columna y miembros
- c) a y b

1404. En la radiografía, en la Enfermedad de Paget, se registra en huesos largos:

- a) Engrosamiento e incurvación
- b) Adelgazamiento y fracturas
- c) Ninguna

1405. En la Enfermedad de Paget, el tórax se muestra:

- a) Deprimido
- b) Ensanchado
- c) En "quilla"

SINOPSIS 246

CARACTERÍSTICAS

- Enfermedad familiar, endocrina o metabólica
- Evolución prolongada
- Alteración del ritmo osteoproducción y osteoabsorción normal
- Se afectan predominantemente los huesos del cráneo, columna y miembros inferiores:
 - El cráneo se agranda
 - La columna se encurva: xifosis, escoliosis y se acorta
 - El tórax se ensancha
 - Los miembros se encurvan, se acortan
 - Los huesos se deforman como "tibia en sable", se ensanchan y aumentan su fragilidad
- Se presentan fracturas patológicas
- En la radiografía se aprecia:
 - Ensanchamiento y deformidad ósea
 - Engrosamiento e irregularidad del contorno de la cortical
 - Alterancia de imágenes de mayor y menor densidad
- Otras manifestaciones son:
 - Cefalea, vértigos, sordera
 - Lumbociatalgia, a veces paraplejia

TRATAMIENTO

- De las fracturas patológicas y deformidades, según los casos

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346



GRÁFICO 64: ENFERMEDAD DE PAGET

En la radiografía se aprecia ensanchamiento y deformidad ósea con alternancia de imágenes de densidad diferente

4.11 Osteopoiquilosis

PREGUNTAS

1411. El origen de la Osteopoiquilosis es:

- a) Endócrino
- b) Hereditario
- c) Ninguno

1412. La Osteopoiquilosis es predominante en:

- a) Varones
- b) Mujeres
- c) Adultos

1413. Radiográficamente en la Osteopoiquilosis se registran a nivel de los huesos:

- a) Granulaciones
- b) Manchas
- c) Estrías

1414. Las imágenes características de la Osteopoiquilosis son de forma:

- a) Circular
- b) Irregular
- c) Ninguna

1415. La localización de las alteraciones típicas de la Osteopoiquilosis es en:

- a) Huesos planos
- b) Metacarpianos
- c) Huesos cortos

SINOPSIS 248

CARACTERÍSTICAS

- Origen hereditario
- Predominante en varones
- Sin manifestaciones clínicas
- Histológicamente se aprecian nódulos condensados de hueso laminado
- En la radiografía se aprecian imágenes de “huesos manchados”. Las manchas pueden ser:
 - Circulares u ovoides
 - De tamaño variable, que aumenta o disminuye, llegando a desaparecer
 - De localización en:
 - o Metáfisis y epífisis
 - o Preferentemente en metacarpianos y metatarsianos

TRATAMIENTO

- No está indicado

Osteopoiquilosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

4.12 Melorreostosis

PREGUNTAS

1416. La Melorreostosis es de origen:
- Hereditario
 - Congénito
 - Desconocido
1417. La Melorreostosis se presenta mayormente en:
- Niños
 - Adultos
 - a y b
1418. La evolución de la Melorreostosis es:
- Lenta, en general
 - Rápida en niños
 - Rápida en adultos
1419. La imagen radiográfica típica de la Melorreostosis es:
- “Huesos manchados”
 - De “cera fundida”
 - De “granulaciones múltiples”
1420. En la Melorreostosis existe:
- Engrosamiento de la cortical
 - Estrechamiento de la medular
 - a y b

SINOPSIS 249

CARACTERÍSTICAS

- Origen congénito
- Es de presentación rara. Afecta a niños y adultos
- La evolución es más rápida en niños
- Clínicamente se aprecia:
 - Dolor a nivel de los huesos afectados
 - Posiciones viciosas:
 - . Caderas y rodillas en clínica, genu valgo
 - . Pie equino, valgo o varo
 - Piel eritematosa, lustrosa y seca
 - Tejido celular subcutáneo edematoso e indurado
- Por su localización se consideran las formas:
 - Monostótica
 - Poliostótica y
 - Hemimélica
- Los huesos largos son los mayormente afectados
- En la radiografía se aprecia:
 - Engrosamiento cortical y estrechamiento medular
 - Hiperostosis subcondral
 - Hiperostosis membranosa que da la imagen de “cera fundida”

TRATAMIENTO

- Corrección de las deformidades

Melorreostosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

4.13 Picnodisostosis

PREGUNTAS

1421. La Picnodisostosis se manifiesta porque la estatura es:
- Pequeña
 - Elevada
 - Normal
1422. En la Picnodisostosis:
- No hay alteraciones del cráneo
 - La soldadura de las suturas craneales es precoz
 - Hay cierre tardío de las fontanelas y suturas
1423. Radiográficamente en la Picnodisostosis se aprecia:
- Aumento difuso de la densidad
 - Osteoporosis generalizada
 - Osteolisis de localización múltiple
1424. La Picnodisostosis se manifiesta por:
- Hiperfalangismo
 - Hipoplasia de falanges ungueales
 - Oligofalangismo
1425. En la Picnodisostosis se:
- Fracturas patológicas
 - Osificación deficiente
 - Exostosis

SINOPSIS 250

CARACTERÍSTICAS

- Origen hereditario
- Estatura pequeña
- Displasia craneal:
 - Persistencia de la apertura de fontanelas y suturas
 - Hipoplasia de senos paranasales
- Displasia clavicular
- En miembros:
 - Aumento difuso de la densidad ósea
 - Hipoplasia o aplasia de las falanges ungueales
 - Predisposición a fracturas patológicas

TRATAMIENTO

- De las fracturas patológicas

Picnodisostosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

4.14 Osteopetrosis

PREGUNTAS

1426. En la Osteopetrosis existe:

- a) Aumento de la densidad ósea
- b) Disminución de la fragilidad
- c) Ninguna

1427. La Osteopetrosis se debe a la función disminuida de:

- a) Los Osteoclastos
- b) Los Osteoblastos
- c) Ambos

1428. En la Osteopetrosis los huesos se muestran con:

- a) La densidad aumentada
- b) Los contornos irregulares
- c) a y b

1429. La cortical ósea, en la Osteopetrosis, se encuentra:

- a) Normal
- b) Engrosada
- c) Estrecha

1430. La Osteopetrosis se manifiesta por presentar, además de las alteraciones óseas, alteraciones:

- a) Del crecimiento
- b) De la visión y audición
- c) Ambas

Osteopetrosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

SINOPSIS 251

CARACTERÍSTICAS

- Tiene relación con la función disminuida del osteoclasto
- Existe un aumento de la dureza y fragilidad ósea
- Puede afectar a todo el esqueleto
- Radiográficamente:
 - La cortical se encuentra engrosada y muy densa, con contornos netos
 - La medular es estrecha
- Otras manifestaciones de la enfermedad son:
 - Alteraciones de la visión y audición
 - Alteración de la hematopoyesis
 - Aumento relativo de los linfocitos

TRATAMIENTO

- Se justifica en caso de fracturas patológicas

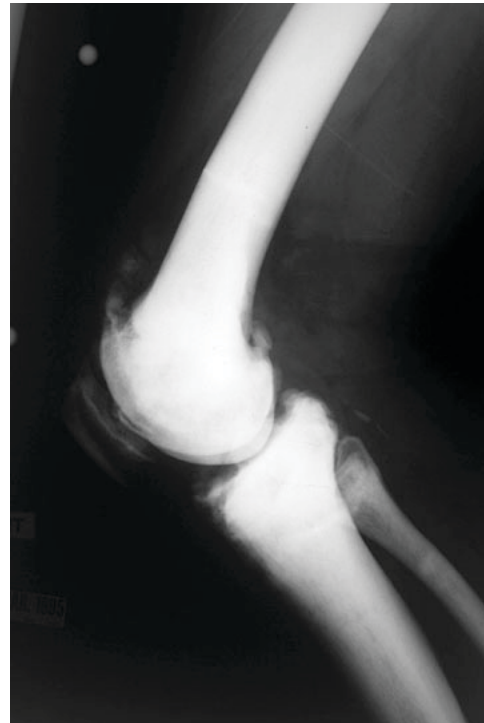


GRÁFICO 65: OSTEOPETROSIS

La radiografía muestra marcado aumento uniforme y simétrico de la densidad ósea

4.15 Fluorosis

PREGUNTAS

1431. El tratamiento de la Fluorosis consiste en el cambio del tipo de:

- a) Hábitos
- b) Agua
- c) Alimentos

1432. La radiografía en la Fluorosis revela la presencia de:

- a) Osteoporosis
- b) Hiperostosis
- c) Ninguna

1433. En la Fluorosis se forman calcificaciones:

- a) Extraóseas
- b) Subperiósticas
- c) Intramedulares

1434. Además de las manifestaciones óseas, en la Fluorosis se presentan alteraciones en:

- a) El tímpano
- b) Los dientes
- c) La córnea

1435. Los síntomas que se presentan en la Fluorosis son dolores:

- a) Óseos
- b) Gastrointestinales
- c) a y b

SINOPSIS 252

CARACTERÍSTICAS

- Es debida a la intoxicación con fluor
- Clínicamente se registran:
 - Dolores difusos en columna, pelvis y miembros
 - Disturbios gastrointestinales
 - Defecto en los dientes
- En la radiografía se aprecia:
 - Aumento del grosor y densidad cortical
 - Estrechamiento del canal medular
 - Calcificaciones extraóseas de ligamentos e inserciones musculares

TRATAMIENTO

- Está indicado el cambio de agua, de bebida

Fluorosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

4.16 Saturnismo

PREGUNTAS

1436. En el Saturnismo se presentan tofos a nivel:

- a) Articular
- b) Muscular
- c) Tendinoso

1437. Son manifestaciones del Saturnismo las alteraciones:

- a) Gastrointestinales
- b) Renales y nerviosas
- c) a y b

1438. El ribete gris azulado del Saturnismo se produce en:

- a) Párpados
- b) Encías
- c) Labios

1439. En el Saturnismo los tofos se presentan:

- a) Precozmente
- b) Tardíamente
- c) a o b

1440. El Saturnismo se acompaña de:

- a) Obesidad
- b) Hirsutismo
- c) Caquexia

SINOPSIS 253

CARACTERÍSTICAS

- Es debido a la intoxicación con el plomo
- Clínicamente se manifiesta por:
 - Perturbaciones gastrointestinales
 - Alteraciones cardiovasculares, renales y nerviosas
 - Anemia y caquexia
 - Ribete gris azulado en las encías
 - Gota saturnínica:
 - . Deformaciones articulares precoces
 - . Depósito de tofos

TRATAMIENTO

- Consiste en:
 - El uso de antídotos
 - Alejarse de la fuente de intoxicación

Saturnismo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

- | | |
|---|--|
| <p>1441. Perturbaciones gastrointestinales se encuentran en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La fluorosis b) El saturnismo c) Ambos | <p>1446. La Aplasia de las falanges distales se encuentra en la:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Osteopetrosis b) Picnodisostosis c) Osteopoiquilosis |
| <p>1442. Dolores difusos en columna y miembros se registran en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Osteopetrosis b) Fluorosis c) Melorreostosis | <p>1447. La imagen de “cera fundida” se produce a nivel óseo en la:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Melorreostosis b) Osteopoiquilosis c) Fluorosis |
| <p>1443. La distribución simétrica del compromiso óseo se comprueba en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La enfermedad de Engerman b) Osteopatía estriada c) Melorreostosis | <p>1448. Las manifestaciones clínicas están ausentes en:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Osteopatía estriada b) Osteopetrosis c) Fluorosis |
| <p>1444. La posición viciosa en cadera y en rodillas son características de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Saturnismo b) Melorreostosis c) Osteopetrosis | <p>1449. Los miembros encurvados son característicos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Enfermedad de Paget b) Osteopatía estriada c) Osteopetrosis |
| <p>1445. Los “Huesos manchados” son típicos en la:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fluorosis b) Melorreostosis c) Osteopetrosis | <p>1450. La estatura pequeña es característica de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Osteopatía estriada b) Osteopetrosis c) Picnodisostosis |

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

PREGUNTAS

1451. Las “tibias en sable” son manifestaciones de:

- a) Melorreostosis
- b) Enfermedad de Paget
- c) Picnodisostosis

1452. Las manchas “Café con leche” en la piel se presentan en la:

- a) Displasia fibrosa
- b) Enfermedad de Paget
- c) Osteopatía estriada

1453. Las fracturas patológicas se presentan en:

- a) Displasia fibrosa
- b) Osteopetrosis
- c) a y b

1454. La evolución larga es una manifestación de:

- a) Melorreostosis
- b) Displasia fibrosa
- c) Fluorosis

1455. El estrechamiento del canal medular se aprecia en:

- a) Osteopetrosis
- b) Displasia diafisaria
- c) a y b

1456. La Hepatoesplenomegalia se presenta en la:

- a) Picnodisostosis
- b) Osteopatía estriada
- c) Enfermedad de Engelman

1457. Se encuentra alteración del cabello en la:

- a) Disostosis metafisaria
- b) Enfermedad de Ribbing
- c) a y b

1458. La Displasia del cráneo se presenta en:

- a) Disostosis metafisaria
- b) Displasia diafisaria
- c) Displasia metafisaria

1459. Las osificaciones heterotópicas se presentan en:

- a) La enfermedad de Paget
- b) El hipoparatiroidismo
- c) La osteopatía estriada

1460. El cráneo se muestra agrandado en:

- a) La hiperfunción hipofisaria
- b) Enfermedad de Paget
- c) Ambas

1461. En la Gota se encuentran mayormente afectados:

- a) Los tobillos y rodillas
- b) La columna cervical
- c) Los hombros y caderas

1462. Son manifestaciones de la Disfunción Gonadal:

- a) Crecimiento esquelético lento
- b) Gigantismo inarmónico
- c) Ambos

1463. En la Osteoporosis existe:

- a) Déficit funcional de los osteoblastos
- b) Exagerada función de los osteoblastos
- c) Ninguna

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

PREGUNTAS

1464. La evolución de la Displasia Fibrosa generalmente es:
- a) Larga
 - b) Corta
 - c) Variable
1465. En la Enfermedad de Paget se afectan predominantemente:
- a) Los miembros se encorvan
 - b) El tórax se ensancha
 - c) a y b
1466. Las estriaciones transversales a nivel óseo se aprecian en la:
- a) Osteopatía estriada
 - b) Hipofunción del Páncreas
 - c) a y b
1467. La imagen en “corazón de naipes” de la pelvis es propia de:
- a) Hiperfunción Paratifoidea
 - b) Enfermedad de Ribbing
 - c) Ninguna
1468. La deformidad vertebral en “cola de pescado” se presenta en:
- a) Síndrome de Cushing
 - b) Displasia fibrosa
 - c) a y b
1469. El crecimiento esquelético rápido se presenta en:
- a) La disostosis metafisaria
 - b) El síndrome Androgenital
 - c) Enfermedad de Paget
1470. El sobrecrecimiento distal del peroné se registra en:
- a) Hipertiroidismo
 - b) Displasia Metafisaria
 - c) Disostosis Metafisaria
1471. La diabetes insípida suele presentarse en:
- a) Hipofunción tiroidea
 - b) Enfermedad de Hand Schuller
 - c) Displasia metafisaria
1472. La imagen radiográfica única, circular y osteolítica se presenta en:
- a) El Granuloma Eosinófilo
 - b) La displasia fibrosa
 - c) El hiperparatiroidismo
1473. Las calcificaciones granulares se encuentran en la:
- a) Picnodisostosis
 - b) Hipervitaminosis D
 - c) Ninguna
1474. El retardo en la soldadura de los cartílagos de crecimiento es característica de la:
- a) Hipervitaminosis A
 - b) Hipofunción Gonadal
 - c) Enfermedad de Gaucher
1475. ¿En qué enfermedad se puede presentar la muerte antes de los dos años de evolución?
- a) El síndrome de Letterer-Siwe
 - b) Escorbuto
 - c) a y b

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 346

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre los Síndromes Dolorosos

- | | |
|--|--|
| 1271. a) Helioterapia | 1309. c) a y b |
| 1272. a) Adultos | 1310. b) Esfenoides |
| 1273. c) a y b | 1311. b) Lecitina |
| 1274. b) Ensanchamiento epifisario | 1312. c) Otras localizaciones |
| 1275. a) Periostal | 1313. b) Central |
| 1276. b) Aparatos ortopédicos | 1314. c) Corazón |
| 1277. c) a y b | 1315. c) a y b |
| 1278. a) Genu varo | 1316. a) Colesterina |
| 1279. c) Vértebras en "cola de pescado" | 1317. c) Cráneo |
| 1280. c) a y b | 1318. c) Ninguna |
| 1281. a) Vitaminoterapia | 1319. b) Disminuida |
| 1282. b) Desdoblamiento cortical | 1320. a) Desfavorable a corto plazo |
| 1283. a) Subcondral | 1321. c) Ambos |
| 1284. c) a y b | 1322. a) Única |
| 1285. a) Borramiento de la trabeculación | 1323. c) Circular |
| 1286. b) Suprimiendo la vitamina A | 1324. b) La columna vertebral |
| 1287. a) Hepatomegalia | 1325. c) Plana |
| 1288. c) El plasma | 1326. b) Purinas |
| 1289. b) Hiperostosis | 1327. a) Pies y manos |
| 1290. a) El fémur | 1328. c) a y b |
| 1291. a) Suprimir la vitamina "D" en la alimentación | 1329. b) Flogosis intensa |
| 1292. b) Calcio | 1330. c) Mayores de 30 años |
| 1293. a) Anorexia | 1331. c) a y b |
| 1294. a) Niños | 1332. a) Hormonal |
| 1295. b) Aumentada en la metafisis | 1333. b) Con cortico-esteroides |
| 1296. b) Craneosinostosis | 1334. a) Hipofunción |
| 1297. c) a y b | 1335. b) Hiperfunción hipofisaria |
| 1298. a) Cartílago | 1336. a) Mayor crecimiento |
| 1299. b) Osteoide | 1337. a) Osteoporosis difusa |
| 1300. a) Hipercalcemia | 1338. a) Hipofunción tiroidea |
| 1301. b) Corticoides | 1339. b) Hipofunción tiroidea |
| 1302. a) Imágenes quísticas múltiples | 1340. a) Hormonal |
| 1303. a) Diabetes insípida | 1341. b) Engrosamiento cortical |
| 1304. c) Maxilar | 1342. b) Hipoparatiroidismo |
| 1305. c) a y b | 1343. b) Hiperparatiroidismo |
| 1306. a) Hígado | 1344. a) "Corazón de naipes" en pelvis |
| 1307. b) De la biopsia | 1345. b) Engrosamiento |
| 1308. a) Regulares | 1346. c) Discontinuo |

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre los Síndromes Dolorosos

- | | |
|--|--|
| 1347. a) Dieta y calcio | 1386. b) De las deformidades |
| 1348. b) Osteoporosis | 1387. b) Acondroplásico |
| 1349. a) Estriaciones | 1388. a) El raquitismo |
| 1350. c) Metafisario | 1389. c) Coxa vara |
| 1351. b) Debilidad muscular | 1390. c) a y b |
| 1352. b) Adrenogenital | 1391. a) Hereditario |
| 1353. c) Ninguno | 1392. c) Engerman |
| 1354. a) De Cushing | 1393. c) Ribbing |
| 1355. b) Crecimiento rápido | 1394. c) Engerman |
| 1356. a) Lento | 1395. a) Ribbing |
| 1357. b) Calcificaciones | 1396. c) Quirúrgico |
| 1358. b) Hormonoterapia | 1397. b) Medular |
| 1359. b) Precoz | 1398. c) a y b |
| 1360. a) Disminuida | 1399. a) Osteolíticas |
| 1361. a) La no movilización del paciente | 1400. b) Adolescentes y adultos |
| 1362. c) Múltiple | 1401. c) a y b |
| 1363. a) Osteoblastos | 1402. a) Prolongada |
| 1364. c) Adelgazadas | 1403. c) a y b |
| 1365. c) Medular | 1404. a) Engrosamiento e incurvación |
| 1366. b) De las deformidades existentes | 1405. b) Ensanchado |
| 1367. b) Defecto visual | 1406. b) Varones |
| 1368. c) Ambos | 1407. c) Ninguna |
| 1369. b) Del crecimiento óseo | 1408. c) Ambos |
| 1370. a) "Mariposa" | 1409. c) Ninguno |
| 1371. b) La edad infantil | 1410. a) Longitudinal |
| 1372. c) Pequeña | 1411. b) Hereditario |
| 1373. a) Hombros | 1412. a) Varones |
| 1374. b) Gruesas y cortas | 1413. b) Manchas |
| 1375. a) Enfermedad de Perthes | 1414. a) Circular |
| 1376. b) Después de los 2 años | 1415. b) Metacarpianos |
| 1377. c) Ambas | 1416. b) Congénito |
| 1378. b) Piernas | 1417. c) a y b |
| 1379. c) a y b | 1418. b) Rápida en niños |
| 1380. b) Quirúrgico | 1419. b) De "cera fundida" |
| 1381. c) a y b | 1420. c) a y b |
| 1382. c) Ninguna | 1421. a) Pequeña |
| 1383. a) Encondral | 1422. c) Hay cierre tardío de fontanelas y suturas |
| 1384. b) Epifisario | 1423. a) Aumento difuso de la densidad |
| 1385. a) Mayor crecimiento | |

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre los Síndromes Dolorosos

- | | |
|---|--|
| 1424. b) Hipoplasia de falanges ungueales | 1450. b) Enfermedad de Paget |
| 1425. a) Fracturas patológicas. | 1451. a) Displasia fibrosa |
| 1426. a) Aumento de la densidad ósea | 1452. c) a y b |
| 1427. a) Los osteoclastos | 1453. b) Displasia fibrosa |
| 1428. a) La densidad aumentada | 1454. c) a y b |
| 1429. b) Engrosada | 1455. a) Enfermedad de Engerman |
| 1430. b) De la visión y audición | 1456. c) Enfermedad de Engerman |
| 1431. b) Agua | 1457. a) Disostosis metafisaria |
| 1432. b) Hiperostosis | 1458. c) Displasia metafisaria |
| 1433. a) Extraóseas | 1459. b) El hipoparatiroidismo |
| 1434. b) Los dientes | 1460. c) Ambas |
| 1435. c) a y b | 1461. a) Los Tobillos y Rodillas |
| 1436. a) Articular | 1462. c) Ambos |
| 1437. c) a y b | 1463. c) Ninguna |
| 1438. b) Encías | 1464. a) Larga |
| 1439. a) Precozmente. | 1465. c) a y b |
| 1440. c) Caquexia | 1466. b) Hipofunción del Páncreas |
| 1441. c) Ambos | 1467. a) Hiperfunción Paratifoidea |
| 1442. b) Fluorosis | 1468. a) Síndrome de Cushing |
| 1443. b) Melorreostosis | 1469. b) El Síndrome Androgenital |
| 1444. c) Osteopoiquiosis | 1470. c) Disostosis Metafisaria |
| 1445. b) Picnodisostosis | 1471. b) Enfermedad de Hans Schuller |
| 1446. a) Melorreostosis | 1472. a) El Granuloma Eosinófilo |
| 1447. a) Osteopatía estriada | 1473. c) Ninguna |
| 1448. a) Enfermedad de Paget | 1474. b) Hipofunción Gonadal |
| 1449. c) Picnodisostosis | 1475. a) El Síndrome de Letterer-Siwe. |

CAPÍTULO VIII
AFECCIONES TUMORALES

AFECCIONES TUMORALES

1. Tumores Óseos

- 1.1 Osteoma
 - Osteoma Osteoide
- 1.2 Condroma
- 1.3 Osteocondroma
- 1.4 Angioma-Fibroma-Mixoma-Lipoma
- 1.5 Tumor a Células Gigantes Osteoclastoma-Tumor a Mieloplaxias
- 1.6 Quiste Oseo Simple
- 1.7 Sarcoma Osteogénico
- 1.8 Condrosarcoma
- 1.9 Fibrosarcoma
- 1.10 Sarcoma de Ewing
- 1.11 Retículo Sarcoma Primitivo
- 1.12 Mieloma
- 1.13 Tumores Metastásico
- 1.14 Tumores Musculares
- 1.15 Tumores de Partes Blandas

1. TUMORES ÓSEOS

1.1 Osteoma

PREGUNTAS

1476. Los tipos de Osteomas son:

- a) Ebúrneo y esponjoso
- b) Sesil y pediculado
- c) Simples y complejos

1477. Radiográficamente los Osteomas se manifiestan por:

- a) Osteoporosis
- b) Densidad ósea aumentada
- c) Alternancia de imágenes

1478. Los Osteomas se caracterizan por:

- a) Prominencia ósea en huesos largos
- b) Tumoración ósea dolorosa
- c) Su localización en cráneo

1479. El tratamiento de los Osteomas es:

- a) Radioterápico
- b) Farmacológico
- c) Quirúrgico

1480. Los Osteomas son más frecuentes en:

- a) Niños y jóvenes
- b) Adultos y ancianos
- c) Cualquier edad

SINOPSIS 254

CARACTERÍSTICAS:

- Se presenta en niños y adultos jóvenes
- Localización: cráneo y cara: bóveda, orbita y senos paranasales
- Síntomas y signos: según localización y grado de desarrollo
- Indoloros
- En la radiografía: imagen densa de límites suaves
- Tipos:
 - Ebúrneo
 - Esponjoso
- Diagnóstico diferencial:
 - Osteitis de Payer
 - Pronóstico: benigno

TRATAMIENTO:

- Según los casos, extirpación quirúrgica. Son radiorresistentes

Osteoma

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

Osteoma Osteoide

PREGUNTAS

1481. El tratamiento del Osteoma osteoide es:

- a) La extirpación quirúrgica del tumor
- b) Amputación
- c) Radioterapia

1482. El sexo mayormente afectado por el Osteoma osteoide es:

- a) Masculino
- b) Femenino
- c) No se precisa

1483. El Osteoma osteoide se localiza más frecuentemente en:

- a) El cráneo
- b) La columna
- c) Los huesos largos

1484. La característica clínica del Osteoma osteoide es:

- a) Dolor
- b) Tumor
- c) Ambos

1485. Radiográficamente el Osteoma osteoide es ubicado en la:

- a) Medular
- b) Cortical
- c) Epífisis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

SINOPSIS 255

CARACTERÍSTICAS:

- Predomina en el sexo masculino (2 x 1)
- Es más frecuente en la 2ª y 3ª décadas
- Localización preferente: cortical de los huesos largos, cerca de la metáfisis
- Clínicamente: dolor discontinuo al principio y luego permanente, predominio nocturno. Objetivable
- En la radiografía evidencia la imagen del “nido”
- Diagnóstico diferencial:
 - Osteomielitis esclerosante
 - Absceso de Brodie
 - Sarcoma de Ewing
 - Sarcoma Osteogénico
- Pronóstico: benigno

TRATAMIENTO

- Quirúrgico: resección



GRÁFICO 66: OSTEOMA OSTEOIDE

Su localización preferente es en la cortical de los huesos largos. Se presenta con una imagen osteolítica pequeña, que corresponda al “nido” rodeada de una zona de densidad incrementada o esclerosa

1.2 Condroma

PREGUNTAS

1486. El pronóstico en los Condromas es:

- a) Maligno
- b) Benigno
- c) Potencialmente maligno

1487. El tratamiento en los Condromas es, generalmente:

- a) El curetaje
- b) La amputación
- c) Radioterapia

1488. En el Condroma la radiografía revela imágenes de mayor densidad:

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

1489. El dolor es el síntoma característico de los Condromas:

- a) Frecuentemente
- b) No
- c) Según los casos

1490. La localización más frecuente de los Condromas es en:

- a) Fémur
- b) Falanges
- c) Calcáneo

SINOPSIS 256

CARACTERÍSTICAS:

- Se origina en restos de tejidos cartilagosos desplazados
- Su localización más frecuente es en los huesos largos de manos y pies
- Síntomas y signos infrecuentes. Dolor en caso de fracturas patológicas
- Tipos:
 - Múltiple, en manos y pies
 - Solitario, en huesos largos, en miembros
- Radiográficamente se aprecian imágenes de osteolisis en el tipo múltiple e imágenes mixtas en el tipo solitario
- Pronóstico: benigno y, potencialmente maligno en el tipo solitario

TRATAMIENTO

- Quirúrgico: curetaje e injerto óseos

Condroma

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

1.3 Osteocondroma

PREGUNTAS

1491. Los tipos de Osteocondromas son:

- a) Solitario y múltiple
- b) Benigno y maligno
- c) Sesil y pediculado

1492. El pronóstico de los Osteocondromas es:

- a) Maligno
- b) Potencialmente maligno
- c) Siempre benigno

1493. El tratamiento en los Osteocondroma es:

- a) Curetaje
- b) Resección
- c) a y b

1494. Comúnmente los síntomas del Osteocondroma son:

- a) Dolor
- b) Tumoración
- c) Ambos

1495. La localización del Osteocondroma es:

- a) Proximal al codo
- b) Proximal al hombro
- c) Proximal a la cadera

SINOPSIS 257

CARACTERÍSTICAS

- Es más frecuente en la 1ª y 2ª décadas
- Está conformado en su base por tejido óseo, y por tejido cartilaginoso en la periferia
- Su localización es próxima a las metáfisis fértiles
- Clínicamente se registra la prominencia del tumor. Cuando existe dolor, está en relación generalmente con bursitis
- Los tipos son:
 - Sesil, de implantación amplia
 - Pediculado, de implantación estrecha
- Radiográficamente se aprecia la imagen de la tumoración osteocartilaginosa
- El pronóstico generalmente es benigno, potencialmente maligno

TRATAMIENTO

- Quirúrgico: resección, por razones estéticas y/o funcionales



GRÁFICO 67: OSTECONDROMA

Son tumores osteoprodutivos, sesiles de amplia base, y pediculados, que son los más frecuentes. Dan la imagen de una tumoración osteocartilaginosa próxima a las metáfisis fértiles de los huesos largos. Otras localizaciones son menos frecuentes.

