



Tallo Modular de Revision **MGS**

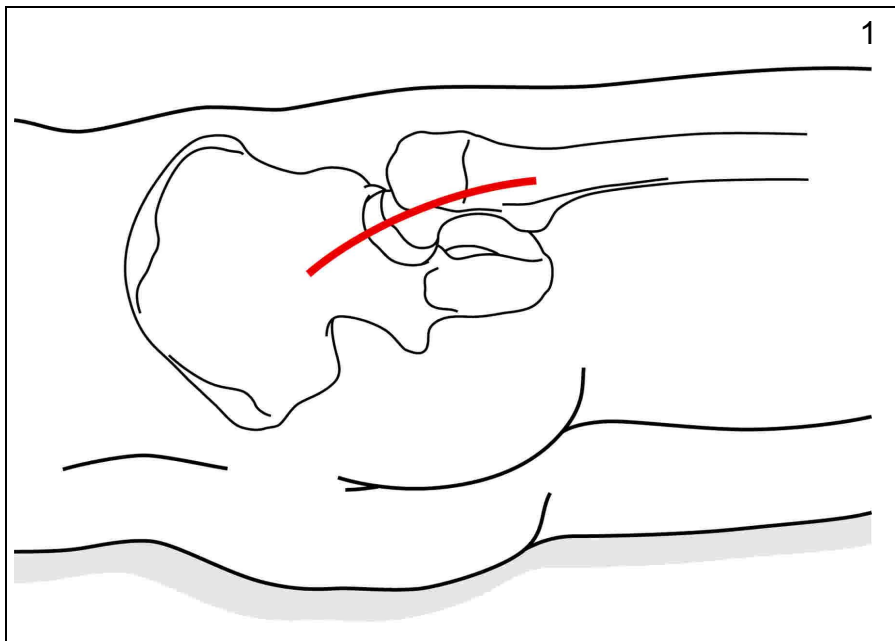


TECNICA QUIRURGICA

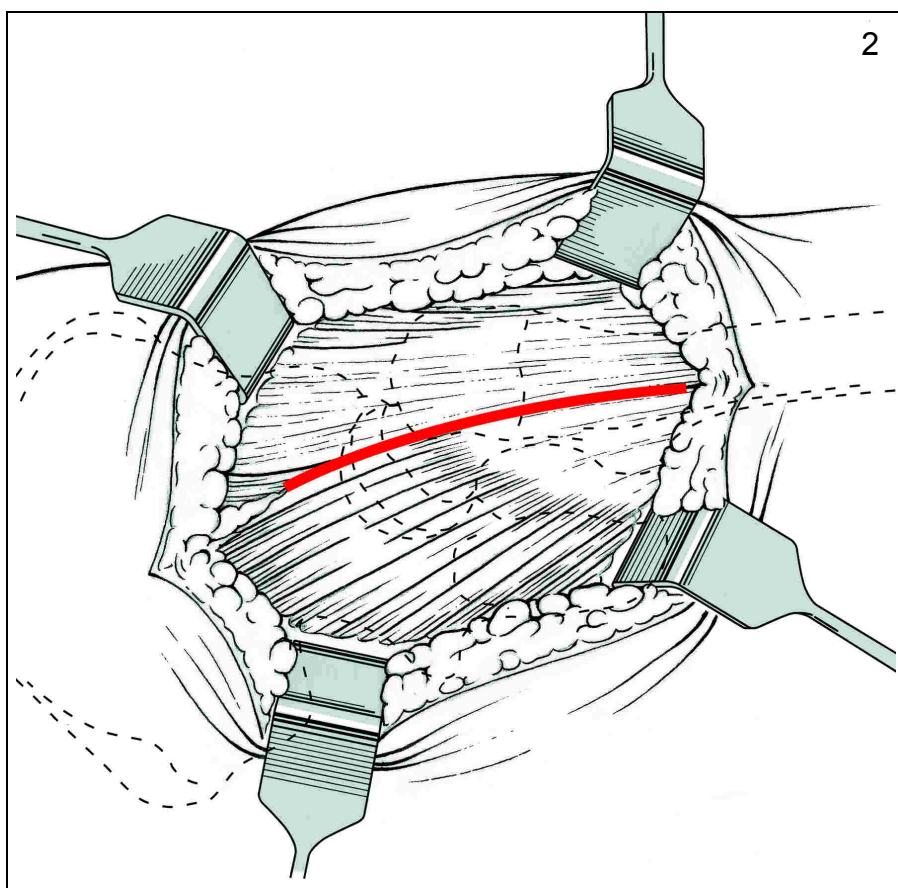
TC-MGS – rev. 04 – Octobre 2003

Società per Azioni SAMO

