

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

1. ¿Por cuál de los siguientes procesos se produce la osificación de regeneración en la osteogénesis de distracción?
 - a. Osificación intramembranosa
 - b. Osificación encondral
 - c. Osificación heterotópica
 - d. Formación de hueso nuevo perióstico

2. En relación a la anatomía funcional y topográfica de los tendones flexores, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:
 - a. Los tendones flexores están formados por fascículos paralelos longitudinalmente compuestos por colágeno y fibroblastos
 - b. A lo largo de su recorrido tienen un segmento extrasinovial y otro intrasinovial
 - c. Los flexores del índice, medio y anular tienen vaina sinovial individual
 - d. Todas son ciertas

3. ¿Cuál de los siguientes antibióticos no se considera de primera elección en el tratamiento de las infecciones por gérmenes gram +, de artroplastias de cadera o rodilla, debido a su baja penetración intracelular en el Biofilm?
 - a. Rifampicina
 - b. Rifampicina
 - c. Amoxicilina-Clavulánico
 - d. Cotrimoxazol

4. Ante un tendón de Aquiles en el que encontramos en la exploración signos inflamatorios, impotencia funcional dolorosa y palpación de una zona nodular dolorosa, nos encontramos ante una:
 - a. Paratendinitis
 - b. Paratendinitis con tendinitis
 - c. Tendinosis
 - d. Rotura tendinosa completa

5. Con respecto a la profilaxis antibiótica en cirugía ortopédica y traumatología, es cierto que:
 - a. Existe consenso en que la administración del antibiótico debe realizarse entre los 60 y los 30 minutos previos al inicio de la cirugía
 - b. Hay que repetir la dosis del antibiótico en cirugías con duración superior a 5 horas
 - c. Cuando se usa torniquete de isquemia, al menos la mitad de la dosis del antibiótico debe pasar antes de inflarlo
 - d. Está demostrado que siempre hay que mantener la profilaxis hasta 24 horas después de la cirugía

6. Dentro de la matriz extracelular del cartílago articular, ¿qué tipo de colágeno es el que representa el mayor porcentaje?
 - a. Colágeno tipo I
 - b. Colágeno tipo II
 - c. Colágeno tipo V
 - d. El cartílago articular no contiene colágeno

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

7. ¿Cuál de los siguientes factores, denominados habitualmente triada de VIRCHOW, dan lugar a la aparición de la trombosis venosa?
- Aumento de la viscosidad sanguínea, inmovilidad y edema de la extremidad inferior
 - Aumento de la viscosidad sanguínea, inmovilidad y edema de la extremidad inferior
 - Activación de la plasmina, formación de fibrina y propagación del coágulo
 - Estasis venosa, lesión endotelial e hipocoagulabilidad
8. ¿Cuál de los siguientes NO se considera factor de riesgo para el desarrollo de infección del sitio quirúrgico a la hora de implantar una prótesis articular?
- Glucemias por encima de 200 mg /litro
 - Paciente con artropatía inflamatoria
 - Paciente con niveles de transferrina menores de 200 mg/dl
 - Paciente de sexo femenino
9. Con respecto a la estructura de la fisis de crecimiento, es cierto que:
- La zona proliferativa está constituida por columnas longitudinales de células aplanadas
 - Las células de la zona hipertrófica son más pequeñas que las de la zona proliferativa
 - La zona de reserva participa activamente en el crecimiento longitudinal del hueso
 - Ninguna de las anteriores es correcta
10. Dentro de la matriz extracelular del cartílago articular, ¿Qué tipo de colágeno es el que representa el mayor porcentaje?
- Tipo I
 - Tipo II
 - Tipo V
 - El colágeno no forma parte del cartílago articular
11. Con respecto al encondroma, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?
- Es un tumor benigno de cartílago hialino
 - Puede formar parte del Síndrome de Ollier
 - Ambos sexos se afectan por igual
 - Son tumores de crecimiento rápido
12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones define mejor el sarcoma de Ewing?
- Tumor óseo primitivo benigno caracterizado por masas densas de pequeñas células redondas, uniformes y generalmente dispuestas en capas
 - En la radiología simple suelen aparecer como una lesión osteolítica mal delimitada con patrón permeativo e infiltrativo y reacción en láminas (capas de cebolla)
 - Suele aparecer entre los 30 y los 40 años
 - La radioterapia está indicada antes que la cirugía
13. En relación al nervio axilar no es cierto que:
- Es responsable de la rotación externa
 - Inerva al deltoides
 - Rodea al cuello del humero
 - Puede lesionarse en abordajes laterales

