

Examen del concurs oposició per optar a places de la categoria facultatiu/facultativa especialista d'àrea de traumatologia i cirurgia ortopèdica del Servei de Salut de les Illes Balears

Observacions:

- Aquest examen consta de **set (7) qüestionaris** corresponents a set temes o casos clínics diferents d'aquesta especialitat.
- Cada qüestionari està identificat amb un número i una breu descripció sobre el cas o la matèria de què tracta, i seguidament hi ha **24 preguntes** de tipus test, numerades de l'1 al 24.
- **Heu de respondre les 24 preguntes de tres (3) dels set temes o casos.** Les quatre darreres preguntes (núm. 21-24) de cada tema són de reserva per si alguna de les altres (1-20) resulta impugnada.
- Per a cada pregunta només hi ha una resposta correcta d'entre les quatre possibles.
- Cada resposta correcta es valora amb 1 punt, de manera que la valoració total de l'examen és de 60 punts (20 preguntes × 3 temes). És necessari respondre les preguntes de reserva, encara que en principi només es puntuaran les preguntes 1-20. Cada resposta errònia es penalitza amb una quarta part del valor d'una de correcta. Les respostes en blanc i les que contenguin més d'una alternativa marcada no es valoren.
- Les pàgines de cada quadern estan numerades; comprovau-ne el contingut fins a la darrera pàgina. Si detectau alguna anomalia en la impressió d'algun dels quaderns, demanau que us el canviïn.
- **Heu de senyalar les respostes en el full òptic que us han entregat. Llegiu molt atentament les instruccions que hi figuren.**
- El temps per completar la prova és de **120 minuts, inclòs el temps per senyalar les respostes en el full òptic.**
- Podeu utilitzar els qüestionaris com a esborrany. Una vegada acabada la prova, us els podeu endur.

Advertiments:

- No podeu llegir cap dels qüestionaris fins que no us ho indiquin.
- No faceu en el full òptic cap tipus de marca ni signatura que pugui desvirtuar els principis d'igualtat, mèrit i capacitat.
- Únicament podeu emprar bolígraf negre o blau.
- No és permès emprar calculadora.
- Durant la prova no podeu dur damunt ni tenir a la taula cap aparell electrònic, ni tan sols apagat.
- Abans del començament de la prova, algun membre del tribunal o algun dels seus col·laboradors haurà explicat les instruccions que heu de seguir. Si no heu entès alguna d'aquestes instruccions, demanau-li que us l'aclareixi.
- El fet de concórrer a aquesta prova suposa acceptar aquestes instruccions, sense detriment del dret a interposar-hi una reclamació o un recurs.
- Incomplir qualsevol d'aquests advertiments pot suposar l'exclusió de la prova.



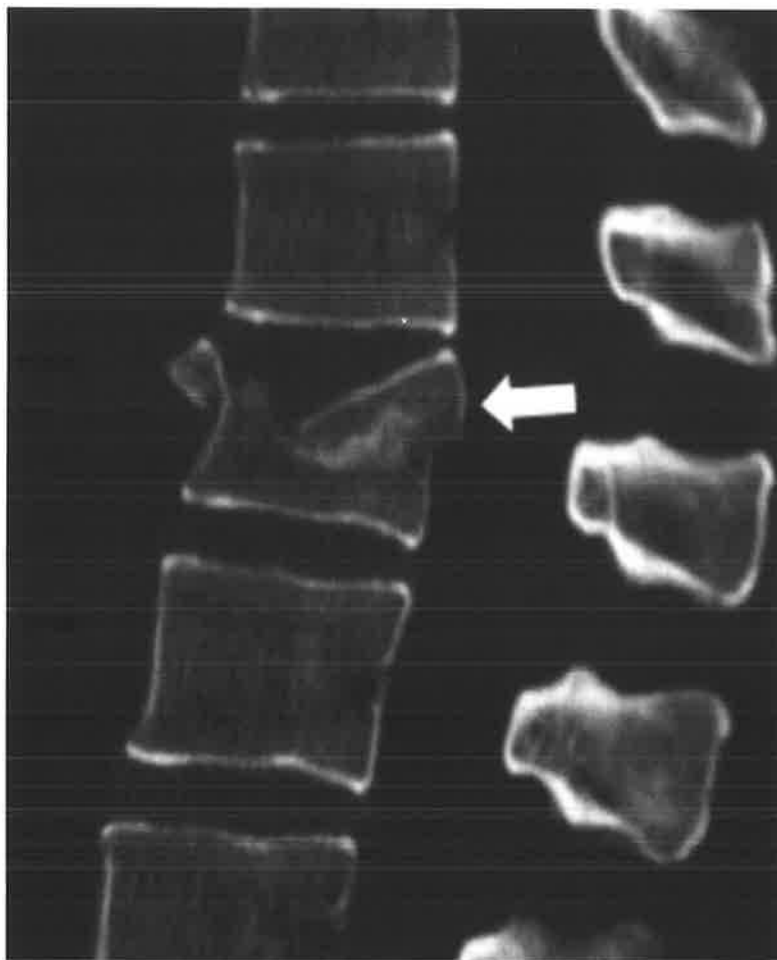
Tema 1. Columna

En el xoc frontal d'un accident de trànsit, el conductor, de 42 anys, duia posada la corretja de seguretat però l'acompanyant, de 38 anys, no la duia posada. El conductor refereix dolor abdominal i en l'exploració es detecta una xarnera toracolumbar, sense cap lesió neurològica. L'acompanyant només refereix dolor lumbar i en l'exploració s'observen disestèsies al territori d'L3 a la cama esquerra.

Imatge 1: fractura d'L1 del conductor



Imatge 2: fractura d'L3 de l'acompanyant



1. **En la classificació TLICS (*Thoracolumbar Injury Classification and Severity*), de les fractures toracolumbars, quina és la puntuació necessària per indicar tractament quirúrgic?**
 - a) Igual o superior a 3.
 - b) Superior a 5.
 - c) Igual o superior a 5.
 - d) La classificació TLICS no serveix per indicar tractament.

2. **En la classificació TLICS de les fractures toracolumbars, quin dels paràmetres següents no té relació amb aquesta classificació?**
 - a) Lesió neurològica.
 - b) Lesió del complex lligamentós posterior.
 - c) Morfologia de fractura determinada per mecanisme lesional.
 - d) Grau d'osteoporosis.

3. **Quin dels elements següents no pertany a la columna posterior de Denis?**
 - a) Lligament vertebral comú posterior.
 - b) Lligament groc.
 - c) Lligament interespinós.
 - d) Lligament supraespinós.

4. **Segons s'observa en la imatge 1 (conductor), de quin patró de fractura es tracta?**
 - a) Flexió-distracció.
 - b) Rotació.
 - c) Compressió.
 - d) Translació.

5. **Segons s'observa en la imatge 2 (acompanyant), de quin patró de fractura es tracta?**
 - a) Flexió-distracció.
 - b) Rotació.
 - c) Compressió axial.
 - d) Translació.



6. **Segons s'observa en la imatge 1 (conductor), quina puntuació de la classificació TLICS s'hi assigna en l'apartat morfologia de la fractura?**
- a) 4 punts.
 - b) 3 punts.
 - c) 2 punts.
 - d) 1 punt.
7. **Segons s'observa en la imatge 2 (acompanyant), quina prova és necessària per determinar la lesió o no del complex lligamentós posterior?**
- a) No fan falta més proves, la tomografia computada (TC) és suficient.
 - b) TC en 3D.
 - c) Ressonància magnètica dorsal.
 - d) Ressonància magnètica lumbar.
8. **Per decidir el tractament definitiu del conductor seguint els criteris de la classificació TLICS, fan falta més proves radiològiques?**
- a) No, la TC és suficient.
 - b) Sí, és necessària una imatge obtinguda per mitjà d'una ressonància magnètica.
 - c) Sí, és necessària una imatge obtinguda per mitjà d'una TC en 3D.
 - d) La classificació TLICS no serveix per indicar tractament.
9. **Per decidir el tractament definitiu del conductor seguint els criteris de la classificació TLICS, fan falta més proves radiològiques?**
- a) No, la TC és suficient.
 - b) Sí, és necessària una imatge obtinguda per mitjà d'una ressonància magnètica.
 - c) Sí, és necessària una imatge obtinguda per mitjà d'una TC en 3D.
 - d) La classificació TLICS no serveix per indicar tractament.

- 10. Segons els criteris de la classificació TLICS, quin tractament definitiu indicaria per al conductor?**
 - a) Fixació vertebral T12-L2.
 - b) Fixació vertebral T12-L2 i descompressió meduïlar.
 - c) Cifoplastia.
 - d) Laminectomia i descompressió meduïlar sense fixació.