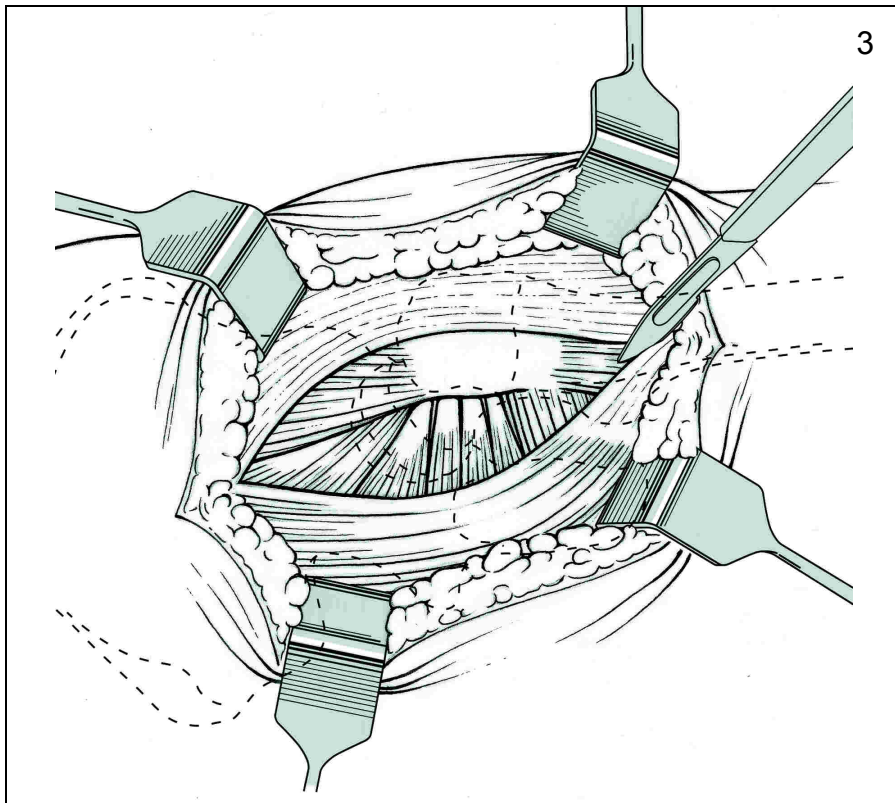
Via G. Matteotti, 37 I-40057 Cadriano Granarolo Emilia (BO) – ITALIA
Tel. +39 051 763811 – Fax +39 051 766060 E-mail: info@samobiomedica.com