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

14. En la Parálisis Obstétrica de Erb – Duchenne (c5-c6) es cierto que:
- Afecta a los músculos intrínsecos de la mano
 - Tiene el peor pronóstico
 - Es la de peor pronóstico
 - La actitud es de aducción y rotación del hombro con codo en extensión
15. En relación a las lesiones de manguito rotador NO es cierto que:
- La mayoría de los desgarros masivos sintomáticos se tratan de forma quirúrgica
 - La prevalencia aumenta con la edad
 - La mayoría son asintomáticos
 - Consideramos desgarrar masivo la rotura completa de 2 o más tendones
16. Las lesiones de “SLAP” del hombro:
- Son frecuentes en ancianos
 - El examen físico es suficiente para el diagnóstico
 - Son lesiones de la parte superior del labrum glenoideo
 - La prueba de imagen para el diagnóstico es el tac
17. En las artroplastias de hombro es cierto que:
- La hemiartroplastia precisa de un manguito íntegro
 - El aflojamiento del componente glenoideo no es una complicación frecuente
 - La artroplastia invertida es de indicación en pacientes jóvenes
 - La artroplastia invertida se utiliza en lesiones del deltoides
18. En las Epicondilitis NO es cierto que:
- Es frecuente en trabajadores manuales
 - Comienzan por roturas de extensor corto radial del carpo
 - Tienden a la curación espontánea
 - Las infiltraciones con corticoides mejoran a largo plazo los resultados funcionales
19. Para el tratamiento de Fracturas Supracondíleas en niños se prefiere:
- Dos agujas cruzadas por cóndilo lateral y medial
 - Las agujas deben ser paralelas
 - La fijación debe ser bicortical
 - Son preferibles las agujas roscadas
20. En el estadio II de la Enfermedad de Kienbock el tratamiento indicado es:
- Inmovilización
 - Descargar el semilunar y procedimiento de revascularización
 - Artrodesis intercarpiana
 - Artrodesis total de muñeca
21. Consideramos fracturas estables del escafoides:
- Fractura del tubérculo
 - Fractura distal oblicua
 - Fractura del polo proximal
 - Fractura del tercio medio

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

22. En la exploración física de la displasia de cadera en el recién nacido NO encontraremos:
- Maniobra de Ortolani
 - Maniobra de Barlow
 - Limitación de la extensión de cadera y rodilla
 - Limitación de la abducción
23. La deformidad más frecuente del pie en el neonato es:
- Pie calcáneo valgo congénito
 - Astrágalo vertical congénito
 - Pie zambo congénito
 - Metatarso varo congénito
24. El Angulo metafisodiafisario del genu varo fisiológico debe ser:
- Superior a 12°
 - Inferior a 11°
 - Inferior a 7°
 - Inferior a 3°
25. Señale la afirmación CORRECTA en relación a los abordajes de cadera
- El abordaje anterior de Smith-Petersen se realiza entre el sartorio y tensor de la fascia lata
 - El abordaje lateral de Hardinge puede lesionar el nervio glúteo inferior
 - El abordaje posterolateral de Moore es difícilmente ampliable
 - En el abordaje posterolateral se debilita la musculatura abductora
26. ¿Cuál es de estas asociaciones en relación al estudio radiológico de Letournel de las fracturas de acetábulo NO es correcta?
- Proyección obturatriz y columna posterior
 - Proyección alar y pared anterior
 - Proyección anteroposterior y sínfisis del pubis
 - Proyección obturatriz y pared posterior
27. ¿Cuál es la complicación neurológica más frecuente en las luxaciones traumáticas de la cabeza femoral?
- Lesión de la rama tibial del nervio ciático
 - Lesión completa del ciático
 - Lesión de la rama peronea del nervio ciático
 - Lesión del nervio musculocutáneo
28. En relación con las luxaciones traumáticas de la cadera, señale la respuesta CORRECTA
- La luxación anterior es la más frecuente
 - La clasificación de Pipkin hace relación a la fractura asociada de la cabeza femoral
 - La artrosis postraumática es la complicación más frecuente
 - Se producen en el contexto de traumatismos de baja energía