- 11. Segons els criteris de la classificació TLICS, quin tractament definitiu indicariau per a l'acompanyant?**
 - a) Quirúrgic: fixació vertebral.
 - b) Tractament ortopèdic per mitjà d'una cotilla (*corset*).
 - c) Està en el límit i per això es poden indicar tant el tractament quirúrgic com una cotilla.
 - d) Per decidir-ho és necessària una imatge obtinguda per mitjà d'una ressonància magnètica.

- 12. Senyalau la resposta correcta en el cas que es féssiu una ressonància magnètica a l'acompanyant i es confirmàs la lesió del complex lligamentós posterior:**
 - a) La puntuació TLICS seria 4, la qual cosa indicaria cirurgia.
 - b) La puntuació TLICS seria 5, la qual cosa indicaria cirurgia.
 - c) La puntuació TLICS seria 6, la qual cosa indicaria cirurgia.
 - d) La puntuació TLICS no depèn de la lesió del complex lligamentós posterior.

- 13. Senyalau la resposta correcta segons la classificació AO (Associació Internacional d'Osteosíntesi):**
 - a) La fractura de Chance és una B1.
 - b) La fractura de Chance és una B2.
 - c) La fractura de Chance és una A1.
 - d) La fractura de Chance és una A1.



- 14. Segons s'observa en la imatge 1 (conductor), senyalau la resposta correcta basant-vos en la classificació TLICS:**
- a) La fractura s'ha produït pel mecanisme de flexió-distracció.
 - b) La fractura s'ha produït pel mecanisme de compressió axial.
 - c) La fractura s'ha produït pel mecanisme de rotació.
 - d) S'assignen 3 punts en l'apartat morfologia de la fractura.
- 15. Quina de les respostes següents no forma part del complex lligamentós posterior vertebral?**
- a) Càpsules articulars.
 - b) Apòfisis articulars.
 - c) Lligament groc.
 - d) Lligament supraespinós.
- 16. Senyalau l'afirmació falsa respecte a la classificació TLICS:**
- a) La puntuació màxima és 10.
 - b) La puntuació mínima és 1.
 - c) A una fractura per compressió s'hi assignen 4 punts.
 - d) Una puntuació de 6 indica cirurgia.
- 17. Una lesió radicular d'L3 produeix...**
- a) ...dolor fins al primer dit del peu.
 - b) ...alteració sensitiva de la cara lateral de la cuixa.
 - c) ...absència del reflex aquil·lià.
 - d) ...absència del reflex rotular.
- 18. Si es fa una cifoplastia de l'L3 amb migració de ciment al canal meduHar, quina de les següents lesions meduHars és característica d'aquesta regió anatòmica?**
- a) Síndrome de coa de cavall (*cauda equina*).
 - b) Síndrome de Brown-Séquard.
 - c) Síndrome meduHar central.
 - d) Síndrome meduHar posterior.

19. Està indicada la descompressió meduHar per al conductor en el cas descrit?

- a) No.
- b) Sí, laminectomia d'L1.
- c) Sí, laminectomia de T12-L1.
- d) Sí, laminectomia de T12-L1-L2.

20. Senyalau l'afirmació vertadera segons la classificació TLICS?

- a) Una fractura per compressió sense lesió del complex lligamentós posterior i sense lesió neurològica és de tractament conservador.
- b) Una fractura per compressió amb lesió del complex lligamentós posterior i amb lesió neurològica és de tractament conservador.
- c) Una fractura per distracció i una lesió del complex lligamentós posterior és de tractament conservador.
- d) Una fractura per compressió sense lesió del complex lligamentós posterior ni lesió neurològica és de tractament quirúrgic.

Preguntes de reserva

21. Quina de les classificacions següents estableix un tractament de les fractures vertebrals segons el tipus de fractura i la puntuació obtinguda?

- a) TLICS.
- b) Denis.
- c) AO-Magerl.
- d) AO-Webber.

22. Senyalau l'afirmació falsa amb relació a les fractures vertebrals:

- a) Segons la classificació AO, les de tipus A són per compressió.
- b) Segons la classificació AO, les de tipus B són per rotació.
- c) Segons la classificació AO, les de tipus C són per rotació.
- d) Segons la classificació AO, les tipus de B són provocades per un mecanisme de distracció.



- 23. Pel que fa a l'acompanyant, quantes columnes estan afectades si en la TC s'identifica una fractura de la làmina vertebral, segons la classificació de Denis?**
- a) Es necessiten més imatges per valorar-ho.
 - b) Dues columnes.
 - c) Tres columnes.
 - d) Quatre columnes.
- 24. Quina de les respostes següents no existeix en la classificació de fractures vertebrals de l'AO?**
- a) A0.
 - b) B1.
 - c) B0.
 - d) A2.



Tema 2. Genoll

Un jove ha tingut un accident esportiu jugant al futbol i ha patit una torsió de genoll després de botar. Presenta embassament i impotència funcional.

L'estudi de ressonància magnètica mostra una lesió completa del lligament creuat anterior, una lesió en rampa del menisc intern i trencament radial del menisc extern.

- 1. Senyalau l'afirmació falsa amb relació a la infecció de la ligamentoplàstia del lligament creuat anterior:**
 - a) El bany de la plàstia amb vancomicina ajuda a prevenir infeccions.
 - b) El desbridament artroscòpic precoç és una bona mesura terapèutica d'entrada.
 - c) Està sempre relacionada directament amb la isquèmia.
 - d) En cas de multiresistència o mal control de la infecció, cal prendre en consideració retirar la plàstia.

- 2. Senyalau l'afirmació correcta respecte de la plàstia extraarticular de Lemaire:**
 - a) És una plàstia de reforç lateral del genoll.
 - b) Està indicada en els casos d'instabilitat medial del genoll.
 - c) Es fixa en la flexió completa del genoll.
 - d) Es fixa amb rotació interna màxima i flexió de 100°.

- 3. Senyalau l'afirmació correcta sobre l'artrofibrosi posterior a una plàstia del lligament creuat anterior del genoll:**
 - a) És una possible complicació.
 - b) El tractament d'entrada és rehabilitador.
 - c) Pot estar relacionada amb la intervenció precoç.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

4. **Quina és la causa més freqüent del fracàs de la plàstia del lligament creuat anterior?**
 - a) Mal posicionament dels túnels ossis.
 - b) Deficiència de fixació biològica.
 - c) Infecció.
 - d) Fallida dels sistemes de fixació.

5. **Senyalau l'afirmació correcta amb relació a la coexistència de la lesió de lligament creuat anterior i la desinserció de les arrels meniscals:**
 - a) Cal tractar-les totes dues.
 - b) Atès que les lesions d'arrel no són doloroses i no afecten la protecció meniscal, es pot obviar la reinserció de la lesió.
 - c) Si són arrels del menisc intern sempre cal reparar-les; si són del menisc extern, s'han de deixar *in situ* sense reparar-les.
 - d) Augmenta molt el risc d'infecció si es fan al mateix temps.

6. **Senyalau l'afirmació falsa amb relació a la reconstrucció del lligament creuat anterior:**
 - a) La reconstrucció anatòmica del túnel femoral es pot dur a terme per un portal anteromedial.
 - b) La reconstrucció transtibial pot deixar inestabilitat residual rotatòria.
 - c) En la reconstrucció transtibial, el túnel femoral es du a terme per un portal anterolateral accessori.
 - d) Ambdues tècniques, anatòmica i transtibial, són vàlides actualment per reconstruir el lligament creuat anterior.

7. **Senyalau l'afirmació correcta amb relació al tipus de plàstia per reconstruir el lligament creuat anterior:**
 - a) Els al·loempelts són la plàstia de primera elecció per a la reconstrucció primària del lligament creuat anterior.
 - b) Els autoempelts de peroneu o lateral no es poden emprar com a alternativa als habituals en cas necessari.
 - c) Els al·loempelts de donant viu parental són una opció en els casos infantils.
 - d) El tendó del quàdriceps no és una opció vàlida perquè altera l'aparell extensor del genoll.

8. **Senyalau l'afirmació correcta sobre els casos de revisió de la reconstrucció del lligament creuat anterior:**
 - a) És fonamental fer una valoració preoperatòria i una planificació operatòria.
 - b) En cas d'engrandiment de túnels pot ser necessari fer la intervenció en dos temps.
 - c) Els alloempelts són una opció de plàstia en aquests casos.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

9. **Senyalau l'afirmació correcta amb relació a la lesió parcial del lligament creuat anterior:**
 - a) La lesió del fascicle anterolateral del lligament creuat anterior es dona fonamentalment en l'exploració del calaix anterior.
 - b) La lesió del fascicle posteromedial del lligament creuat anterior es dona fonamentalment en l'exploració del *pivot shift*.
 - c) La lesió del fascicle anteromedial del lligament creuat anterior es dona fonamentalment en l'exploració del calaix anterior.
 - d) La lesió del fascicle posterolateral del lligament creuat anterior es dona fonamentalment en l'exploració del calaix anterior.