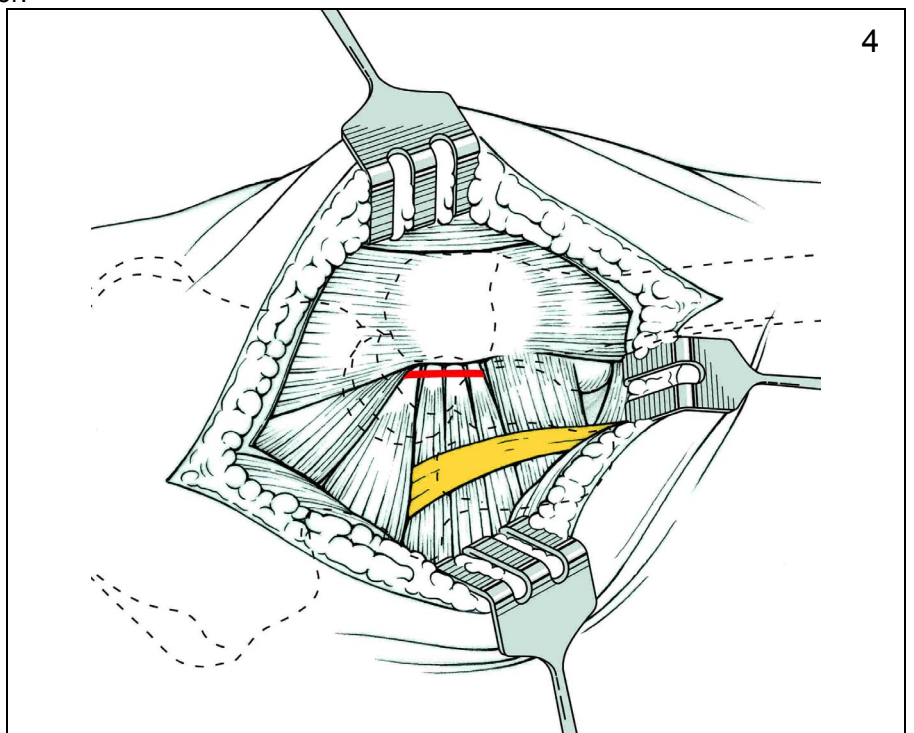
Posición del enfermo en decúbito lateral. Vía posterolateral. Incisión arciforme de Kocher Langebeck.



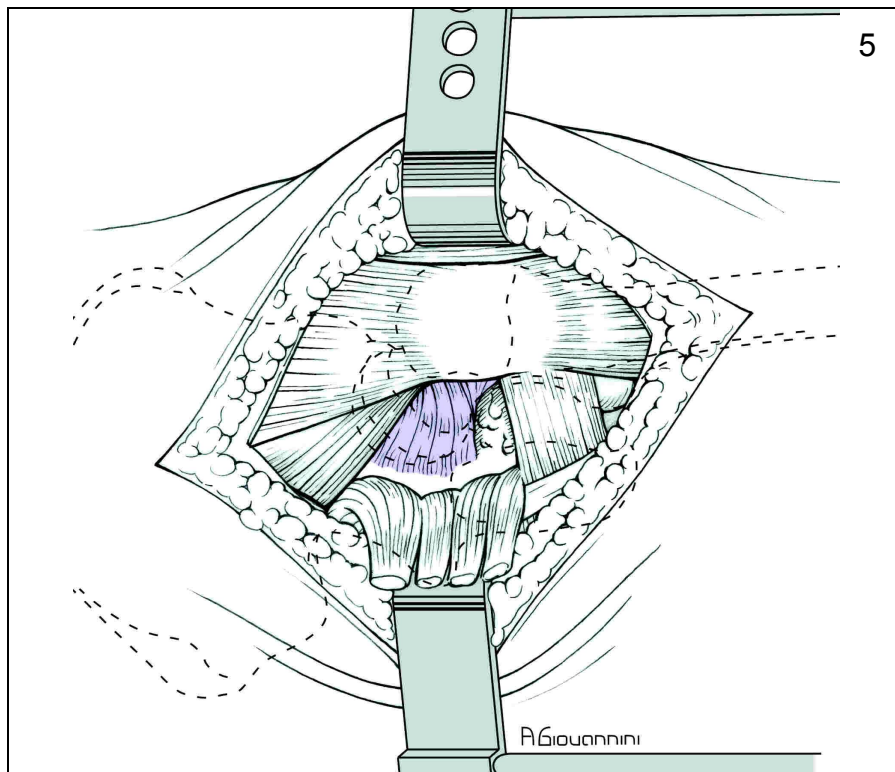
Los dos tercios distales de la incisión siguen el eje femoral sobre su cara lateral, el tercio proximal corre a lo largo de las fibras mas ventrales del glúteo mayor.