Osteocondroma

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

1.4 Angioma - Fibroma - Mixoma - Lipoma

PREGUNTAS

1496. Las imágenes Osteolíticas se presentan principalmente en:

- a) Fibromas
- b) Mixomas
- c) Lipomas

1497. La radioterapia se indica preferentemente en:

- a) Angioma
- b) Fibroma
- c) Lipoma

1498. Los Fibromas afectan generalmente las edades entre la:

- a) 1ª y 2ª décadas
- b) 3ª y 4ª décadas
- c) 5ª y 6ª décadas

1499. La localización preferencial del Lipoma es en:

- a) Ilíaco
- b) Maxilar
- c) Huesos largos

1500. La columna es la localización preferente de:

- a) Mixomas
- b) Angiomas
- c) Fibromas

SINOPSIS 258

CARACTERÍSTICAS

- Se presentan en la 3ª y 4ª década
- Su estructura está constituida por los tejidos correspondientes
- La localización preferencial es:
 - Vertebral en el angioma
 - Maxilar inferior en el fibroma
 - Huesos largos en el lipoma
- Los síntomas y signos dependen de la localización y desarrollo del tumor
- Radiográficamente las imágenes son:
 - Estriaciones y punteado en el angioma
 - Trabeculado en fibromas
 - Osteolisis en mixomas
- Zonas claras, circulares y uniformes en lipomas
- Pronóstico: benigno

TRATAMIENTO

- Radioterapia en angiomas
- Extirpación quirúrgica en los otros tumores

Angioma - Fibroma - Mixoma - Lipoma

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

1.5 Tumor a Células Gigantes: Osteoclastoma - Tumor a Mieloplaxas

PREGUNTAS

1501. Los Tumores a células gigantes son de pronóstico:

- a) Binigno
- b) Maligno
- c) Potencialmente maligno

1502. El tratamiento del Tumor a células gigantes puede ser:

- a) Radioterápico
- b) Quirúrgico
- c) Ambos

1503. Radiográficamente el Tumor a células gigantes es:

- a) Osteoprodutivo
- b) Osteolítico
- c) Mixto

1504. La localización más frecuente del Tumor a células gigantes es:

- a) En manos y pies
- b) Proximal a la rodilla
- c) En columna vertebral

1505. El Tumor a células gigantes es más frecuente en la:

- a) 1ª y 3ª década
- b) 3ª y 5ª década
- c) 5ª y 6ª década

SINOPSIS 259

CARACTERÍSTICAS

- Se presenta entre la 3ª y 5ª década
- Está conformado por:
 - Tejido muy vascular y
 - Células retículo-histiocitarias y gigantes multinucleadas
- Su localización más frecuente es en el fémur, tibia y radio, vecino a la rodilla y muñeca
- Los síntomas son tumor y dolor. Este último es más manifiesto en caso de fracturas patológicas
- La radiografía muestra osteolisis con imágenes de “soplamiento cortical” y “pompas de jabón”
- El calcio, fósforo y fosfatasa son normales
- El pronóstico es potencialmente maligno

TRATAMIENTO

- Radioterapia
- Resección. Curetaje y rellenos óseos

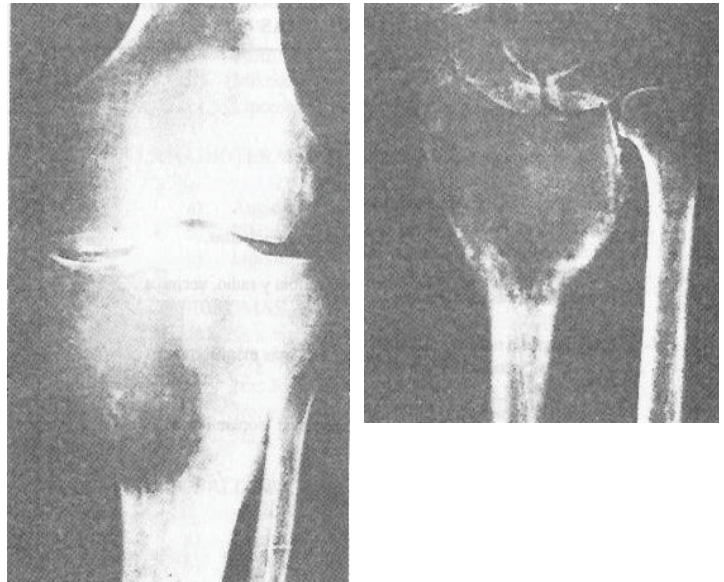


GRÁFICO 68: TUMOR A CÉLULAS GIGANTES

Imágenes de osteolisis que comprometen al tercio proximal de la tibia (izquierda) y al tercio distal del radio (derecha). Esta última con “soplamiento cortical”

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

1.6 Quiste Óseo Simple

PREGUNTAS

1506. Los Quistes óseos son tumores:
- Benignos
 - Malignos
 - Potencialmente malignos
1507. El tratamiento de los Quistes óseos comúnmente es:
- Resección quirúrgica
 - Curetaje e injertos óseos
 - Radioterapia
1508. Los Quistes óseos se presentan en las décadas:
- 1ª y 2ª
 - 2ª y 3ª
 - 3ª y 4ª
1509. La localización más común de los Quistes óseos es:
- Húmero y tibia
 - Fémur y radio
 - Tibia y peroné
1510. Los síntomas más frecuentes de los Quistes óseos son:
- Dolor
 - Tumor
 - Ninguno

Quiste Óseo simple

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

SINOPSIS 260

CARACTERÍSTICAS

- Es más frecuente en la 1ª y 2ª década
- Su localización es predominante en la metáfisis superior del húmero, fémur y tibia
- Comúnmente no se acompaña de signos y síntomas
- Existe dolor sólo en caso de fractura patológica
- Radiográficamente se le reconoce por la presencia de una imagen clara, uniforme, central, unilocular, oval, con la cortical vecina adelgazada y “soplada”
- El pronóstico es benigno

TRATAMIENTO

- Quirúrgico: trepanación, curetaje y relleno con injertos óseos



GRÁFICO 69: QUISTE ÓSEO

Su localización preferencial es en la metáfisis superior del húmero, fémur y tibia. Dan imagen osteolítica, uniforme, oval, con adelgazamiento y a veces, “soplamiento” de la cortical. Se complica con fracturas patológicas. Son de pronóstico benigno

1.7 Sarcoma Osteogénico

PREGUNTAS

1511. El pronóstico del Sarcoma osteogénico es:
- a) Siempre maligno
 - b) Potencialmente maligno
 - c) A veces benigno
1512. El tratamiento del Sarcoma osteogénico es:
- a) Radioterápico
 - b) La amputación
 - c) Ambos
1513. La localización del Sarcoma osteogénico generalmente es en la:
- a) Metáfisis
 - b) Medular
 - c) Cortical
1514. Los síntomas y signos en el Sarcoma osteogénico generalmente son:
- a) Dolor
 - b) Tumor
 - c) Ambos
1515. Radiográficamente en el Sarcoma osteogénico se presentan imágenes de:
- a) Osteolisis en "sacabocados"
 - b) Estriaciones transversales
 - c) Invasión de partes blandas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

SINOPSIS 261

CARACTERÍSTICAS

- Son tumores de origen mesenquimatoso
- Predominan en el sexo masculino
- Entre los tumores malignos primarios son los más frecuentes
- Se localizan más frecuentemente en las metáfisis fértiles del húmero, fémur y tibia
- Los síntomas y signos son el tumor y el dolor
- Se suelen presentar fracturas patológicas
- En la radiografía se aprecian imágenes de osteorreducción, osteolisis, osteogénesis reaccional e invasión de partes blandas
- En el laboratorio se encuentra aumento de la fosfatasa alcalina y de la calciuria
- El pronóstico es desfavorable

TRATAMIENTO

- Quirúrgico: amputación o desarticulación

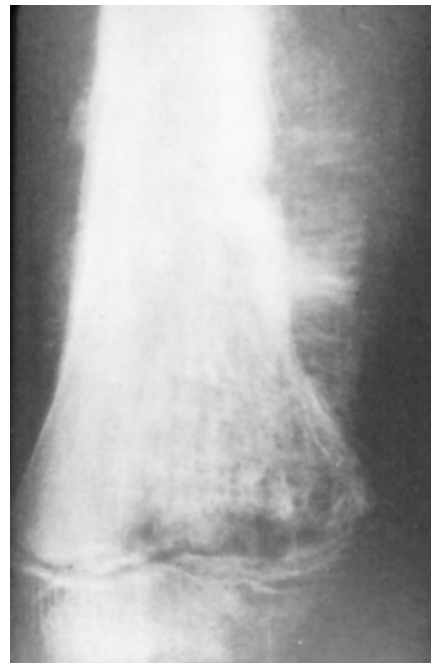


GRÁFICO 70: SARCOMA OSTEOGÉNICO

Son los tumores malignos primarios más frecuentes. En la radiografía se aprecia imágenes de osteogénesis reaccional con invasión de las partes blandas.

1.9 Fibrosarcoma

PREGUNTAS

1521. Los tipos de Fibrosarcomas son:

- a) Primitivo y secundario b) Periférico y central c) Diafisario y metafisario

1522. La localización más frecuente de los Fibrosarcomas es en:

- a) Cúbito y peroné b) Clavícula y costilla c) Húmero y radio

1523. Los Fibrosarcomas en los huesos largos afectan mayormente:

- a) La zona metadiafisaria b) La epífisis c) Ambos

1524. El origen del Fibrosarcoma es:

- a) La capa interna del periostio b) El endosito c) Ambas

1525. En el Fibrosarcoma las décadas mayormente afectadas son entre la:

- a) 1ª y 3ª década b) 3ª y 5ª década c) 4ª y 6ª década

SINOPSIS 263

Fibrosarcoma

CARACTERÍSTICAS

- Proviene de la capa externa del periostio y el endosito
- Es más frecuente entre la 4ª y 6ª década
- La localización preferencial es en metafisis de húmero, radio, tibia y peroné
- Síntomas y signos: variables
- Tipos:
 - Periférico y central
- En la radiografía las imágenes son:
 - Mixta en los tumores periféricos
 - Osteolíticas en los tumores centrales
- Diagnóstico diferencial: con el tumor a células gigantes
- Pronóstico: desfavorable

TRATAMIENTO

- Quirúrgico: resección, amputación y desarticulación

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

1.10 Sarcoma de Ewing

PREGUNTAS

1526. En el Tumor de Ewing las albúminas en la orina se encuentran:

- a) Aumentadas
- b) Normales
- c) Disminuidas

1527. El Tumor de Ewing se presenta mayormente entre los:

- a) 0 a 15 años
- b) 5 a 15 años
- c) 15 a 30 años

1528. Radiográficamente en la 1ª etapa del Tumor de Ewing existen:

- a) Imágenes osteolíticas
- b) Imágenes condensantes
- c) a y b

1529. Entre las manifestaciones generales del Tumor de Ewing se registran:

- a) Anorexia
- b) Fatiga
- c) Fiebre

1530. La localización más frecuente del Tumor de Ewing es:

- a) Fémur
- b) Rótula
- c) Radio

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

SINOPSIS 264

CARACTERÍSTICAS

- Origen mesenquimatoso
- Predominante en:
 - Varones
 - Entre 5 y 15 años de edad
 - En fémur, tibia y húmero
 - En zona metadiafisaria
- Síntomas y signos:
 - Tumor, dolor y fiebre
- En la radiografía:
 - 1ª etapa: imágenes condensantes, en “capas de cebolla”
 - 2ª etapa: imágenes osteolíticas
- En laboratorio:
 - Anemia, leucocitosis y neutrofilia
 - Fosfatasa alcalina aumentada
 - Albuminuria y micro-hematuria
- Diagnóstico diferencial:
 - Osteomielitis, lues ósea y sarcoma osteogénico
- Pronóstico: desfavorable

TRATAMIENTO

- Conservador: radioterapia
- Quirúrgico: amputación



GRÁFICO 71:
SARCOMA DE EWING

Su localización preferente es en fémur, tibia y húmero. En su evolución, durante la primera etapa es osteoproliferativo, condensante, formándose la llamada “imagen en capas de cebolla”. La radiografía muestra un caso de localización en la diáfisis del húmero.

1.11 Reticulosarcoma Primitivo

PREGUNTAS

1531. En el Reticulosarcoma el diagnóstico diferencial es con:

- a) Tumor a células gigantes
- b) Tumor de Ewing
- c) Fibrosarcoma

1532. La radiografía en el Reticulosarcoma de imágenes:

- a) Osteólicas
- b) Osteoproliferativas
- c) Mixtas

1533. En el Reticulosarcoma las edades más afectadas son entre las décadas:

- a) 1ª y 3ª
- b) 3ª y 5ª
- c) 4ª y 6ª

1534. La parte más afectada por el reticulosarcoma en los huesos largos es la:

- a) Diafisaria
- b) Metadiafisaria
- c) Epifisaria

1535. En el Reticulosarcoma el laboratorio revela que existe:

- a) Linfofopenia
- b) Linfofocitosis
- c) Neutrofilia

SINOPSIS 265

CARACTERÍSTICAS

- Origen mesenquimatoso
- Predomina:
 - En varones
 - Entre la 3ª y 5ª década
 - Buen estado general
- Estructura. La conforman:
 - Células reticulares tumorales
 - Estroma fibroso
- La localización más frecuente es en:
 - Huesos largos
 - Zona metadiafisaria
- En la radiografía se aprecia:
 - Osteólisis severa
 - Ausencia de osteoproliferación
- En el laboratorio se comprueba:
 - Anemia hipocrómica y linfofopenia
 - Frecuente evolución leucémica
 - Anisocitosis, gigantismo y anomalías nucleares, en la biopsia
- Diagnóstico diferencial:
 - Tumor de Ewing
- Pronóstico: desfavorable

TRATAMIENTO

- Quirúrgico: resección, amputación
- Radioterapia postoperatoria, ganglionar

Reticulosarcoma Primitivo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

1.12 Mieloma

PREGUNTAS

1536. En el Mieloma se encuentra:

- a) Calciuria
- b) Fosfaturia
- c) a y b

1537. El diagnóstico diferencial del Mieloma debe hacerse con:

- a) Tumor de Ewing
- b) Condroma
- c) Sarcoma osteolítico

1538. El tratamiento del Mieloma es:

- a) Químico
- b) Radioterápico
- c) a y b

1539. Las imágenes radiográficas en el Mieloma son:

- a) Condensantes
- b) Osteolíticas
- c) a y b

1540. La edad predominante de representación del Mieloma es:

- a) Antes de la 3ª década
- b) Entre la 3ª y 5ª década
- c) Después de la 5ª década

Mieloma

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

SINOPSIS 266

CARACTERÍSTICAS

- Estructura: Hiperplasia de tejido mioide
- Predominante:
 - Después de la 5ª década
 - En los huesos del cráneo, costillas, esternón, pelvis y columna
- Síntomas y signos:
 - Una o más tumoraciones de diferente localización y tamaño, dolorosas
- Tipos: solitario y múltiple
- Radiografía: imágenes de osteolisis en “sacabocados”
- Laboratorio:
 - Anemia, eosinofilia, células plasmáticas
 - Velocidad de sedimentación acelerada
 - Hiperproteinemia, proteína de Bence Jones,
 - Hiperglobulinemia
 - Calcio, fósforo y fosfatasas normales y aumentadas en sangre
 - Calciuria y fosfaturia
- Diagnóstico diferencial:
 - Sarcoma osteolítico
 - Tumor a células gigantes
 - Carcinoma metastático
 - Osteitis fibrosa
 - Hiperparatiroidismo
- Pronóstico: desfavorable

TRATAMIENTO

- Químico: uretano
- Radioterápico
- Quirúrgico



GRÁFICO 72: MIELOMA

Suele presentarse en el cráneo, columna, pelvis. En las radiografías se aprecia imágenes osteolíticas en “sacabocado” localizadas en el fémur y en el cráneo. Es eminentemente osteolítico, por lo que pueden presentarse fracturas patológicas

1.13 Tumores Metastásico

PREGUNTAS

1541. El tratamiento de los Tumores Metastásicos es:
- Químico
 - Radioterápico
 - Habitualmente quirúrgico
1542. El diagnóstico diferencial en Tumores metastásicos es con:
- La enfermedad de Paget
 - El mieloma
 - a y b
1543. Las imágenes radiográficas condensantes corresponden generalmente a Tumores metastásicos de:
- Mama
 - Hipernefroma
 - Próstata
1544. Los Tumores metastásicos afectan mayormente a las edades correspondientes a las décadas:
- Por debajo de la 3ª
 - Por encima de la 3ª
 - Por encima de la 5ª
1545. La localización más frecuente de los Tumores metastásicos es:
- Tibia y peroné
 - Fémur y húmero
 - Cráneo y columna

SINOPSIS 267

CARACTERÍSTICAS:

- Son más frecuentes que los tumores óseos primarios
- Proviene mayormente de tumores con localización inicial en: mama, próstata, suprarrenales, pulmón, bronquios, tiroides y gastrointestinales
- Predominan:
 - Después de la 5ª década
 - La localización en columna, costillas, pelvis, cráneo, húmero y fémur
- Tipos: solitario y múltiple
- Radiográficamente se registran imágenes mixtas:
 - Mayormente condensantes en los tumores de próstata
 - A predominio osteolíticas en los tumores de mama e hipernefroma
- En laboratorio se registra:
 - Aumento de calcio en sangre y orina
 - Aumento de fosfatasa ácida y alcalina
- Diagnóstico diferencial:
 - Osteítis fibrosa
 - Enfermedad de Paget
 - Tumor a células gigantes
- Mieloma
- Pronóstico: desfavorable

TRATAMIENTO

- Conservador: químico y hormonal
- Quirúrgico: eventual

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

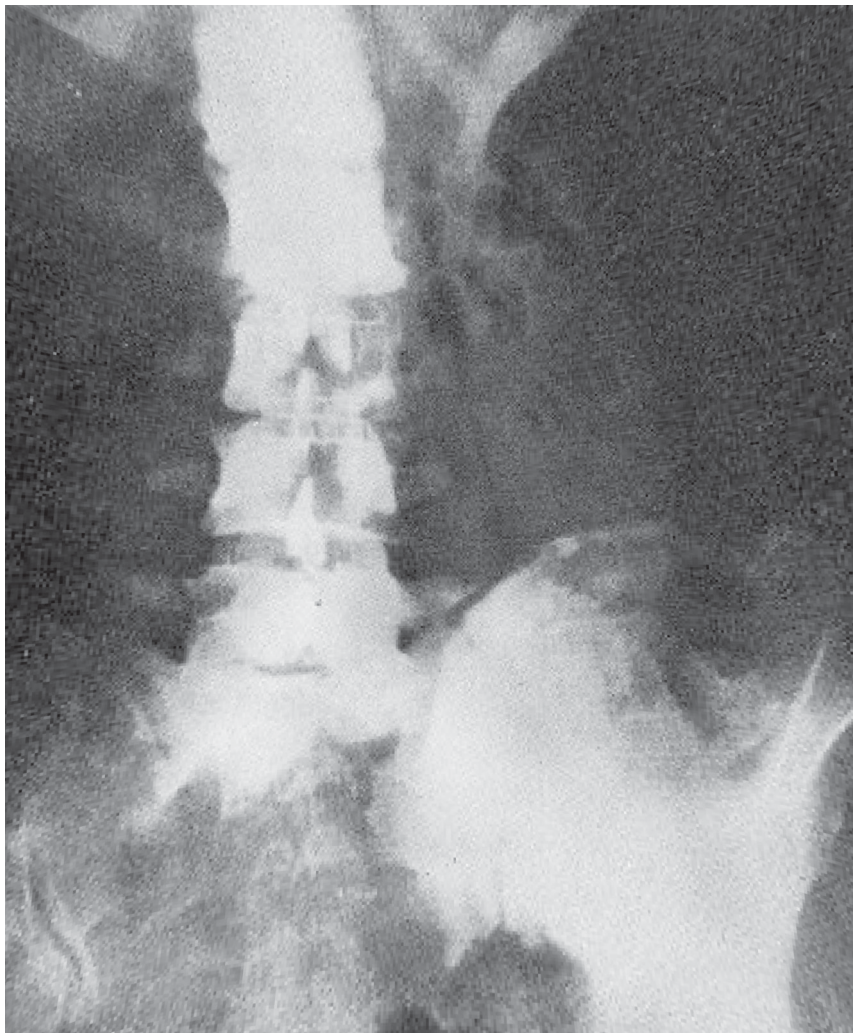


GRÁFICO 73: TUMORES METASTÁSICOS

Lesión osteoblástica metastásica de vértebras, sacro y ala íliaca. Estas metástasis osteoblásticas, de presentarse en un varón, harían pensar en un carcinoma prostático. La lesión primaria fue un adenocarcinoma pulmonar.