10. **Senyalau l'afirmació falsa amb relació a la reconstrucció del lligament creuat anterior en els casos pediàtrics:**
 - a) En els casos de Tanner 1 se sol recomanar, d'entrada, l'abordatge conservador.
 - b) La tècnica *over the top* no són una opció en els casos de fisis obertes.
 - c) Els túnels a la tibia han de ser tan centrals com sigui possible.
 - d) El tipus de plàstia ha de ser de teixit tou i cal evitar interposar pastilles òssies.

- 11. Plantejau-vos el cas d'un pacient intervingut en tres ocasions de reconstrucció del lligament creuat anterior amb tècnica transtibial la recuperació del qual torna a fracassar. Presenta un pendent tibial de 20°, 2° de var mecànic i sense engrandiment de túnels. Quin abordatge és el més correcte?**
- a) Tornar a fer una plàstia del lligament creuat anterior, però en aquest cas anatòmica.
 - b) Tornar a fer una plàstia del lligament creuat anterior reforçada amb tècnica extraarticular de reforç del tipus Lemaire.
 - c) Tornar a fer una plàstia del lligament creuat anterior juntament amb una osteotomia femoral per corregir les desalineacions.
 - d) Tornar a fer una plàstia del lligament creuat anterior, reforç anterolateral i una osteotomia deflectora tibial.
- 12. Una d'aquestes exploracions no és típica per diagnosticar una lesió lligamentosa del genoll. Senyalau-la:**
- a) Test del calaix anterior.
 - b) Test d'O'Brien d'estabilitat.
 - c) *Dial test*.
 - d) Prova de Slocum.
- 13. Senyalau l'afirmació correcta amb relació a la cirurgia de les lesions meniscals associades a la ruptura del lligament creuat anterior:**
- a) S'ha de cercar una possible lesió en rampa meniscal, perquè s'associen amb relativa freqüència.
 - b) La maniobra de *pie-crusting* és útil per abordar la reconstrucció lligamentosa, però no la meniscal.
 - c) Sempre és millor ressecar les lesions en nansa de galleda que reparar-les, atesa la complexitat.
 - d) Les lesions en rampa es tracten amb tècniques de reparació meniscal que es fixen a la tibia i a través d'un portal anterior accessori, no per portals posteriors.

- 14. Una de les teories següents no té relació amb l'estructura nativa del lligament creuat anterior:**
- a) Teoria del doble fascicle de Freddie Fu amb dos feixos: anteromedial i posterolateral.
 - b) Teoria multifascicular.
 - c) Teoria de disposició plana de Smigielski.
 - d) Teoria del triple fascicle de Freddie Fu: anteromedial, posteromedial i intermedi.
- 15. Senyalau l'afirmació correcta sobre la radiografia del genoll amb una projecció de Rosenberg:**
- a) S'utilitza per conèixer el pinçament articular i valorar el grau de degeneració.
 - b) Serveix per valorar les lesions lligamentoses del pivot central.
 - c) Serveix per valorar les lesions lligamentoses mediolaterals.
 - d) Es fa en descàrrega i extensió completa.
- 16. Senyalau l'afirmació falsa sobre la lesió del lligament creuat anterior associada a la lesió en nansa de galleda del menisc intern:**
- a) Sensació d'inestabilitat i bloqueigs.
 - b) Dolor i embassaments de repetició.
 - c) Impossibilitat de fer activitat física d'exigència alta.
 - d) Aparició d'una lesió neurològica del nervi ciàtic popliti extern amb el temps.
- 17. Com s'ha d'abordar el cas d'un pacient de 20 anys amb reconstrucció del lligament creuat anterior i lesió radial del menisc extern?**
- a) Sempre que sigui possible s'ha d'intentar reparar la lesió meniscal.
 - a) S'ha de fer sempre de manera sistemàtica i correcta una menisectomia només de la lesió meniscal per evitar problemes en el futur.
 - b) D'entrada, la millor opció és substituir el teixit meniscal ressecat amb un empelt de tipus Actifit®.
 - c) Totes les respostes anteriors són falses.

- 18. Senyalau l'afirmació correcta amb relació a la vascularització meniscal:**
- a) Hi ha cinc zones de vascularització meniscal diferenciades, d'anterior a posterior.
 - b) Les lesions més favorables per a la reparació meniscal són les lesions més anteriors.
 - c) Hi ha tres zones de vascularització diferent: vermella-vermella, vermella-blanca i blanca-blanca.
 - d) Totes les respostes anteriors són falses.
- 19. De què depèn l'èxit de la reparació meniscal?**
- a) Del temps que hagi passat des de la lesió: com abans millor.
 - b) Si es du a terme en el context d'altres lesions associades —com la reconstrucció del lligament creuat anterior— és més favorable.
 - c) La zona més favorable són les lesions més perifèriques, perquè tenen més vascularització.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 20. Quina de les dades següents de la ressonància magnètica no és típica d'una lesió d'arrel meniscal en el context d'un pacient amb lesió associada del lligament creuat anterior?**
- a) Signe del fantasma en ressonància magnètica.
 - b) Signe d'extrusió meniscal.
 - c) Imatge de discontinuïtat meniscal a la zona de ruptura.
 - d) Imatge en nansa de galleda del menisc.

Preguntes de reserva

- 21. Quina de les estructures lligamentoses següents no és al genoll?**
- a) Lligament de Humphrey.
 - b) Lligament de Wrisberg.
 - c) Lligament trapezoide.
 - d) Lligament arquejat.

22. Senyalau l'afirmació falsa:

- a) La utilització de portals artroscòpics posteriors pot ser útil per tractar les lesions en rampa meniscal àmplies.
- b) La reinserció d'una arrel meniscal anterior es pot fer amb portals anteriors.
- c) L'aparició d'una lesió condral de grau I al marge extern de la *patella* d'1 cm² contraindica la reconstrucció del lligament creuat anterior.
- d) L'edat no és una contraindicació per a la reconstrucció del lligament creuat anterior en pacients de més de quaranta anys.

23. Senyalau l'afirmació correcta amb relació a la profilaxi antitrombòtica després d'una lligamentoplàstia del lligament creuat anterior:

- a) No és necessària, perquè el risc tromboembòlic és baix.
- b) Es pot fer, però no és necessària.
- c) És necessària i es recomana en els primers tres dies.
- d) És necessària i es recomana durant almenys 21 dies.

24. Quina de les estructures següents no té risc de lesió en fer el túnel femoral per portal anteromedial en tècnica anatòmica?

- a) Cartílag del còndil femoral intern.
- b) Arrel anterior o part anterior del menisc intern.
- c) Ciàtic popliti extern.
- d) Lligament creuat posterior.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS
/



Tema 3. Peu i turmell

Home de 27 anys, esportista habitual, que refereix dolor a la cama dreta després de practicar carrera contínua. Ha acudit en diverses ocasions a un fisioterapeuta, que li ha diagnosticat una sobrecàrrega als bessons. Han passat uns quants mesos, no ha millorat i refereix dolor intens després de l'activitat física, que cedeix reposant en les hores posteriors

1. Quina prova pot ajudar en el diagnòstic?

- a) Tomografia d'emissió de positrons amb 18 FDG.
- b) Determinació de la pressió del compartiment posterior immediatament després de l'exercici.
- c) Ecografia-Doppler, per descartar un trastorn circulatori de l'extremitat inferior.
- d) Espectrometria per ressonància magnètica.

2. Uns mesos després, aquest esportista pateix una torsió del peu en la posició de supinació estant damunt una superfície regular. És un dels accidents esportius més freqüents, en la qual sol produir-se el sobreestirament o la ruptura d'algun dels lligaments de l'articulació del turmell. Quin dels lligaments és el que es lesiona més sovint?

- a) Lligament lateral medial o deltoide.
- b) Lligament de la fàscia plantar.
- c) Lligament calcaneocuboidal plantar o plantar curt.
- d) Lligament lateral extern.