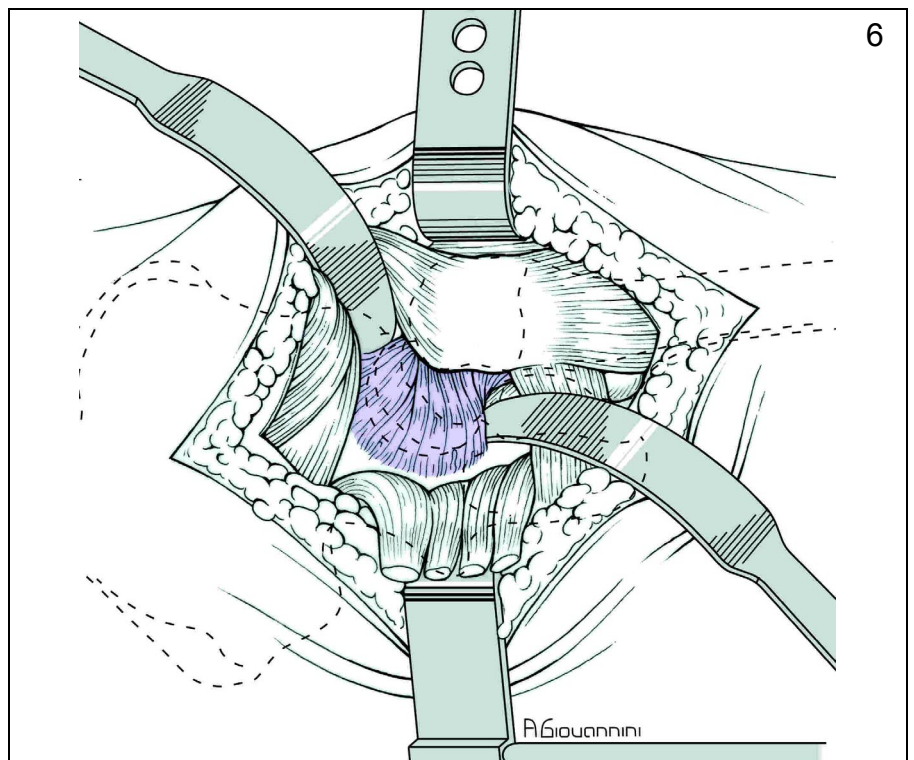
Sección de la fascia lata y dilaceración de las fibras del glúteo exponiendo el trocánter mayor y los músculos rotadores externos de la cadera. Colocación de un separador autostático, tipo marco de Charnley entre los labios fasciales anterior y posterior.



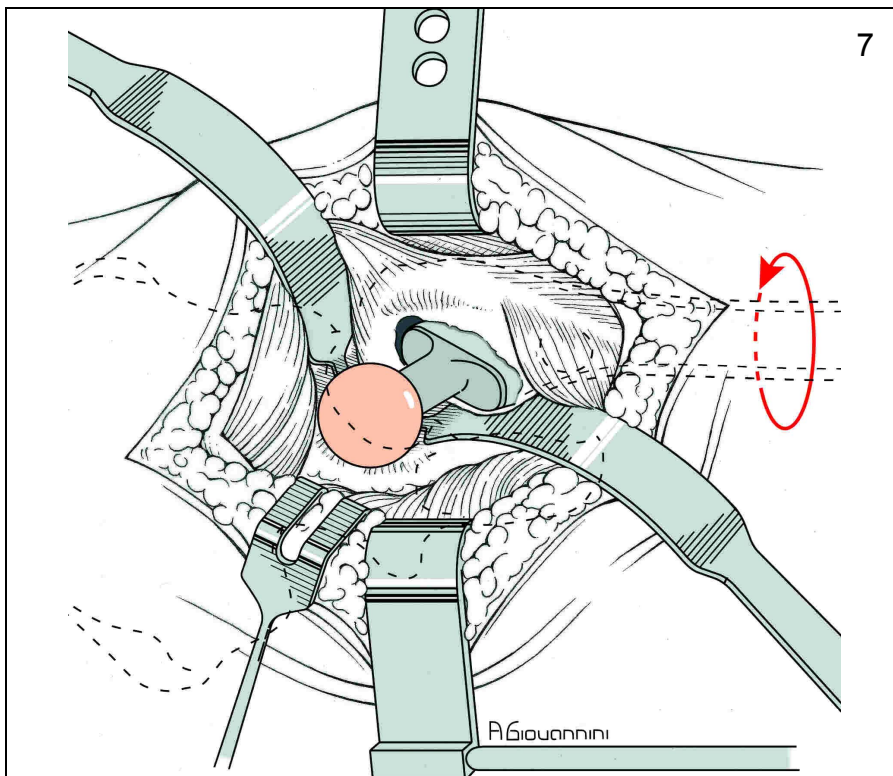
Identificación del nervio ciático común que pasa sobre o a través del piramidal y sobre el gemelo superior. Se debe colocar la cadera en rotación interna máxima, de modo a identificar los rotadores cortos y tensorlos. Si la vía está limpia referenciar y seccionar el piramidal lo mas cerca posible de la cresta intertrocanterea. En caso de fibrosis por un abordaje anterior, seccionar la inserción más lateral de la masa fibrosa en el trocánter.



