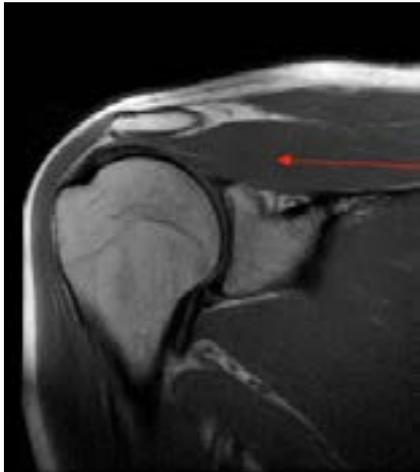


EXTREMIDAD SUPERIOR

1. ¿Cuál es la estructura anatómica señalada?



- a. Tendón del músculo supraespinoso
- b. Tendón del músculo subescapular
- c. Tendón del músculo redondo menor
- d. Vientre muscular del músculo supraespinoso
- e. Vientre muscular del músculo subescapular

2. Entre las indicaciones de una artroresonancia se encuentran las siguientes excepto:

- a. Estudio del *labrum* glenoideo
- b. Inestabilidad de la articulación glenohumeral
- c. Roturas de los tendones del manguito de los rotadores
- d. Calcificaciones del tendón del supraespinoso
- e. Tendinosis del manguito de los rotadores

3. La siguiente fractura en la clasificación de Neer es de grado:



- a. I
- b. II
- c. III
- d. IV
- e. V

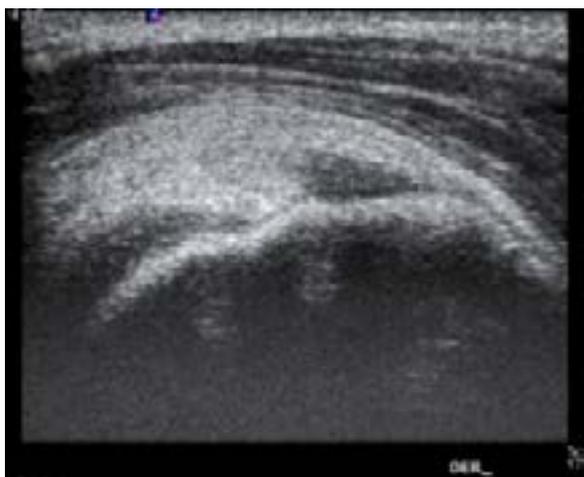
4. Respecto a las fracturas de la glenoides, señale la opción verdadera:

- a. Son infrecuentes y corresponden al 30% de las fracturas de hombro
- b. Se diagnostican fácilmente con la radiología simple, ya que existen proyecciones específicas para su valoración, como la escapular en Y
- c. Se evalúan mejor con radiografía que con resonancia magnética
- d. Generalmente se producen por traumatismo directo
- e. La tomografía computarizada no suele ser de utilidad

5. Respecto a las luxaciones escapulo-humerales es falso que:

- a. Es la articulación que más frecuentemente sufre luxación
- b. El *labrum* glenoideo se identifica con facilidad con la resonancia magnética (RM) y especialmente con la artro-RM
- c. La *luxación* anterior representa el 95% de las luxaciones glenohumerales
- d. El plano sagital es el que mejor valora el *labrum* glenoideo
- e. El *labrum* glenoideo es la estructura más frecuente dañada en las luxaciones anteriores

6. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este paciente?



- a. Tendinosis focal del supraespinoso
- b. Calcificación de 1 cm
- c. Hematoma intratendinoso
- d. Artefacto de ángulo mágico
- e. Inserción normal tendinosa

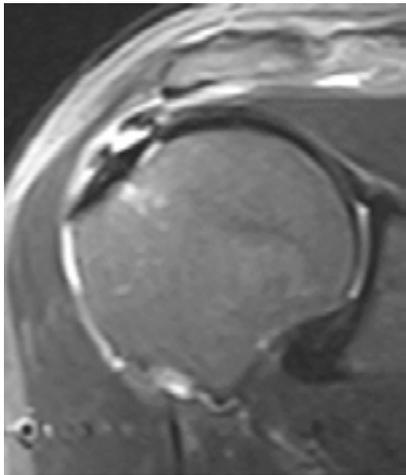


7. Respecto a la tendinosis calcificante es cierto que:

- a. El método más sensible es la resonancia magnética (RM), dada su elevada resolución espacial
- b. Las calcificaciones son siempre sintomáticas y por lo tanto deben ser tratadas
- c. La ecografía es capaz de identificar las calcificaciones y guiar procedimientos de lavado y punción
- d. La RM no tiene valor en el diagnóstico de la tendinosis calcificante
- e. El método diagnóstico debe ser la tomografía computarizada dado su excelente capacidad de identificar el calcio