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

29. La clasificación de Pauwels de las fracturas intracapsulares de la extremidad proximal del fémur hace relación a:
- a. Desplazamiento
 - b. Conminución
 - c. Trazo de fractura
 - d. Afectación del trocánter mayor
30. Las fracturas intracapsulares desplazadas de la extremidad proximal del fémur en un paciente anciano se tratan con:
- a. Osteosíntesis con tornillos canulados
 - b. Hemiartroplastia
 - c. Osteosíntesis con clavo-placa
 - d. Artroplastia total
31. En relación a las fracturas extracapsulares de la extremidad proximal del fémur, ¿Cuál de estos factores determina NO se asocia con inestabilidad de la fractura?:
- a. Fractura multifragmentaria
 - b. Conminución de la cortical medial
 - c. Ausencia de cortical lateral
 - d. Trazo perpendicular al eje del fémur
32. ¿Cuál es la complicación más frecuente de las fracturas Intertrocantéricas de la extremidad proximal del fémur?:
- a. Pérdida de fijación
 - b. Pseudoartrosis
 - c. Necrosis avascular
 - d. Lesión arterial
33. ¿Cuál es el par de fricción más utilizado en la artroplastia total de cadera?:
- a. Metal - polietileno
 - b. Cerámica- cerámica
 - c. Cerámica-polietileno
 - d. Metal – metal
34. ¿Cuál de estas afirmaciones NO es correcta en relación a la necrosis avascular de la cabeza femoral?:
- a. Los pacientes trasplantados, tomadores de corticoides tienen un mayor riesgo de padecerla
 - b. En fases iniciales de la enfermedad el estudio radiológico puede ser normal (Ficat I)
 - c. La afectación del pilar medial de la cabeza femoral tiene peor pronóstico que la afectación del pilar lateral
 - d. La artroplastia de cadera está indicada en fase de colapso

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

35. Acude una mujer de 26 años diagnosticada de artrosis secundaria a displasia alta del desarrollo de la cadera. Tras explorarla y con el estudio radiológico se plantea la colocación de una prótesis total de cadera. ¿Cuál de estas alteraciones anatómicas NO encontraremos en la cirugía?
- Un cotilo pequeño y profundo
 - Un aumento de la anteversión femoral
 - Un defecto de la pared anterior
 - Una posición más posterior del trocánter mayor
36. Un paciente portador de una prótesis total de cadera sufre una caída y tras el estudio radiológico es diagnosticado de fractura tipo B de Vancouver. ¿De qué tipo de fractura se trata?
- Una fractura del trocánter mayor
 - Una fractura del trocánter menor
 - Una fractura alrededor del vástago
 - Una fractura distal al vástago
37. ¿Cuál de estos NO es un factor de riesgo de infección de prótesis de cadera?
- Edad avanzada
 - Cirugía por artrosis primaria
 - Diabetes
 - Malnutrición
38. ¿Cuál de estos hallazgos radiológicos se observa en una prótesis total de cadera de más de 10 años de evolución que es diagnosticada de aflojamiento aséptico?
- Trabéculas óseas entre el componente acetabular y el hueso
 - Redondeamiento del cuello femoral
 - Líneas radiotransparentes alrededor del vástago
 - Ausencia de pedestal
39. En el seguimiento radiológico de una artroplastia total de cadera, uno de los parámetros que se miden es el ANGULO DE INCLINACION ACETABULAR. En relación al mismo, ¿Cuál de estas afirmaciones ES CORRECTA?
- El valor optimo es por encima de 50°
 - Se mide en la proyección lateral
 - Va cambiando conforme se integra el componente acetabular
 - Es el Angulo formado entre la línea interlagrimal y el borde superior e inferior del cotilo implantado
40. En las fracturas de la extremidad distal del fémur es FALSO que:
- Un porcentaje amplio se debe a fracturas por baja energía en paciente anciano con hueso osteoporótico.
 - En el paciente joven suele deberse a traumatismo de alta energía.
 - Asociada a fractura de tibia origina una rodilla flotante.
 - La lesión de la arteria femoral superficial es característica de esta fractura