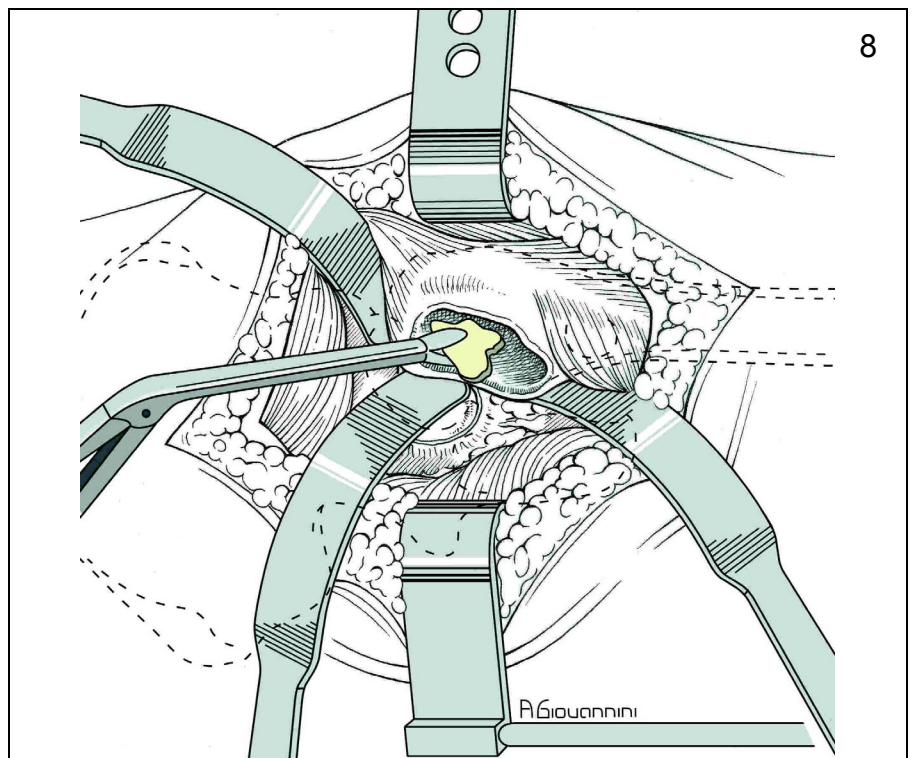
Los músculos seccionados se rebatan hacia posterior. Así además de exponer la cápsula posterior se protege al nervio ciático. Los bordes posteriores de los glúteos mediano y menor se separan hacia delante.