3. **En l'estudi radiogràfic no s'observa cap fractura sobre la patologia que sospitau. Senyalau la resposta incorrecta:**
- a) El més probable és que es tracti d'un esquinç del lligament lateral extern del turmell.
 - b) S'ha d'explorar sempre la base del cinquè metatarsià.
 - c) Per avaluar la gravetat del quadre cal fer radiografies dinàmiques.
 - d) Cal fer una ressonància magnètica i, si estan trencats tots els fascicles, s'han de reparar quirúrgicament.
4. **Quina és la descripció més apropiada del dolor típic provocat per un esquinç del lligament lateral extern del turmell d'un esportista?**
- a) Augment gradual des del traumatisme.
 - b) Important, no remitent, des del traumatisme.
 - c) Lleuger, continu, no cedeix amb repòs.
 - d) Bruscat inicial, període de latència sense dolor i continu després.
5. **Senyalau l'afirmació correcta sobre la fasciïtis plantar que refereix eventualment l'esportista:**
- a) El dolor millora en caminar de puntes.
 - a) S'associa a la presència d'esperó calcani.
 - b) El tractament d'elecció és quirúrgic.
 - c) Provoca dolor a la zona del taló, més intens en començar a caminar.

La mare de l'esportista, que té 70 anys i pateix diabetis i hipertensió, ha caigut a ca seva i s'ha fet una ferida de 9 cm que comunica amb un focus de fractura de la tibia dreta. Radiogràficament s'observa una fractura obliqua curta del terç mediodistal de la tibia. És operada d'urgència per mitjà d'una neteja (Friedrich) i la col·locació d'un clau endomedullar amb forrellat. Al cap d'onze mesos presenta una pseudoartrosi atròfica de la tibia amb supuració a la zona de la ferida.

6. Quina és la millor opció terapèutica immediata?

- a) Triple antibioteràpia (grampositius, gramnegatius i anaerobis), neteja de la ferida quirúrgica i retirada dels forrellats distals per afavorir la consolidació òssia.
- b) Actitud expectant i tractament antibiòtic amb quinolones.
- c) Aportació d'empelt autòleg i de factors de creixement (BMP 2 i 7) per estimular el procés de consolidació òssia, que està retardat.
- d) Retirada del clau, desbridament, col·locació de fixador extern i antibioteràpia ajustada als resultats dels cultius.

7. En fer-li un empelt intertibioperoneal per una pseudoartrosi de la tibia, quina estructura es podria lesionar?

- a) El nervi tibial posterior.
- b) El nervi sural.
- c) La vena safena medial.
- d) L'artèria peroneal.

La parella de l'esportista, de 23 anys, acudeix al servei de traumatologia a causa del dolor i la impotència funcional del turmell dret després de patir allò que descriu com si hagués rebut una potada mentre feia exercici aeròbic. En l'exploració, la prova de Thomson és clarament patològica.

8. Senyalau l'afirmació falsa:

- a) En alguns casos s'obtenen bons resultats amb un tractament conservador.
- b) Actualment, la sutura percutània es presenta com una cirurgia mínimament invasiva i ofereix resultats bons i un índex més baix de recidives.
- c) La pacient presentarà inestabilitat marcada en l'encallo forçat del turmell.
- d) S'acompanya de limitació important per a la flexió plantar.

9. **Al nivell de l'escafoide tarsià s'observa un petit arrabassament de la tuberositat de l'escafoide. Quina estructura és la responsable de les fractures per arrabassament de la tuberositat de l'escafoide?**
 - a) Peroneu lateral curt.
 - b) Tibial posterior.
 - c) Tibial anterior.
 - d) Peroneu lateral llarg.

10. **El germà del pacient, de 30 anys, aficionat al motociclisme, pateix un accident de moto greu que li provoca diferents lesions a les extremitats, entre les quals una fractura oberta de grau 3B a la tibia i al peroné de la cama esquerra. Quin dels tractaments següents és el més indicat?**
 - a) Reducció de la fractura, tancament de la ferida i embenament amb guix.
 - b) Tancament de la ferida i tracció transesquelètica al calcani.
 - c) Neteja de la ferida i fixació externa.
 - d) Guix funcional i càrrega posterior d'un membre.

11. **24 hores després de l'enclavatge amb forrellat a la cama dreta per tractar una fractura tancada de la tibia el pacient refereix un dolor molt intens a la cama, resistent als analgèsics, i un lleuger augment del volum i dificultat per moure els dits del peu. A què és degut?**
 - a) Trombosi venosa profunda.
 - b) Lesió del ciàtic comú.
 - c) Síndrome compartimental.
 - d) Inici d'una infecció de les osteosíntesis.

12. **Dels signes següents, quin és el més precoç en una síndrome compartimental d'una fractura a la tibia?**
 - a) La isquèmia cutània.
 - b) La hipoestèsia en el trajecte del nervi afectat.
 - c) El dolor intens a l'estirament passiu muscular.
 - d) L'absència de pols.

- 13. Aquest pacient presenta, a més, una fractura del coll de l'astràgal, amb desplaçament posterior del cos astragalí. Quina de les següents complicacions possibles és la més característica?**
- a) Peu buit valc posttraumàtic.
 - b) Necrosi isquèmica del cos de l'astràgal.
 - c) Peu pla posttraumàtic.
 - d) Peu buit var posttraumàtic.
- 14. En el cas que s'hagués decidit un tractament ortopèdic amb un inguinopedi, si després d'analitzar les radiografies al cap de vuit mesos s'observàs una pseudoartrosi hipertròfica, què s'ha d'advertir al pacient?**
- a) Requereix uns quants mesos més d'immobilització amb guix.
 - b) És imprescindible una intervenció quirúrgica amb abordatge directe del focus.
 - c) L'enclavatge endomedullar a focus tancat pot ser una bona solució.
 - d) Ha de continuar deambulant recolzant completament l'extremitat per afavorir la consolidació sense tractament quirúrgic.
- 15. Quin múscul és un major adductor i supinador del turmell?**
- a) Extensor propi del dit gros.
 - b) Tibial anterior.
 - c) Flexor propi del primer dit.
 - d) Peroneu lateral llarg.
- 16. Les fractures del turmell o del tars a causa d'una caiguda dret des de certa altura s'associen (en el 5-10 % dels casos) amb fractures...**
- a) ...del maluc.
 - b) ...de la pelvis.
 - c) ...de la columna vertebral.
 - d) ...del canell.

- 17. Quina de les lesions següents no es troba en l'hàlux valg?**
- a) Luxació de l'articulació metatarsofalàngica.
 - b) Exostosi sobre el cap del primer metatarsià.
 - c) Distensió interna de la càpsula metatarsofalàngica i del lligament lateral intern.
 - d) Lliscament de l'abductor del primer a la posició plantar.
- 18. Senyalau la resposta incorrecta sobre l'angle metatarsofalàngic:**
- a) Si és igual o superior a 15°: no hi ha hàlux valg.
 - b) Si està entre 20° i 30°: deformitat lleu.
 - c) Si està entre 30° i 40°: deformitat moderada.
 - d) Si és superior a 40°: deformitat greu.
- 19. Quin és el procediment quirúrgic més comú per tractar l'hàlux valg?**
- a) Osteotomia de Weil.
 - b) Artroplàstia de Keller.
 - c) Osteotomia de Scarf.
 - d) Artròdesi de l'articulació metatarsofalàngica.
- 20. Quins lligaments estabilitzen l'articulació de Chopart?**
- a) Lligament talonavicular i calcaneoastragalí.
 - b) Lligament cuneonavicular i cubocuneal.
 - c) Lligament calcaneocuboidal i cubonavicular.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

Preguntes de reserva

- 21. Perquè es consideri hàlux valg, quants graus ha de tenir el *proximal articular set angle (PASA)*?**
- a) Més de 2°.
 - b) Més de 6°.
 - c) Més de 10°.
 - d) Més de 14°.

22. A quin os es fa l'osteotomia de Dwyer?

- a) Astràgal.
- b) Calcani.
- c) Primera falca.
- d) Tíbia.

23. Quina és la causa més freqüent de la síndrome del si del tars?

- a) Lesions del tibial posterior.
- b) Processos inflamatoris (espondilitis anquilosant, síndrome de Reiter, artritis reumatoide).
- c) Traumatismes.
- d) Deformitats anatòmiques del peu.

24. Quina de les respostes següents no és una tècnica per reconstruir una lesió del complex lligamentós lateral del turmell?

- a) Tècnica de Jones.
- b) Tècnica de Broström.
- c) Tècnica de Gould.
- d) Tècnica de Chrisman-Snook.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS
/



Tema 4. Maluc

Pacient de 57 anys, sense antecedents medicoquirúrgics d'interès, que acudeix a la consulta a causa de dolor inguinal i coixesa, que s'han anat instaurant de manera progressiva en els darrers deu anys i que actualment li limiten les activitats habituals. Aporta l'estudi radiològic següent.