1.14 Tumores Musculares

PREGUNTAS

1546. El tratamiento de los Tumores musculares es preferentemente:

- a) Conservador
- b) Radioterápico
- c) Quirúrgico

1547. La característica de formar unidad con la masa muscular corresponde a los Tumores:

- a) Benignos
- b) Malignos
- c) a y b

1548. El dolor es un síntoma característico de los Tumores musculares:

- a) Benignos
- b) Malignos
- c) Ambos

1549. Los Tumores musculares benignos:

- a) Invaden los tejidos vecinos
- b) Son de crecimiento rápido
- c) Ninguno

1550. Los Tumores musculares primitivos generalmente son de pronóstico:

- a) Benigno
- b) Maligno
- c) Impreciso

SINOPSIS 268

CARACTERÍSTICAS

- Estructura: corresponde a:
 - Tejido conectivo en los tumores benignos
 - Tejido del órgano de origen en los metastásicos
- Tipos son:
 - Primarios, mayormente benignos, y
 - Secundarios, generalmente malignos
- Entre los tumores musculares benignos se consideran:
 - Fibromas
 - Lipomas
 - Angiomas
- Entre los tumores musculares malignos se consideran:
 - Sarcomas
 - Carcinomas
- Clínicamente:
 - Los tumores benignos son indoloros, forman unidad con la masa muscular y crecen lentamente
 - Los tumores malignos son dolorosos, invaden los tejidos vecinos y crecen rápidamente

TRATAMIENTO

- Quirúrgico: extirpación, resección o amputación

Tumores Musculares

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

1.15 Tumoraciones de partes blandas

PREGUNTAS

1551. La localización del Quiste sinovial es en:

- a) Rodilla
- b) Cadera
- c) Ambas

1552. Los Quistes sinoviales se localizan a nivel:

- a) Articular
- b) Vainas tendinosas
- c) a y b

1553. El tratamiento preferencial de los Quistes sinoviales, meniscales y sebáceos es el:

- a) Conservador
- b) Funciones evacuantes
- c) Quirúrgico

1554. La localización más frecuente del Quiste sinovial es en:

- a) Muñeca
- b) Tobillo
- c) Rodilla

1555. La localización de los Quistes sebáceos es mayormente en:

- a) Miembros
- b) Región ventral
- c) Región dorso-lumbo-sacra

SINOPSIS 269

CARACTERÍSTICAS

- Otras tumoraciones de partes blandas son:
 - Quistes sinoviales
 - Quistes meniscales
 - Quistes sebáceos
 - Hernias grasas
- Los quistes sinoviales son:
 - Artrosinoviales y
 - Tenosinoviales
- La localización más común de los quistes sinoviales es:
 - La muñeca
 - El tobillo
 - La región poplíteica
- Los quistes sinoviales están constituidos por:
 - Una bolsa o membrana y
 - Líquido sinovial a presión
- Los síntomas y signos de los quistes sinoviales son:
 - Tumor
 - Tamaño variable y dolor
 - Adherencias vasculo-nerviosas
- El tratamiento de los quistes sinoviales es:
 - Conservador: punciones evacuantes y
 - Quirúrgico: extirpación
- Los quistes sebáceos y hernias grasas se localizan mayormente en la región dorsal, lumbar y sacra
- Su tratamiento es el quirúrgico

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

Tumoraciones de partes blandas

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

1556. Las tumoraciones de partes blandas que se localizan en la región lumbosacra son mayormente:
- a) Quistes sebáceos
 - b) Tumores musculares
 - c) a y b
1557. El síntoma dolor se registra generalmente en:
- a) Las hernias grasas
 - b) Los tumores musculares malignos
 - c) Ninguno
1558. La ausencia de Osteoproducción es característica del:
- a) Reticulosarcoma
 - b) Fibrosarcoma
 - c) Condrosarcoma
1559. Cuando los Tumores óseos son centrales y osteolíticos pueden corresponder a:
- a) Osteoma osteoide
 - b) Osteocondroma
 - c) Condrosarcoma
1560. La imagen en “capa de cebolla” corresponde a:
- a) Tumor de Ewing
 - b) Mixoma
 - c) Mieloma
1561. El “Nido” es la imagen radiográfica característica del:
- a) Tumor a mieloplastias
 - b) Osteoma osteoide
 - c) Angioma
1562. La localización preferencial en columna vertebral corresponde a:
- a) Tumor a células gigantes
 - b) Angioma
 - c) Fibromas
1563. La imagen del “Sol radiante” se presenta en el:
- a) Condroma
 - b) Lipoma
 - c) Sarcoma
1564. En oncología ósea, la imagen en “Pompas de jabón” corresponde a:
- a) Tumor a células gigantes
 - b) Osteosarcoma
 - c) Osteocondroma
1565. La invasión del tumor óseo a las partes blandas es característica del:
- a) Osteoma osteoide
 - b) Sarcoma osteogénico
 - c) Quiste óseo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

PREGUNTAS

1566. En los tumores óseos, las imágenes “Arborescentes” se presentan en el:

- a) Tumor de Ewing
- b) Reticulosarcoma
- c) Ninguno

1567. En oncología ósea, la imagen radiográfica en “Sacabocado” es propia del:

- a) Mieloma
- b) Fibroma
- c) Mixoma

1568. Las imágenes óseas de estriaciones y punteado múltiple se presentan en los:

- a) Angiomas
- b) Condromas
- c) Osteomas

1569. El adelgazamiento de la cortical y “soplamiento” óseo se aprecia en:

- a) Quiste
- b) Tumor a mieloplaxias
- c) a y b

1570. La localización tumoral en manos y pies es preferencial en el:

- a) Osteoma
- b) Condroma
- c) Lipoma

1571. Las fracturas patológicas se presentan mayormente en el:

- a) Osteoma osteoide
- b) Tumor de Ewing
- c) Sarcoma osteogénico

1572. La localización tumoral próxima a la rodilla es propia del:

- a) Tumor a mieloplaxias
- b) Condroma
- c) Mieloma

1573. El cráneo se encuentra afectado en los:

- a) Osteomas
- b) Mielomas
- c) a y b

1574. El maxilar inferior se encuentra comprometido preferencialmente en casos de:

- a) Condrosarcomas
- b) Reticulosarcoma
- c) Fibroma

1575. En los tumores óseos la localización diafisaria es característica del:

- a) Tumor de Ewing
- b) Mieloma
- c) Ninguno

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 371

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Tumorales

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1476. a) Ebúrneo y esponjoso | 1502. c) Ambos |
| 1477. b) Densidad ósea aumentada | 1503. b) Osteolítico |
| 1478. c) Su localización en cráneo | 1504. b) Proximal a la rodilla |
| 1479. c) Quirúrgico | 1505. b) 3ª y 5ª décadas |
| 1480. a) Niños y jóvenes | 1506. a) Benignos |
| 1481. a) La extirpación quirúrgica del tumor | 1507. b) Curetaje e injertos óseos |
| 1482. a) Masculino | 1508. a) 1ª y 2ª |
| 1483. c) Los huesos largos | 1509. a) Húmero y tibia |
| 1484. a) Dolor | 1510. c) Ninguno |
| 1485. b) Cortical | 1511. a) Siempre maligno |
| 1486. c) Potencialmente maligno | 1512. b) La amputación |
| 1487. a) El curetaje | 1513. c) Cortical |
| 1488. b) A veces | 1514. c) Ambos |
| 1489. c) Según los casos | 1515. c) Invasión de partes blandas |
| 1490. b) Falanges | 1516. a) Osteoproducción |
| 1491. c) Sesil y pediculado | 1517. c) Ambos |
| 1492. b) Potencialmente maligno | 1518. a) Húmero |
| 1493. b) Resección | 1519. a) Resección |
| 1494. b) Tumorción | 1520. c) 5ª y 6ª décadas |
| 1495. b) Proximal al hombro | 1521. b) Periférico y central |
| 1496. b) Mixomas | 1522. c) Húmero y radio |
| 1497. a) Angioma | 1523. a) La zona metadiafisaria |
| 1498. b) 3ª y 4ª décadas | 1524. b) El endosito |
| 1499. c) Huesos largos | 1525. c) 4ª y 6ª décadas |
| 1500. b) Angiomas | 1526. b) Normales |
| 1501. c) Potencialmente maligno | 1527. b) 5 a 15 años |

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Tumorales

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1528. b) imágenes condensadas | 1552. c) a y b |
| 1529. c) Fiebre | 1553. c) Quirúrgico |
| 1530. a) Fémur | 1554. a) Muñeca |
| 1531. b) Tumor de Ewing | 1555. c) Región dorso-lumbo-sacra |
| 1532. a) Osteolíticas | 1556. a) Quiste sebáceos |
| 1533. b) 3ª y 5ª | 1557. b) Los tumores musculares malignos |
| 1534. b) Metadiafisaria | 1558. a) Reticulosarcoma |
| 1535. a) Linfopenia | 1559. c) Condrosarcoma |
| 1536. a) Calciuria | 1560. a) Tumor de Ewing |
| 1537. c) Sarcoma osteolítico | 1561. b) Osteoma osteoide |
| 1538. c) a y b | 1562. b) Fibromas |
| 1539. b) Osteolíticas | 1563. c) Sarcoma |
| 1540. c) Entre la 3ª y 5ª década | 1564. a) Tumor a células gigantes |
| 1541. a) Químico | 1565. b) Sarcoma osteogénico |
| 1542. c) a y b | 1566. c) Ninguno |
| 1543. c) Próstata | 1567. a) Mieloma |
| 1544. c) Por encima de la 5ª | 1568. a) Angiomas |
| 1545. c) Fémur y húmero | 1569. c) a y b |
| 1546. c) Conservador | 1570. b) Condroma |
| 1547. a) Benignos | 1571. c) Sarcoma osteogénico |
| 1548. b) Malignos | 1572. a) Tumor a mieloplaxas |
| 1549. c) Ninguno | 1573. c) a y b |
| 1550. a) Benigno | 1574. c) Fibroma |
| 1551. a) Rodilla | 1575. c) Ninguno |

CAPÍTULO IX
AFECCIONES DEGENERATIVAS

AFECCIONES DEGENERATIVAS

1. Osteo Articulares

- 1.1 Artrosis**
- 1.2 Espandillo Artrosis**
- 1.3 Coxa Artrosis**
- 1.4 Artrosis de Muñeca – Mano – Tobillo - Pie**

2. Musculares

- 2.1 Miofibrosis Antebraquial**
- 2.2 Miofibrosis Sural**
- 2.3 Miofibrosis del Cuádriceps**
- 2.4 Miofibrosis glutea**

1. OSTEOPARTICULARES

1.1 Artrosis

PREGUNTAS

1576. Las Artrosis primarias son consecuencia de:
- Fracturas articulares
 - Desviación de los ejes
 - Ninguna
1577. En la radiografía, en la Artrosis, es característica encontrar:
- Aumento del espacio articular
 - Densificación de los contornos articulares
 - Descalcificación muscular
1578. En el Laboratorio, las Artrosis pueden manifestarse por la presencia de:
- Leucocitosis
 - Anemia
 - a y b
1579. Las geodas, características de la Artrosis, son generalmente:
- Metafisarias
 - Epifisarias
 - Ninguna
1580. En las Artrosis, la sinovial se encuentra:
- Engrosada
 - Adelgazada
 - Normal

SINOPSIS 270

CARACTERÍSTICAS:

- Según su origen, existen dos tipos de artrosis: primarias y secundarias
- Las artrosis primarias se producen simplemente por el transcurso de los años y sobreesfuerzos continuados
- Las artrosis secundarias son consecuencia de displasias articulares, congénitas o adquiridas, de etiología diversa
- Anatomopatológicamente se encuentra desintegración y degeneración del cartílago, osteofitos, cuerpos libres y sinovial engrosada y esclerosa
- Clínicamente, en la artrosis primaria, el inicio es insidioso y la evolución lenta
- Los síntomas y signos son: dolor y tumefacción articular, atrofia muscular, limitación funcional y crujidos o crepitación a los movimientos
- Pueden registrarse actitudes viciosas, bloqueos y deformidades
- En el laboratorio, en el periodo agudo, pueden encontrarse leucocitosis, neutrofilia y aumento de la velocidad de sedimentación
- En la radiografía se aprecia pinzamiento articular, densificación subcondral, geodas epifisarias y osteofitos marginales

TRATAMIENTO:

- Conservador: médico y fisioterapia
- Quirúrgico

Artrosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 388

1.2 Espondilo Artrosis

PREGUNTAS

1581. En la Espondiloartrosis el sector más afectado es el:
- a) Cervical
 - b) Dorsal
 - c) Lumbar
1582. En la Espondiloartrosis cervical se registra:
- a) Xifosis
 - b) Aplanamiento
 - c) Hiperlordosis
1583. El dolor presente a la Espondiloartrosis dorsal se irradia:
- a) No
 - b) Distalmente
 - c) Hacia adelante
1584. En la Espondiloartrosis la electromiografía puede evidenciar una compresión:
- a) Radicular
 - b) Medular
 - c) Ninguna
1585. Cuando existe Discartrosis puede registrarse clínicamente:
- a) Contractura antálgica
 - b) Ciatagia
 - c) a y b

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 388

SINOPSIS 271

CARACTERÍSTICAS:

- Es la localización de la artrosis en la columna vertebral
- El sector más afectado es el lumbar, luego el cervical y dorsal
- En el sector cervical se registra dolor local e irradiado, lateralmente o a lo largo del miembro superior, cervicobraquialgia
- En la artrosis cervical hay aplanamiento de la lordosis fisiológica
- En el sector dorsal hay dolor localizado o irradiado hacia delante
- La artrosis dorsal puede acompañarse de xifosis
- En el sector lumbar puede haber lumbalgia, lumbosacralgia, lumbociatalgia uni o bilateral
- En la artrosis lumbar puede haber aplanamiento de la lordosis fisiológica y escoliosis
- En todos los sectores señalados, además del dolor, son síntomas comunes la limitación funcional y la contractura muscular
- A la degeneración del cuerpo vertebral es común que se sume la correspondiente al disco intercorporal, discartrosis, dando en tales casos manifestaciones de compresión radicular
- En la radiografía se aprecian los signos de la artrosis deformante
- En el diagnóstico de la discartrosis y compresión radicular son útiles la electromiografía y la mielografía
- Pronóstico: benigno

TRATAMIENTO

- Conservador: médico y fisioterápico, uso de collarín o corsé, respectivamente
- Quirúrgico

1.3 Coxa Artrosis

PREGUNTAS

1586. La Coxa artrosis puede ser resultante de:
- Artritis coxo-femoral
 - Luxofractura de cadera
 - a y b
1587. La actitud viciosa en la Coxa artrosis se manifiesta por:
- Clínica
 - Rotación interna
 - Abducción
1588. En el tratamiento conservador de la Coxa artrosis se contemplan mayormente:
- Infiltraciones
 - Movilizaciones
 - Ninguna de las mencionadas
1589. El tratamiento quirúrgico de la Coxa artrosis no avanzada consiste preferentemente en realizar:
- Sinovectomía
 - Artrodesis
 - Osteotomía
1590. Pueden ser causa de Coxa artrosis:
- Enfermedad de Perthes
 - Luxación de cadera inveterada
 - a y b

SINOPSIS 272

CARACTERÍSTICAS:

- Es la localización de la artrosis en la cadera
- La coxartrosis primaria es consecuencia de la edad existiendo factores constitucionales predisponentes
- La forma secundaria puede ser consecuencia de procesos como:
 - Displasia y luxación congénita de la cadera
 - Osteocondritis de la cadera o enfermedad de Perthes
 - Coxa vara
 - Fracturas articulares de cadera
 - Artritis
- Los síntomas y signos de la coxartrosis son: dolor, actitud viciosa en flexión, abducción viciosa en flexión, abducción y rotación externa, contractura muscular, limitación funcional y claudicación
- En la radiografía se aprecian signos de irregularidad, pinzamiento articular y ocasionalmente sub-luxación

TRATAMIENTO

- Conservador: médico y fisioterápico
- Quirúrgico: osteotomías y prótesis

Coxa Artrosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 388

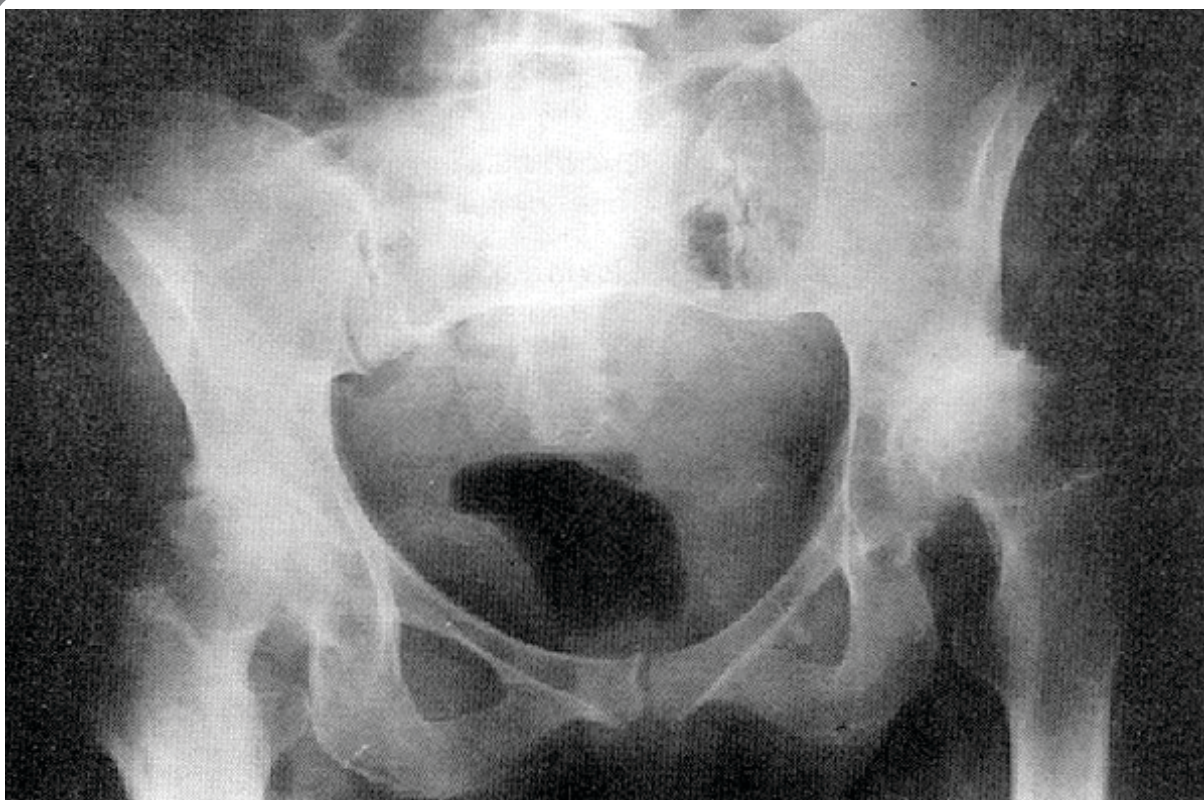


GRÁFICO 74: COXARTROSIS BILATERAL CADERA

Son evidentes el pinzamiento, la densificación e irregularidad articular y la deformidad de la cabeza femoral, características de la enfermedad.

1.4 Gonartrosis

PREGUNTAS

1591. La Gonartrosis es secundaria generalmente a:
- Genu varo
 - Osteocondritis de Osgood
 - Ambos
1592. Son factores predisponentes de Artrosis primaria de rodilla:
- El tipo de alimentación
 - La hemofilia
 - Los sobreesfuerzos
1593. Pueden ser causa de Artrosis secundaria de rodilla la fractura de:
- Platillos tibiales
 - Cabeza de peroné
 - a y b
1594. La actitud que adopta la rodilla artrósica es en:
- Extensión
 - Clínica
 - Rotación
1595. La Gonartrosis se distingue radiográficamente por la presencia de:
- Osteofitos
 - Cuerpos libres
 - a y b

SINOPSIS 273

CARACTERÍSTICAS

- Es la localización de la artrosis en rodilla
- La forma primaria es consecuencia de la edad, existiendo factores constitucionales y predisponentes como el sobrepeso y sobreesfuerzos
- El tipo secundario puede ser consecutivo a defectos en el alineamiento como el genu varo o valgo, fracturas articulares antiguas y artritis crónicas
- Los síntomas son: dolor, actitud viciosa en clínica, contractura de flexores, atrofia cuadriceps, limitación funcional y claudicación
- En la radiografía se puede apreciar: pinzamiento e irregularidad articular, aumento de densidad subcondral, osteofitos marginales en platillos tibiales y rótula, cuerpos libres y sub-luxación

TRATAMIENTO

- Conservador: médico y fisiátrico
- Quirúrgico: limpieza articular, osteotomías, artroplastias

Gonartrosis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 388

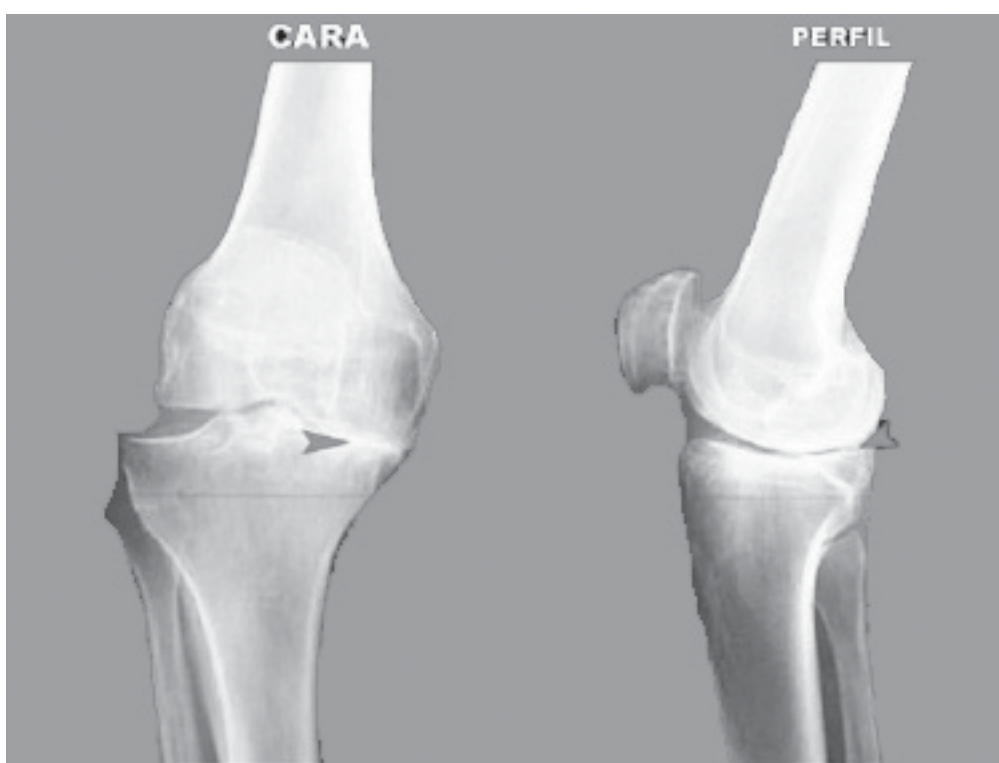


GRÁFICO 75: ARTROSIS DE RODILLA

Se aprecia el estrechamiento del espacio articular, predominante en la vertiente interna y la mayor densidad de los bordes.

1.5 Artrosis de Muñeca - Mano - Tobillo - Pie

PREGUNTAS

1596. Artrosis secundaria de muñeca se presenta mayormente en:
- Fracturas del estiloides cubital
 - Osteocondritis del semilunar
 - Luxo fracturas del piramidal
1597. La Artrosis del tobillo se registra generalmente en fracturas:
- Maleolares
 - Supramaleolares
 - Astragalinas
1598. La Artrosis del pie se encuentra mayormente en relación con:
- Pie valgo o plano
 - Osteocondritis cuboides
 - Esguinces del tarso
1599. En la mano, la Artrosis más frecuente es la:
- Trapezio-escafoides
 - Trapezio-metacarpiano
 - Metacarpofalángica del pulgar
1600. El tratamiento quirúrgico que se plantea en la Artrosis del tarso es generalmente:
- Artrodesis
 - Artroplastias
 - a y b

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 388

SINOPSIS 274

CARACTERÍSTICAS

- La artrosis de **muñeca** es la más frecuente en el miembro superior
- Es consecuencia o secuela de:
 - Fracturas articulares
 - Artritis crónicas
 - Osteocondritis del semilunar
- En la **mano**, la artrosis más frecuente es en el trapezio metacarpiano
- En los **dedos**, la artrosis más frecuente es la de la interfalángica distal
- La artrosis de **tobillo** generalmente es secundaria a:
 - Fracturas maleolares
 - Microtraumas deportivos
- En el **pie**, las artrosis del tarso son secundarias a:
 - Pie valgo plano
 - Fracturas antiguas
 - La artrosis de la primera articulación metatarsofalángica se manifiesta por hallux rígido
 - Los síntomas y signos característicos de las artrosis, tanto clínicos como radiográficos, son los que corresponden a los procesos articulares degenerativos

TRATAMIENTO

- Conservador: médico y fisiátrico
- Quirúrgico: artrodesis y artroplastias

2. MUSCULARES

2.1 Miofibrosis Antebraquial

PREGUNTAS

1601. Las operaciones que se plantean en la Miofibrosis antebraquial son:

- a) Alargamientos tendinosos
- b) Alargamientos óseos
- c) Ninguno

1602. La anestesia que se registra en el Volkmann de miembro superior es.

- a) En guante
- b) De los dedos
- c) Del mediano

1603. La atrofia del antebrazo en el Volkmann es:

- a) Total
- b) Del 1/3 proximal
- c) De los 2/3 distales

1604. En el Volkmann de miembro superior existe deformidad de la muñeca en clínica:

- a) Palmar
- b) Radial
- c) Dorsal

1605. La deformidad en el Volkmann de miembro superior está en relación con la parálisis de músculos:

- a) Radiales
- b) Palmares
- c) Ninguno

SINOPSIS 275

CARACTERÍSTICAS

- Es el llamado Volkmann del miembro superior
- Se producen por isquemia de los músculos palmares o ventrales del antebrazo
- Se le relaciona con una lesión supracondilea humeral o con la colocación de yesos muy ajustados
- Mayormente su origen está en relación con un síndrome compartimental no tratado oportunamente
- Los signos más característicos son:
 - Atrofia ventral de los 2/3 distales del antebrazo
 - Actitud en clínica palmar de la muñeca y en garra de los dedos
 - Déficit funcional de los músculos intrínsecos de la mano
 - Anestesia en guante y
 - Menor temperatura, por menor circulación de la mano

TRATAMIENTO

- Atención precoz del síndrome conpartimental, como medida preventiva
- Control postural para impedir deformidades
- Cirugía de partes blandas: desinserciones, disección y liberación de adherencias
- Operaciones óseas: acortamientos, resecciones correctoras
- Fisioterapia

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 388

2.2 Miofibrosis Sural

PREGUNTAS

1606. En la prevención del Volkmann del miembro inferior el tratamiento consiste en realizar:
- Alargamientos tendinosos
 - Restablecer la circulación
 - a y b
1607. En la corrección de las deformidades del Volkmann del miembro inferior se indican:
- La colocación de aparatos de yeso
 - El uso de soportes
 - Ninguno
1608. Los signos característicos de la Miofibrosis sural corresponden a la pareja del:
- Ciático poplíteo externo
 - Ciático poplíteo interno
 - Tibial posterior
1609. Los músculos fibrosados en el Volkmann sural son los:
- Dorsiflexores
 - Sóleo y gemelos
 - Tibiales
1610. La deformidad del pie en la Miofibrosis sural es:
- Equino valgo
 - Talo
 - Equino varo

SINOPSIS 276

CARACTERÍSTICAS

- En el Volkmann del miembro inferior
- Su origen está en relación con traumas y espasmo vascular, compresión con torniquetes prolongados y yesos muy ajustados
- También se plantea como causa el síndrome compartimental
- La frecuencia en el Volkmann sural es bastante menor que en el miembro superior
- Al examen se encuentra:
 - Notable endurecimiento de los dorsiflexores del pie por fibrosis
 - Deformidad del pie en equino varo y dedos en garra
 - Limitación funcional
 - Paresia del ciático poplíteo externo