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

41. La clasificación de Schatzker hace referencia a:
- a. Fractura rótula
 - b. Fractura cóndilos femorales
 - c. Fractura de meseta tibial
 - d. Fractura peroné proximal
42. Una joven de 18 años presenta mientras realizaba un giro practicando patinaje un dolor súbito con deformidad en rodilla derecha que le causa caída al suelo. Una vez en el suelo logra estirar la rodilla y algo se coloca aliviando en gran medida el dolor, consigue levantarse y caminar, pero nota la rodilla inflamada con sensación de inestabilidad. A su llegada a urgencias se le realiza una radiografía de rodilla que resulta ser normal. Presenta importante derrame articular que mediante artrocentesis se evacua parcialmente obteniendo líquido hemorrágico sin sobrenadante graso. Presenta además dolor en los bordes laterales de la rótula, con cajón anterior negativo. No se pueden explorar los meniscos y no poder flexionar la rodilla por dolor. Señale su sospecha diagnóstica y su actitud terapéutica
- a. Tiene una rotura del ligamento cruzado anterior, solicitaría una RMN urgente y si se confirma el diagnóstico realizaría una ligamentoplastia en la fase aguda.
 - b. Ha sufrido una luxación de rodilla, el hemartros proviene de un desgarramiento de la íntima de la arteria poplítea, solicitaría una arteriografía o un Angiotac y la remitiría al servicio de cirugía vascular
 - c. Parece una luxación de rótula, colocaría un vendaje o una rodillera de centraje rotuliano, solicitaría una RMN ambulatoria y revisión en consultas externas.
 - d. La limitación para la flexión de la rodilla indica que tiene una lesión meniscal, si realizamos una cirugía urgente se puede suturar el menisco roto.
43. ¿Cuál de estos binomios cuadro clínico <> diagnóstico le parece MENOS probable:
- a. Chasquidos y bloqueos de rodilla <> lesión meniscal
 - b. Fallos e inestabilidad anteroposterior <> Rotura de ligamento cruzado
 - c. Dolor crónico en cara anterior de rodilla al bajar escaleras <> Rotura de ligamento lateral externo
 - d. Inestabilidad con el valgo de rodilla <> Lesión de ligamento lateral interno
44. Paciente mujer de 73 años con gonartrosis severa tricompartmental, con gran angulación en varo y muy sintomática, que no ha mejorado con analgesia, rehabilitación ni infiltraciones. Sobre el tratamiento más idóneo es cierto:
- a. El lavado y desbridamiento artroscópico son eficaces en este caso
 - b. El de elección es la artroplastia total.
 - c. La osteotomía de alineación es útil.
 - d. La artroplastia unicompartmental es de elección
45. Mujer de 45 años. Presenta gonalgia derecha mecánica que no mejora con tratamiento médico. En el estudio radiográfico existe deformidad en valgo de la rodilla, presentando pinzamiento articular lateral exclusivamente y con integridad ligamentosa en la RMN. La opción más recomendable:
- a. Artroplastia total de rodilla
 - b. Osteotomía valguizante de tibia
 - c. Osteotomía varizante de fémur
 - d. Ninguna de las anteriores

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

46. ¿Cuál de las siguientes NO es una opción recomendable en el tratamiento de una osteocondritis disecante inestable?
- a. Trasplante de condrocitos autólogos.
 - b. Mosaicoplastia.
 - c. Perforaciones retrógradas.
 - d. Fijación del fragmento.
47. Paciente de 34 años que se cae y presenta dolor en cara anterior de rodilla sobre la rótula. En la radiografía se aprecia en el borde superoexterno una lesión ósea de borde redondeado y escleroso (silueta lisa) que completa a la rótula. El diagnóstico más probable es:
- a. Fractura longitudinal de rótula
 - b. Rotula bipartita
 - c. Fractura transversa rótula
 - d. Avulsión aguda de rotula
48. Un joven de 16 años, jugador de baloncesto, acude por dolor y bloqueos de rodilla. Las pruebas complementarias nos aportan un diagnóstico de osteocondritis disecante de rodilla en cóndilo femoral interno. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es INCORRECTO?
- a. Injerto osteocondral autólogo (Mosaicoplastia).
 - b. Realización de microfracturas o perforaciones por artroscopia de la zona lesionada.
 - c. Prótesis unicompartmental de rodilla.
 - d. Trasplante de condrocitos autólogos.
49. Después de un fuerte golpe en la rodilla y sobre todo si la extremidad inferior afectada está apoyando sobre el suelo, puede llegar a producirse la llamada triada desgraciada que afecta a tres elementos de los componentes anatómicos de la articulación de la rodilla. ¿Cuáles son éstos?
- a. Ligamento colateral tibial, ligamento cruzado posterior y cruzado anterior.
 - b. Ligamento cruzado anterior, ligamento cruzado posterior y menisco medial.
 - c. Ligamento colateral peroneo, ligamento cruzado posterior y menisco lateral.
 - d. Ligamento colateral tibial, ligamento cruzado anterior y menisco medial.