8. Respecto a las roturas de los tendones del manguito de los rotadores es cierto que:

- a. No es importante valorar la magnitud en las roturas de espesor completo, sino en las roturas de espesor parcial
- b. Con ecografía no es posible determinar el tipo de rotura, sino con resonancia magnética (RM)
- c. La remodelación del húmero indica patología crónica del manguito de los rotadores
- d. No se puede diagnosticar con radiografía simple
- e. El plano que mejor valora el tendón del supraespinoso en RM es el axial

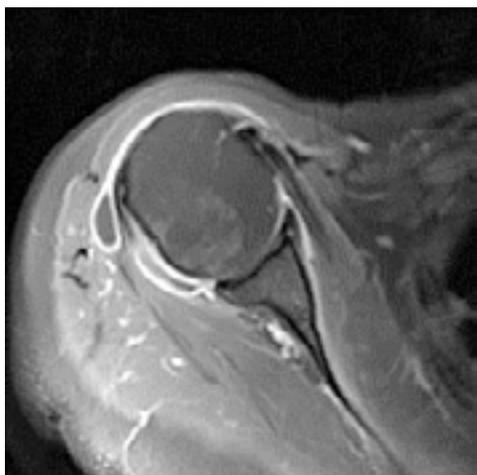
9. ¿Cuál es el diagnóstico en este paciente?

- a. Rotura de espesor parcial del borde bursal
- b. Rotura de espesor parcial del borde articular
- c. Rotura de espesor completo no masiva
- d. Tendinosis del supraespinoso
- e. Tendinosis calcificante del supraespinoso

10. Con respecto al "impingement" o síndrome de fricción o atrapamiento del hombro, señale respuesta la verdadera:

- a. Es debido a una disminución de espacio entre la coracoides y el húmero
- b. Se limita el paso del tendón subescapular
- c. El diagnóstico es clínico
- d. La inflamación de la bursa genera aumento del espacio subacromial
- e. Es imposible demostrar con ecografía un signo clínico

11. En esta resonancia podemos afirmar que:



- a. Es una RM en T2 con contraste intravenoso
- b. Es una RM en T1 con contraste intravenoso y se diagnostica de una hiperplasia sinovial
- c. Existe un derrame articular y se diagnostica de artritis
- d. Es una RM en T1 sin contraste intravenoso
- e. Es una tomografía computarizada con contraste intravenoso

12. ¿Qué signo no se observa en esta radiografía?



- a. Pinzamiento del espacio articular
- b. Osteofitos marginales
- c. Alteraciones del hueso subcondral
- d. Calcificación del tendón del supraespinoso
- e. Calcificación de la *bursa* subacromial

13. ¿Qué signo puede observar en esta radiografía?



- a. Cuerpos libres intraarticulares
- b. Calcificación del supraespinoso
- c. Calcificación del infraespinoso
- d. Calcificación del subescapular
- e. Calcificaciones del redondo menor

14. Respecto a las lesiones ligamentarias del codo, señalar la opción falsa:

- a. Suelen ser secundarias a microtraumatismos crónicos de repetición
- b. Suelen ser secundarias a traumatismos agudos
- c. El ligamento colateral medial se lesiona con más frecuencia que el lateral
- d. La lesión del ligamento colateral medial es debido a un estrés repetitivo crónico en valgo
- e. Con resonancia magnética se puede diagnosticar con total precisión la rotura de los ligamentos del codo

15. La epicondilitis es:

- a. La tendinosis del tendón del músculo extensor común
- b. La tendinosis del tendón extensor propio del 5.º dedo
- c. La tendinosis del tendón extensor radial del carpo
- d. La tendinosis del ancóneo
- e. La tendinosis del tendón extensor cubital del carpo



16. Paciente que sufre una caída y presenta dolor en el codo izquierdo, con limitación a la flexión y a la extensión del mismo. Señale la respuesta falsa:



- a. Se observa una fractura de la cabeza del radio
- b. El derrame articular nos hace sospechar la existencia de una fractura
- c. Se observa una fractura del olécranon
- d. El signo de la vela es claramente objetivable en esta radiografía
- e. Es una fractura intraarticular

17. El orden de aparición de los centros de osificación en el codo del niño es:

- a. Cóndilo, cabeza de radio, epicóndilo interno, tróclea, olécranon, epicóndilo externo
- b. Cóndilo, cabeza de radio, olécranon, epicóndilo interno, tróclea, epicóndilo externo
- c. Cóndilo, epicóndilo interno, cabeza de radio, olécranon, epicóndilo externo, tróclea
- d. Cóndilo, cabeza de radio, epicóndilo interno, epicóndilo externo, tróclea, olécranon
- e. Cóndilo, epicóndilo interno, cabeza de radio, tróclea, olécranon, epicóndilo externo