TRATAMIENTO

- En el Volkmann del miembro inferior
- Su origen está en relación con traumas y espasmo vascular, compresión con torniquetes prolongados y yesos muy ajustados
- También se plantea como causa el síndrome compartimental
- La frecuencia en el Volkmann sural es bastante menor que en el miembro superior
- Al examen se encuentra:
 - Notable endurecimiento de los dorsiflexores del pie por fibrosis
 - Deformidad del pie en equino varo y dedos en garra
 - Limitación funcional
 - Paresia del ciático poplíteo externo

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 388

2.3 Miofibrosis del Cuádriceps

PREGUNTAS

1611. El tratamiento de la Miofibrosis del cuádriceps consiste en practicar:

- a) Osteotomías b) Alargamiento de partes blandas c) Correcciones con yeso

1612. La fisioterapia en la Miofibrosis del cuádriceps está más indicada:

- a) Antes del tratamiento quirúrgico b) Después de la liberación de partes blandas
c) a y b

1613. En la Miofibrosis del cuádriceps la limitación funcional afecta:

- a) La clínica b) La extensión c) Ninguna

1614. La Miofibrosis del cuádriceps se registra mayormente en:

- a) Niños b) La edad media c) La tercera edad

1615. El origen de la Miofibrosis glútea es:

- a) Isquémico b) Por infiltraciones salinas c) Traumático

SINOPSIS 277

CARACTERÍSTICAS

- Su origen se relaciona con infiltración de soluciones salinas en cantidad apreciable en el muslo
- Generalmente se registra en niños sometidos a tratamiento por deshidratación
- Al examen se encuentra:
 - Atrofia del cuádriceps
 - Actitud en extensión permanente de la rodilla
 - A veces, con el tiempo, deformidad en genu recurvatum
 - Limitación en grado variable de la clínica de la rodilla
 - Marcha claudicante con acortamiento del miembro

TRATAMIENTO

- Desinserción y alargamiento muscular del recto anterior, crural y vasto externo
- Inmovilización post-quirúrgica de la rodilla en flexión de 100° a 90° con yeso, por un mes
- Retirada la inmovilización, fisioterapia

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 388

2.4 Miofibrosis Glútea

PREGUNTAS

1616. El tratamiento de la Miofibrosis glútea inicialmente es:
- Fisioterápico
 - Quirúrgico
 - Corrección con yesos
1617. La fisioterapia en la Miofibrosis glútea está indicado para:
- Corregir la posición viciosa
 - Mejorar la función
 - a y b
1618. En la Miofibrosis glútea la deficiencia funcional es para la:
- Aducción
 - Clínica
 - Abducción
1619. La actitud de la cadera en la Miofibrosis glútea es:
- Clínica y abducción
 - Abducción y rotación externa
 - Abducción y rotación interna
1620. La Miofibrosis glútea está en relación con:
- Infiltración salina del glúteo
 - Traumatismo
 - Ninguno

SINOPSIS 278

CARACTERÍSTICAS

- Se le relaciona con la infiltración salina en la región glútea, en la infancia, usada como tratamiento en la deshidratación
- Al examen se registra:
 - Actitud permanente en abducción y rotación externa de cadera
 - Atrofia y endurecimiento glúteo
 - Limitación para la aducción y rotación interna de cadera
 - Marcha claudicante

TRATAMIENTO

- Es quirúrgico inicialmente
- Consiste en la desinserción y alargamiento de las partes blandas para corregir la posición viciosa
- Terminada la operación, se inmoviliza con yeso musculopedio en posición funcional por un mes
- Finalmente, se indica tratamiento físico para mejorar la función y la marcha

Miofibrosis Glútea

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 388

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

1621. La Enfermedad de Legg puede ser causa de artrosis de:
- a) Rodilla
 - b) Tobillo
 - c) Ninguna
1622. La Enfermedad de Osgood puede determinar artrosis:
- a) De cadera
 - b) No
 - c) De rodilla
1623. La Osteocondritis del semilunar puede determinar artrosis de:
- a) Muñeca
 - b) Carpo
 - c) a y b
1624. La actitud en clínica y abducción se presenta en la Artrosis de:
- a) Tobillo
 - b) Cadera
 - c) Muñeca
1625. Los cuerpos libres articulares se encuentran mayormente en la Artrosis de:
- a) Rodilla
 - b) Hombro
 - c) Cadera
1626. La Osteocondritis que puede determinar Artrosis es la de:
- a) La tuberosidad anterior de la tibia
 - b) El semilunar
 - c) a y b
1627. Las fracturas articulares que con más frecuencia determinan Artrosis son las de:
- a) Rodilla
 - b) Tobillo
 - c) a y b
1628. El Dolor lumbo-ciático es manifestación de:
- a) Espondiloartrosis lumbar
 - b) Coxartrosis
 - c) Discartrosis
1629. La sub-luxación es causa de Artrosis cuando afecta la articulación de la:
- a) Rodilla
 - b) Cadera
 - c) a y b
1630. Los microtraumas deportivos son mayormente causa de Artrosis de:
- a) Columna
 - b) Tobillo
 - c) Cadera

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 388

PREGUNTAS

1631. La irrigación salina como tratamiento de la deshidratación puede producir Miofibrosis:
- a) Antebraquial
 - b) Glútea
 - c) Sural
1632. La isquemia por compresión vascular o compartimental es causa de Miofibrosis:
- a) Del cuádriceps
 - b) Antebraquial
 - c) Glútea
1633. El antecedente traumático se registra en las Miofibrosis:
- a) Glútea
 - b) Sural
 - c) Del cuádriceps
1634. La actitud en abducción y rotación externa es una manifestación de la Miofibrosis:
- a) Deltoidea
 - b) Sural
 - c) Glútea
1635. La actitud del pie en Equino varo se encuentra en la miofibrosis:
- a) Glútea
 - b) Sural
 - c) Ninguna
1636. En las Miofibrosis antebraquial es común encontrar:
- a) Atrofia
 - b) Parálisis
 - c) Claudicación
1637. Los trastornos sensitivos son comunes en la Miodistrofia:
- a) Antebraquial
 - b) Glútea
 - c) Del cuádriceps
1638. El déficit funcional para la extensión se encuentra en la Miofibrosis:
- a) Sural
 - b) Antebraquial
 - c) Del cuádriceps
1639. La deformidad en extensión o hiperextensión es característica en la Miofibrosis:
- a) Del cuádriceps
 - b) Glútea
 - c) Antebraquial
1640. El tratamiento quirúrgico a través de intervenciones óseas está indicado en las Miofibrosis:
- a) Antebraquial
 - b) Sural
 - c) a y b

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 388

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Degenerativas

- | | |
|---|---|
| 1576. c) Ninguna | 1609. a) Dorsiflexores |
| 1577. b) Densificación de los contornos articulares | 1610. c) Equino varo |
| 1578. a) Leucocitos | 1611. b) Alargamiento de partes blandas |
| 1579. b) Epifisarias | 1612. b) Después de la liberación de partes blandas |
| 1580. a) Engrosada | 1613. a) La clínica |
| 1581. c) Lumbar | 1614. a) Niños |
| 1582. b) Aplanamiento | 1615. b) Por infiltraciones salinas |
| 1583. c) Hacia adelante | 1616. b) Quirúrgico |
| 1584. a) Radicular | 1617. b) Mejorar la función |
| 1585. c) a y b | 1618. a) Aducción |
| 1586. c) a y b | 1619. b) Abducción y rotación externa |
| 1587. a) Clínica | 1620. a) Infiltración salina del glúteo |
| 1588. c) Ninguna de las mencionadas | 1621. c) Ninguna |
| 1589. c) Osteotomía | 1622. b) No |
| 1590. a) Enfermedad de Perthes | 1623. c) a y b |
| 1591. a) Genu varo | 1624. b) Cadera |
| 1592. c) Los sobreesfuerzos | 1625. a) Rodilla |
| 1593. a) Plátanos tibiales | 1626. b) El semilunar |
| 1594. b) Clínica | 1627. c) a y b |
| 1595. c) a y b | 1628. c) Discartrosis |
| 1596. b) Osteocondritis del semilunar | 1629. b) Cadera |
| 1597. c) Maleolares | 1630. b) Tobillo |
| 1598. a) Pie valgo o plano | 1631. b) Glútea |
| 1599. b) Trapecio metacarpiano | 1632. b) Antebraquial |
| 1600. c) a y b | 1633. b) Sural |
| 1601. a) Alargamientos tendinosos | 1634. c) Glútea |
| 1602. a) En guante | 1635. b) Sural |
| 1603. c) De los 2/3 distales | 1636. a) Atrofia |
| 1604. a) Palmar | 1637. a) Antebraquial |
| 1605. c) Ninguno | 1638. b) Antebraquial |
| 1606. b) Restablecer la circulación | 1639. a) Del cuádriceps |
| 1607. a) La colocación de aparatos de yeso | 1640. c) a y b |
| 1608. a) Ciático poplíteo externo | |

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 los 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 crujiidos

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:
- Los cuerpos vertebrales
 - Los arcos costales
 - Las apófisis espinosas
1692. La asimetría que se registra en la Escoliosis afecta comúnmente a:
- Pelvis
 - Hombos
 - a y b
1693. El diagnóstico de Escoliosis congénita se realiza precozmente cuando el número de vértebras afectadas es:
- Bajo
 - Alto
 - Indiferentemente
1694. En el examen clínico en la Escoliosis importa precisar principalmente:
- El lado de la convexidad
 - Si es reductible
 - a y b
1695. En la Escoliosis la rotación de los cuerpos vertebrales se presenta:
- No
 - A veces
 - 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
 - Raquíticas
- 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

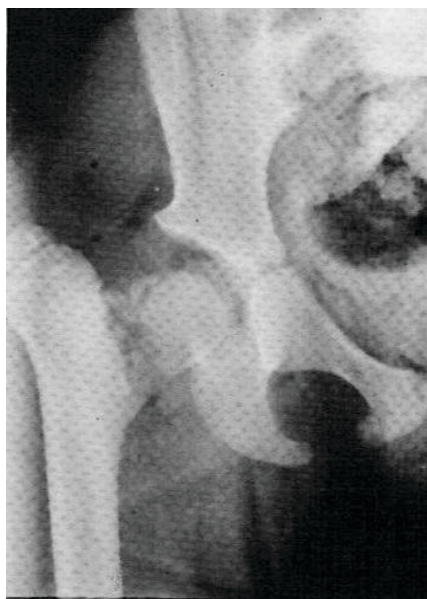
SINOPSIS 291

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: epifisiódesis y osteotomías correctoras

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

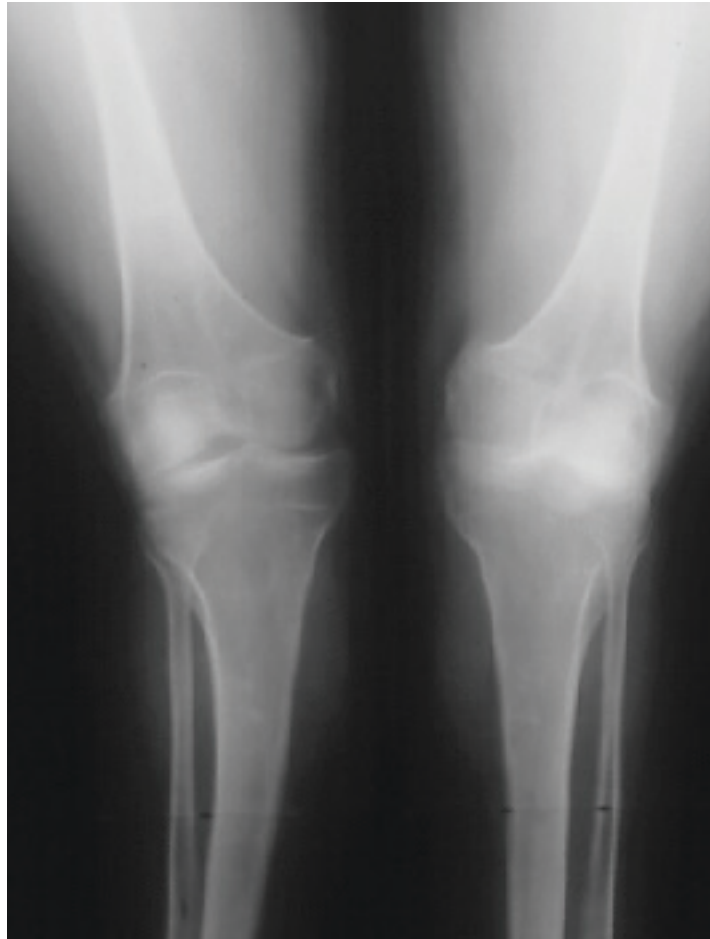


GRÁFICO 84: GENU VALGO BILATERAL

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 paralíticos
 - 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

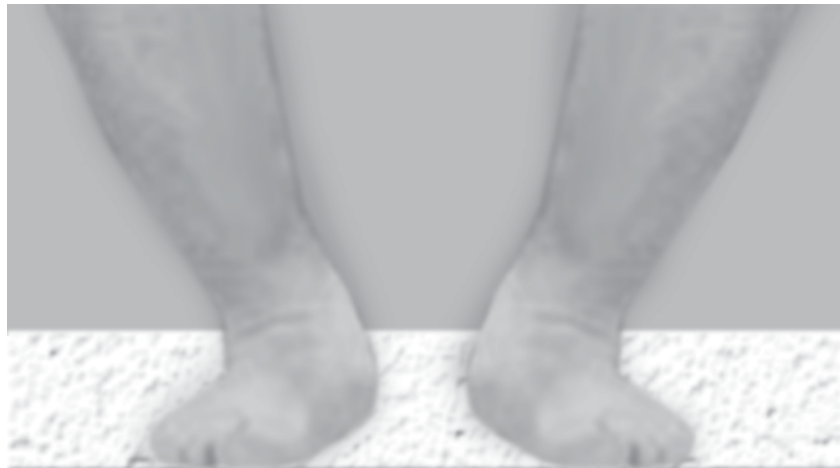


GRÁFICO 86: PIES PLANOS

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:

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

1737. Un tiempo obligado en el tratamiento del Juanete es:

- a) Resección de la exostosis
- b) Resección metatarsal epifisaria
- c) Osteotomía del 1° metatarsiano

1738. El origen más aceptado del Hallux valgus se relaciona con factores:

- a) Traumáticos
- b) Metabólicos
- c) Constitucionales

1739. En el Juanete, lo más característico es:

- a) La desviación del primer dedo
- b) La prominencia distal del 1° metatarsiano
- c) El varismo del primer metatarsiano

1740. En el Hallux valgus es importante determinar la existencia de artrosis para definir:

- a) El pronóstico
- b) El tratamiento médico
- c) 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 metatarsofalángica es característica del dedo en:

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

1767. La Artrosis metatarsofalángica 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 Kienböck 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 | |

CAPÍTULO XI

AFECCIONES PARALÍTICAS

AFECCIONES PARALÍTICAS

- 1. Encefalopatía Infantil**
- 2. Paraplejia Espástica**
- 3. Poliomiелitis**
- 4. Parálisis Braquial Obstétrica**
- 5. Parálisis de los Nervios Periféricos**
- 6. Poliradiculoneuritis**
- 7. Otras Parálisis y/o Equivalente**
 - **Enfermedad de Charcot Marie Toorh**
 - **Diatrofia Muscular Pseudo – Hipertrófica**

1. ENCEFALOPATÍA INFANTIL

PREGUNTAS

1805. El tratamiento de la Encefalopatía infantil comprende:
- Fisioterapia y terapia ocupacional
 - La indicación de ayudas biomecánicas
 - a y b
1806. En la Encefalopatía infantil, además del compromiso motor se registra alteración demostrada de:
- El olfato y el gusto
 - La inteligencia
 - Ambas
1807. La forma clínica que más se presenta en la Encefalopatía infantil es la:
- Monopléjica
 - Tetrapléjica
 - Parapléjica
1808. La lesión cerebral en la Encefalopatía infantil atáxica se encuentra en:
- Las vías cerebrales
 - El cerebelo
 - a y b
1809. Son causas de la Encefalopatía infantil las:
- Para-natales
 - Endocrinas
 - Ninguna

SINOPSIS 303

CARACTERÍSTICAS

- Se produce por causas pre-natales, para-natales y post-natales
- Según los centros cerebrales afectados, se tienen 5 formas clínicas: espástica, atetósica, atáxica, rígida y mixta
- La forma espástica afecta la zona motora central cortical y se distingue por la presencia de: hipertonia e hiperreflexia
- En la forma atetósica se encuentran afectados los centros subcorticales. Se distingue por la presencia de movimientos involuntarios
- En la forma atáxica se encuentra afectado el cerebelo o sus vías. Se distingue por la presencia de alteraciones en la coordinación y equilibrio
- La forma rígida se produce por alteraciones difusas de los centros subcorticales y su característica es la rigidez generalizada
- La forma mixta presenta características correspondientes a dos o más formas. Tal es la forma espastoatetósica
- Según la localización de las manifestaciones mencionadas se tienen las formas: parapléjicas, hemipléjicas, cuadripléjicas, monopléjicas, tripléjicas y otras
- Además del compromiso motor puede encontrarse afectada la inteligencia, audición y lenguaje, visión, etc.
- Es común que el déficit motor se acompañe de alteraciones de la sensibilidad, inestabilidad en cabeza, columna y miembros, deformidades, etc.

TRATAMIENTO

- Comprende: control postural, fisioterapia, entrenamiento en actividades de vida diaria, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, educación especial, ayudas biomecánicas, cirugía correctiva y estabilizante.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440



GRÁFICO 89: ENCEFALOPATÍA INFANTIL

Se produce por causas pre-natales, para-natales y post-natales. Según la manifestación que presentan, pueden ser paraplejias, hemiplejias, cuadriplejias, etc.

Afecta a la inteligencia, audición y lenguaje, visión, etc., presentándose déficit motor y alteraciones que afectan a la locomoción.

2. PARAPLEJIA ESPÁSTICA

PREGUNTAS

1810. El tratamiento conservador en la Paraplejía espástica consiste en el uso de:
- Fármacos e infiltraciones
 - Control postural y soportes
 - Termo y masoterapia
1811. El grado de espasticidad generalmente es mayor en las Paraplejas de origen:
- Medular
 - Cerebral
 - Subcortical
1812. Las deformidades características en la Parapleja espásticas son:
- Cadera en semiflexión y rotación externa
 - Rodillas en extensión y pie talo valgo
 - Ninguna de las anteriores
1813. La característica de presentar inicialmente flacidez y, luego espasticidad corresponde a la parapleja:
- Cerebral
 - Traumática
 - Pótica
1814. Las deformidades existentes en las Paraplejas medulares son consecuencia de:
- La hipertensión
 - Las alteraciones tróficas
 - Ninguna

SINOPSIS 304

CARACTERÍSTICAS

- La paraplejía espástica se presenta en:
 - La parálisis cerebral y
 - Las lesiones medulares
- Puede ser consecuencia de afecciones de origen:
 - Congénito: encefalopatías
 - Traumático: fracturas de columna
 - Infeccioso: Mal de Pott y otras
- En las lesiones traumáticas se presenta:
 - Inicialmente flacidez
 - Posteriormente espasticidad
- Además de la espasticidad, como consecuencia de ella, la regla es encontrar:
 - Parálisis
 - Desbalance muscular
 - Deformidades
- Las deformidades características de la paraplejía espástica son:
 - Caderas en flexión y aducción
 - Rodillas en semiflexión
 - Pies equinos varos o valgus
- El grado de espasticidad y de las deformidades generalmente es mayor en las paraplejas medulares
- En las paraplejas medulares son más frecuentes las alteraciones:
 - Sensitivas
 - Tróficas
 - De esfínteres
 - Psicológicas

TRATAMIENTO

- Conservador: control postural, fisioterapia, soportes ortopédicos y muletas
- Quirúrgico: tenotomías, alargamientos tendinosos y operaciones osteo articulares estabilizantes

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

3. POLIOMIELITIS

PREGUNTAS

1815. El tratamiento de la Poliomiелitis en su forma aguda es:
- Antálgico
 - Físico
 - a y b
1816. La actitud que se registra en la rodilla en las Secuelas poliomiелíticas es en:
- Semiflexión y valgo
 - Hiperextensión y varo
 - Ninguna
1817. En la cadera, la actitud viciosa que se registra en las secuelas poliomiелíticas es en:
- Rotación externa y aducción
 - Aducción y rotación externa
 - Semiflexión y aducción
1818. En la columna, en las Secuelas poliomiелíticas, se suele encontrar:
- Hiperlordosis lumbar
 - Escoliosis
 - a y b
1819. Los músculos más frecuentemente afectados en la Poliomiелitis son:
- Flexores de rodilla
 - Cuádriceps
 - Tibial posterior

SINOPSIS 305

CARACTERÍSTICAS

- Es una enfermedad producida por virus
- Afecta a las neuronas del asta anterior de la médula
- Se presenta mayormente en niños de 6 meses a 2 años
- Comprende los estadios: agudo, de parálisis, de recuperación y de secuela
- Compromete a los cuatro miembros, tronco y cara
- Afecta mayormente a los miembros inferiores
- Los músculos más afectados por la parálisis son: tibial anterior, cuádriceps, glúteo medio, deltoides y eminencia tenar
- Además de la parálisis, existen contracturas y deformidades
- Las contracturas más frecuentes son de la banda iliotibial (BIT) y sóleo y gemelos
- Las deformidades más frecuentes son:
 - Del pie: equino, valgo, varo, talo, cavo, plano y dedos en garra
 - Cadera: en flexión, abducción y rotación externa
 - Rodilla: en flexión y valgo
 - Además: basculación pélvica con anteversión, hiperlordosis lumbar y escoliosis

TRATAMIENTO:

- Conservador: antálgicos, control postural, fisioterapia y soportes ortopédicos
- Quirúrgico: operaciones correctoras, funcionales y estabilizantes

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

4. PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA

PREGUNTAS

1820. Las operaciones que se plantean en el tratamiento de las secuelas de la Parálisis braquial obstétrica son:

- a) Correctivas y funcionales
- b) Estabilizantes
- c) a y b

1821. En el tratamiento conservador de la Parálisis obstétrica se indica:

- a) Fisioterapia
- b) Antálgicos y relajantes
- c) Ninguno de las anteriores

1822. En la Parálisis braquial obstétrica, al compromiso motriz se añade disminución de la:

- a) Sensibilidad
- b) Coordinación
- c) Movilidad pasiva

1823. En la Parálisis braquial obstétrica la actitud del codo es:

- a) Normal
- b) En semiflexión
- c) En extensión

1824. En la Parálisis braquial obstétrica de Klumpke el antebrazo se encuentra en:

- a) Posición intermedia
- b) Supinación
- c) Pronación

SINOPSIS 306

CARACTERÍSTICAS

- Se produce en el momento del nacimiento por distensión de las raíces del plexo braquial
- Al principio existe flacidez, después aparecen las contracturas y actitudes viciosas
- Existen 3 formas clínicas:
 - De Erb
 - De Klumpke
 - Total
- En la parálisis de Erb están afectados las raíces C5 y C6 que corresponden al hombro
- En la parálisis de Erb el hombro se encuentra en aducción y rotación interna y el codo en semiflexión
- En la parálisis de Klumpke están afectadas las raíces inferiores del plexo. La mano se encuentra comprometida, el antebrazo está en pronación y la muñeca en semiflexión palmar
- En la parálisis total está afectada toda la extremidad. Se acompaña de alteración de la sensibilidad
- La radiografía es inicialmente negativa. Posteriormente se puede apreciar deformación y aplastamiento de la cabeza humeral y torsión interna del húmero

TRATAMIENTO

- Conservador al inicio:
 - Control postural: con almohadas y vendas, aparatos de yeso férulas, etc.
 - Fisioterapia
- Quirúrgico, en la fase de secuela:
 - Tenotomías, desinserciones de los músculos contracturados
 - Trasposiciones tendinosas
 - Osteotomías, artrodesis, etc.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

5. PARÁLISIS DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS

PREGUNTAS

1825. En las lesiones nerviosas periféricas tipo Axonotmesis está indicado el tratamiento:

- a) Farmacológico
- b) Fisioterápico
- c) Quirúrgico

1826. El estudio eléctrico en el caso de Lesiones nerviosas periféricas es importante para:

- a) El diagnóstico y pronóstico
- b) Determinar la evolución
- c) a y b

1827. En la Neurotmesis la lesión nerviosa es:

- a) Total
- b) Recuperable
- c) Ninguna

1828. En la Axonotmesis hay falta de continuidad:

- a) Del cilindro eje
- b) Total
- c) De la vaina de mielina

1829. En la Neuropraxia la interrupción nerviosa es:

- a) Anatómica
- b) Funcional
- c) Definitiva

SINOPSIS 307

CARACTERÍSTICAS

- Las parálisis de los nervios periféricos casi siempre son resultado de lesiones, contusiones y heridas
- Los miembros periféricos más frecuentemente afectados son: circunflejo, radial, cubital, mediano, ciático, ciático popliteo externo
- Según su grado, las lesiones periféricas pueden ser de tres tipos: Neuropraxia, Axonotmesis, Neurotmesis
- En la neuropraxias hay continuidad anatómica e interrupción funcional transitoria. Su recuperación es en semanas
- En la axonotmesis la interrupción anatómica afecta al cilindro eje y hay interrupción funcional que se prolonga por meses
- En la neurotmesis la interrupción anatómica es total y definitiva, mientras no se realice la reparación quirúrgica del nervio
- Los efectos de la lesión nerviosa son: motores, sensitivos, reflejos y autónomos
- En la confirmación diagnóstica y el pronóstico son útiles el registro del signo de Tinel y el resultado del estudio eléctrico a través de la prueba galvanofarádica y la electromiografía

TRATAMIENTO

- Conservador: control postural y fisioterapia, particularmente en las neuropraxias y axonotmesis
- Quirúrgico: neurorrafia, trasplantes nerviosos y trasposiciones tendinosas, indicados en las neurotmesis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