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

50. Paciente de 40 años que es valorado en urgencias tras recibir un traumatismo en el tobillo derecho al precipitarse desde una altura de 2 metros (caída de una escalera). Presenta dolor, tumefacción e impotencia funcional en el tobillo, con las radiografías que se muestran a continuación. Señale la opción INCORRECTA:

- a. Es obligatorio descartar la existencia de lesiones vásculo-nerviosas asociadas en la exploración en urgencias.
- b. Está indicado la realización de un estudio de TC para una mejor caracterización de los hallazgos objetivados en la radiografía simple.
- c. El estado de las partes blandas condiciona el método y el momento de la osteosíntesis.
- d. Estaría indicada una artrodesis primaria.



51. Varón de 34 años que sufre una torcedura del tobillo en pronación y rotación externa forzada y acude al Servicio de Urgencias refiriendo dolor e impotencia funcional. ¿Cuál le parece la opción más CORRECTA de tratamiento

- a. Inmovilización con yeso cruropédico.
- b. Fijación sindesmal con tornillos o dispositivos elásticos.
- c. Osteosíntesis del peroné y botín de yeso.
- d. Inmovilización inicial y tratamiento funcional.



CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

52. Tras observar la fractura conminuta de calcáneo que se aprecia en la siguiente radiografía de un paciente de 30 años sin factores de riesgo asociados que trabaja como camarero, ¿cuál de las siguientes opciones NO deberemos tener en cuenta?:

- a. Puede producir un síndrome compartimental.
- b. El ángulo de Böhler es determinante en el pronóstico y tratamiento.
- c. Puede presentar lesiones asociadas en el raquis.
- d. Siempre se tratará de forma quirúrgica.



53. A continuación, se muestran los estudios de imagen de un hombre de 50 años que sufrió un traumatismo de altura con dolor en el retropié al apoyar. Atendiendo a la clasificación de Sanders, ¿Cómo clasificaría esta fractura de calcáneo?

- a. II A
- b. II B
- c. III AC
- d. III BC



54. En una fractura por avulsión de la zona I del 5º metatarsiano, indicaría:

- a. Inmovilización inicial y tratamiento funcional
- b. Reducción abierta y osteosíntesis con placa
- c. Osteosíntesis percutánea con tornillo
- d. Cerclaje en obenque