18. Respecto al diagnóstico de las fracturas del codo con resonancia magnética (RM) es falso que:

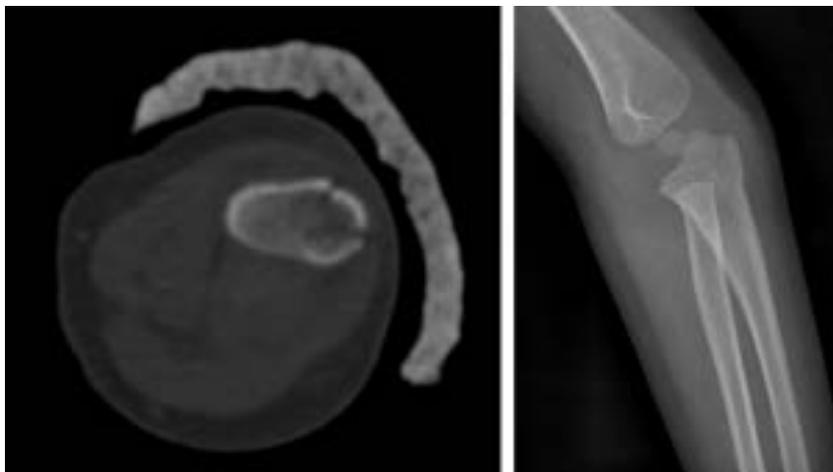
- a. Las secuencias STIR son muy sensibles al edema óseo
- b. La RM es una buena técnica en el estudio de la patología ósea traumática
- c. Las secuencias potenciadas en T1 son muy útiles en la valoración de la anatomía
- d. El derrame articular se identifica mejor con las secuencias potenciadas en T1
- e. Se pueden delimitar con exactitud pequeñas contusiones en secuencias potenciadas en T2 como focos de aumento de señal

19. Niño de 8 años que presenta caída mientras jugaba en los columpios. Refiere dolor e impotencia funcional de la extremidad superior:



- a. Es una fractura supracondílea tipo I de Gartland
- b. Es una fractura supracondílea tipo II de Gartland
- c. Es una fractura supracondílea tipo III de Gartland
- d. Existe un cuerpo libre intraarticular que condiciona el tratamiento
- e. Hay que explorar con mucho cuidado el territorio del nervio radial por el riesgo de haber sido dañado

20. ¿Cuál es la estructura anatómica que está fracturada en esta tomografía computarizada y esta radiografía?

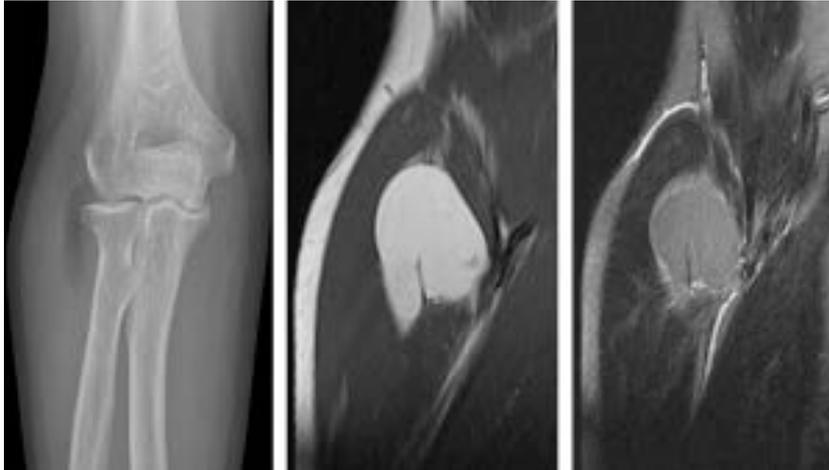


- a. La coronoides
- b. El olécranon
- c. La cabeza del radio
- d. El cóndilo humeral
- e. El epicóndilo

21. La condromatosis sinovial suele afectar a todas las articulaciones siguientes excepto a:

- a. La cadera
- b. El hombro
- c. El codo
- d. Tarsometatarsiana
- e. La rodilla

22. En las siguientes radiografía y resonancia magnética potenciadas en T1 y T2 podemos afirmar que:



- a. Se trata de un quiste
- b. Se trata de una bursitis
- c. Se trata de un lipoma típico
- d. En la radiografía no se pueden apreciar las lesiones de partes blandas
- e. La ausencia de contraste intravenoso hace imposible el diagnóstico certero en este paciente

23. ¿Cuál de las siguientes articulaciones se afecta con menos frecuencia en el síndrome artrótico?