6. POLIRADICULONEURITIS

PREGUNTAS

1830. El tratamiento en la Poliradiculoneuritis es:

- a) Correctivo
- b) Preventivo y funcional
- c) Ninguno

1831. Las secuelas en la Poliradiculoneuritis se localizan en:

- a) Columna
- b) Caderas y hombros
- c) Manos y pies

1832. La evolución en la Poliradiculoneuritis es favorable en el:

- a) 90 – 95 %
- b) 80 – 90 %
- c) 60 – 80 %

1833. Los músculos mayormente afectados en la Poliradiculoneuritis son los:

- a) Abductores de cadera
- b) Extensor de rodilla
- c) Dorsiflexores del pie

1834. En la Poliradiculoneuritis se registra dolor muscular a la:

- a) Compresión
- b) Distensión
- c) Movilización

SINOPSIS 308

CARACTERÍSTICAS

- Es una poliradiculoneuropatía inflamatoria aguda
- Afecta a ambos sexos, jóvenes y adultos
- Es producida por un virus neurotrópico y se inicia con:
 - a) Manifestaciones de resfrío
 - b) Parestesias y debilidad muscular en pies
 - c) Dolores en miembros y columna
- Posteriormente se presenta:
 - Parálisis flácida ascendente
 - Compromiso severo de los músculos respiratorios (20%)
 - Compromiso de los nervios craneales (75%)
 - Dolor a la compresión de troncos nerviosos y masas musculares
- Ayudan en el diagnóstico los estudios de:
 - Líquido cefalorraquídeo: disociación albuminocitológica
 - Biopsia muscular: destrucción de la mielina en nervios periféricos
 - Galvanodiagnóstico
- La evolución es favorable en el 80 – 90% con recuperación total en 3 meses
- Las secuelas son con relación a la parálisis de los músculos:
 - Intrínsecos de la mano y
 - Dorsiflexores de pies

TRATAMIENTO

- Preventivo de las complicaciones
- Correctivo de las contracturas, deformidades e inestabilidad:
 - Soportes cortos
 - Fisioterapia
 - Cirugía ortopédica

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

7. OTRAS PARÁLISIS Y EQUIVALENTES

PREGUNTAS

1835. El tratamiento en la Distrofia muscular es:
- Correctivo
 - Estabilizante
 - Conservador
1836. En la Distrofia muscular se suele registrar:
- Retardo mental
 - Hipoacusia
 - Ambas
1837. En la enfermedad de Charcot Marie Tooth existe atrofia muscular de:
- Intrínsecos de la mano
 - Peroneos
 - Gemelos
1838. La demielinización de los nervios periféricos se registra en la:
- Distrofia muscular
 - Enfermedad de Charcot
 - Ambas
1839. En la Pseudodistrofia muscular existe infiltración gemelar:
- Fibrótica
 - Grasa
 - Ambas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

SINOPSIS 309

Cabe considerar la enfermedad de Charcot Marie Tooth y la Distrofia Muscular Pseudohipertrófica

ENFERMEDAD DE CHARCOT MARIE TOOTH

CARACTERÍSTICAS:

- Es hereditaria y empieza en la adolescencia y juventud
- Se debe a la desmielinización de los nervios periféricos
- Clínicamente puede haber hipoestesia en “guante” y en “calcetín”, dolor y parestesias en miembros
- Se registra habitualmente atrofia con parálisis peronea simétrica, caída de pies, deformidad en equino varo e inestabilidad
- La progresión, por lo general, es lenta

TRATAMIENTO

- Conservador: fisioterapia, férulas y soportes
- Quirúrgico: cirugía correctora y estabilizantes

DISTROFIA MUSCULAR PSEUDOHIPERTRÓFICA

CARACTERÍSTICAS:

- Es hereditaria. Se presenta en varones, en la infancia
- Afecta primero a la cintura pelviana y luego a la escapular
- Al examen se aprecia:
 - Hiperlordosis lumbar
 - Atrofia glútea y del cuádriceps
 - Hipertrofia con infiltración grasa y fibrótica de los gemelos
 - Dificultad para erguirse (Gower), “marcha de pato”, pie equino varo inestable
 - Cierta grado de retardo mental
- Progresión rápida: a los 12 años ya necesitan silla de ruedas para desplazarse

TRATAMIENTO

- Conservador: ejercicios terapéuticos y silla de ruedas

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

- | | |
|---|--|
| <p>1840. Las Paraplejias inicialmente flácidas y posteriormente espásticas generalmente son de origen:
a) Congénito b) Infeccioso
c) Traumático</p> <p>1841. La actitud en semiflexión y abducción de caderas se aprecia en las Parálisis por lesión:
a) Cerebral b) Medular
c) a y b</p> <p>1842. Las úlceras tróficas se presentan en las Paraplejias espásticas:
a) Adquiridas b) Congénitas
c) a y b</p> <p>1843. La recuperación espontánea es la regla en la:
a) Axonotmesis b) Poliradiculoneuritis
c) a y b</p> <p>1844. El estudio eléctrico es de trascendente importancia en:
a) Lesiones de nervios periféricos
b) Atrofia perineal de Charcot
c) Ambas</p> <p>1845. La actitud del hombro en aducción y rotación interna se presenta en la:
a) Poliomiелitis b) Parálisis de Erb
c) Distrofia de Duchenne</p> <p>1846. La compresión de las masas musculares determina dolor en la:
a) Parálisis braquial obstétrica
b) Poliradiculoneuritis
c) Parálisis espásticas</p> <p>1847. La actitud del codo en semiflexión es característica de la:
a) Poliradiculoneuritis
b) Poliomiелitis
c) Parálisis braquial de Erb</p> | <p>1848. El hombro se encuentra afectado preferentemente en la:
a) Distrofia muscular
b) Parálisis braquial de Klumpke
c) a y b</p> <p>1849. La actitud del antebrazo en supinación suele encontrarse en la parálisis:
a) Espástica
b) Braquial de Erb
c) Ninguna</p> <p>1850. Los músculos intrínsecos de la mano están afectados en la:
a) Poliradiculoneuritis
b) Distrofia muscular
c) Enfermedad de Charcot Marie</p> <p>1851. La recuperación funcional suele ser espontánea en la:
a) Distrofia muscular
b) Neuropraxia
c) Enfermedad de Charcot Marie</p> <p>1852. La cirugía de la mano está indicada mayormente en casos de:
a) Enfermedad de Charcot Marie
b) Poliradiculoneuritis
c) Poliomiелitis</p> <p>1853. La deformidad del Pie Equino varo se presenta en:
a) Parálisis espástica
b) Poliomiелitis
c) a y b</p> <p>1854. Las denervaciones quirúrgicas son indicadas en la Parálisis:
a) Poliomiелítica
b) Espástica
c) Ninguna</p> |
|---|--|

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Paralíticas

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1805. c) a y b | 1830. a) Correctivo |
| 1806. b) La inteligencia | 1831. c) Manos y pies |
| 1807. c) Paraplejia | 1832. b) 80 – 90 % |
| 1808. c) a y b | 1833. c) Dorsiflexores del pie |
| 1809. a) Para-natales | 1834. a) Compresión |
| 1810. b) Control postural y soportes | 1835. c) Conservador |
| 1811. a) Medular | 1836. a) Retardo mental |
| 1812. c) Ninguna | 1837. b) Peroneos |
| 1813. b) Traumática | 1838. b) Enfermedad de Charcot |
| 1814. c) Ninguna | 1839. c) Ambas |
| 1815. c) a y b | 1840. c) Traumático |
| 1816. a) Semiflexión y valgo | 1841. c) a y b |
| 1817. b) Aducción y rotación externa | 1842. a) Adquiridas |
| 1818. c) a y b | 1843. c) a y b |
| 1819. b) Cuádriceps | 1844. c) Ambas |
| 1820. c) a y b | 1845. b) Parálisis de Erb |
| 1821. a) Fisioterapia | 1846. b) Poliradiculoneuritis |
| 1822. a) Sensibilidad | 1847. c) Parálisis braquial de Erb |
| 1823. b) En semiclínica | 1848. a) Distrofia muscular |
| 1824. c) Pronación | 1849. c) Ninguna |
| 1825. b) Fisioterápico | 1850. a) Poliradiculoneuritis |
| 1826. c) a y b | 1851. b) Neuropaxia |
| 1827. a) Total | 1852. c) Poliomielitis |
| 1828. a) Del cilindro | 1853. c) a y b |
| 1829. b) Funcional | 1854. b) Espástica |

CAPÍTULO XII

MÉTODOS DE TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES ORTOPÉDICAS Y TRAUMÁTICAS

MÉTODOS DE TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES ORTOPÉDICAS Y TRAUMÁTICAS

- 1. Tratamientos Incruentos**
 - 1.1 Procedimientos correctores**
 - 1.1 De Inmovilización, Control Postural y Ayudas Funcionales**
- 2. Tratamientos Cruentos**
 - 2.1 Correctores**
 - 2.2 Estabilizadores**
 - 2.3 Funcionales**

1.2 Tratamientos de Inmovilización, Control Postural y Ayudas Funcionales

PREGUNTAS

1865. El ochodígito es un vendaje que se aplica para inmovilizar la:

- a) Cintura escapular
- b) Cintura pelviana
- c) Columna vertebral

1866. El toracobraquial es un aparato de yeso que se utiliza en caso de patología de localización en:

- a) Hombro y húmero
- b) Húmero y codo
- c) Codo y antebrazo

1867. El yeso cruropélvico se coloca para inmovilizar preferentemente:

- a) Pelvis
- b) Cadera y muslo
- c) a y b

1868. Para inmovilizar la columna cervical se prescriben preferentemente los aparatos de yeso tipo:

- a) Collarín
- b) Minerva
- c) Ambos

1869. Son aparatos o elementos ortopédicos de sustitución funcional:

- a) Las muletas
- b) Los soportes
- c) Las prótesis

SINOPSIS 312

CARACTERÍSTICAS

- Vendajes, aparatos y férulas de yeso de inmovilización:
 - En miembro superior: Velpeau, Ochodígito, Toracobraquial, Axilomanual, Digitomanual
 - En miembro inferior: Cruropélvico, Pelvipedio, Muslopedio, Rodillera, Bota, Botín
 - En columna vertebral: Collarín, Minerva, Corsé
- Férulas, soportes y corsés ortopédicos, prótesis y demás implementos de ayuda y sustitución funcional:
 - Férulas estáticas y dinámicas
 - Aparatos, soportes ortopédicos
 - Corsés correctores y estabilizantes
 - Prótesis para miembros superior e inferior
 - Calzado y plantillas ortopédicas
 - Muletas y bastones
 - Silla de ruedas
 - Implementos de ayuda para las actividades de la vida diaria (AVD)

TRATAMIENTOS DE INMOVILIZACIÓN, CONTROL POSTURAL Y AYUDAS FUNCIONALES

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 454

2. TRATAMIENTOS CRUENTOS

PREGUNTAS

1870. En las afecciones ortopédicas las intervenciones quirúrgicas se realizan considerando:

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

1871. Las intervenciones quirúrgicas se realizan en las afecciones ortopédicas tomando en cuenta:

- a) La antigüedad de defecto
- b) El grado
- c) a y b

1872. Lo más importante para definir el tratamiento cruento de una afección ortopédica es considerar:

- a) El grado
- b) La localización
- c) El tipo

1873. Las operaciones que se realizan en el tratamiento de las afecciones ortopédicas son a nivel:

- a) Musculotendinoso
- b) Osteoarticular
- c) a y b

1874. En el tratamiento de las afecciones ortopédicas se plantean intervenciones mayormente:

- a) Estabilizadoras y correctoras
- b) Reparadoras o reconstructivas
- c) Ambas

SINOPSIS 313

CARACTERÍSTICAS - CLASIFICACIÓN

- Se indican, de acuerdo a:
 - La edad del paciente
 - La antigüedad del defecto y
 - El grado del mismo
- Se realizan a nivel:
 - De partes blandas
 - Esquelético
 - Ambas
- Se clasifican en:
 - Correctores
 - Estabilizadores
 - Funcionales

TRATAMIENTOS CRUENTOS

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 454

2.1 Tratamientos Cruentos Correctores - 1

PREGUNTAS

1875. Entre las operaciones ortopédicas correctivas que con más frecuencia se realizan se tienen las fasciotomías:

- a) Palmares
- b) Plantares
- c) a y b

1876. Los alargamientos tendinosos que se realizan más frecuentemente son los de:

- a) Abductores de cadera
- b) Extensores de rodilla
- c) Extensores de pie

1877. Las tenotomías que se realizan con más frecuencia en rodilla son las de:

- a) Cuádriceps
- b) Bíceps
- c) Flexores

1878. En el hombro, la tenotomía que mayormente se realiza es la de:

- a) Subescapular
- b) Supraespinoso
- c) Infraespinoso

1879. Las capsulotomías se practican generalmente para corregir deformidades de localización en:

- a) Rodilla
- b) Pie
- c) a y b

SINOPSIS 314

TIPOS E INDICACIONES

- Fasciotomías:
 - Retracción de la banda ileotibial y fascia plantar
- Desinserciones, tenotomías y alargamientos tendinosos: en caso de contractura de:
 - Sóleo y gemelos
 - Flexores de dedos
 - Flexores de rodilla
 - Abductores y flexores de cadera
 - Psoas ilíacos
 - Subescapular
 - Pronadores y palmares
- Capsulotomías y sindesmostomías. En casos de:
 - Pie bot
 - Mano en garra
 - Luxación congénita de cadera

TRATAMIENTOS CRUENTOS CORRECTORES 1

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 454

2.1 Tratamientos Cruentos Correctores - 2

PREGUNTAS

1880. Las Epifisiodesis son operaciones que se realizan en la:

- a) Infancia
- b) Edad adulta
- c) a y b

1881. Los efectos de la Epifisiodesis son:

- a) Transitorios
- b) Definitivos
- c) Ambos

1882. Las Osteotomías que se realizan con más frecuencia en el húmero son a nivel:

- a) Proximal
- b) Diafisario
- c) Distal

1883. Las Osteotomías que más se practican en el miembro inferior son a nivel:

- a) Superior
- b) Inferior
- c) Ambos

1884. Los alargamientos óseos se practican preferentemente en el miembro:

- a) Superior
- b) Inferior
- c) Ambos

SINOPSIS 315

TIPOS E INDICACIONES

- Epifisiodesis: bloqueos metafisarios que se realizan en la etapa del crecimiento; cuando existe:

- Asimetría longitudinal de miembros inferiores
- Desviaciones del eje

Pueden ser:

- Transitorias o removibles
- Definitivas

- Osteotomías a nivel de:

Miembro superior: mayormente en:

- Cúbito varus o valgus
- Sinostosis radiocubital superior
- Secuela de fractura de Colles

Miembro inferior, mayormente en:

- Anteversión del cuello femoral
- Enfermedad de Perthes
- Coxartrosis – gonartrosis
- Genu varus y genu valgus

- Resecciones óseas, acortamientos y alargamientos óseos en:

- Deformidades óseas
- Asimetría longitudinal del miembro inferior

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 454

2.2 Tratamientos Cruentos Estabilizadores - 1

PREGUNTAS

1885. Las operaciones estabilizantes articulares que mayormente se realizan utilizando elementos blandos son las:
- Miodesis
 - Tenodesis
 - Fasciodesis
1886. El tendón que más frecuentemente se utiliza en las estabilizaciones articulares es el:
- Aquiles
 - Rotuliano
 - Bicipital
1887. Las Artrodesis son operaciones que se indican cuando existe:
- Destrucción articular y dolor
 - Articulaciones inestables
 - a y b
1888. Las artrodesis intra-articulares se indican mayormente cuando existe:
- Inestabilidad articular
 - Articulaciones dolorosas con destrucción osteoarticular
 - Alteración en el eje de la articulación
1889. En la artrodesis en niños se utilizan injertos óseos:
- Intra-articulares
 - Para-articulares
 - Trans-articulares

SINOPSIS 316

TIPOS E INDICACIONES

- Tenodesis:
 - Son operaciones que utilizan uno o más tendones para dar estabilidad a una articulación
 - La que con más frecuencia se realiza es la del tobillo, con el tendón de Aquiles
- Artrodesis:
 - Se practica realizando:
 - o La resección del cartílago articular de revestimiento (intra-articular), en pacientes adultos y adolescentes mayores
 - o La colocación de puentes óseos para-articulares (extra-articular), en pacientes adultos
- Se indican cuando existe:
 - Inestabilidad articular
 - Destrucción y dolor articulares
- Tienen por finalidad:
 - Anular definitivamente el movimiento articular
 - Desaparecer el dolor
- Artrorisis:
 - Tienen por finalidad limitar el movimiento articular
 - Se indican cuando es necesario impedir parcialmente el movimiento de una articulación
 - Se practican colocando injertos óseos vecinos a la articulación que van a actuar como tope de ésta

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 454

2.2 Tratamientos Cruentos Estabilizadores - 2

PREGUNTAS

1890. La indicación del tipo de Osteosíntesis depende de las características del:
- Accidente
 - Tipo de fractura
 - Tiempo de fractura
1891. La fijación externa generalmente se realiza colocando clavos transfixiantes por arriba y por debajo del foco de fractura en número de:
- Dos arriba y dos abajo
 - Tres arriba y dos abajo
 - Tres arriba y tres abajo
1892. En la fijación y Osteosíntesis interna se utilizan:
- Clavos y placas atornilladas
 - Tornillos y clavos transversales transfixiantes
 - a y b
1893. El uso de la Osteosíntesis exige contar básicamente con:
- Adiestramiento
 - Instrumental y material adecuado
 - a y b
1894. La aplicación de la Osteosíntesis es en caso de:
- Fracturas y luxaciones
 - Operaciones ortopédicas
 - Ninguna

SINOPSIS 317

OSTEOSÍNTESIS

- Es un método quirúrgico de estabilización ósea que permite la consolidación correcta en el menor tiempo
- Es de aplicación preferentemente en adultos en ciertos tipos de fractura y después de algunas operaciones ortopédicas, como osteotomías, artrodesis, etc.
- Permite la movilización precoz de los operados
- Exige contar con un entrenamiento previo y con instrumental y material especial para la reducción y contención de los fragmentos óseos
- La osteosíntesis puede ser interna o externa según que la fijación se encuentre internamente o externamente. Ambas pueden ser de tipo compresivo o no
- La fijación interna se logra con placas y tornillos, clavos-placas, clavos
- La fijación externa se logra con clavos transóseos que se colocan transversalmente, 3 por arriba y 3 debajo de la fractura, que van unidos por su o sus extremos libres a uno o dos vástagos, que desde afuera estabilizan los fragmentos
- La indicación de tal o cual tipo de osteosíntesis depende de la característica de la fractura y del propio paciente, todo lo cual debe tomarse en cuenta para hacer una adecuada elección

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 454

2.3 Tratamientos Cruentos Funcionales

PREGUNTAS

1895. La transposición tendinosa se realiza generalmente del punto de inserción:
- Distal
 - Proximal
 - Ambos
1896. Las transposiciones tendinosas que más se realizan son en el:
- Tronco
 - Miembro inferior
 - Miembro superior
1897. Las traslocaciones tendinosas consisten en realizar quirúrgicamente un cambio en:
- La inserción del tendón
 - Su recorrido
 - Longitud
1898. Las Artroplastias son operaciones que por lo general se realizan actualmente:
- Recubriendo las superficies articulares con fascias
 - Reemplazando las superficies articulares
 - Interponiendo elementos musculares en la articulación
1899. Los reemplazos articulares que con más frecuencia se realizan son:
- Totales
 - En miembro inferior
 - a y b

SINOPSIS 318

TIPOS DE OPERACIONES - INDICACIONES

- Las transposiciones tendinosas:
 - Consisten en el cambio de inserción, generalmente distal, de un tendón
 - Se realizan mayormente en el miembro superior
- Las translocaciones tendinosas:
 - Consisten en el cambio de trayecto o recorrido de un tendón
 - La translocación más frecuente es la del peroneo al calcáneo
- Las transposiciones y translocaciones tendinosas se indican para restablecer el equilibrio muscular y conseguir una mejora funcional
- Las artroplastias y reemplazos parciales y totales consisten en:
 - El recubrimiento articular con fascias o
 - La colocación de prótesis metálicas o plásticas seguidamente a la resección de una o ambas superficies o extremos articulares
 - Se realizan más frecuentemente en el miembro inferior
 - Se indican principalmente en la artrosis deformante para eliminar el dolor y restablecer la función articular perdida o seriamente limitada

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 454

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

1900. Cuando existe un desequilibrio muscular el tratamiento más recomendable es:

- a) Incruento
- b) Tracción continua
- c) Quirúrgico

1901. Las deformidades debidas a contracturas musculares severas en el pie inicialmente requieren tratamiento:

- a) Corrector con yeso
- b) Tracción esquelética
- c) Cruento

1902. En la corrección progresiva de las deformidades de rodilla se contempla recurrir a:

- a) Los yesos correctores
- b) La tracción mecánica
- c) Los alargamientos tendinosos

1903. La indicación de férulas dinámicas es mayormente:

- a) Antes de la cirugía
- b) Después de un alargamiento
- c) Complementario a una tenotomía

1904. Las Epifisiodesis son operaciones de tipo:

- a) Correctivo
- b) Funcional
- c) Ambas

1905. Las Artrorisis tiene su indicación cuando existe:

- a) Asimetría de miembros
- b) Inestabilidad articular
- c) Desequilibrio muscular

1906. En los adultos, la gran asimetría longitudinal de miembros se resuelve preferentemente con:

- a) Zapatos con alza
- b) Soportes ortopédicos
- c) Alargamientos óseos

1907. Las Osteotomías se realizan generalmente en el miembro inferior para:

- a) Corregir el eje
- b) Mejorar la marcha
- c) a y b

1908. Las trasposiciones tendinosas se realizan principalmente para:

- a) Corregir deformidades
- b) Mejorar la función
- c) a y b

1909. Frente a una articulación dolorosa con limitación funcional, en personas jóvenes, debe contemplarse en forma preferente:

- a) Artrodesis u osteotomía
- b) Reemplazi articular total
- c) Artrorisis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 454

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

1910. En las Osteotomías correctoras de Genu varo se utilizan para estabilizar los fragmentos:

- a) Inmovilización con yeso
- b) Osteosíntesis con placa angulada
- c) a y b

1911. En la artrodesis coxofemoral la fijación interna permite:

- a) La movilización precoz del paciente
- b) Mantener normal el tropismo muscular en cadera
- c) Ninguno

1912. Para mantener el hombro en actitud funcional después de practicada la tenotomía del subescapular está indicada la colocación de:

- a) Un yeso toracobraquial
- b) Osteosíntesis interna
- c) Tracción continua

1913. Frente a una fractura inestable en niños, el tratamiento generalmente indicado es:

- a) Reducción cruenta
- b) Incruento
- c) Osteosíntesis

1914. Frente a las fracturas desplazadas del adulto lo más común es recurrir a la:

- a) Reducción incruenta y yeso
- b) Tracción cutánea
- c) Reducción cruenta y osteosíntesis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 454

Respuestas relacionadas con preguntas sobre los Métodos de Tratamiento de las Afecciones Ortopédicas y Traumáticas

- | | |
|---|---|
| 1855. c) Correctores | 1885. b) Tenodesis |
| 1856. b) De inmovilización | 1886. a) Aquiles |
| 1857. b) De inmovilización | 1887. c) a y b |
| 1858. c) Prevenir contracturas | 1888. a) Inestabilidad articular |
| 1859. c) a y b | 1889. b) Para-articulares |
| 1860. c) a y b | 1890. b) Tipo de fractura |
| 1861. b) Manual | 1891. c) Tres arriba y tres abajo |
| 1862. c) Colocación de aparatos de yeso | 1892. a) Clavos y placas atornilladas |
| 1863. b) Un solo tiempo | 1893. c) a y b |
| 1864. a) Aparatos a tornillo | 1894. b) Operaciones ortopédicas |
| 1865. a) Cintura escapular | 1895. a) Distal |
| 1866. a) Hombro y húmero | 1896. c) Miembro superior |
| 1867. a) Pelvis | 1897. b) Su recorrido |
| 1868. c) Ambos | 1898. b) Reemplazando las superficies articulares |
| 1869. c) Las prótesis | 1899. b) En miembro inferior |
| 1870. b) La edad | 1900. c) Quirúrgico |
| 1871. c) a y b | 1901. a) Corrector con yeso |
| 1872. a) El grado | 1902. a) Los yesos correctores |
| 1873. c) a y b | 1903. a) Antes de la cirugía |
| 1874. a) Estabilizadoras y correctoras | 1904. a) Correctivo |
| 1875. b) Plantares | 1905. b) Inestabilidad articular |
| 1876. c) Extensores de pie | 1906. c) Alargamientos óseos |
| 1877. c) Flexores | 1907. a) Corregir el eje |
| 1878. a) Subescapular | 1908. b) Mejorar la función |
| 1879. a) Pie | 1909. a) Artrodesis u osteotomía |
| 1880. a) Infancia | 1910. c) a y b |
| 1881. c) Ambos | 1911. a) La movilización precoz del paciente |
| 1882. c) Distal | 1912. a) Un yeso toracobraquial |
| 1883. a) Superior | 1913. b) Incruento |
| 1884. b) Inferior | 1914. c) Reducción cruenta y osteosíntesis |

CAPÍTULO XIII

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

1. Definición de Términos

- 1.1 Electrodiagnóstico - Electromiografía**
- 1.2 Goniometría**
- 1.3 Test Muscular**
- 1.4 Valoración de las Actividades Diarias de la Vida**

2. Ayudas Terapéuticas

- 2.1 Luminoterapia (Rayos ultravioletas e infrarrojos)**
- 2.2 Electroterapia (1-2-3)**
- 2.3 Termoterapia**
- 2.4 Sonoterapia**
- 2.5 Laser Terapia**
- 2.6 Maso Terapia**
- 2.7 Kinesioterapia**
- 2.8 Mecanoterapia**
- 2.9 Entrenamiento en ADV**

3. Terapia Ocupacional

4. Ayudas Biomecánicas en Ortopedia y Rehabilitación

- 4.1 Prótesis**
- 4.2 Soportes y Aparatos Ortopédicos**
- 4.3 Collarines – Corsés**
- 4.4 Soportes Ortopédicos para Miembro Superior**
- 4.5 Aditamentos Auxiliares de las ADV**
- 4.6 Soportes Ortopédicos para Miembro Inferior**
- 4.7 Calzado Ortopédico y Plantillas**
- 4.8 Muletas y Bastones**
- 4.9 Silla de Ruedas**

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

PREGUNTAS

1915. La Medicina Física y la Rehabilitación son términos:

- a) Sinónimos
- b) Semejantes
- c) Diferentes

1916. La Medicina Física utiliza agentes:

- a) Físicos
- b) Biológicos
- c) a y b

1917. La Medicina Física es útil en el:

- a) Diagnóstico y pronóstico
- b) Tratamiento
- c) Ambas

1918. La Rehabilitación persigue como fin:

- a) La recuperación de la incapacidad
- b) La incorporación de los incapacitados a pesar de su limitación
- c) Prevenir la invalidez

1919. La Rehabilitación es un proceso que requiere de la intervención:

- a) De médicos de diferentes especialidades
- b) De otras disciplinas no médicas
- c) a y b

