

**CONVOCATORIA  
CONCURSO-OPOSICIÓN DEL  
PUESTO DE TRABAJO DE  
FACULTATIVO ESPECIALISTA DE  
ÁREA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y  
TRAUMATOLOGÍA**

**(Resolución 1109E/2020, de 13 de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)**

**PRUEBA: CASOS CLÍNICOS**

**9 de octubre de 2021**

**NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE**

**MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR**



## CASO CLÍNICO 1

(11 PUNTOS)

Paciente de 67 años operado 3 meses antes en una clínica privada de PTR derecha, acude a urgencias refiriendo dolor y tumefacción de dicha rodilla de 48 horas de evolución.

El paciente refiere haber deambulado tras la cirugía con relativas molestias, por lo que al alta le prescribieron 7 días de tratamiento con Augmentine, mejorando ostensiblemente durante 6 semanas, al cabo de las cuales presentó nuevo cuadro de dolor a la deambulación, prescribiendo en este caso 14 días de tratamiento con Augmentine.

Antecedentes Personales:

PTR izquierda 2013.

PTR derecha 3 meses evolución.

Resto sin interés.

Exploración física:

Signos de Celso a nivel de rodilla derecha.

Arco de movimiento 0-90º (doloroso).

1º. ¿Qué diagnóstico diferencial haría?

2º. ¿Qué pruebas diagnósticas solicitaría?

3º. Plantee una actitud terapéutica en función de los diagnósticos diferenciales que ha considerado.





## CASO CLÍNICO 2

(11 PUNTOS)

Paciente de 80 años de edad que ha sufrido caída casual desde su altura hacia atrás, golpeándose en la espalda, y notando dolor intenso. Después del golpe se ha podido levantar y caminar sin problemas.

A las 2 horas comienza con parestesias en extremidades inferiores y debilidad progresiva de las mismas. A las 6 horas pierde la movilidad y sensibilidad distal a a la cintura.

A la exploración en el ingreso se aprecia una pérdida completa de movilidad y sensibilidad de EEII. No se obtienen reflejos de EEII.

Antecedentes personales:

- HTA.
- DM tipo II
- Cardiopatía isquémica: Stent. Doble pontaje.
- FA anticoagulada con Apixaban.
- Insuficiencia cardíaca con FEVI reducida. Esclerosis valvular aórtica e insuficiencia aórtica.
- Adenocarcinoma gástrico y lesión carcinoide: Gastrectomía subtotal + Linfadenectomía
- Gastritis crónica atrófica con metaplasia
- Neoplasia vesical no musculoinfiltrante de alto riesgo: RTU y Recidiva tumoral con nueva RTU
- Diverticulosis colon.
- Deterioro cognitivo leve. Trastorno ansioso depresivo.
- Anemia ferropénica.
- EPOC

Intervenido quirúrgicamente de: Amigdalectomía, doble pontaje aortocoronario con mamaria a DA y safena a 1ª marginal (1998). Gastrectomía subtotal Billroth-II. Linfadenectomía D1 (2009). RTU vesical (2014). RTU (Diciembre 2019). RTU vesical en mayo de 2020

A su ingreso (viernes a las 17.00 h), a las se realiza TC que muestra estas imágenes con las que se avisa al traumatólogo de guardia, han pasado 6 horas desde el inicio del déficit neurológico.





Señale:

**1º.** Actitud a seguir.

**2º.** Discusión en relación con las opciones terapéuticas.





### CASO CLÍNICO 3

(11 PUNTOS)

Un varón de 40 años sufrió un traumatismo cerrado en un accidente de tráfico y fue llevado de inmediato al servicio de urgencias. A la exploración inicial el paciente estaba consciente y abría los ojos de forma espontánea, pero parecía estar confuso. No obedecía órdenes verbales adecuadamente, pero podía localizar el dolor en la región pélvica y extremidades inferiores. La frecuencia del pulso era de 120 latidos por minutos, la presión arterial era de 73/54 mmHg, tenía una frecuencia respiratoria de 40/min y la temperatura corporal era de 34º.

Los resultados de la analítica sanguínea fueron los siguientes:

Plaquetas	65000/ mm <sup>3</sup>
Factor II y V	50-70 (%)
Lactato	4,6 mg/dL
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	200 mmHg
IL-6	650 pg/dL
pH	7,21

Tras una valoración inicial por el servicio de Urgencias, se le coloca al paciente una faja pélvica, y se comienza la resucitación con 3 unidades de sangre. Además, se solicita la realización de un TC toraco-abdomino-pélvico, que fue informado como sigue:

*Hemotórax derecho, con dudoso punto de sangrado activo.*

*Pequeño neumotórax derecho. Enfisema subcutáneo.*

*Contusiones pulmonares bilaterales.*

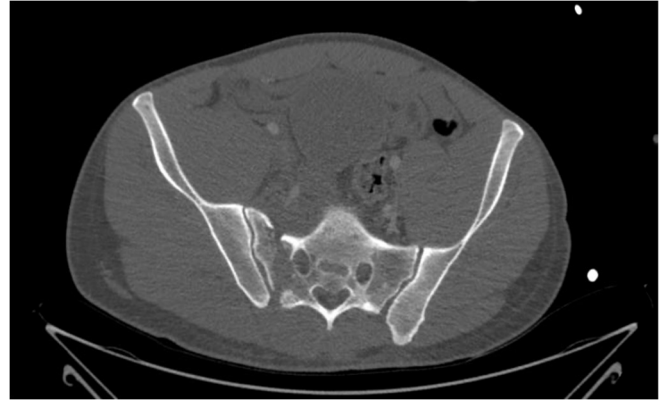
*Fractura de cuarta, quinta, sexta, séptima, novena, décima y onceava costillas derechas.*