- 1. Quin és el diagnòstic?**
 - a) Coxartrosi idiopàtica.
 - b) Coxartrosi posttraumàtica.
 - c) Coxartrosi secundària a displàsia de maluc.
 - d) Fractura subcapital de fèmur.

- 2. Quin és el tractament apropiat?**
 - a) Descompressió del nucli.
 - b) Osteotomia de reorientació acetabular.
 - c) Artroplàstia total de maluc.
 - d) Artròdesi de maluc.

- 17. Senyalau l'afirmació correcta respecte de les fractures periprotètiques:**
- a) Sempre es relacionen amb l'afluixament de la pròtesi.
 - b) Mai es produeixen durant l'acte operatori.
 - c) Són més freqüents en les pròtesis primàries que en les de revisió.
 - d) El tractament depèn de la localització, l'estabilitat del component protètic, la qualitat de l'os, i l'estat general i la funcionalitat del pacient.
- 18. Senyalau l'afirmació correcta sobre la profilaxi de la malaltia tromboembòlica després d'una substitució total del maluc:**
- a) No està recomanada de manera sistemàtica, només per als pacients de risc.
 - b) La introducció de la profilaxi ha representat una modificació important de la història natural de la malaltia tromboembòlica després de la cirurgia reconstructiva del maluc, la qual cosa ha suposat un descens significatiu de la prevalença de la trombosi venosa profunda en el postoperatori immediat.
 - c) Es recomana administrar àcid acetilsalicílic.
 - d) No cal mantenir-la més enllà de set dies.
- 19. Senyalau l'afirmació falsa sobre l'afluixament d'una pròtesi de maluc:**
- a) És una de les complicacions més greus a llarg termini de l'artroplàstia total del maluc.
 - b) En avaluar-lo sempre s'ha de considerar la possibilitat d'infecció.
 - c) L'enfonsament d'una tija femoral no cimentada en les fases inicials del postoperatori és indicatiu d'un afluixament de la pròtesi.
 - d) El tractament és revisar la pròtesi.



20. Senyalau l'afirmació correcta sobre la cirurgia de revisió d'una artroplàstia total del maluc:

- a) La prevalença s'ha mantingut constant.
- b) Els resultats i les complicacions són similars als de la cirurgia primària.
- c) El dolor n'és la indicació principal, encara que també es pot indicar per evitar la progressió d'anomalies estructurals, que dificultarien la cirurgia en el futur.
- d) Per diagnosticar-la és suficient fer controls radiogràfics seriat.

Preguntes de reserva

21. La càpsula articular de l'articulació coxofemoral contribueix de manera substancial a l'estabilitat del maluc, per això s'ajuda...

- a) ...del lligament iliofemoral.
- b) ...del lligament pubofemoral.
- c) ...del lligament isquiofemoral.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

22. Quina de les respostes següents no és una característica radiològica de la coxartrosi displàsica?

- a) La coxa protrudida.
- b) La falta d'esfericitat del cap femoral.
- c) La cobertura acetabular insuficient del cap femoral.
- d) La migració proximal del cap femoral.

23. Quina de les respostes següents no és un signe característic de la displàsia de maluc?

- a) La simetria de plecs.
- b) La limitació de l'abducció del maluc.
- c) La maniobra d'Ortolani.
- d) La maniobra de Barlow.



24. Senyalau l'afirmació correcta sobre l'abordatge per implantar una pròtesi total de maluc:

- a) El risc de luxació és més baix en l'abordatge posterior que en l'abordatge anterolateral.
- b) L'abordatge posterior permet accedir més fàcilment a l'acetàbul que l'abordatge anterolateral.
- c) En l'abordatge anterolateral mai es pot lesionar el nervi gluti superior.
- d) L'abordatge anterior es du a terme amb el pacient en la posició de decúbit supí.



Tema 5. Trauma pediàtric

Pacient de tretze anys que és atès al servei d'urgències a causa d'un dolor al genoll dret de dues setmanes d'evolució. Des d'ahir és incapaç de caminar per culpa de la intensitat del dolor.

En l'exploració s'observa la posició de la cama dreta:



En intentar doblegar el genoll, el maluc es mou en rotació externa de manera que en arribar a la flexió de 90° el maluc queda col·locat en rotació externa.

Aquesta n'és la radiografia corresponent:



- 1. Quin és el diagnòstic?**
 - a) Artritis sèptica del maluc.
 - b) Epifisiòlisi del maluc.
 - c) Fractura del coll del fèmur.
 - d) Fractura patològica del fèmur.

- 2. Si el pacient pot caminar, què s'ha d'esperar observar-hi?**
 - a) Marxa en rotació interna.
 - b) Marxa en rotació externa.
 - c) Marxa amb flexió del maluc.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

3. **Si es tractà d'una epifisiòlisi, com s'ha de classificar?**
 - a) Estable.
 - b) Parcialment inestable.
 - c) Inestable.
 - d) Rotacional inestable.

4. **Com s'ha de classificar des del punt de vista cronològic?**
 - a) Crònica.
 - b) Aguda en crònica.
 - c) Aguda.
 - d) Subaguda.

5. **La flexió en rotació externa es coneix com a signe de...**
 - a) ...Galeazzi.
 - b) ...Barlow.
 - c) ...Schumacher.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

6. **A què és deguda normalment l'epifisiòlisi?**
 - a) Causa genètica.
 - b) Etiologia desconeguda.
 - c) A una retroversió del maluc.
 - d) Procés metabòlic.

7. **Si es tracta d'una fractura del coll femoral, com s'ha de classificar?**
 - a) Delbet de tipus I.
 - b) Delbet de tipus II.
 - c) Delbet de tipus III.
 - d) Delbet de tipus IV.

8. **Quina fractura de les esmentades en la pregunta anterior té més risc de necrosi avascular?**
 - a) Delbet de tipus I.
 - b) Delbet de tipus II.
 - c) Delbet de tipus III.
 - d) Delbet de tipus IV.

9. **Si s'observàs una radiotransparència i es tractàs d'una fractura patològica, quin hauria de ser l'abordatge?**
 - a) Diagnòstic per ressonància magnètica; si es determina que l'origen és una malaltia tumoral benigna, llavors intervenció quirúrgica.
 - b) Diagnòstic per tomografia computada (TC); si es determina que l'origen és una malaltia tumoral benigna, llavors intervenció quirúrgica.
 - c) Intervenció quirúrgica i presa de mostres per biòpsia al mateix temps.
 - d) Presa de mostres per biòpsia i esperar el resultat de l'anàlisi per decidir el tractament.

10. **Si el pacient d'aquest cas clínic tingués vuit anys, quina seria la sospita diagnòstica?**
 - a) Trastorn metabòlic.
 - b) Trastorn endocrí.
 - c) Tumoració endocranial.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

11. **Quina classificació radiològica s'utilitza per mesurar la gravetat de les epifisiòlisis?**
 - a) Classificació de Southwich.
 - b) Classificació de Herring.
 - c) Classificació de Stulberg.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

12. El tubercle epifisial és important...

- a) ...en l'etiologia de l'artritis sèptica del maluc.
- b) ...en l'etiologia de l'epifisiòlisi del maluc.
- c) ...en l'evolució de les fractures del coll femoral.
- d) ...en l'etiologia de la malaltia de Perthes.

13. La fixació in situ és el mètode ideal per al tractament de les epifisiòlisis...

- a) ...amb desplaçament lleu.
- b) ...amb desplaçament moderat.
- c) ...amb desplaçament greu.
- d) ...amb qualsevol tipus de desplaçament.

14. Quants perns s'han d'emprar per fer un fixació in situ?

- a) Un pern.
- b) Almenys dos perns.
- c) Idealment tres perns.
- d) És irrellevant: el resultat és el mateix.

15. La ressonància magnètica per perfusió és ideal per a la valoració de la irrigació...

- a) ...de les fractures del coll femoral.
- b) ...de les epifisiòlisis del maluc.
- c) Les respostes a) i b) són correctes.
- d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

16. Què és i per a què serveix el mètode de reducció de Parsch?

- a) És un mètode tancat per reduir les epifisiòlisis.
- b) És un mètode obert per reduir les epifisiòlisis.
- c) És un mètode obert per reduir les fractures del coll femoral.
- d) És un mètode tancat per reduir les fractures del coll femoral.

- 17. Quina de les respostes següents no és una complicació de l'osteotomia modificada de Dunn?**
 - a) El sobrecreixement del coll femoral.
 - b) La necrosi avascular del cap del fèmur.
 - c) L'alineació incorrecta del coll del fèmur.
 - d) La condròlisi.