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

55. En relación a la artrosis de tobillo, ¿Cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA?
- El tobillo soporta más carga por mm² que la cadera o la rodilla.
 - El tobillo presenta buena tolerancia a la artrosis postraumática.
 - La inestabilidad crónica es una causa mayor de artrosis de tobillo.
 - La artrodesis de tobillo sigue siendo la técnica de elección para el tratamiento de la artrosis en estadio final de tobillo.
56. ¿En qué situación clínica consideraría contraindicada la implantación de una prótesis de tobillo?
- Artritis reumatoide
 - Edad inferior a 50 años
 - Ausencia de movilidad
 - Artrodesis del tobillo contralateral
57. ¿Qué tipo de patología neurológica NO suele relacionarse con la aparición de pie cavo:
- Mielomeningocele.
 - Charcot-Marie-Tooth.
 - Poliomielitis.
 - Esclerosis múltiple.
58. El test de pronación del antepie de Coleman:
- Permite distinguir un varo de retropié rígido de uno flexible.
 - Permite distinguir un valgo de retropié rígido de uno flexible.
 - Distingue la contractura entre sóleo y gastrocnemios.
 - Es diagnóstico para el neuroma de Morton del 3º espacio.
59. En cuanto a los ángulos más comúnmente utilizadas en el estudio radiológico del hallux valgus, señale la respuesta INCORRECTA:
- El ángulo intermetatarsiano (IMT) toma como referencia el eje longitudinal de la diáfisis del primer y del segundo metatarsiano.
 - El ángulo articular de la base de la falange proximal (DASA) toma como referencia la superficie articular de la base de la falange proximal con el eje longitudinal de la diáfisis de la falange proximal.
 - El ángulo metatarsofalángico (hallux valgus) toma como referencia el eje longitudinal de la diáfisis de la falange proximal y el eje longitudinal de la diáfisis del primer metatarsiano.
 - El ángulo articular de la cabeza del primer metatarsiano (PASA o DMAA) toma como referencia la superficie articular de la cabeza del primer metatarsiano con el eje longitudinal de la falange proximal.
60. La enfermedad de Müller – Weiss se caracteriza por:
- Pie plano valgo doloroso.
 - Retropié varo.
 - Índex plus y Metatarso adductus.
 - El tratamiento ortoprotésico no suele proporcionar un buen resultado.

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

61. ¿En qué caso NO indicaría como electiva una artrodesis tibiotalcalcánea?
- a. Artrosis de tobillo y subastragalina.
 - b. Situaciones con importante pérdida ósea de la tibia distal o del astrágalo.
 - c. Lesión osteocondral 1,5 cm² en la zona 4 de Raikin del astrágalo.
 - d. Artropatía neuropática.
62. En un paciente joven con pie doloroso y esta radiografía en carga ¿Cuál sería su primera impresión diagnóstica?
- a. Pie plano postraumático.
 - b. Enfermedad de Muller Weiss.
 - c. Artropatía neuropática.
 - d. Coalición tarsiana.



63. Paciente varón de 20 años que acude a su consulta con cuadro de dolor lumbar bajo, de predominio derecho, de más de 3 meses de evolución y rigidez matutina. En las pruebas de imagen se observa sacroileitis derecha. ¿Cuál de las siguientes es falsa?
- a. Le recomendaría colocar una ortesis de tronco para control sintomático de su dolor
 - b. Le recomendaría natación y fisioterapia
 - c. Le indicaría que fuera evaluado por un Reumatólogo
 - d. Los AINES son eficaces en el control de su sintomatología
64. Vas a realizar un procedimiento de corrección de escoliosis con tornillos pediculares en una paciente de 13 años. Una técnica para reducir en fluoroscopia la dosis en piel al paciente es:
- a. Aumentar la distancia foco-paciente
 - b. Aumentar la distancia paciente -intensificador
 - c. Utilizar el modo de alta calidad de imagen
 - d. Utilizar la magnificación

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

65. Estás en quirófano realizando un procedimiento de manos libres para colocar los tornillos en una escoliosis. Tienes la sospecha de que se ha producido una falsa vía en un tornillo. Has pedido control con escopia y no llevas puesto tu delantal plomado. ¿Cuál de las siguientes es cierta?
- La dosis de irradiación que voy a recibir es inversamente proporcional al tiempo de exposición.
 - La dosis de irradiación que voy a recibir es exponencial al tiempo de exposición.
 - La intensidad de la irradiación que voy a recibir es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia.
 - La intensidad de la radiación es directamente proporcional al cuadrado de la distancia.
66. Respecto a los efectos deterministas o no probabilísticos de las radiaciones ionizantes, señale la correcta
- No tienen dosis umbral y su gravedad depende de la dosis recibida
 - Tienen dosis umbral y su gravedad depende de la dosis recibida
 - Tienen dosis umbral y su gravedad no depende de la dosis recibida
 - Se producen debido a mutaciones radio inducidas en las células que conservan su capacidad de reproducción
67. Paciente mujer de 12 años, menarquia hace 10 meses, que está siendo tratada con corsé de Boston durante 18 horas al día, por una escoliosis torácica derecha. En el último control radiográfico la curva T4-T12 mide 38° Cobb y T12-L4 de 25° Cobb, el cartílago triirradiado está cerrado, y su estado madurativo en RX de mano es Sanders 7
- ¿Cuál sería su consejo terapéutico en estos momentos?
- Dada la magnitud de la curva y el riesgo de progresión en la vida adulta, aconsejaría una artrodesis selectiva torácica.
 - Dada la magnitud de las curvas y estado madurativo de la paciente (Sanders 7), aconsejaría continuar con corsé de Boston al menos 17 horas al día.
 - Dada la magnitud de las curvas y estado madurativo, iniciaría la retirada progresiva del corse.
 - Dada la magnitud de las curvas y el estado madurativo, iniciaría corse nocturno en inclinación para mejor control de la curva lumbar.
68. ¿Cuál de los siguientes se considera el signo de mejor pronóstico respecto a la recuperación neurológica en un paciente con una fractura vertebral a nivel T3 tipo A4 de la AO y déficit neurológico?
- Mantenimiento del reflejo bulbocavernoso
 - Mantenimiento de la sensibilidad perianal y del tono rectal.
 - Aumento del reflejo aquileo
 - Recuperación de los niveles de ácido láctico en sangre