SINOPSIS 319

CARACTERÍSTICAS

- **Definición de términos:**

Frente a la confusión que comúnmente existe al utilizar indistintamente los términos de Medicina Física y Rehabilitación, como si fueran sinónimos o semejantes, interesa precisar el campo de ambas

- **Medicina Física:**

Es la rama médica que utiliza los agentes y métodos físicos en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades y lesiones con fines preventivos, de recuperación y rehabilitatorios. Administrativamente los Servicios de Medicina Física son considerados como servicios intermedios o de ayuda diagnóstica y tratamiento

- **Rehabilitación:**

Es un proceso que busca la incorporación de los incapacitados, a pesar de su incapacidad, a la vida de la comunidad, en las mejores condiciones de bienestar físico, mental y social. Comprende todas las especialidades médicas y no médicas que persiguen ese fin. Administrativamente la rehabilitación es una de las 5 grandes funciones que cumple todo hospital: prevención, protección, recuperación, rehabilitación y docencia e investigación

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

1.1 Electrodiagnóstico - Electromiografía

PREGUNTAS

1920. El Electrodiagnóstico permite evaluar la excitabilidad de la fibra:
- a) Nerviosa
 - b) Muscular
 - c) a y b
1921. El Electrodiagnóstico permite identificar las lesiones que comprometen a la neurona motora:
- a) Central
 - b) Periférica
 - c) Ambas
1922. En el Electromiografía se registra:
- a) La contractibilidad muscular
 - b) La corriente eléctrica del músculo estriado
 - c) la excitabilidad neuromuscular
1923. Las ondas correspondientes a un músculo normal en el electrograma son:
- a) Monofásicas y difásicas
 - b) Difásicas y polifásicas
 - c) Polifásicas y monofásicas
1924. En el músculo denervado el Electromiograma registra ondas:
- a) Polifásicas
 - b) De larga duración
 - c) De pequeña amplitud

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

SINOPSIS 320

ELECTRODIAGNÓSTICO

- Es un método que utiliza la corriente eléctrica para el estudio e identificación de las enfermedades y lesiones que afectan al sistema neuromuscular, particularmente a nivel de la neurona motora periférica
- Evalúa la excitabilidad de la fibra muscular y de la fibra nerviosa
- Trata de precisar si existe o no la reacción de degeneración
- Utiliza principalmente los estímulos de las corrientes galvánica y farádica
- Las pruebas más conocidas son:
 - La faradogalvánica y
 - La cronaxia
- Estos estudios son en la actualidad de poco uso

ELECTROMIOGRAFÍA

- Es el registro de las corrientes eléctricas del músculo estriado
- La electromiografía ayuda en el diagnóstico, para precisar el nivel de la lesión y el diagnóstico diferencial
- Algunos de los diferentes trazados son:
 - Normal: durante la contracción muscular se producen principalmente ondas polifásicas o difásicas de gran amplitud y duración
 - En el músculo denervado se generan potenciales de fibrilación con ondas monofásicas y difásicas de pequeña amplitud y corta duración
 - En la reinervación disminuyen los potenciales de fibrilación y aparecen potenciales polifásicos pequeños y normales
- Otro examen importante es la medida de la velocidad de conducción en fibras nerviosas
- La electromiografía es importante para el cirujano ortopédico porque, además de ayudar en el diagnóstico, orienta en el pronóstico y permite decidir el momento oportuno para la intervención quirúrgica

1.2 Goniometría Articular

PREGUNTAS

1925. La posición de partida en la valoración de la movilidad articular es la:

- a) Anatómica
- b) Flexión máxima
- c) Extensión máxima

1926. El registro de la movilidad articular se practica:

- a) En gráficas
- b) Numéricamente
- c) a y b

1927. Inicialmente la movilidad articular se encuentra aumentada en las:

- a) Secuelas de rupturas ligamentarias
- b) Fracturas articulares
- c) Contracturas musculares

1928. En los pacientes con espasticidad los movimientos articulares se encuentran:

- a) Normales
- b) Aumentados
- c) Disminuidos

1929. En la valoración de la movilidad articular se evalúa el movimiento:

- a) Pasivo
- b) Activo
- c) Ambos

SINOPSIS 321

CARACTERÍSTICAS

- Es la valoración de la amplitud del movimiento articular
- Evalúa indirectamente el estado de:
 - Los elementos articulares
 - Los músculos responsables del movimiento articular
- Los movimientos articulares pueden encontrarse aumentados en casos de:
 - Ruptura de ligamentos y músculo tendinosos
 - Laxitud ligamentosa y muscular
- Los movimientos articulares pueden estar limitados por:
 - Fibrosis articular y muscular
 - Contractura y espasticidad
 - Secuelas de fracturas articulares
- Todas las alteraciones mencionadas son de origen congénito, traumático u otro
- Pueden afectar a:
 - Una o más articulaciones
 - Uno o más movimientos
- El registro de la movilidad articular pasiva se practica:
 - Gráficamente
 - Numéricamente
- La posición de partida de cada movimiento es la anatómica

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

1.3 Test Muscular

PREGUNTAS

1930. El test muscular es útil para determinar el:
- a) Diagnóstico y pronóstico
 - b) Nivel de la lesión en el Sistema Nervioso
 - c) a y b
1931. El test muscular se usa preferentemente en afecciones que comprometen a:
- a) La neurona motora central
 - b) La neurona motora periférica
 - c) Los nervios periféricos
1932. En el test muscular, la calificación de músculos regulares, corresponde a aquellos que tienen una potencia del:
- a) 5 %
 - b) 25 %
 - c) 50 %
1933. En el test muscular se evalúa:
- a) La fuerza muscular
 - b) El estado de contractura o espasticidad del músculo
 - c) Ambos
1934. En el test muscular, la resistencia que se opone a la acción muscular está dada por:
- a) Pesas
 - b) La mano del examinador
 - c) Un dinamómetro

SINOPSIS 322

CARACTERÍSTICAS - CLASIFICACIÓN

- Es un método que evalúa la fuerza muscular, en forma subjetiva
- Permite también identificar el estado de espasticidad y contractura de los músculos
- La medida de la fuerza muscular se realiza oponiendo una resistencia variable que puede ser determinada por el examinador o la fuerza de gravedad
- Existe una escala de valoración que comprende los grados: Normal (N), Bueno (B), Regular (R), Pobre (P), Ínfimo (I) y Cero (0)
- En porcentajes de fuerza se tiene lo siguiente:
 - * N = 100% * B = 75% * R = 50%
 - * P = 25 % * I = 5% * 0 = 0%
- El test se aplica sobre todo en pacientes con enfermedad o lesión que afecta a la neurona periférica
- Es poco práctico en las parálisis espásticas y cuando existe limitación del movimiento articular
- Ayuda en el diagnóstico de enfermedad, el diagnóstico diferencial, para precisar el nivel de la lesión y el pronóstico
- Orienta en cuanto al tratamiento
- Otra forma de valorar la fuerza muscular es utilizando el dinamómetro, especialmente en trabajos de laboratorio

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

1.4 Valoración de las Actividades Diarias de la Vida (ADV)

PREGUNTAS

1935. Las ADV son aquellas que la persona realiza según su:

- a) Edad y condición social
- b) Sexo y medio ambiente
- c) a y b

1936. Son ADV de relación las actividades:

- a) En la cama
- b) De trabajo
- c) De traslación

1937. Cuando la actividad se realiza con dificultad, las ADV corresponden al grado:

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

1938. La valoración de las Actividades de la Vida Diaria (ADV) es importante para orientar en:

- a) El pronóstico
- b) El diagnóstico
- c) El nivel de la lesión

1939. Son ADV personales las actividades de:

- a) Comunicación
- b) Recreativas
- c) Del hogar

SINOPSIS 323

CARACTERÍSTICAS

- Las ADV son aquellas que toda persona normal realiza en las 24 horas del día según su:
 - Edad y Sexo
 - Condición social y
 - Medio ambiente
- Se clasifican en actividades:
 - Personales
 - De relación
- Las ADV personales son:
 - En la cama
 - Alimentación
 - Higiene
 - Vestido
 - Traslación y
 - Del hogar
- Las ADV de relación son:
 - De comunicación
 - De viaje
 - Recreativas
 - De Trabajo
- Los grados de calificación de las ADV son:
 - 3 cuando se realizan normalmente
 - 2 cuando se realizan con dificultad
 - 1 cuando se realizan con mucha dificultad
 - 0 cuando no se realizan
- La evaluación de las ADV permiten:
 - Medir el grado de independencia de una persona
 - Determinar un pronóstico
 - Orientar el tratamiento

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

2. AYUDAS TERAPÉUTICAS

2.1 Luminoterapia - 1

PREGUNTAS

1940. La Luminoterapia es la aplicación de la luz con fines:

- a) Estéticos
- b) Terapéuticos
- c) a y b

1941. Los Rayos Ultravioletas comprenden una radiación de longitud de onda entre:

- a) 6000 a 4500 U.A.
- b) 4000 a 1800 U.A.
- c) 1800 a menos U.A.

1942. La radiación ultravioleta contribuye a formar la vitamina:

- a) A
- b) C
- c) D

1943. Los rayos ultravioletas se indican en las ulceraciones de la piel por su acción:

- a) Vasodilatadora
- b) Bactericida
- c) Sobre el metabolismo tisular

1944. Los rayos ultravioletas actúan sobre los músculos mejorando:

- a) El tono
- b) La potencia
- c) La contractilidad

SINOPSIS 324

CARACTERÍSTICAS

- Luminoterapia es la luz aplicada con fines terapéuticos
- Comprende dos tipos de radiaciones o rayos
 - Ultravioletas
 - Infrarrojos

Rayos ultravioletas

- Son radiaciones de longitud de onda entre 1 800 y 4 000 unidades A
- Sus efectos son:
 - Químicos: contribuyen a formar vitamina D activando los esteroides de la piel
 - Mejoran el tono muscular
 - Bactericidas
- Están indicados en Traumatología y Ortopedia:
 - En el raquitismo y osteomalacia
 - Después de períodos prolongados de inmovilización con yeso
 - En úlceras infectadas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

2.2 Electroterapia - 1

PREGUNTAS

1950. Las corrientes que se usan en electroterapia son de:

- a) Alta frecuencia y onda corta
- b) Baja frecuencia y onda larga
- c) a y b

1951. En electroterapia las corrientes de onda larga son:

- a) Diatermia
- b) Galvánica
- c) Ninguna

1952. La corriente galvánica es de:

- a) Baja frecuencia
- b) Alta frecuencia
- c) Onda corta

1953. La corriente diadinámica es de:

- a) Onda corta
- b) Onda larga
- c) Baja frecuencia

1954. La electrocoagulación se logra a través de las corrientes de:

- a) Altra frecuencia
- b) Onda larga
- c) a y b

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

SINOPSIS 326

CARACTERÍSTICAS

- La electroterapia es el uso de la corriente eléctrica en medicina
- Los tipos de corriente, en cuanto a su frecuencia, son de:
 - Baja frecuencia
 - Alta frecuencia
- Las corrientes de baja frecuencia son:
 - Galvánica
 - Sinusoidal
 - Exponencial
 - Diadinámica
 - Transcutánea
 - Interferenciales
- Las corrientes de alta frecuencia son:
 - Onda larga
 - Microonda
 - Onda corta
- La corriente de alta frecuencia y onda larga se usan en cirugía porque producen:
 - Electrodesecación
 - Electrocoagulación
 - Electrosección o corte eléctrico
- Las corrientes de alta frecuencia y onda corta son la diatermia y producen en el cuerpo calor por conversión
- La diatermia es una forma de termoterapia profunda

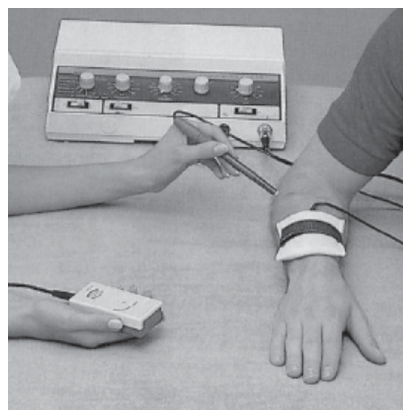


GRÁFICO 90: ELECTROTERAPIA

Además de los efectos fisiológicos, analgésicos y antiinflamatorios, hay que tomar en cuenta el de determinar la contracción de los músculos denervados, de los músculos atrofiados y de los músculos hipertónicos y contracturados, según se trate de las corrientes directa, farádica y diadinámica, respectivamente.

2.2 Electroterapia - 2

PREGUNTAS

1955. En las Iontoforesis, o introducción de sustancias medicamentosas al cuerpo, se utilizan corrientes:

- a) Directas
- b) Diadinámicas
- c) Interferenciales

1956. La hiperemia o aumento de circulación de los tejidos se consigue con la aplicación de corrientes:

- a) Interferenciales
- b) Sinusoidales
- c) Diadinámicas

1957. La vasodilatación se logra con la aplicación de corriente:

- a) Directa
- b) Interferencial
- c) Ninguna

1958. La relajación muscular se consigue con corrientes:

- a) Interferenciales
- b) Sinusoidales
- c) Transcutáneas

1959. En los casos de dolor son mayormente indicadas las corrientes:

- a) Directas
- b) Diadinámicas
- c) a y b

SINOPSIS 327

CARACTERÍSTICAS

Los efectos fisiológicos de la corriente eléctrica son:

- Analgésicos – corrientes:
 - o Directas
 - o Diadinámicas
 - o Transcutáneas
 - o Interferenciales
- Antiinflamatorios – corrientes:
 - o Directas
 - o Diadinámicas
 - o Interferenciales
- Contracción de músculos denervados – corrientes:
 - o Directas
 - o Exponenciales
- Contracción de los músculos atrofiados – corrientes:
 - o Farádicas
 - o Sinusoidales
- Contracción de músculos hipertónicos – corrientes:
 - o Diadinámicas
- Relajación muscular – corrientes:
 - o Interferenciales
- Vasodilatación e hiperemia – corrientes:
 - o Directas
 - o Diadinámicas
- Aumento del metabolismo – corriente:
 - o Directa
- Múltiples, a través de la iontoforesis con corriente directa

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

2.2 Electroterapia - 3

PREGUNTAS

1960. La electroterapia tiene indicación en:

- a) Neuritis
- b) Neuralgias
- c) Parálisis

1961. Las corrientes interferenciales se prescriben en:

- a) Mialgias
- b) Tendinitis
- c) a y b

1962. En los casos de esguinces, tienen su indicación las corrientes:

- a) Directas
- b) Sinusoidales
- c) Interferenciales

1963. En las artrosis se indica la aplicación de corrientes:

- a) Sinusoidales
- b) Interferenciales
- c) Diadinámicas

1964. La corriente farádica se indica en el tratamiento de:

- a) Artritis
- b) Tendinitis
- c) Atrofias musculares

SINOPSIS 328

Indicaciones en Traumatología y Ortopedia:

- Procesos traumáticos:

- Contusiones
- Esguinces
- Hematomas
- Edemas

Corrientes Directas y Diadinámicas

- Procesos inflamatorios:

- Mialgias

Corrientes Interferenciales y Diadinámicas

- Tendinitis

Corrientes interferenciales

- Artritis reumáticas y artrosis

Corrientes interferenciales

- Atrofias musculares por falta de uso:

Corrientes Farádica, Sinusoidal y Exponencial

- Parálisis

Corrientes directa y Exponencial

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

2.3 Termoterapia - 1

PREGUNTAS

1965. La aplicación de calor o hipertermoterapia tiene su indicación en:

- a) Las artritis en general
- b) Los síndromes dolorosos
- c) Las fracturas

1966. La conductibilidad nerviosa por la acción del calor:

- a) No se altera
- b) Disminuye
- c) Aumenta

1967. El tono muscular por la acción del calor:

- a) Se mantiene sin modificarse
- b) Aumenta
- c) Disminuye

1968. El calor por conducción se logra en el cuerpo por el:

- a) Contacto con objetos calientes
- b) Paso de la corriente eléctrica
- c) Ambos

1969. La acción del calor tiene efecto o nivel:

- a) Vascular
- b) Neuromuscular
- c) a y b

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

SINOPSIS 329

CARACTERÍSTICAS

- Es la aplicación del calor o el frío en medicina
- Puede aplicarse en forma local y general
- En Traumatología y Ortopedia su aplicación es local

HIPERTERMOTERAPIA:

- Es la aplicación del calor con fines terapéuticos
- Existen 3 formas:
 - Por radiación
 - Por conducción
 - Por conversión
- El calor por radiación se logra con los rayos infrarrojos
- El calor por conversión se genera en el cuerpo por el paso de la corriente eléctrica de alta frecuencia, como es la diatermia
- El calor por conducción es el que transmiten los objetos calientes al ponerlos en contacto con el cuerpo
- Existen 5 métodos de aplicación del calor por conducción o contacto directo:
 - Aire caliente: sopletes
 - Reacciones químicas: cojines
 - Cojines eléctricos
 - Sólidos y semisólidos calentados: bolsas, botellas, baños de parafina, etc.
 - Agua caliente: compresas húmedas
- Los efectos biológicos más importantes del calor son:
 - Vasodilatación e hiperemia, mejora la circulación
 - Ayuda a la reabsorción de los productos de la inflamación
 - Produce relajación de los músculos contracturados
 - Disminuye la conductibilidad nerviosa, y
 - Alivia el dolor
- Sus indicaciones en Traumatología y Ortopedia son principalmente:
 - Síndromes dolorosos y artritis no infecciosas
 - Artrosis
 - Previamente a la aplicación de masajes y ejercicios terapéuticos



GRÁFICO 91: TERMOTERAPIA

Comprende la utilización del calor o del frío en medicina. El uso del calor es la hipertermoterapia, y el uso del frío es la hipotermoterapia o crioterapia

Una de las formás de aplicación local es a través de compresas calientes o frías

2.4 Sonoterapia

PREGUNTAS

1975. Los ultrasonidos tienen indicación en:
- Artrosis
 - Cervicobraquialgia
 - a y b
1976. El ultrasonido está indicado en las:
- Mialgias
 - Hernias musculares
 - Arrancamientos tendinosos
1977. Los ultrasonidos se indican en el tratamiento de las lesiones ligamentosas:
- Recientes
 - Antiguas
 - a y b
1978. Las formas de aplicación de los ultrasonidos son:
- Directa
 - Alternante
 - Ninguna
1979. Los ultrasonidos determinan en la célula vibración de:
- El núcleo
 - El protoplasma
 - La membrana

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

SINOPSIS 331

CARACTERÍSTICAS

- La Sonoterapia es el uso de las ondas ultrasónicas en medicina
- Sus efectos fisiológicos son:
 - Térmico = producen calor e hiperemia
 - Mecánico = vibración de la membrana celular con aceleración de la ósmosis
 - Acelera el metabolismo a través de sus acciones térmica y mecánica
 - Espasmolítico y analgésico, y también por las acciones térmicas y mecánicas
- Existen formas de aplicación:
 - Continua y Pulsátil
 - Directa e Indirecta
- Las indicaciones en Traumatología y Ortopedia son:
 - Artrosis
 - Lumbalgias
 - Mialgias
 - Neuritis
 - Tendinitis
 - Secuela de esguinces
 - Úlceras tórpidas (aplicación indirecta)
 - Cervicobraquialgias
 - Lumbociatalgias
 - Neuralgias
 - Bursitis
 - Hematomas



GRÁFICO 92: SONOTERAPIA

Comprende el uso de ondas ultrasónicas en medicina. Sus efectos fisiológicos están en relación con su acción térmica y mecánica.

Su acción térmica es determinante de calor o hipertermia. Su acción mecánica produce vibración de la membrana celular, un micromasaje que aumenta su permeabilidad favoreciendo el intercambio entre los medios intra y extra celular u ósmosis.

2.5 Laserterapia

PREGUNTAS

1980. El uso de la Terapia con Rayos Laser está indicado en:

- a) Espondiloartrosis b) Úlceras de decúbito c) Secuelas de fracturas

1981. La Laserterapia se recomienda en:

- a) Tendinitis b) Artritis c) Mialgias

1982. Son efectos fisiológicos de los Rayos Laser aliviar:

- a) El dolor b) La inflamación c) a y b

1983. Los Rayos Laser estimulan:

- a) El tono muscular b) El metabolismo c) Ninguno

1984. Las formas de aplicación de los Rayos Laser es:

- a) Pulsátil b) Directa c) Indirecta

SINOPSIS 332

CARACTERÍSTICAS

- Es el tratamiento utilizando radiación laser
- El rayo láser es de diámetro extremadamente pequeño y, por lo tanto, no visible
- Existen dos formas de aplicación:
 - Continua - Pulsátil
- Los efectos fisiológicos son:
 - Bioquímico * Bioeléctrico
 - Estimula el metabolismo y fisiologismo tisular
 - Estimula la microcirculación
 - Alivia el dolor y la inflamación
 - Produce relajación muscular
- Está indicada en:
 - Lesiones traumáticas:
 - o Contusiones o Heridas o Esguinces
 - Úlceras de decúbito
 - Neuralgias
 - Mialgias

TERMOTERAPIA

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

2.6 Hidroterapia

PREGUNTAS

1985. La hidroterapia tiene su indicación en forma de baños calientes en:

- a) Parálisis flácidas b) Parálisis espástica c) a y b

1986. Son indicaciones de la hidroterapia preferentemente:

- a) Artrosis b) Artritis reumatoide c) Ninguna

1987. Los baños calientes o Hipertermoterapia se aplican a la temperatura de:

- a) 37° C b) 38° C c) 39° C

1988. La Hipertermohidroterapia tiene acción:

- a) Ayudando a los movimientos b) Mejorando la circulación c) Ambos

1989. La Hidro hipertermoterapia es más efectiva cuando el agua se encuentra en:

- a) Reposo b) Movimiento c) No hay diferencia

SINOPSIS 333

CARACTERÍSTICAS

- La hidroterapia es el uso del agua en el tratamiento
- Existen diferentes formas de aplicación:
 - Externa
 - Local o regional
 - General
 - Baños calientes y baños fríos
 - Con el agua en reposo
 - Con el agua en movimiento
- Los efectos fisiológicos del agua son:
 - Descarga el peso
 - Facilita los movimientos y
 - Mejora la circulación, en caso de baños calientes
- Los baños más comúnmente usados son los calientes, a 38°C, con el agua en movimiento, de remolino, por 15 minutos
- Las indicaciones en Traumatología y Ortopedia son:
 - Poliomiелitis
 - Polineuritis
 - Parálisis espástica
 - Artritis reumatoide
 - Condiciones post-traumáticas y post-quirúrgicas

HIDROTERAPIA

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

2.7 Masoterapia

PREGUNTAS

1990. La Masoterapia tiene indicación en:

- a) Tumores
- b) Inflamaciones agudas
- c) Inflamaciones crónicas

1991. Son indicaciones de la Masoterapia la:

- a) Neuritis
- b) Neuralgia
- c) a y b

1992. La Masoterapia está indicada en los esguinces:

- a) Sub-agudos
- b) Agudos
- c) Ninguno

1993. Los masajes según tipo, a nivel muscular, son capaces de determinar:

- a) Relajación
- b) Contracción
- c) a y b

1994. El masaje actúa sobre:

- a) El periostio
- b) La piel
- c) Ninguno

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

SINOPSIS 334

CARACTERÍSTICAS

- Es la aplicación del masaje en medicina
- Los tipos de masajes son:
 - Rozamiento centrípeto o centrífugo
 - Rozamiento mixto
 - Rozamiento superficial o profundo
 - Amasamiento
 - Fricción
 - Percusión
- Los efectos fisiológicos son sobre:
 - Piel
 - Tejido celular
 - Vasos
 - Músculos
 - Sistema nervioso
 - Esfera psíquica
- Las acciones que determina son:
 - Alivio del dolor
 - Mejora la circulación
 - Relajación o contracción muscular, según el tipo de masaje
- Las indicaciones en Traumatología y Ortopedia son:
 - Condiciones post-traumáticas y crónicas
 - o Contusiones
 - * esguinces
 - * cicatrices
 - Procesos inflamatorios sub-agudos y crónicos
 - o Tendinitis * Bursitis
 - o Lumbalgias * Mialgias
 - o Cervicalgias * Periartritis
 - o Dorsalgias * Fibrositis
 - Procesos neurológicos:
 - o Neuritis
 - o Neuralgias
 - o Parálisis flácida
 - o Parálisis espástica



GRÁFICO 93: MASOTERAPIA

Es la aplicación del masaje en medicina. Sus efectos fisiológicos son múltiples: sobre la piel, el tejido celular, la circulación, los músculos, el sistema nervioso y la esfera psíquica.

En los músculos determina mejora circulatoria, aumento de la nutrición, disminución de los productores de fatiga, alivio del dolor y relajación o contracción muscular, de acuerdo al tipo de masaje.