- 18. La tomografia computada (TC) pot ser útil per valorar...**
 - a) ...el grau de desplaçament del cap femoral.
 - b) ...si hi ha una epifisiòlisi contralateral.
 - c) ...l'estabilitat de l'epifisiòlisi.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

- 19. Quin és l'abordatge dels casos d'artritis sèptica del maluc?**
 - a) Iniciar l'antibioteràpia al més aviat possible.
 - b) Iniciar l'antibioteràpia només quan s'hagi obtingut una mostra intraarticular.
 - c) Obtenir una mostra sinovial per mitjà d'una biòpsia, perquè és obligatòria atès el risc associat de sinovitis vil·lonodular.
 - d) Drenar la pelvis, perquè en l'artritis sèptica sempre està afectada.

- 20. Quin és el diagnòstic més probable en el cas d'un infant de cinc anys amb coixesa, febre de 37,8 °C de 24 hores d'evolució, un resultat d'1,3 g/dl en la prova de la proteïna C reactiva (PCR) i una velocitat de sedimentació globular (VSG) de 27 mm a la primera hora?**
 - a) Artritis sèptica.
 - b) Artritis reumatoide.
 - c) Sinovitis transitòria del maluc.
 - d) Osteomielitis del coll femoral.

Preguntes de reserva

- 21. Com s'ha de fer la fixació amb perns en les fractures del coll femoral?**
- a) Sempre ha de travessar la línia fisial.
 - b) Només ha de travessar la fisi si els perns no tenen prou agafada.
 - c) La fixació sempre ha de ser amb clau-placa per donar-hi més estabilitat.
 - d) Importa poc si travessa la fisi o no perquè aquesta sempre deixa de créixer després de la fractura.
- 22. Quina de les complicacions següents no és habitual en les fractures del coll femoral?**
- a) La pseudoartrosi.
 - b) La necrosi avascular.
 - c) La unió viciosa.
 - d) Totes són habituals.
- 23. Quins factors s'han relacionat amb la necrosi avascular en les fractures del coll femoral?**
- a) L'edat: com més edat, menys risc de necrosi.
 - b) L'edat: com menys edat, més risc de necrosi per la falta d'ossificació.
 - c) El grau segons la classificació de Delbet: com més petit és el grau, més dolent és el pronòstic.
 - d) Les respostes b) i c) són correctes.
- 24. Senyalau la resposta correcta respecte del tractament de l'artritis sèptica del maluc en els pacients pediàtrics:**
- a) El tractament ha de ser només amb antibiòtics.
 - b) El tractament ha de ser quirúrgic si el pacient no respon a l'antibioteràpia.
 - c) És una urgència quirúrgica.
 - d) L'aspiració mai és una opció terapèutica.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS
/



Tema 6. Colze

Dona de 32 anys, gimnasta i esquerrana, que durant una competició cau amb el braç esquerre en extensió i supinació i exerceix sobre aquest una força axial i posterolateral que provoca un valc forçat. No té antecedents personals d'interès.

- 1. Quina és la lesió que es produeix més sovint en exercir aquestes forces?**
 - a) Fractura supracondília en extensió.
 - b) Fractura supracondília en flexió.
 - c) Fractura de l'apòfisi coronoide i d'olècran i luxació del colze.
 - d) Fractura de l'apòfisi coronoide i del cap del radi i luxació del colze.

- 2. Quins són els quatre components del complex lligamentós lateral?**
 - a) Lligament col·lateral cubital lateral, radial, anular i col·lateral accessori.
 - b) Lligament col·lateral cubital lateral, medial, anular i col·lateral accessori.
 - c) Lligament col·lateral cubital lateral, radial, anular i col·lateral lateral.
 - d) Lligament col·lateral cubital lateral, radial, anular i complex d'Osborne.

- 3. Quina de les respostes següents no és un component del lligament col·lateral medial?**
 - a) Fascicle anterior.
 - b) Fascicle posterior.
 - c) Lligament transvers.
 - d) Fascicle medial.

4. On s'insereix el fascicle anterior del lligament colateral medial?

- a) A tres mil·límetres distal de la punta de l'apòfisi coronoide.
- b) En el procés anteromedial de l'apòfisi coronoide.
- c) A la vora medial de la fossa olecraniana.
- d) A la cara radial del cúbit.

5. De quines dues maneres el cap del radi contribueix a l'estabilitat del colze?

- a) Restrictor secundari de la inestabilitat posterolateral rotatòria i estabilitzador secundari del valc.
- b) Restrictor primari de la inestabilitat posterolateral rotatòria i estabilitzador secundari del var.
- c) Restrictor primari de la inestabilitat posterolateral rotatòria i estabilitzador secundari del valc.
- d) Restrictor secundari de la inestabilitat posterolateral rotatòria i estabilitzador primari del valc.

6. Quina és la funció del procés coronoide?

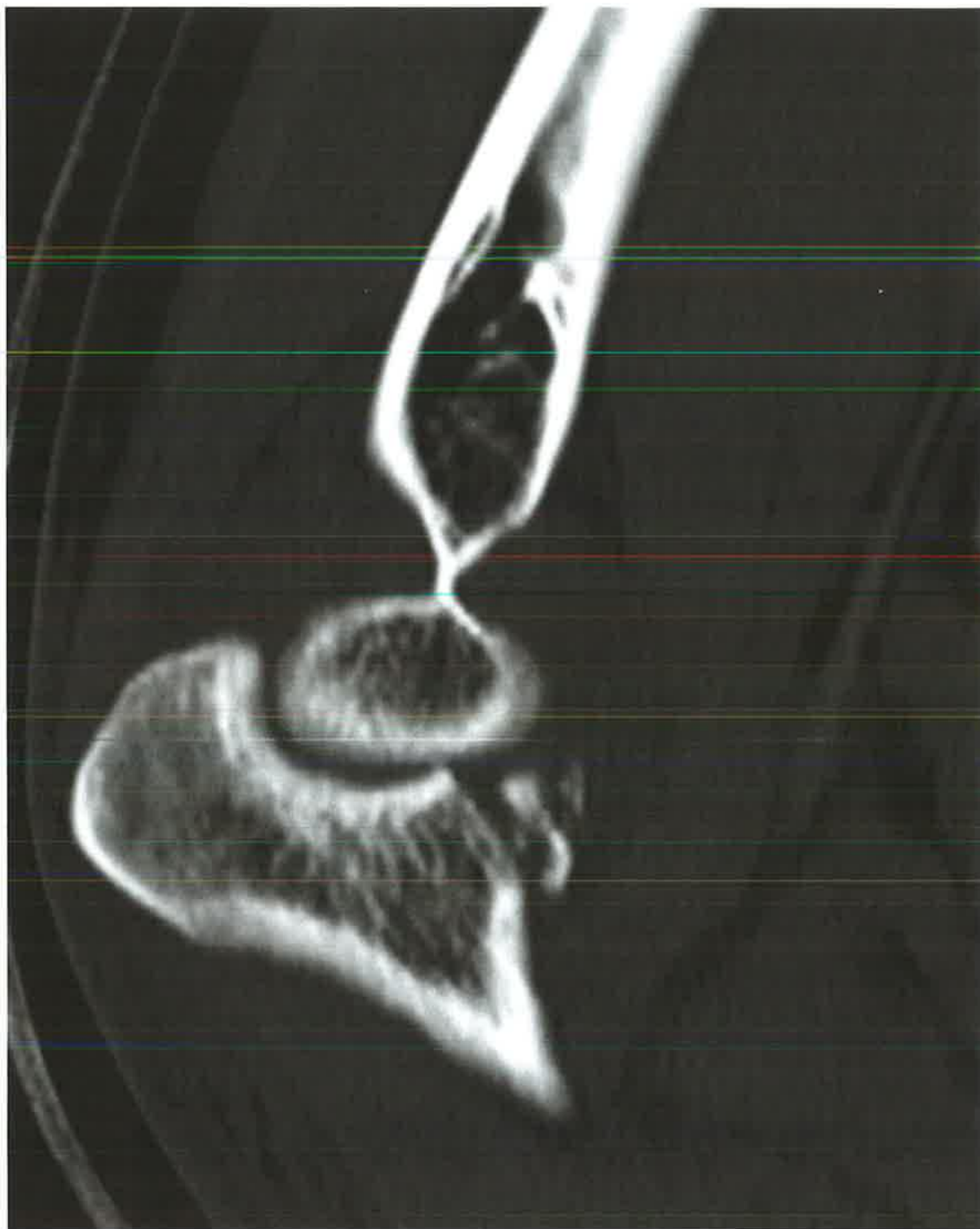
- a) Ofereix restricció anterior i contra el var de l'articulació humerocubital, i resistència a la subluxació posterior del colze a més de 30° de flexió.
- b) Ofereix restricció posterior i contra el valc de l'articulació humerocubital, i resistència a la subluxació posterior del colze a més de 30° de flexió.
- c) Ofereix restricció anterior i contra el valc de l'articulació humerocubital, i resistència a la subluxació posterior del colze a més de 30° de flexió.
- d) Ofereix restricció anterior i contra el var de l'articulació humerocubital, i resistència a la subluxació anterior de colze a més de 30° de flexió.

