

## Marcar una opción:

1.- ¿Cuál es la deformidad más frecuente de la tibia proximal en este tipo de fracturas?

- Recurvatum y valgo.
- Antecurvatum y valgo.
- Recurvatum y varo.
- Antecurvatum y varo.

2.- ¿Actualmente, qué tratamiento es el MENOS indicado para fractura de meseta tibial extrarticular de alta energía?

- Fijador externo híbrido.
- Clavo intramedular vía suprapatelar.
- ORIF con doble placa.
- Placa bloqueada MIPO.

3.- ¿Qué es lo que más nos va a condicionar el tratamiento de la fijación de estas fracturas?

- El estado de las partes blandas.
- El fragmento anterior cortical.
- La extensión del trazo de fractura hasta la diáfisis.
- La integridad o no del peroné.

4.- ¿Cuál es la ventaja principal de introducir el clavo vía suprapatelar respecto a la vía medial al tendón rotuliano?

- Menor afectación del tendón rotuliano.
- Mejor visibilidad durante el acceso.
- Menor riesgo de producir fracturas interarticulares en la introducción.
- Permite una mejor reducción por la posición en semiextensión.

5.- ¿Cuándo y dónde se deben introducir los tornillos de Poller?

- Tras fresar el canal y en la convexidad.
- En el momento de introducir el clavo y en la concavidad.
- Tras la introducción de la guía y en la convexidad.
- Previo a la introducción de la guía y en la concavidad.