2.8 Kinesioterapia - 1

PREGUNTAS

1995. Los ejercicios de resistencia progresiva se realizan incrementando progresivamente:

- El peso que se opone al movimiento
- El tiempo de duración del ejercicios
- El número de ejercicios en tiempo determinado

1996. Los ejercicios activos pueden ser:

- Asistidos y libres
- Libres y relajados
- Relajados y asistidos

1997. Los ejercicios activos son:

- Las manipulaciones
- Resistidos
- Forzados

1998. Los ejercicios deben ser realizados por:

- El propio paciente
- Un terapeuta
- a y b

1999. La finalidad de los ejercicios terapéuticos pasivos es fundamentalmente:

- Aumentar el arco de movimientos articular
- Disminuir el edema
- Mejorar la circulación

SINOPSIS 335

CARACTERÍSTICAS

- Es el tratamiento realizando movimientos o ejercicios
- Tiene por fin:
 - Aumentar el arco de movilidad
 - Incrementar la fuerza muscular
 - Mejorar la coordinación, la relajación y la Reeducción muscular
- Los ejercicios pueden ser:
 - Pasivos y
 - Activos
- Los ejercicios pasivos generalmente son realizados con el paciente por otra persona
- Los ejercicios pasivos son:
 - Relajados * Forzados
 - Las movilizaciones * Las manipulaciones
- Los ejercicios activos son ejecutados por el propio paciente
- Los ejercicios activos son:
 - Asistidos * Libres * Resistidos
- Los ejercicios de resistencia progresiva son aquellos en los que la resistencia que se opone al movimiento se incrementa progresivamente

KINESIOTERAPIA

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

2.8 Kinesioterapia - 2

PREGUNTAS

2000. Los ejercicios terapéuticos a nivel articular:

- a) Mejoran la coordinación b) Aumentan la potencia c) Amplían la movilidad

2001. A nivel muscular, los ejercicios terapéuticos tienen por fin incrementar:

- a) La movilidad b) La coordinación c) La resistencia a la fatiga

2002. A nivel neuromuscular, los ejercicios terapéuticos buscan mejorar:

- a) La fuerza b) La masa c) La coordinación

2003. Los ejercicios terapéuticos están indicados principalmente en:

- a) Neuritis b) Lumbalgias c) Artrosis

2004. Son indicaciones de los ejercicios terapéuticos:

- a) Las parálisis b) Las contracturas c) a y b

SINOPSIS 336

CARACTERÍSTICAS

- Efectos fisiológicos son:
 - A nivel articular:
 - o Aplican el arco de movilidad
 - A nivel muscular:
 - o Aumento de la masa
 - o Relajación
 - o Aumento de la potencia
 - o Aumento de resistencia a fatiga
 - A nivel neuromuscular:
 - o Mejoran la coordinación
- Las indicaciones de los ejercicios terapéuticos en Traumatología y Ortopedia son, cuando existe:
 - Rigidez articular – atrofia
 - Contractura muscular
 - Disminución de fuerza
 - Paresias y parálisis
 - Posibilidad de las limitaciones que se mencionan, antes o después de la cirugía

KINESIOTERAPIA

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

2.9 Mecanoterapia

PREGUNTAS

2005. Los ejercicios terapéuticos que se realizan con aparatos son:
- De relajación
 - De coordinación
 - Asistidos
2006. Son aparatos que se usan en mecanoterapia:
- La mesa ortopédica
 - La mesa de tracción
 - a y b
2007. Los ejercicios con poleas mayormente se utilizan en patología en:
- Hombro
 - Cadera
 - Rodilla
2008. La tracción es generalmente utilizada en patología de:
- Codo
 - Columna
 - Cadera
2009. Los rodillos de pared son utilizados para ejercicios de:
- Hombro
 - Codo
 - Muñeca

SINOPSIS 337

CARACTERÍSTICAS

- Es el tratamiento con ejercicios que se realizan con la ayuda de aparatos mecánicos
- Sus indicaciones son las mismas que las de la Kinesioterapia
- Los aparatos mecánicos son:
 - Para miembros superiores
 - Para miembros inferiores
 - Para el tronco
 - Simples y complejos
- Los ejercicios que se realizan con aparatos esenciales son:
 - Asistidos
 - Resistidos
- Los aparatos y elementos de mayor uso en mecanoterapia son:
 - El poste y la rueda para hombro
 - Pesas
 - Las poleas de 1 o 2 manubrios
 - Las ruedas para prono-supinación y circunducción de muñeca
 - Los rodillos de pared y de mesa, para muñeca
 - Los tensores elásticos para dedos
 - La tabla graduada para rodilla
 - El pedal de resorte para pie
 - La bicicleta fija
 - Los aparatos de tracción cervical y pélvica

MECANOTERAPIA

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

2.10 Entrenamiento en ADV

PREGUNTAS

2010. En entrenamiento en ADV tiene indicación mayormente en:
- Lumbociatalgia
 - Poliartritis
 - Bursitis de hombro
2011. Tiene indicación preferente el entrenamiento en ADV en pacientes con:
- Anquilosis múltiples
 - Secuelas de fracturas
 - a y b
2012. En pacientes del aparato locomotor con compromiso de miembros inferiores inicialmente el entrenamiento es:
- De equilibrio en posición de sentado
 - De equilibrio en posición de pie
 - De marcha con obstáculos
2013. El entrenamiento en ADV se realiza tomando en cuenta las hojas de valoración en:
- Función muscular
 - Movilidad articular
 - ADV
2014. El programa de entrenamiento en ADV se elabora en base a:
- Las habilidades encontradas
 - Las limitaciones existentes
 - a y b

SINOPSIS 338

- Se realiza tomando como base los datos registrados en las hojas de valoración de las actividades diarias de la vida (ADV)
- Según las limitaciones encontradas se establece el programa de entrenamiento
- El fin del programa de entrenamiento en ADV es lograr la máxima independencia posible en la realización de las mismas
- En el caso de pacientes del aparato locomotor, interesa de manera especial conseguir mejorar el equilibrio y la marcha, sin dejar de tomar en cuenta las otras actividades
- El entrenamiento de equilibrio debe hacerse:
 - Sentado * Parado * Con ayuda
 - Sin ayuda
 - * En estado estático * En movimiento
 - En dos pies * En un pie
- El entrenamiento de marcha debe hacerse:
 - En andador * Paralelas * Caballetes
 - Muletas * Sobre pisos diferentes
 - Con obstáculos * Rampas * Escaleras
- En Traumatología y Ortopedia la indicación de entrenamiento en ADV tiene lugar, en general, en procesos:
 - Osteoarticulares:
 - Poliartritis * Anquilosis
 - Amputaciones * Secuela de fracturas
 - Musculares:
 - Distrofias
 - Neurológicas:
 - Parálisis y paresias

ENTRENAMIENTO EN ADV

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

3. TERAPIA OCUPACIONAL - 1

PREGUNTAS

2015. De acuerdo a las limitaciones existentes, las actividades de Terapia Ocupacional están indicadas para:

- a) Aumentar los arcos de movilidad
- b) Incrementar la fuerza muscular
- c) a y b

2016. Frente a un paciente con hipotrofia muscular se indica la Terapia Ocupacional con el fin fundamental de:

- a) Aumentar la coordinación
- b) Incrementar la masa muscular
- c) Ambos

2017. Los objetivos kinéticos de la Terapia Ocupacional persiguen particularmente:

- a) Incrementar el tono muscular
- b) Aumentar la resistencia
- c) Acelerar el metabolismo

2018. Los objetivos físicos de la Terapia Ocupacional son:

- a) Sensoriales
- b) Sensitivos
- c) Socioeconómicos

2019. La Terapia Ocupacional en Ortopedia va dirigida principalmente a conseguir:

- a) Aliviar a los pacientes
- b) La recuperación funcional
- c) Su entrenamiento o recreación

SINOPSIS 339

- Es toda actividad

- Mental o Física
- Recreativa o Laboral

Prescrita por el médico y dirigida a conseguir:

- La máxima recuperación
- En el mínimo tiempo;

- Sus objetivos son:

- Físicos, psicológicos
- Socioeconómicos

- Los objetivos físicos son:

- Kinéticos
- Sensoriales

- Los objetivos kinéticos están de acuerdo con las limitaciones existentes

- De acuerdo a las limitaciones se prescriben actividades para mantener o mejorar:

- Los arcos de movilidad articular
- La fuerza muscular y la resistencia a la fatiga
- La coordinación de los movimientos
- El control de los movimientos

TERAPIA OCUPACIONAL

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

3. TERAPIA OCUPACIONAL - 2

PREGUNTAS

2020. Las actividades de Terapia Ocupacional que mayormente se emplean en pacientes ortopédicos son:

- a) La textil
- b) La carpintería
- c) a y b

2021. En las salas de hospitalización la Terapia Ocupacional que mayormente se indica es a través de actividades de:

- a) Tejido
- b) Carpintería
- c) Ninguna

2022. En los talleres terapéuticos las actividades que mayormente se realizan son:

- a) Textilería
- b) Carpintería
- c) Otras

2023. Para el desarrollo de las actividades terapéuticos son importantes:

- a) Las salas de recreación
- b) Los talleres
- c) Ambos

2024. La terapia Ocupacional mayormente se prescribe en patología del:

- a) Miembro superior
- b) Tronco
- c) Miembro inferior

SINOPSIS 340

- Las labores más empleadas en Terapia Ocupacional son, entre otras:
 - La textil
 - La carpintería
- En la actividad textil se tienen los tejidos:
 - De nudo * Con soga o soguilla
 - Con crochet * En bastidores
 - A palos * De hilos de algodón o nylon
 - De telar * De paja, junco, mimbre, etc.
- En la actividad de carpintería y ebanistería se tienen los trabajos de:
 - Lijar * Cepillar
 - Serruchar * Clavar
 - Atornillar * Tallado
 - Calado, etc.
- Los ambientes para el desarrollo de actividades terapéuticas son:
 - Salas de hospitalización
 - * Salas de recreación
 - Talleres terapéuticos
 - * Campos deportivos, etc.
- En Traumatología y Ortopedia las actividades terapéuticas generalmente se suelen indicar en patologías del miembro superior.



GRÁFICO 94: TERAPIA OCUPACIONAL

Paciente hemiparético izquierdo como consecuencia de una lesión cerebral, secuela de un traumatismo encefalocraneano. Se encuentra practicando entrenamiento de la presión y oposición de la mano izquierda para ayudar a su recuperación funcional

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

4. AYUDAS BIOMECÁNICAS EN ORTOPEDIA Y REHABILITACIÓN

PREGUNTAS

2025. Las ayudas para la integración de los impedidos son:

- a) Para las ADV
- b) Arquitectónicas
- c) a y b

2026. Las ayudas para la integración de los impedidos son:

- a) Dentro del hogar
- b) Fuera y dentro del hogar
- c) Fuera del hogar

2027. Son ayudas biomecánicas de uso más frecuente:

- a) Los zapatos ortopédicos
- b) Las prótesis
- c) Ambos

2028. El tipo de impedimentos que mayormente requieren de la indicación de prótesis son:

- a) Los traumáticos
- b) Congénitos
- c) Las amputaciones proximales

2029. Las limitaciones neuromusculares requieren, según los casos, ayudas biomecánicas del tipo de:

- a) Soportes
- b) Prótesis
- c) Zapatos ortopédicos

SINOPSIS 341

Se prescriben en casos de:

- Transitorias y definitivas
- Inestabilidad para sostenerse sentado, de pie o caminar
- Tendencia a las deformidades
- Ausencia o deficiencia de los movimientos del tronco y miembros determinantes de limitación para las ADV
- En general, la existencia de impedimentos seleccionados con:
 - Las amputaciones:
 - o Congénitas * Adquiridas
 - o Completas * Incompletas
 - o Traumáticas * Quirúrgicas
 - o Proximales * Distales
 - Procesos neuromusculares:
 - o Poliomielitis
 - o Parálisis periféricas
 - o Parálisis cerebral
 - o Paraplejias y cuadriplejias
 - Procesos musculoesqueléticos:
 - o Artritis deformante
 - o Anomalías congénitas
 - o Osteocondritis – artrosis

Clasificación:

- Prótesis para miembros superiores e inferiores
- Soportes o aparatos ortopédicos y férulas
- Aditamentos auxiliares para ADV
- Zapatos y plantillas ortopédicas
- Muletas y bastones
- Silla de ruedas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

4.1 Prótesis

PREGUNTAS

2030. Las amputaciones son a nivel de:

- a) Codo
- b) Rodilla
- c) Pierna

2031. Las desarticulaciones son:

- a) De muslo
- b) Escápulo – humeral
- c) Brazo

2032. En las prótesis de miembro superior la suspensión está dada por:

- a) El arnés
- b) El cinturón
- c) El socket

2033. En una prótesis, el Socket es un elemento de:

- a) Suspensión
- b) Adaptación
- c) Ambos

2034. El corselete es un elemento de suspensión en las prótesis de miembro:

- a) Superior
- b) Inferior
- c) Ambos

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

SINOPSIS 342

Las prótesis:

- Son elementos de sustitución de un miembro amputado
- Se clasifican en prótesis del miembro superior y del miembro inferior
- Son construidas con materiales diversos: madera, duraluminio, cuero, plásticos, etc.
- Las partes de una prótesis son:
 - La suspensión, que comprende:
 - o El corselete, el arnés y cinturón
 - o La succión: socket – válvula
 - o Los cables de acción, en miembro superior
 - Cono de enchufe, socket o cubilete de estabilización, que se adapta al muñón, de forma y longitud variable
 - Las articulaciones, que son de muñeca, codo y hombro, de tobillo, rodilla y cadera, según el nivel de la amputación
 - Las unidades intermedias, que son: de antebrazo y brazo, pierna y muslo
 - Las unidades terminales, que son: pinza o gancho, mano mecánica o mano eléctrica, pie sach
- Las prótesis de miembro superior son para amputados de dedos, mano, por debajo del codo, por arriba del codo y desarticulados de muñeca, codo, hombro y escápulo-humerales
- Las prótesis de miembro inferior son para amputados del pie, pierna, muslo y los desarticulados de rodilla, cadera, hemipelvectominados y amputados abdominales

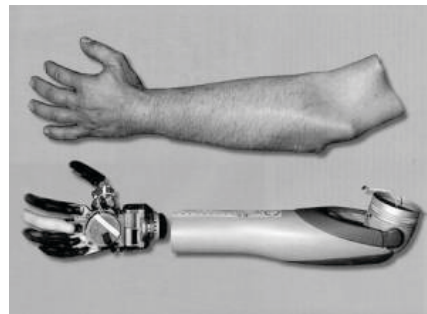


GRÁFICO 95: PRÓTESIS

Son elementos de sustitución que se indican en los casos de amputados del miembro superior o inferior. Las hay de tipo cosmético y las funcionales

Son construidas con materiales diversos: plásticos, madera, duraluminio, cuero, etc.

4.2 Soportes y Aparatos Ortopédicos

PREGUNTAS

2035. Los materiales que se utilizan para la fabricación de ortéticos son:
- Cuero
 - Duraluminio
 - a y b
2036. Las partes de un soporte son:
- Corselete
 - Armazón
 - Unidad terminal
2037. Los soportes ortopédicos permiten:
- Aumentar el alineamiento
 - Corregir deformidades
 - Ambos
2038. Los soportes se mantienen adaptados al cuerpo mayormente por:
- Su revestimiento
 - Sus correas
 - Ninguna
2039. El alivio del dolor se logra con los ortésicos porque:
- Mantienen el alineamiento
 - Inmovilizan el sector o articulación afectada
 - a y b

SINOPSIS 343

- Sinonimia:
 - Soportes
 - Aparatos ortopédicos
 - Ortéticos
 - Ortésicos
- Son elementos mayormente de estabilización
- Permiten mantener el:
 - Alineamiento
 - Control postural
- Evitan:
 - El dolor, inmovilizando el sector o articulación afectados
 - El desarrollo de deformidades
- Ayudan a la realización de la marcha
- Las partes de un soporte son:
 - El armazón
 - El recubrimiento
 - Las correas de fijación
- Los materiales para su fabricación son:
 - Acero
 - Cuero
 - Duraluminio
 - Plástico

SOPORTES Y APARATOS ORTOPÉDICOS

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

4.3 Collarines - Corses

PREGUNTAS

2040. El corsé de Milwaukee se indica con fines de:

- a) Estabilización
- b) Estabilización y corrección
- c) Corrección

2041. La indicación del corsé de Milwaukee es en los casos de:

- a) Xifosis
- b) Escoliosis
- c) a y b

2042. En los casos de dorsalgia la indicación es el corsé de:

- a) Knight
- b) Taylor
- c) Ninguna

2043. Los corsés correctivos utilizan mecanismos de:

- a) Tracción
- b) Distracción
- c) Ambos

2044. En los casos de cervicobraquialgia están indicados:

- a) El collarín de Tomás
- b) El corsé de Milwaukee
- c) Ninguno

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

SINOPSIS 344

Los collarines y corses:

- Son soportes que se utilizan con fines de estabilización y/o corrección de la columna vertebral
- Los soportes cervicales tipo correctivos utilizan mecanismos de tracción o de distracción, según se requiera
- Las indicaciones más comunes de collarines son:
 - Cervicalgias
 - Cervicobraquialgias
 - Espondiloartrosis
 - Discartrosis cervical
 - Secuela traumática
- Son ejemplos de collarines los de:
 - Tomás
 - Forrester
- Los corses se indican en casos de:
 - Dorsalgias
 - Dorsolumbalgias
 - Lumbalgias
 - Lumbosacralgias
- Pueden ser largos y cortos, rígidos y semirígidos
- Fajas
- Son ejemplos de corses estabilizadores los de:
 - Knighth (bajo)
 - Taylor (alto)
- Un ejemplo de corsé estabilizador y corrector es el de Milwaukee
- El corsé de Milwaukee se indica en casos de:
 - Escoliosis
 - Xifosis
 - Xifo-escoliosis



GRÁFICO 96: CORSÉ

Tiene su indicación mayormente en la fase aguda de las Lumbalgias, Lumbosacralgias y Lumbociatalgias post-esfuerzos y post-traumas

GRÁFICO 97: COLLARÍN

Tienen su indicación en los casos de cervicalgias y post-traumas, así como en cervicobraquialgias por el tiempo que se prolongue la fase dolorosa



4.4 Soportes Ortopédicos para Miembro Superior

PREGUNTAS

2045. Las férulas que se indican en la mano reumática persiguen como fin principal:

- a) Asistir al movimiento
- b) Ampliar el arco de movilidad
- c) Evitar la deformidad

2046. Las férulas funcionales tienen su indicación preferente en la mano:

- a) Traumática
- b) Paralítica
- c) Reumática

2047. Los aparatos ortopédicos que se indican en parálisis del bíceps son preferentemente:

- a) Estabilizadores
- b) Funcionales
- c) Mixtos

2048. Los soportes ortopédicos del hombro generalmente:

- a) Evitan la contractura en aducción
- b) Ayudan a realizar la abducción
- c) a y b

2049. En el antebrazo, los soportes ortopédicos:

- a) Ayudan a la supinación
- b) Evitan la contractura en pronación
- c) Previenen la actitud permanente en supinación

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

SINOPSIS 345

- Tienen su indicación en procesos neuromusculo-esqueléticos que:
 - Tienden a desarrollar deformidades
 - Se manifiestan por déficit funcional
- Son de uso:
 - Temporal
 - Definitivo
 - Pre-quirúrgico
 - Post-quirúrgico
 - Preventivo
 - Correctivo
- Mayormente se prescriben en:
 - Parálisis periféricas:
 - o Poliomielitis
 - o Lesiones traumáticas
 - Parálisis braquial obstétrica
 - Parálisis espástica
 - Artritis deformante
- Los soportes ortopédicos son de mayor indicación por defectos de:
 - Hombro
 - Codo
 - Antebrazo
- En defectos de muñeca y mano tienen su indicación las férulas
- Las férulas son:
 - Estáticas
 - Dinámicas
 - De muñeca
 - Metacarpofalángicas
 - Digitales
 - Mixtas o combinadas
- Las férulas estáticas evitan las deformidades
- Las férulas dinámicas:
 - Permiten movilidad graduada
 - Aumentan arco de movilidad
 - Asisten el movimiento
 - Disminuyen el grado y tiempo de incapacidad



GRÁFICO 98: FÉRULA DE MANO

Se indica para control postural y asistencia funcional de la mano. Previene las actitudes viciosas o deformidades y/o facilita la realización de la prehensión u oposición

4.5 Aditamentos Auxiliares de las ADV

PREGUNTAS

2050. Los aditamentos auxiliares de las ADV son de adaptación más comúnmente en:
- Tronco
 - Miembros superiores
 - Miembros inferiores
2051. Los aditamentos para ADV permiten que estas actividades:
- Puedan realizarse
 - Se realicen con menos dificultad
 - a y b
2052. En la adecuación de los aditamentos para las ADV debe considerarse modificación de los utensilios para usarse, en lo referente a su:
- Forma
 - Forma y tamaño
 - Tamaño
2053. Los aditamentos auxiliares para las ADV, según las actividades, van acoplados:
- A la mesa o al sillón
 - A la cama
 - Ambos
2054. Los aditamentos auxiliares de las ADV son particularmente útiles para las actividades de:
- Alimentación e higiene
 - Recreativas y de trabajo
 - Higiene y recreaciones

SINOPSIS 346

- Estos aditamentos permiten mejorar la aptitud de los impedidos para realizar tal o cual ADV
 - Hacen posible que una ADV pueda realizarse
 - Son:
 - Dispositivos que se añaden a los utensilios de uso común o
 - Modificaciones, principalmente en la forma del utensilio
- En ambos casos se indican para hacer posible su empleo, sustituyendo o compensando las limitaciones existentes
- Estos aditamentos pueden ser:
 - Espaldares y almohadas especiales
 - Varillas elevadas para suspensión de cabestrillos colgantes para miembros superiores
 - Cojinetes de bola adaptados a los apoyos – antebrazos del sillón para facilitar el uso de las manos
 - Modificación de las mesillas de cama, mesas de comedor, etc., para facilitar la realización de actividades sobre las mismas
 - Implementos de ayuda para vestirse, desvestirse, colocar ropa, etc.
 - Modificación de los utensilios de alimentación, higiene, del hogar, comunicación, etc., en cuanto al tamaño y forma de los mismos

ADITAMENTOS AUXILIARES DE LAS ADV

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

4.6 Soportes Ortopédicos para Miembro Inferior

PREGUNTAS

2055. En los soportes las correas pueden ser:
- Circulares y en T
 - Oblicuas y en espiral
 - a y b
2056. Son partes del aparato ortopédico:
- Los elementos de suspensión
 - Las barras laterales y las abrazaderas
 - La unidad terminal
2057. Los soportes cortos tienen articulaciones en:
- Tobillo
 - Rodilla y tobillo
 - Rodilla
2058. Los soportes llamados largos son:
- Con apoyo isquiático
 - Con cinturón pélvico
 - Ambos
2059. Los soportes pueden ser:
- No ambulatorios y correctores
 - Ambulatorios con descarga y sin descarga
 - a y b

SINOPSIS 347

- Tienen por finalidad:
 - Mantener el alineamiento de los miembros
 - Prevenir deformidades
 - Estabilizar las articulaciones
 - Hacer posible la marcha
- Se clasifican en:
 - No ambulatorios
 - Ambulatorios
- Los soportes no ambulatorios son generalmente las férulas y se indican para control postural de:
 - Caderas
 - Pies
- Otras férulas son:
 - De inmovilización y tracción en casos de fracturas – de uso transitorio
 - Correctores
- Los soportes ambulatorios son:
 - Con descarga
 - Sin descarga
- Un ejemplo de aparato con descarga es el de Thomás
- Otros aparatos de marcha son los de centraje de cadera, como el Atlanta Scottish, el Toronto Barce y el Tachdjan Brace
- Un ejemplo de soporte ambulatorio corrector de rotación interna del miembro es el Twister
- Los soportes ambulatorios de más común indicación son los estabilizantes que se indican en paraplejias por polio o por T.V.
- Según su longitud, estos soportes pueden ser:
 - Torácico-pélvicos
 - Con cinturón pélvico
 - Largos, con o sin apoyo isquiático
 - Cortos, por debajo de la rodilla
- Estos soportes, según su longitud, llevan:
 - Articulaciones en cadera, rodilla y tobillo
 - Topes de movimiento
 - Almohadillas
 - Barras laterales y abrazaderas
 - Correas circulares y en T

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

4.7 Calzado Ortopédico y Plantillas

PREGUNTAS

2060. El calzado ortopédico tiene su mayor indicación para la corrección de los defectos:

- a) Del pie
- b) De los dedos
- c) De ambos

2061. La inclinación de calzado ortopédico es principalmente para corregir el pie:

- a) Varo
- b) Valgo
- c) Cavo

2062. La finalidad del calzado ortopédico es:

- a) Mejorar la estabilidad del pie
- b) Corregir defectos del mismo
- c) a y b

2063. En la prescripción de los zapatos ortopédicos debe considerarse:

- a) La horma
- b) Los topes
- c) Los cierres

2064. Las plantillas ortopédicas se indican para corregir el pie:

- a) Aductus
- b) Bot
- c) Valgo plano

SINOPSIS 348

- El calzado ortopédico está indicado en los defectos del pie:
 - Plano * Pronado * Supinado
 - Aductus * Cavo * Equino * Talo
- Persigue la finalidad de:
 - Mejorar la estabilidad
 - Corregir los defectos
- Su prescripción comprende señalar:
 - Horma
 - Tipo y altura del taco
 - Elevaciones interna y externa
 - Soportes o almohadillas
 - Taloneras
- Las plantillas ortopédicas se indican para corregir el pie:
 - Plano * Valgo plano * Cavo
 - Con garra de dedos
- Están fabricadas con materiales:
 - Rígidos * Metal * Plástico
 - Semirígidos * Hule * Corcho

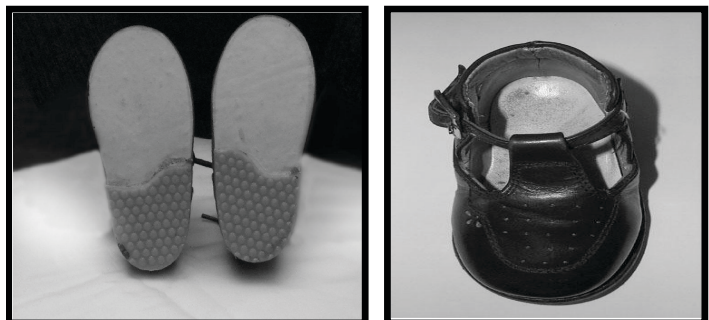


GRÁFICO 99: CALZADO ORTOPÉDICO

Está indicado en los pacientes, mayormente niños, con defecto en los pies. En este caso puede apreciarse “la horma invertida”, el taco de Tomás y el soporte plantar escafoideo, que se prescribe en los casos de pie aductus valgo plano

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

4.8 Muletas y Bastones

PREGUNTAS

2065. Las muletas y bastones son ayudas para la marcha de uso:

- a) Definitivo
- b) Transitorio
- c) a y b

2066. Las muletas son de uso transitorio generalmente en los:

- a) Fracturados
- b) Parapléjicos
- c) Amputados altos

2067. Las muletas, según los casos, permiten que la marcha se realice.

- a) Con descarga total
- b) Con descarga total o parcial
- c) Sin descarga

2068. Según los pacientes, las muletas pueden ser de indicación:

- a) Obligada
- b) Condicional
- c) Su peso

2069. Las muletas son convencionales y no convencionales considerando:

- a) Su forma
- b) Su longitud
- c) Su peso

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

SINOPSIS 349

- Son elementos de ayuda de la marcha
- Se indican principalmente cuando uno o ambos miembros inferiores presentan:
 - Lesiones
 - Parálisis
- Su uso es:
 - Transitorio, mayormente en fracturas, o en operados de los miembros inferiores por fracturas u otras lesiones
 - Definitivo, en amputados altos de uno o ambos miembros inferiores y en los parapléjicos
- Además, las muletas pueden ser:
 - De uso obligado * Condicionales
 - Para descarga total * Para descarga parcial
 - Convencionales * No convencionales
 - Para niños * Para adultos
 - No alargables * Telescopadas
 - De madera * De plástico
 - De metal * Axilares
 - De una abrazadera * De doble abrazadera
- Están conformadas, según su tipo, por:
 - Una o dos varas longitudinales
 - Travesaños * Abrazaderas
 - Un regatón terminal