Es mostren les imatges radiològiques de la pacient del cas anterior:









7. Observant aquestes imatges, com caldria definir la lesió?

- a) Fractura-luxació transolecraniana.
- b) Fractura-luxació de Monteggia.
- c) Fractura-luxació de Galeazzi.
- d) Tríada terrible del colze.



8. **Després d'una reducció tancada, el colze és inestable en valc a 40° de flexió. Quin n'és el tractament definitiu més apropiat?**
- a) Reducció oberta i fixació interna del cap del radi i reparació del lligament col·lateral medial.
 - b) Pròtesi del cap del radi i reparació del lligament col·lateral lateral cubital (LCLC).
 - c) Escissió del cap del radi i reparació de l'LCLC.
 - d) Pròtesi del cap del radio +/- reducció oberta i fixació interna de l'apòfisi coronoide i reparació de l'LCLC.
9. **Com es defineix la triada terrible del colze?**
- a) Fractura de l'húmer, fractura del cap o del coll del radi i fractura de l'apòfisi coronoide.
 - b) Luxació del colze (normalment posterolateral), fractura del cap o del coll del radi i fractura de l'apòfisi coracoide.
 - c) Luxació del colze (normalment posterolateral), fractura distal del radi i fractura de l'apòfisi coronoide.
 - d) Luxació del colze (normalment posterolateral), fractura del cap o del coll del radi i fractura de l'apòfisi coronoide.
10. **Quina de les forces següents no actua en el colze per produir una triada terrible?**
- a) Valc.
 - b) Càrrega axial.
 - c) Var.
 - d) Força posterolateral rotatòria.
11. **Quines parts toves es lesionen en una triada terrible i en quin ordre?**
- a) 1) Lligament col·lateral lateral, 2) càpsula posterior i 3) lligament col·lateral deltoide.
 - b) 1) Lligament radial, 2) càpsula anterior i 3) lligament medial.
 - c) 1) Lligament col·lateral lateral, 2) càpsula anterior i 3) lligament col·lateral medial.
 - d) 1) Lligament medial, 2) càpsula anterior i 3) lligament col·lateral medial.

12. **Quina de les condicions següents és falsa per tractar una tríade terrible de manera conservadora?**
 - a) Que les articulacions humerocubital i radiocapítelar estiguin perfectament reduïdes i siguin concèntriques.
 - b) Que la fractura del cap del radi no tingui indicació quirúrgica.
 - c) Que la fractura de l'apòfisi coronoide sigui grossa.
 - d) Que el colze sigui estable per permetre una mobilització precoç.

13. **Quina de les següents opcions quirúrgiques no s'hauria d'incloure en el tractament quirúrgic combinat d'una triada terrible?**
 - a) Reducció oberta i fixació interna vs. pròtesi del cap del radi.
 - b) Reconstrucció del lligament col·lateral lateral +/- possible reconstrucció del lligament col·lateral medial.
 - c) Reducció oberta i fixació interna de l'apòfisi coronoide.
 - d) Artròdesi radiocubital proximal.

14. **Durant una intervenció quirúrgica d'una lesió es fa un abordatge seqüencial per tractar cada element. Quina és la part que se centra més a tractar la inestabilitat posterolateral rotatòria?**
 - a) Reparació o reconstrucció del complex lligamentós lateral.
 - b) Pròtesi del cap del radi.
 - c) Reconstrucció del complex lligamentós medial.
 - d) Reducció oberta i fixació interna del cap del radi.

15. **Quin dels factors següents és el més influent per prendre la decisió de reduir i fixar una fractura de l'apòfisi coronoide?**
 - a) El grau de comminució al cap del radi.
 - b) Les forces deformadores que actuen sobre el fragment ossi avulsionat.
 - c) La mida del fragment i l'estabilitat del colze després de col·locar la pròtesi del cap del radi.
 - d) El grau de desplaçament de la fractura.

- 16. Quan es pot tractar una fractura de l'apòfisi coronoide sense fixació?**
 - a) Quan està in situ, independentment de la mida.
 - b) Quan el pacient pateix osteoporosi.
 - c) Quan es redueix amb una flexió del colze de 120°.
 - d) Quan les fractures de l'apòfisi coronoide afecten menys del 10 % de la mida i no influeixen en l'estabilitat del colze.

- 17. Com s'ha d'optar entre la reducció oberta i fixació interna del cap del radi o la pròtesi del cap del radi?**
 - a) La reducció oberta i fixació interna del cap del radi està indicada en les fractures comminutes que afecten menys del 40 % de l'articulació.
 - b) La pròtesi del cap del radi està indicada en les fractures comminutes amb més de tres fragments.
 - c) La reducció oberta i fixació interna del cap del radi està indicada en les fractures no comminutes que afecten menys del 80 % de l'articulació.
 - d) La pròtesi del cap del radi no està indicada.

- 18. Quina és la zona segura per col·locar la placa en la reducció oberta i fixació interna d'una fractura del coll del radi per evitar la impactació amb el cúbit proximal durant la rotació?**
 - a) 0-90° amb l'avantbraç en pronosupinació neutra.
 - b) 90-110° des de l'estiloide radial fins al tubercle de Lister amb l'avantbraç en pronosupinació neutra.
 - c) 110-180° des del tubercle de Lister fins a l'articulació radiocubital distal amb l'avantbraç en pronosupinació neutra.
 - d) En qualsevol posició.

- 19. Quan està indicat reparar el lligament col·lateral medial?**
 - a) Quan se sintetitzen les fractures i es repara l'LCL i persisteix la inestabilitat, sobretot amb extensió de colze de més del 30 %.
 - b) Quan es repara l'LCL.
 - c) Quan es col·loca una pròtesi de cap del radi.
 - d) Quan se sintetitza la coronoide.

- 20. Després de la intervenció quirúrgica d'aquesta lesió d'aquesta lesió, si el lligament colateral medial no està lesionat, ¿en quina posició caldria col·locar l'avantbraç a l'hora de posar la fèrula d'immobilització?**
- a) Flexió i pronació.
 - b) Extensió i pronació.
 - c) Extensió i supinació.
 - d) Flexió i supinació.

Preguntes de reserva

- 21. Quina seqüela no és probable que es produeixi en la lesió d'aquest cas clínic?**
- a) Rigidesa del colze.
 - b) Ossificació heterotòpica.
 - c) Inestabilitat residual.
 - d) Pseudoartrosi de l'olècran.
- 22. Quin és el tractament adequat d'una fractura del cap del radi de més de tres fragments en una triada terrible?**
- a) Reducció oberta i fixació interna amb placa i perns.
 - b) Decapitació del cap del radi.
 - c) Pròtesi del cap del radi.
 - d) Reducció oberta i fixació interna amb perns.
- 23. Durant la intervenció quirúrgica, si és necessari implantar una pròtesi de cap del radi, a quina altura s'ha de col·locar?**
- a) A la mateixa altura que l'apòfisi coronoide.
 - b) A 1 mm proximal de l'apòfisi coronoide.
 - c) L'altura no és un paràmetre que calgui tenir en compte.
 - d) A 1 mm distal de l'apòfisi coronoide.



- 24. Senyalau l'afirmació falsa en relació amb el tractament quirúrgic de la tríade terrible del colze:**
- a) El tractament quirúrgic d'aquest tipus de lesió exigeix una tècnica quirúrgica protocolitzada.
 - b) L'abordatge inicial sempre és un abordatge lateral de Kaplan.
 - c) Els tres pilars en el tractament d'aquesta lesió són l'apòfisi coronoide, el cap radial i el lligament col·lateral medial.
 - d) Una vegada reparats els tres pilars cal valorar l'estabilitat del colze.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS
/



Cas 7. Mà i canell

Home de 40 anys, amb antecedents personals d'allèrgia a la penicil·lina i febre reumàtica en la infància, que acudeix al servei d'urgències referint dolor al canell esquerre després de patir una caiguda amb bicicleta dos dies abans. La caiguda va ser cap al costat esquerre, amb el canell en hiperextensió. No té cap antecedent (ni traumàtic ni de dolor previ) al canell afecte.