*Fractura conminuta de ala sacra derecha con trazo que afecta a la articular L5-S1, ramas ilio e isquiobubianas derechas, y apófisis transversas de L4 y L5.*

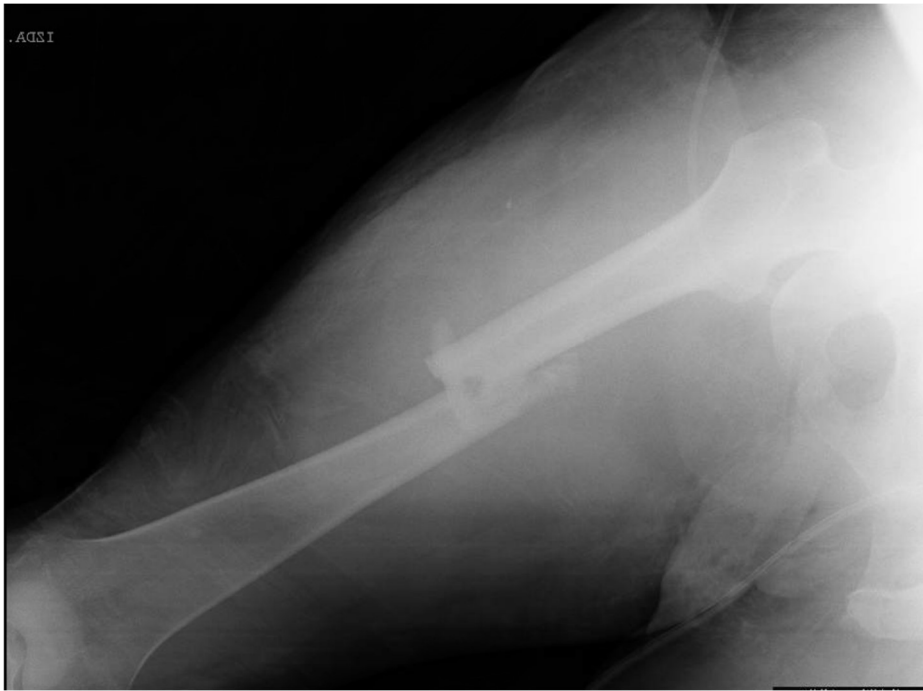
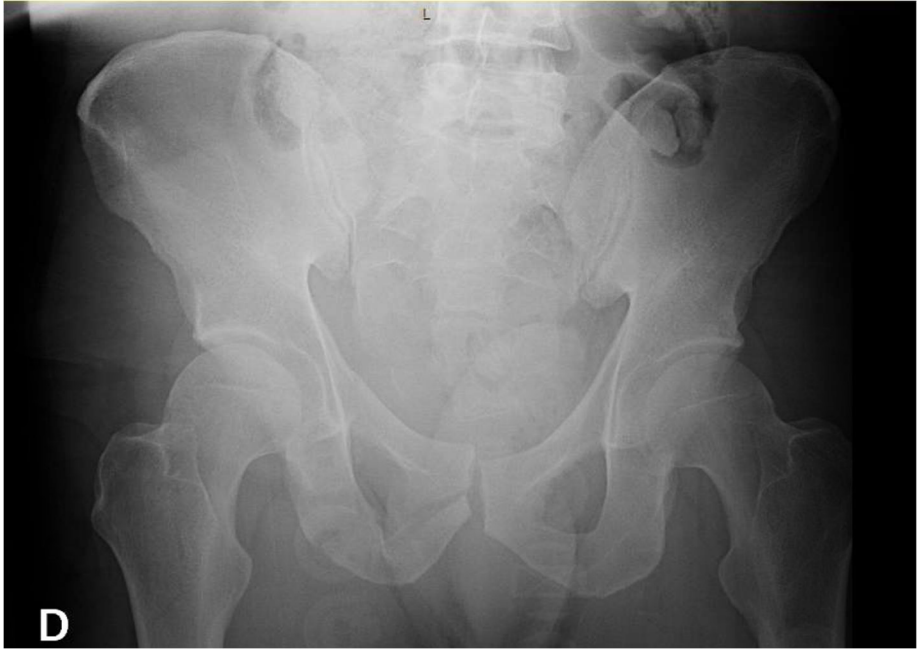
*Sangrado activo arterial anterior al ala sacra. Posible sangrado venoso adyacente a la vena ílica interna derecha.*

*Hematoma en músculos psoas e ilíaco derechos.*

*Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis.*



En ese momento, deciden llamar al busca de traumatología y usted acude a valorar al paciente. A su llegada al box de reanimación, el paciente sigue con los mismos parámetros hemodinámicos y analíticos que al principio, y a pesar de eso, le han hecho radiografías simples, donde se aprecia fractura de la parte anterior del anillo pélvico, fractura de fémur y fractura de tobillo. Se añaden, a continuación, las imágenes:





En este momento:

- 1º. ¿Cuál sería su actitud inicial?
- 2º. ¿Cómo clasificaría al paciente y sus fracturas?
- 3º. ¿Cuál sería el manejo inicial y definitivo de sus lesiones?
- 4º. Justifique sus respuestas.