GRÁFICO 100: BASTONES Y MULETAS

Son elementos de ayuda para la marcha, de común indicación en pacientes afectados de uno o ambos miembros inferiores por enfermedades y lesiones de los mismos o que comprometen la médula espinal

4.9 Silla de Ruedas

PREGUNTAS

2070. Las sillas de ruedas generalmente son indicación en personas:
- a) Con lesiones en miembros inferiores
 - b) Parapléjicas
 - c) a y b
2071. Según las limitaciones, las sillas de ruedas llevan:
- a) 4 ruedas
 - b) 3 ruedas
 - c) 2 ruedas
2072. Las sillas de ruedas con aletas para estabilización cefálica están indicadas en:
- a) Parapléjicos
 - b) Himipléjicos
 - c) Cuadripléjicos
2073. En los casos de amputados de ambos miembros inferiores, las sillas de ruedas son:
- a) Convencionales
 - b) Plegadizas
 - c) Especiales
2074. En las sillas motorizadas el freno es:
- a) De palanca
 - b) De botón
 - c) Mixto

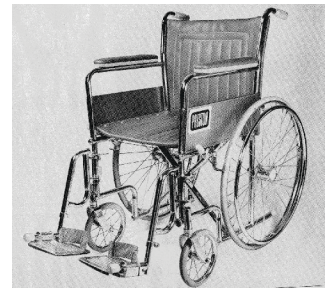
Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

SINOPSIS 350

- Permite el desplazamiento a personas impedidas de desplazarse
- Su uso es mayormente en pacientes:
 - Del aparato locomotor con lesiones o deformidades graves
 - En artríticos
 - En parapléjicos altos y cuadripléjicos
- Pueden ser de uso:
 - Transitorio * Definitivo
- Las sillas de ruedas pueden ser:
 - De interiores y exteriores
 - De niños, adolescentes y adultos
 - Con respaldo fijo o reclinable
 - Con o sin aletas de estabilización cefálica
 - Con o sin cinturón de seguridad
 - Con brazos fijos o movibles
 - Sin o con mesa montada
 - Con apoyapiés fijo o removible
 - Standard y plegadizas
 - Para amputados de ambos miembros inferiores
 - A propulsión manual, o comunes y motorizadas
 - Con freno de palanca en las comunes y de botón en las motorizadas

GRÁFICO 101: SILLA DE RUEDAS

Permiten el desplazamiento de personas impedidas de caminar por causas diferentes, que pueden comprometer el aparato locomotor a uno o ambos miembros inferiores; también, en pacientes cardiopatas o neumológicos con severa insuficiencia cardíaca o respiratoria respectivamente



En pacientes del aparato locomotor tienen su indicación principalmente en traumatología y ortopedia, en reumatología, en neurología y en neurocirugía, por tiempo transitorio o definitivamente

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

2075. En las rupturas ligamentarias el examen más importante es:

- a) La goniometría
- b) La electromiografía
- c) El test muscular

2076. En las parálisis periféricas tiene mayor indicación:

- a) El electrodiagnóstico
- b) El test muscular
- c) Ambos

2077. La valoración en grados corresponde a un examen:

- a) Mioléctrico
- b) Goniométrico
- c) Ninguno

2078. La calificación funcional del 50% corresponde:

- a) A un déficit de las ADV
- b) A una disminución de la movilidad articular
- c) A una limitación de la fuerza muscular

2079. El grado funcional de 3 corresponde a una condición de normalidad en:

- a) La valoración de las ADV
- b) La goniometría
- c) El test muscular

2080. Los efectos químicos son característicos de:

- a) Los rayos ultravioletas
- b) La radiación infrarroja
- c) Ambos

2081. En la neuritis la indicación terapéutica es:

- a) Los rayos infrarrojos
- b) La corriente farádica
- c) Ninguna

2082. Los aumentos del metabolismo tisular son mayormente producidos por:

- a) La monoterapia
- b) La corriente directa
- c) a y b

2083. En las úlceras tórpidas está indicada la aplicación de:

- a) Hipotermoterapia
- b) Sonoterapia
- c) Ninguna

2084. El efecto bioquímico es propio de:

- a) Los rayos láser
- b) Las ondas ultrasónicas
- c) La corriente eléctrica

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

2085. En las contusiones, está mayormente indicada la aplicación de:

- a) Hidroterapia
- b) Ultrasonido
- c) Rayos infrarrojos

2086. En la Tendinitis tienen indicación:

- a) La masoterapia
- b) La hidrodetrapia
- c) Los rayos laser

2087. Sobre los vasos y el sistema nervioso tiene efecto preferencial:

- a) La hidroterapia
- b) Los rayos ultravioleta
- c) La masoterapia

2088. El incremento de la fuerza muscular se logra mayormente a través de:

- a) La kinesioterapia
- b) La hidroterapia
- c) La masoterapia

2089. Frente a la rigidez articular la indicación preferente es de:

- a) Termoterapia
- b) Kinesioterapia
- c) Masoterapia

2090. Los ejercicios que se realizan con la rueda de hombro son:

- a) Asistidos
- b) Resistidos
- c) a y b

2091. La técnica del entrenamiento del equilibrio responde:

- a) A la kinesioterapia
- b) A terapia ocupacional
- c) Al entrenamiento en ADV

2092. Mayormente en el logro de la máxima independencia de la persona contribuye:

- a) El entrenamiento en ADV
- b) Los ejercicios terapéuticos
- c) Ninguno

2093. Frente a las limitaciones la indicación es:

- a) Kinesioterapia
- b) Terapia ocupacional
- c) Ambos

2094. Los objetivos físicos, socioeconómicos y sensoriales de la rehabilitación se cumplen mayormente a través de:

- a) La kinesioterapia
- b) La terapia ocupacional
- c) Ninguno

2095. Las ayudas biomecánicas que se indican mayormente en las artritis deformantes son:

- a) Las prótesis
- b) Los aparatos ortopédicos
- c) Las férulas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

2096. En la Parálisis Cerebral suelen indicarse como ayudas biomecánicas para la marcha:
- a) Las férulas
 - b) Los soportes ortopédicos
 - c) Ambos
2097. En la Osteocondritis, mayormente de cadera, se recomienda:
- a) Los soportes con descarga
 - b) Aparatos ortopédicos
 - c) La silla de ruedas
2098. La indicación de férula es principalmente en el caso de:
- a) La displasia de cadera
 - b) Las parálisis periféricas
 - c) a y b
2099. En la limitación manual para las ADV tienen especial indicación:
- a) Los aditamentos auxiliares
 - b) Las férulas estáticas
 - c) Los soportes ortopédicos
2100. El cono de enchufe constituye una parte integrante de:
- a) Un aditamento auxiliar de las ADV
 - b) Un aparato ortopédico
 - c) Una prótesis
2101. Son partes de un soporte:
- a) El arnés
 - b) El armazón
 - c) La unidad intermedia
2102. En el caso de fracturas puede indicarse transitoriamente, para aliviar el dolor:
- a) Férulas de inmovilización
 - b) Aparatos ortopédicos
 - c) Muletas
2103. El cinturón pélvico es parte integrante de:
- a) Una prótesis
 - b) Un soporte
 - c) a y b
2104. El aparato de descarga de Tomás tiene su indicación en:
- a) El desarticulado de cadera
 - b) La osteocondritis coxo-femoral
 - c) La enfermedad de Osgood

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 494

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre los Métodos de Tratamiento de las Afecciones Ortopédicas y Traumáticas

- | | |
|---|---|
| 1915. c) Diferentes | 1947. c) Lo acelera |
| 1916. a) Físicos | 1948. b) Relajación |
| 1917. c) Ambas | 1949. c) Ambos |
| 1918. b) La incorporación de los incapacitados a pesar de su limitación | 1950. a) Alta frecuencia y onda corta |
| 1919. c) a y b | 1951. c) Ninguna |
| 1920. c) a y b | 1952. a) Baja frecuencia |
| 1921. b) Periférica | 1953. c) Baja frecuencia |
| 1922. b) La corriente eléctrica del músculo estriado | 1954. c) a y b |
| 1923. b) Difásicas y polifásicas | 1955. c) Interferenciales |
| 1924. c) De pequeña amplitud | 1956. c) Diadinámicas |
| 1925. a) Anatómica | 1957. a) Directa |
| 1926. c) a y b | 1958. a) Interferenciales |
| 1927. a) Rupturas ligamentarias | 1959. c) a y b |
| 1928. c) Disminuidos | 1960. c) Parálisis |
| 1929. a) Pasivo | 1961. c) a y b |
| 1930. c) a y b | 1962. a) Directas |
| 1931. b) La neurona motora periférica | 1963. b) Interferenciales |
| 1932. c) 50% | 1964. c) Atrofias musculares |
| 1933. c) Ambos | 1965. b) Los síndromes dolorosos |
| 1934. b) La mano del examinador | 1966. b) Disminuye |
| 1935. c) a y b | 1967. c) Disminuye |
| 1936. b) De trabajo | 1968. a) Contacto con objetos calientes |
| 1937. b) 2 | 1969. c) a y b |
| 1938. a) El pronóstico | 1970. a) Agudos |
| 1939. c) Del hogar | 1971. b) Inicialmente |
| 1940. b) Terapéuticos | 1972. b) Disminuye la fagocitosis |
| 1941. b) 4 000 a 1 800 U.A. | 1973. a) Vasoconstricción |
| 1942. c) D | 1974. b) Frío |
| 1943. b) Bactericida | 1975. c) a y b |
| 1944. a) El tono | 1976. a) Mialgias |
| 1945. a) Contusiones | 1977. c) a y b |
| 1946. b) La conductividad nerviosa | 1978. a) Directa |
| | 1979. c) La membrana |
| | 1980. b) Úlceras de decúbito |

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre los Métodos de Tratamiento de las Afecciones Ortopédicas y Traumáticas

- | | |
|---|--|
| 1981. b) Artritis | 2013. c) ADV |
| 1982. c) a y b | 2014. b) Las limitaciones existentes |
| 1983. b) El metabolismo | 2015. c) a y b |
| 1984. a) Pulsátil | 2016. b) Incrementar la masa muscular |
| 1985. c) a y b | 2017. b) Aumentar la resistencia |
| 1986. b) Artritis reumatoide | 2018. a) Sensoriales |
| 1987. b) 38° C | 2019. b) La recuperación funcional |
| 1988. c) Ambos | 2020. c) a y b |
| 1989. b) Movimiento | 2021. a) Tejido |
| 1990. c) Inflamaciones crónicas | 2022. b) Carpintería |
| 1991. c) a y b | 2023. b) Los talleres |
| 1992. a) Sub-agudos | 2024. a) Miembro superior |
| 1993. c) a y b | 2025. c) a y b |
| 1994. b) La piel | 2026. b) Fuera y dentro del hogar |
| 1995. a) El peso que se opone al movimiento | 2027. a) Los zapatos ortopédicos |
| 1996. a) Asistidos y libres | 2028. a) Los traumáticos |
| 1997. b) Resistidos | 2029. a) Soportes |
| 1998. c) a y b | 2030. c) Pierna |
| 1999. a) Aumentar el arco de movimiento articular | 2031. b) Escápulo-humeral |
| 2000. a) Mejoran la coordinación | 2032. a) El arnés |
| 2001. c) La resistencia a la fatiga | 2033. b) Adaptación |
| 2002. c) La coordinación | 2034. c) Ambos |
| 2003. b) Lumbalgias | 2035. c) a y b |
| 2004. c) a y b | 2036. b) Armazón |
| 2005. c) Asistidos | 2037. c) Ambos |
| 2006. b) La mesa de tracción | 2038. b) Sus correas |
| 2007. a) Hombro | 2039. b) Inmovilizan el sector o articulación afectada |
| 2008. b) Columna | 2040. b) Estabilización y corrección |
| 2009. c) Muñeca | 2041. b) Escoliosis |
| 2010. b) Poliartritis | 2042. b) Taylor |
| 2011. c) a y b | 2043. c) Ambos |
| 2012. b) De equilibrio en posición de pie | 2044. a) El collarín de Thomas |
| | 2045. c) Evitar la deformidad |

Respuestas relacionadas con los Métodos de Tratamiento de las Afecciones Ortopédicas y Trauymáicas

2046. b) Paralítica
2047. b) Funcionales
2048. a) Evitan la contractura en aducción
2049. b) Evitan la contractura en pronación
2050. b) Miembros superiores
2051. c) a y b
2052. b) Forma y tamaño
2053. c) Ambos
2054. a) Alimentación e higiene
2055. a) Circulares y en "T"
2056. b) Las barras laterales y las abrazaderas
2057. a) Tobillo
2058. c) Ambos
2059. c) a y b
2060. a) Del pie
2061. b) Valgo
2062. c) a y b
2063. a) La horma
2064. c) Valgo plano
2065. c) a y b
2066. a) Fracturados
2067. b) Con descarga total o parcial
2068. c) Su peso
2069. a) Su forma
2070. c) a y b
2071. a) 4 ruedas
2072. c) Cuadripléjicos
2073. c) Especiales
2074. b) De botón
2075. a) La goniometría
2076. c) Ambos
2077. b) Goniométrico
2078. c) A una limitación de la fuerza muscular
2079. a) La valorización de las ADV
2080. a) Los rayos ultravioletas
2081. a) Los rayos infrarrojos
2082. c) a y b
2083. b) Sonoterapia
2084. a) Los rayos láser
2085. c) Rayos infrarrojos
2086. a) La masoterapia
2087. c) La masoterapia
2088. a) La kinesioterapia
2089. b) Kinesioterapia
2090. c) a y b
2091. c) Al entrenamiento en ADV
2092. a) El entrenamiento en ADV
2093. c) Ambos
2094. b) La terapia ocupacional
2095. c) Las férulas
2096. b) Los soportes ortopédicos
2097. a) Los soportes con descarga
2098. c) a y b
2099. a) Los aditamentos auxiliares
2100. c) Una prótesis
2101. c) La unidad intermedia
2102. a) Férulas de inmovilización
2103. b) Un soporte
2104. b) La osteocondritis coxo-femoral

Relación de Gráficos

N°	REFERENCIA	PÁG.
1	Acondroplasia	14
2	Exostosis Múltiple	16
3	Enfermedad de Madelung	17
4	Enfermedad de Morquio	18
5	Osteopsatirosis	21
6	Gigantismo Parcial	22
7	Artrogriposis	23
8	Hemivértebras	26
9	Espina Bífida	29
10	Síndrome de Klippel Feil	31
11	Tortícolis	35
12	Ectromelia	41
13	Sinostosis Radio-Cubital	43
14	Ausencia Parcial de dedos	49
15	Aracnodactilia	50
16	Luxación Displásica de Cadera	55
17	Pie Bot	61
18	Pie Aducto	63
19	Displasia de Streeter	68
20	Herida Desgarrante en el Hombro y Tercio Superior del Brazo	82
21	Lesiones Ligamentosas a nivel de Rodilla	83
22	Lesiones Músculo Tendinosas (1)	84
23.1	Fracturas de la Columna Dorso Lumbar de los Cuerpos Vertebrales	96
23.2	Fractura de la Columna Dorso-Lumbar	97

24	Fractura del Cuello del Húmero	106
25	Luxación Acromio Clavicular	107
26	Luxación Escápulo - Humeral	110
27	Fractura antigua Diafisaria del Húmero	113
28	Fractura supracondilea del Húmero	115
29	Fractura del codo a nivel de Olecranon	121
30	Luxo-Fractura del codo	123
31	Fractura del antebrazo de cúbito y radio	126
32	Fractura de Colles	130
33	Fractura de Muñeca, de Epífisis Radial	134
34	Luxación de Escafoides	135
35	Fractura en el Cuerpo del Escafoides	136
36	Fractura de Bennett	138
37	Fractura del Quinto Metacarpiano	140
38	Fractura de la Primera Falange del 5° dedo	142
39	Fracturas desplazadas de la Pelvis	146
40	Fractura de Trocánter Mayor	148
41	Fractura del Cuello Femoral	150
42	Luxación posterior de cadera	152
43	Fractura en la Diáfisis del Fémur en su tercio superior	153
44	Fractura bicondílea del fémur	155
45	Fractura de Rótula Polifragmentaria	159
46	Fractura Proximal de Tibia	165
47	Fractura del Tercio Inferior de Pierna	167
48	Luxo fractura del Tobillo	172
49	Fractura de Astrágalo	174
50	Fractura del cuerpo del Calcáneo desplazada	178
51	Fractura Proximal del Quinto Metatarsiano	182

52	Artritis Piógena	231
53	Osteomielitis Brucelósica	236
54	TBC en columna	241
55	Mal de Pott	241
56	Espina Ventosa	245
57	Artritis Reumatoide	264
58	Tenosinovitis Estenosante	272
59	Cervicalgia	279
60	Raquitismo – Genu Varo	306
61	Enfermedad de Hand Schuller Christian	313
62	Granuloma Eosinófilo	317
63	Displasia Fibrosa del Femoral	318
64	Enfermedad de Paget	335
65	Osteopetrosis	340
66	Osteoma Osteoíde	352
67	Osteocondroma	354
68	Tumor a Células Gigantes	356
69	Quiste Óseo	357
70	Sarcoma Osteogénico	358
71	Sarcoma de Ewing	361
72	Mieloma	364
73	Tumores Metastasicos	366
74	Coxartrosis bilateral	378
75	Artrosis de Rodilla	380
76	Enfermedad de Perthes	393
77	Enfermedad de Osgood Schlatter	395
78	Osteocondritis del Escafoide del Píe	396
79	Enfermedad de Sheuermanm – Osteocondritis Dorsal Juvenil	401

80	Xifosis dorsal	403
81	Coxa Vara	404
82	Coxa Valga	407
83	Genu Varo bilateral	408
84	Genu Valgo Bilateral	410
85	Tibias varas	413
86	Pies Planos	415
87	Hallux Valgus	416
88	Dedos en Garra	419
89	Encefalopatía Infantil	432
90	Electroterapia	464
91	Termoterapia	468
92	Somoterapia	470
93	Masoterapia	474
94	Terapia Ocupacional	480
95	Prótesis	482
96	Corsé	484
97	Collarín	484
98	Férula de Mano	485
99	Calzado Ortopédico	488
100	Bastones y Muletas	489
101	Silla de Ruedas	490

Bibliografía

1. AMSURTZ, H.C. y CAREY E.J: Skeletal manifestations and treatment of Gaucher's disease. Review of twenty cases. J. Bone Joint surg. 48-A: 670-701, 1996
2. ANGULO PINTO, PEDRO: Afecciones Congénitas. Ortopedia y Traumatología – Tomo I. 1992
3. ANGULO PINTO, PEDRO: Afecciones Traumáticas. Ortopedia y Traumatología – Tomo II. 1994
4. ANGULO PINTO, PEDRO: Afecciones Infecciosas – Parasitarias - Inflammatorias – Síndromes Dolorosos. Ortopedia y Traumatología – Tomo III. 1996
5. ANGULO PINTO, PEDRO: Afecciones Distróficas y Tumorales. Ortopedia y Traumatología – Tomo IV. 1997
6. ANGULO PINTO, PEDRO: Afecciones Degenerativas - Osteoarticulares - Musculares – Idiopáticas – Parálíticas. Métodos de Tratamiento en Ortopedia y Traumatología, Medicina Física y Rehabilitación. Ortopedia y Traumatología – Tomo V. 1998
7. ARONSON D, ZAK P, LEE C. BOLLINGER R Y LAMONT R: Posterior transfer of the adductors in children who have cerebral palsy. J. Bone and Joint Surg, 73-A: 59-65. Enero 1991
8. BARACCK, MD y COLE, Baltimore. Maryland: Journal of bone and Joint Surgery. Vol. 72-A nº 7. pag: 1067 -1073, August 1990.
9. BARNERS MICHAEL, HERRING JHON MD: Combined Split Anterior Tibial – Tendon transfer and intramuscular Lengthening of the Posterior Tibial Tendon. The Journal of Bone and Joint Surgery, vol 73-A, pag: 734 -738, 3 June 1991.

10. BELL, S. MORREY, B VIVANCO, A: Chronic posterior subluxation and discoloration of the radial head. J. Bone and joint Surg. 73-A: 392-396, Marzo 1991
11. BERG, E: The symptomatic of subfibulare. J. Bone and joint Surg. 73-A: 1251 – 1254, Septiembre 1991
12. BLACHUT, P. MEEK, R YO'BRIEN, P: External fixation and delayed intramedullary nailing of open fractures of the tibia shaft. J. Bone and joint Surg. 72-A: 729-735, Junio 1990
13. BOHEME, D., CURTIS R. DE HAAN J. KAY, S, YPUNG C Y ROCKWOOD C: Non-union of fractures of the mid shaft of the clavicle. J. Bone and Joint Surg. 73-A: 1219-1225. Septiembre 1991
14. BOHN, W Y DURBING, R: Ipsilateral fracture of the femur and tibia in children and adolescents. J. Bone and Joint Surg. 73-A: 429-439, Marzo 1991
15. BRADDOCK, G.T.F y HADLOW V.D.: Osteosarcoma in enchondromatosis (Ollier's Disease): Report of a case. J. Bone Joint surg. 48-B: 145 -149. 1996
16. BRYAN T. CANEY, M.D. STUART, L. WEINSTEIN M.D.: Long term follow up of Splined femoral epiphysis. the J, of Bone and Joint Surgery; vol 873-A. 5 June 1991
17. CLARKE H, JINNAH R, BRYAN R Y COX Q: Clostridium difficile infection in orthopaedic patients. J. Bone and Joint Surgery 72-A: 1056-1059, Agosto 1990
18. CARLINO, H Y. El niño con Ilizarov fijador externo Pedrit. Nurs, 17(4) 335- Julio – Agosto 1991
19. CAMBELL, P.: Arthrodesis of the ankle with modified distraction- compression and bone grafting. J. Bone and Joint surg, 72-A (4): 552-556. Abril 1990
20. DIETZ F, KOONTZFOUND D, MARSHALL, L: The importance of positive bacterial cultures of specimens obtained during clean orthopaedic operations. J. Bone and Joint Surgery 73-A : 1200- 1207. Septiembre 1991

21. DONLEY BRIAN MD, MATHEWS LARRY y KAUFER HERBERT MD: Arthrodesis of the knee with an intramedullary Nail. The Journal of Bone and Joint surgery, vol. 73-A. pag: 907-13, 6 july 1991.
22. DURKAN, J: Un nuevo test para el diagnóstico del Síndrome de Túnel Carpiano. J. Bone Joint Surg. 73-A N, 4 abril 1991
23. EDWARDS, G: Intra- articular fractures of the distal part of the radius treated with the samall AO external fixation. J. Bone and Joint Surg, 73-A: 1241-1250. Septiembre 1991
24. FLATOW E, CUOMO F, MADAY M, MILLER S., MACILVEEN S Y BIGLIANI, L: Open reduction and internal fixation of two part displaced fractures of the greater tuberosity of the proximal part of the húmerous. J, Bone and Joint Surg, 73-A: 1213-1217. Septiembre 1991
25. GABEL GERARD MD, RAND JAMES MD, SIM FRANKLIN MD: Total Knee Anthroplasty of Osteoarthritis in Patients who have Paget Disease of Bone at the Knee. The Journal of Bone an Joint Surgery Vol 73-A, 3, pag: 739-44 – June 1991.
26. HSIA YD. Inborn Errors of Metabolims Part I: Clínicl Aspect. 2. A ed. Chicago Year Book Publisher - 1996
27. KATO YASUSHI, DUNN MICHAEL PHD, ZAWADSKY JOSHEP MS, TRIA ALFRED MD y SILVER FREDERICHK PHD: Regeneration of Achilles Tendo with a Collagen Tendon Phosthesis. The Journal of Bone and Joint surgery, vol. 73-A- April 1991.
28. MADER, JOHN T. T. CANTRELL JEFFRERY S.M.D. y CALHOUN JASON: Oral Ciprofloxacin compared with standard parental antibiotic therapy for chronic osteamyelitis in adults. The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. 72-A N1. Enero 1990

29. MADERNS: Tratado de enfermedades infecciosas. Edit. Panamericana – Tomo I, pag: 966-967 - 1990
30. MANUAL DE MEDICINA DEPORTIVA – Unidades 2, 5, 8 9, 15 y 16
31. MANUAL DE MEDICINA DEPORTIVA. Comité Olímpico Internacional – Comisión Médica del COI. Publicado por Solidaridad Olímpica.
32. MEDICINA DEPORTIVA: Lesiones durante la práctica del deporte. 1998
33. MORALES J, CABO J Y BARJON R: Osteosíntesis percutánea en las fracturas del quinto metacarpiano. Rev. Esp. Traumat. Orthop. Pag 394, vol 47, 1991
34. PARSCH K et at: Diagnosis and Therapy of Septic Arthritis. Z. Orthop 128 (4): 396-403 – 1990
35. PETERSON, LARS DR. M. FD, RENSTRON PER, DR. M. FD: Lesiones Deportivas. 1º Edición - 1989
36. RENNER J.B. Treatment of Suppurative Arthritis. A.J.R. – Jan 154 (1): 135-8 - 1990
37. ROBBINS Patología estructural y funcional. 6ª edición – 1990
38. SHEPHARD R.J., ASTRAND P.O.: La Resistencia en el Deporte. La enciclopedia de la Medicina Deportiva. Editorial Paidotribo
39. SARMIENTO A., EBRAMZADEH E., COGAN W. y MCKELLOP H.: Total hip arthroplasty with cement. J. Bone and Joint Srg. 72-A (10): 1470-1475. Diciembre 1990
40. VICENT G.M. Amirault Jd; Septic arthritis in the elderly Clin Orthop 251: 241, 1990
41. WEISSMAN, BARBARA MD, SCOTT RICHARD MD, BRICK GREGORY F.R.A.C.S y CORSON JOSHEP MD: Radiographic Detection of Metal – Induced Synovitis As a Complication of Arthroplasty of the Knee. The Journal of Bone and Joint Surgery, vol. 73-A, 7, 1002-07. August 1991.
42. WUISMAN O y ENNEKING W: Prognosis for patients who have osteocondroma with skip metatarses. J. Bone and Joint surg. 72-A: 60-67. Enero de 1990