En l'exploració presenta dolor a la palpació al nivell del pol distal de l'escafoide i la tabaquera anatòmica. Té una mobilitat de 40° en flexió, de 60° en extensió, pronosupinació completa, de 40° en inclinació cubital i de 10° en inclinació radial.

Aquestes són les imatges radiològiques obtingudes al servei d'urgències:



1. **Quin és el diagnòstic tenint en compte la història clínica del pacient i les radiografies?**
 - a) Fractura del cos de l'escafoide.
 - b) Fractura-luxació transescafo perilunar en l'estadi IV.
 - c) Fractura del radi distal no desplaçada.
 - d) Fractura del pol distal de l'escafoide.

2. **Quines altres exploracions complementàries fan falta per al diagnòstic?**
 - a) Una radiografia contralateral del canell.
 - b) Una tomografia computada del canell.
 - c) Una ressonància magnètica del canell.
 - d) No fa falta fer més proves.

3. **Respecte del dolor que presenta el pacient, quina estructura anatòmica no es troba a la tabaquera anatòmica?**
 - a) L'extensor curt del polze (*extensor pollicis brevis*).
 - b) L'os semilunar.
 - c) L'artèria radial.
 - d) L'apòfisi estiloide del radi.

4. **Senyalau l'afirmació correcta sobre l'escafoide:**
 - a) El 80 % de la superfície de l'escafoide està recobert per cartílag articular.
 - b) La vascularització és només anterògrada.
 - c) S'articula amb el piramidal per mitjà del lligament dorsal intercarpià.
 - d) Forma part de la filera distal del carp.

5. **En els casos de fractura de l'escafoide, quina fractura és més probable que provoqui una pseudoartrosi i necrosi avascular?**
 - a) La del pol proximal.
 - b) La del cos o la cintura de l'escafoide.
 - c) La del pol distal.
 - d) La de la tuberositat distal de l'escafoide.

6. **Quina és la complicació més freqüent de la fractura de l'escafoide ?**
 - a) La necrosi avascular de l'escafoide (malaltia de Preiser).
 - b) La pseudoartrosi.
 - c) El col·lapse avançat per pseudoartrosi de l'escafoide (SNAC).
 - d) El col·lapse avançat per lesió escafolunar (SLAC).

7. **Senyalau l'afirmació correcta sobre la fractura de l'escafoide carpià:**
 - a) És la menys freqüent del carp, entre el 10 % i el 20 % de les fractures dels ossos del carp.
 - b) La majoria d'aquestes fractures són conseqüència d'un traumatisme d'energia baixa, en activitats esportives o en caigudes amb el canell hiperestès.
 - c) És més freqüent en les dones i en els infants.
 - d) Sempre va associada a altres fractures.

8. **El potencial de curació d'una fractura de l'escafoide carpià depèn de certs factors. Senyalau l'incorrecte:**
 - a) Retard en el tractament superior a quatre setmanes.
 - b) Fractura del pol distal.
 - c) Desplaçament de més d'1 mm.
 - d) Abús del tabac.

9. **Quina és la taxa de pseudoartrosi del tractament conservador de les fractures del cos de l'escafoide?**
 - a) 52-57 %.
 - b) 71-83 %.
 - c) 5-12 %.
 - d) 34-45 %.

10. **En les fractures de l'escafoide no tractades que desenvolupen una pseudoartrosi, quina és la deformitat més freqüent de l'escafoide?**
 - a) En flexió.
 - b) En extensió.
 - c) No s'hi desenvolupa mai una deformitat.
 - d) En rotació interna.

11. **Amb el temps, la pseudoartrosi de l'escafoide acaba desenvolupant un patró d'artrosi molt típic, que es coneix amb una sigla provinent de la denominació en anglès. Senyalau-la:**
 - a) SCAC.
 - b) SNAC.
 - c) SLAC.
 - d) SMAC.

12. **En cas de gran sospita de fractura de l'escafoide, quantes projeccions radiològiques són recomanables per diagnosticar-la?**
 - a) Dues: anteroposterior i lateral.
 - b) Cinc: anteroposterior, lateral, Sneck i dues projeccions obliqües.
 - c) Set: anteroposterior, lateral, Sneck, dues projeccions obliqües, axial i dinàmiques.
 - d) En la sospita de fractura sempre cal fer una ressonància magnètica.

13. **En el cas de tractar quirúrgicament una fractura de l'escafoide, quin tipus d'osteosíntesi s'ha de descartar?**
 - a) Cargols canulats.
 - b) Plaques.
 - c) Agulles de Kirschner.
 - d) Fixador extern.

14. **En un cas de fractura del pol proximal de l'escafoide, com s'ha de fer l'osteosíntesi per mitjà d'un cargol canulat?**
 - a) Per la via dorsal.
 - b) Amb abordatge volar.
 - c) Amb abordatge lateral.
 - d) En aquest tipus de fractura, l'osteosíntesi d'elecció és amb placa dorsal.



- 15. Quan es calcula la longitud d'un cargol canulat per tractar una fractura del cos de l'escafoide, una vegada que l'agulla de Kirschner està col·locada correctament, ¿quina longitud de cargol cal emprar?**
- a) La mateixa longitud que indiqui el mesurador.
 - b) 2 mm més que la longitud que indiqui el mesurador.
 - c) 4 mm menys que la longitud que indiqui el mesurador.
 - d) 8 mm menys que la longitud que indiqui el mesurador.
- 16. Quina de les respostes següents no és un avantatge de l'abordatge palmar respecte del dorsal?**
- a) Facilitat d'accés i col·locació més propera a l'eix longitudinal de l'escafoide.
 - b) Menys probabilitats de lesionar tendons.
 - c) Més bona reducció de l'escafoide en cas de deformitats en flexió.
 - d) Respecta més la vascularització de l'escafoide.
- 17. Un retard de més de quatre setmanes en el diagnòstic i el tractament d'una fractura de l'escafoide...**
- a) ...no canvia el tractament.
 - b) ...és una indicació per al tractament quirúrgic.
 - c) ...inicialment es tracta sempre amb immobilització.
 - d) ...només en els casos en què hi hagi una deformitat es tracta quirúrgicament.
- 18. Senyalau la resposta correcta respecte d'una fractura de l'escafoide associada a una fractura de l'estiloide radial:**
- a) La fractura de l'escafoide mai s'associa a una fractura del radi.
 - b) És una de les formes clíniques de les fractures-luxacions perilunars.
 - c) Sempre estan desplaçades.
 - d) Estan associades invariablement a la lesió del fibrocartílag triangular del canell.

- 19. Quin factor no és necessari tenir en compte per avaluar una pseudoartrosi de l'escafoide?**
- a) La localització de la pseudoartrosi.
 - b) La deformitat de l'escafoide.
 - c) La pèrdua d'estoc ossi.
 - d) L'altura carpiana i la longitud de l'escafoide.
- 20. Quin és el tractament més habitual de la pseudoartrosi de l'escafoide?**
- a) Cruentació artroscòpica del focus de la pseudoartrosi.
 - b) Curetatge, empelt ossi autòleg i osteosíntesi amb cargol canulat.
 - c) Curetatge, empelt ossi autòleg i osteosíntesi amb placa.
 - d) Curetatge, empelt ossi vascularitzat i osteosíntesi amb agulles de Kirschner.

Preguntes de reserva

- 21. La pseudoartrosi avançada de l'escafoide acaba amb un patró d'artrosi molt previsible. En aquesta situació, quin dels factors següents condicionaria el tractament de rescat?**
- a) La mobilitat del canell.
 - b) La força de prensió del puny.
 - c) Les superfícies articulars afectades.
 - d) L'afectació articular de l'articulació carpometacarpiana.
- 22. Quina de les respostes següents no és un dels possibles tractaments de les seqüeles de l'artrosi carpiana per pseudoartrosi de l'escafoide?**
- a) La resecció del pol proximal de l'escafoide.
 - b) L'artròdesi parcial carpiana de quatre cantonades.
 - c) La pròtesi radiocarpiana.
 - d) Cruentació, empelt i osteosíntesi.

- 23. Quina de les respostes següents no és una indicació de tractament quirúrgic d'una fractura de l'escafoide?**
- a) Desplaçament de més d'1 mm.
 - b) Deformatat en flexió.
 - c) Fractura del pol distal de l'escafoide.
 - d) Fractura del pol proximal de l'escafoide.
- 24. Senyalau la resposta correcta respecte de la fractura del pol proximal de l'escafoide:**
- a) Si no està desplaçada, l'abordatge és conservador.
 - b) És molt rara i sempre consolida.
 - c) Encara que no estigui desplaçada, es recomana el tractament quirúrgic.
 - d) És una fractura considerada estable, encara que estigui desplaçada, per les connexions lligamentoses.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