- a. Articulaciones interfalángicas proximales
- b. Articulaciones interfalángicas distales
- c. Articulación trapeciometacarpiana
- d. Articulación escafosemilunar
- e. Todas se afectan en igual medida

24. En el estudio de las fracturas es necesario con frecuencia un estudio que incluya las siguientes opciones, excepto:

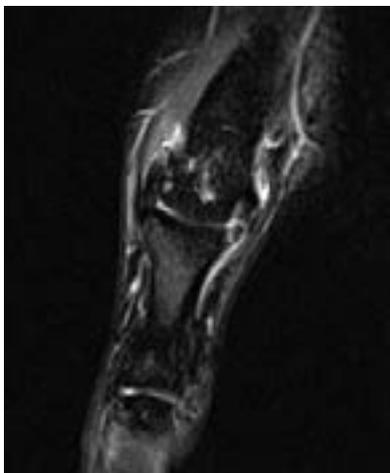
- a. Dos proyecciones
- b. Dos extremos del hueso
- c. Dos lados
- d. Segundo tiempo
- e. Dos técnicas distintas

25. Paciente que sufre una caída y al que se le realiza esta radiografía. ¿Cuál es su diagnóstico?



- a. Radiografía normal
- b. Fractura del escafoides
- c. Fractura del hueso grande
- d. Fractura del metacarpiano
- e. Fractura del semilunar

26. Paciente que sufre un accidente esquiando y presenta dolor en la muñeca. ¿Cuál es su diagnóstico?



- a. Fractura-avulsión de la base del primer dedo
- b. Rotura del ligamento colateral ulnar
- c. Artrosis de la articulación metacarpofalángica
- d. Distensión del ligamento colateral ulnar
- e. Rotura del tendón extensor del primer dedo

27. Es típico de la afectación psoriásica todo lo siguiente excepto:

- a. Afectar a las articulaciones interfalángicas proximales
- b. Afectar a articulaciones de mano y pie
- c. Afectar a las articulaciones sacroilíacas
- d. Reabsorciones óseas
- e. Afectación asimétrica

28. ¿En vista de los hallazgos radiológicos, ¿cuál es su diagnóstico?



- a. Condrocalcinosis
- b. Gota
- c. Artritis reumatoide
- d. Osteomielitis
- e. Periostitis infecciosa

29. La siguiente radiografía es típica de un:



- a. Osteosarcoma
- b. Tumor de células gigantes
- c. Encondroma
- d. Condroma agresivo
- e. Tumor de Ewing

30. En el síndrome del túnel carpiano el nervio afectado es el:

- a. Radial
- b. Mediano
- c. Cubital
- d. Cualquiera de ellos
- e. Nervio radial en su rama superficial

31. Señale la respuesta correcta en relación con posibles causas y manejo de dolor en la extremidad superior:

- a. Entre las patologías infecciosas más frecuentes del miembro superior encontramos la paroniquia, el felón y la tenosinovitis supurativa aguda
- b. El tratamiento infeccioso no debe comenzarse hasta que se haya confirmado el germen con el cultivo aún a expensas de retrasar el inicio del tratamiento antibiótico
- c. No es recomendable inmovilizar la estructura afectada
- d. La diabetes y los trastornos vasculares predisponen a las infecciones
- e. Nunca hay que realizar incisión quirúrgica, drenaje y desbridamiento como primer paso para el tratamiento de la infección.

32. Respecto al tratamiento de los pacientes con artritis en manos es falso que:

- a. Se utilizan medidas físicas antiinflamatorias (frío, ultrasonidos)
- b. Inicialmente no están nunca indicados los corticoides orales
- c. Se utilizan antiinflamatorios no esteroideos orales y tópicos
- d. En caso de dolor intenso o cronificación del proceso se puede realizar una infiltración articular con corticoide depot + anestésico local
- e. En caso de monoartritis no está indicado realizar una artrocentesis diagnóstica para cultivo y visualización de cristales al microscopio óptico

33. En la terapéutica de los síndromes dolorosos de hombro es cierto que:

- a. El tratamiento de los diversos síndromes no difiere según la patología del mismo y su cronicidad
- b. Los problemas más frecuentes son el síndrome de traumatismos de repetición con desgarro del manguito de los rotadores, la tendinosis calcificada, la capsulitis y el dolor de las articulaciones acromioclaviculares
- c. Las lesiones del manguito en la 6.^a o 7.^a décadas de la vida son debidas mayormente a traumatismos y no a una vascularización disminuida del tendón supraespinoso
- d. En la fase aguda de tendinosis del manguito de los rotadores no está indicada la infiltración local con corticoide depot más anestésico
- e. Las infiltraciones locales pueden realizarse hasta un máximo de 5 en 1 año