

Autoevaluación sobre problemas ortopédicos más frecuentes en los pies

1. Los valores normales del ángulo de divergencia astrágalo-calcáneo en la proyección dorsoplantar son:
 - a) 20 a 35°
 - b) 15 a 20°
 - c) 7 a 12°
 - d) 35 a 60°
 - e) 15 a 30°
2. Las siguientes son aseveraciones sobre el ángulo de Gissane EXCEPTO:
 - a) Refleja la disposición trabecular del calcáneo
 - b) Determina la relación astrágalo-escafoidea
 - c) Evaluar la superficie articular de la subastragalina.
 - d) Debe medir entre 120 y 145°
 - e) Evalúa el resultado funcional de una fractura de calcáneo
3. En el tratamiento quirúrgico de las deformidades del hallux, si el Proximal Articular Set Angle (PASA) es mayor a 15°, se recomienda:
 - a) La resección de la base de la falange proximal
 - b) Resecar solamente el bunio
 - c) Efectuar una osteotomía biplanar
 - d) Realizar una osteotomía proximal
 - e) Sólo es necesario realizar una osteotomía distal
4. La secuela más frecuente por un mal tratamiento de una fractura de tobillo es:
 - a) La pseudoartrosis
 - b) La infección
 - c) Una sindesmosis dolorosa
 - d) La artrosis
 - e) Consolidación viciosa
5. La causa más común de pie plano valgo adquirido del adulto es:
 - a) Una coalición astrágalo-calcánea
 - b) Una artropatía de Charcot
 - c) Por una disfunción del tibial posterior
 - d) Por sobrepeso
 - e) Por artritis reumatoide

6. El dato más importante del estadio III de la clasificación de Johnson y Strom para la disfunción del tibial posterior es:
- a) La inflamación de la vaina tendinosa
 - b) La artrosis subastragalina
 - c) La subluxación astragaloescafoidea
 - d) La ruptura del tibial posterior
 - e) La contractura del tendón de Aquiles
7. La maniobra de Viladot está diseñada básicamente para:
- a) Reducir el hallux valgus
 - b) Corregir el valgo del calcáneo
 - c) Reducir el astrágalo con el escafoides
 - d) Corregir los dedos en martillo
 - e) Quitar tensión al tibial posterior
8. El tratamiento recomendado para la disfunción tibial grado IV (Johnson y Strom) consiste en:
- a) Antiinflamatorios, soporte longitudinal y resección de la sinovial inflamada
 - b) Tenodesis del tibial posterior con el flexor común de los dedos
 - c) Artrorraxis subastragalina
 - d) Triple artrodesis
 - e) Panastragalodesis.
9. Cuando se hace osteotomía del primer metatarsiano por mínima invasión en un paciente con un index plus minus el riesgo mecánico más importante es:
- a) La recidiva de la deformidad
 - b) Producir un hallux flexus
 - c) Metatarsalgia por transferencia
 - d) Seudoartrosis
 - e) Hematoma
10. En caso de varo irreductible del primer metatarsiano y artrosis cuneometatarsiana se recomienda:
- a) Realizar una exostectomía pura mediante CMI
 - b) Osteotomía de Reverdin-Isham con cuña más amplia
 - c) Capsulotomía lateral parcial y osteotomía de Akin.
 - d) Osteotomía proximal y distal del metatarsiano
 - e) Artrodesis cuneometatarsiana

11. Cuando se realiza corrección del hallux valgus por CMI invariablemente se produce:
- a) Un hematoma
 - b) Un acortamiento del primer metatarsiano
 - c) Una pseudoartrosis a nivel de la osteotomía
 - d) Una metatarsalgia por transferencia
 - e) Un hallux flexus
12. Las siguientes condiciones ortopédicas son contraindicaciones para utilizar CMI en el pie, EXCEPTO:
- a) La artrosis metatarsofalángica primaria o secundaria a algún traumatismo.
 - b) En el hallux rígido Grados II o III
 - c) En el metatarso primo varo mayor a 18°
 - d) En la inestabilidad de la articulación cuneometatarsiana
 - e) Deformidades severas
13. La etiología del hallux rígido es:
- a) Por lo general iatrogénica después de una artroplastia de hallux valgus
 - b) Por esfuerzos durante el deporte que deterioran la articulación MF del primer dedo
 - c) Por trastornos en la fórmula del pie que repercuten en la carga de la MF
 - d) Por una artrosis de origen multifactorial a nivel de la articulación metatarsofalángica
 - e) Por una actitud persistente de la primera falange en flexión
14. El tratamiento del hallux rigidus II y III, sin flexus puede realizarse mediante:
- a) Queilectomía de la base de la falange proximal
 - b) Queilectomía de la cabeza del metatarsiano
 - c) Osteotomía dorsal de Weil
 - d) Mediante sustitución artroplástica
 - e) Sólo con artrodesis
15. Un ganglión o una inestabilidad de la articulación tibiofibular proximal puede causar un síndrome compresivo del nervio:
- a) Peroneo común
 - b) Peroneo superficial
 - c) Sólo del cutáneo sural lateral
 - d) Sólo del peroneo profundo
 - e) De todos los anteriores

16. En la tríada del dolor talar (Heel pain triad) se pueden encontrar las siguientes manifestaciones clínicas, EXCEPTO:

- a) Fascitis plantar
- b) Insuficiencia del tendón tibial posterior
- c) Síndrome del túnel del tarso
- d) Pie plano valgo
- e) Artrosis subastragalina

SUGERENCIAS PARA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

1. Correlación estadística entre la precisión diagnóstica de la fotopodobarometría y la aplicación de un tratamiento específico.
2. Existe una diferencia significativa (determinada en forma estadística) entre la reparación abierta del tendón de Aquiles y el método mínimamente invasivo en iguales condiciones.
3. Epidemiología de la disfunción del tibial posterior en nuestro medio.
4. Siendo la artrosis subastragalina un método diseñado para corregir deformidades en el individuo en desarrollo, gracias al potencial de crecimiento ¿qué efectos tendrá a largo plazo en pacientes adultos?
5. Epidemiología de los síndromes compresivos en la región del pie y tobillo.