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

69. Un hombre de 35 años sufre en un accidente automovilístico y presenta en el estudio de imagen practicado de urgencia una fractura luxación C5/6 (Tipo C de AO). El examen físico del paciente es compatible con una lesión de la médula espinal de Brown-Sequard. ¿Cuál de los siguientes probablemente representa los hallazgos motores y sensoriales?
- Pérdida ipsilateral de la sensación de dolor y temperatura y pérdida contralateral de la función motora
 - Pérdida bilateral de la función motora y pérdida unilateral de la sensación de dolor y temperatura.
 - Pérdida ipsilateral de la función motora y pérdida contralateral de la sensibilidad al dolor y la temperatura
 - Pérdida bilateral de la función motora de las extremidades superiores y pérdida unilateral de la sensación de dolor y temperatura en las extremidades inferiores
70. Varón de 73 años que sufre caída en el baño, golpeándose en la frente con el inodoro. En urgencias refiere dolor de nuca y debilidad subjetiva de las extremidades superiores. El examen revela 3/5 de fuerza para la flexión del codo, la extensión del codo y de los dedos. El examen de su extremidad inferior muestra que es capaz de levantar la pierna estirada contra la gravedad bilateralmente, con una fuerza de 4+/5 para la extensión de la rodilla bilateralmente. El paciente informa que antes de la caída estaba activo, jugaba tenis y no tenía problemas con la destreza en las manos. En RNM practicada de urgencias se observan signos de espondiloartrosis, no se observan fracturas, hernias de disco y si la presencia de edema medular. ¿Cuál de las siguientes es cierta?
- Se trata de un Síndrome de Schneider (síndrome medular central)
 - Se trata de un Síndrome medular anterior
 - Se trata de un Síndrome medular posterior
 - Se trata de un Síndrome de la arteria vertebral

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En las fracturas de la extremidad distal del radio NO es criterio de inestabilidad:
- Trazo intraarticular
 - Edad menor de 60 años
 - Conminucion dorsal metafisaria
 - Acortamiento radial inicial mayor de 1 cm
72. En el torticolis muscular congénita no es cierto que:
- Es más frecuente en los partos de nalgas
 - La mayoría afectan al lado derecho
 - Se palpa una tumoración en el trayecto del esternocleidomastoideo
 - El tratamiento es quirúrgico y lo más precoz posible
73. El test más sensible y específico del síndrome del túnel carpiano es:
- Test de compresión carpiana de Durkan
 - Diagrama de la mano de Bringham
 - Test de Phalen
 - Test de discriminación entre dos puntos

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
TEST

74. La carpectomia proximal está contraindicada en:

- a. Disociación escafolunar crónica con muñeca slac
- b. Pseudoartrosis crónica del escafoides
- c. Afectación de la fosita semilunar
- d. Enfermedad de Preiser

75. En las luxaciones de codo en adultos NO es cierto que:

- a. Es la más frecuente después del hombro
- b. Se asocia con fracturas en la cuarta parte de los casos
- c. Se producen por un mecanismo de valgo, supinación y compresión axial
- d. Tras la reducción deben inmovilizarse tres semanas