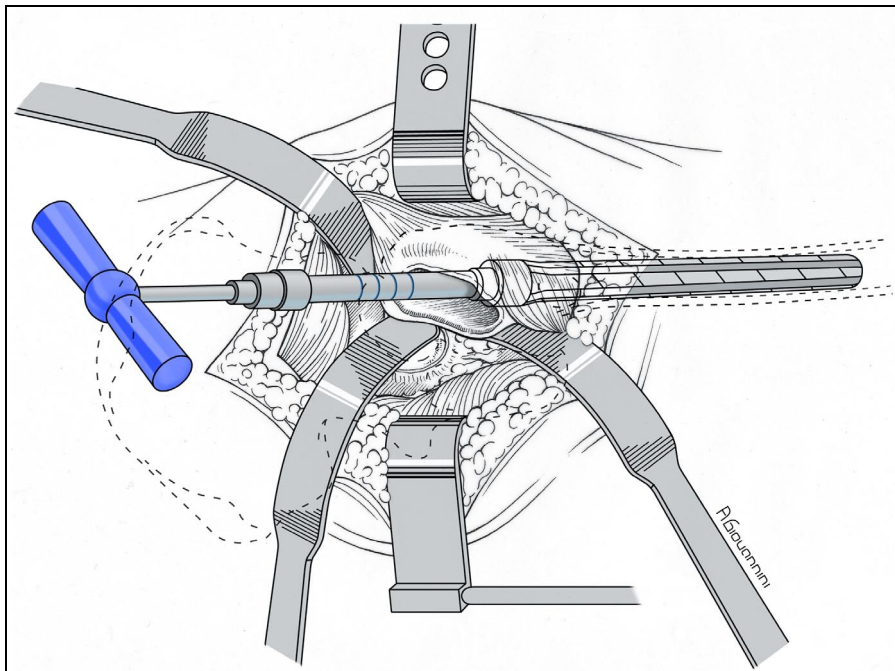
Colocación de un separador de palanca de Hohmann bajo el cuello femoral y un Hohmann-Müller por encima de él. Se expone la cápsula que se secciona en T invertida lo más cercano posible a la cresta intertrocanterea, los ángulos capsulares se referencian con un hilo grueso para permitir su sutura junto al piramidal (o la fibrosis que los sustituyó) al finalizar la intervención. Resección de osificaciones heterotópicas y exceso de fibrosis.



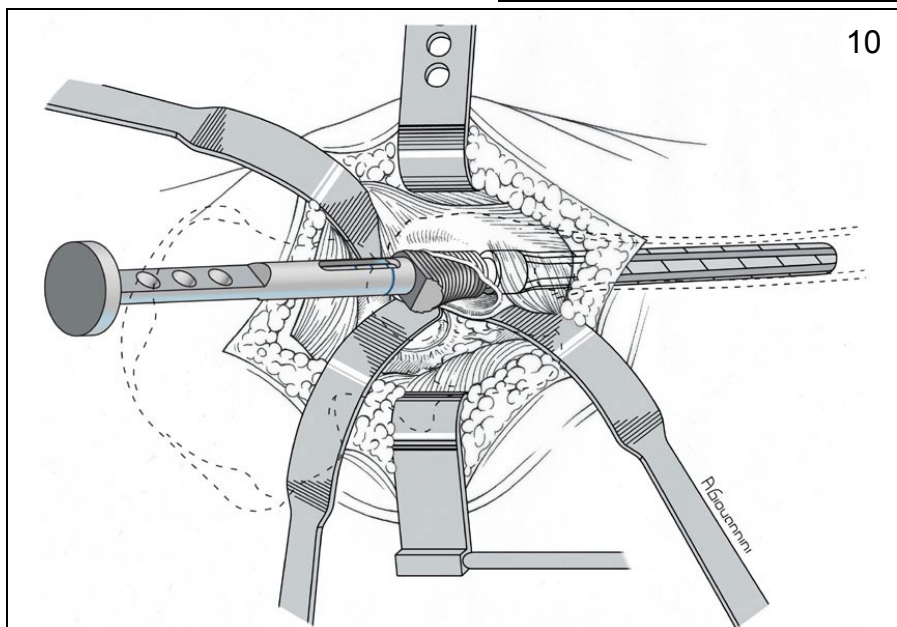
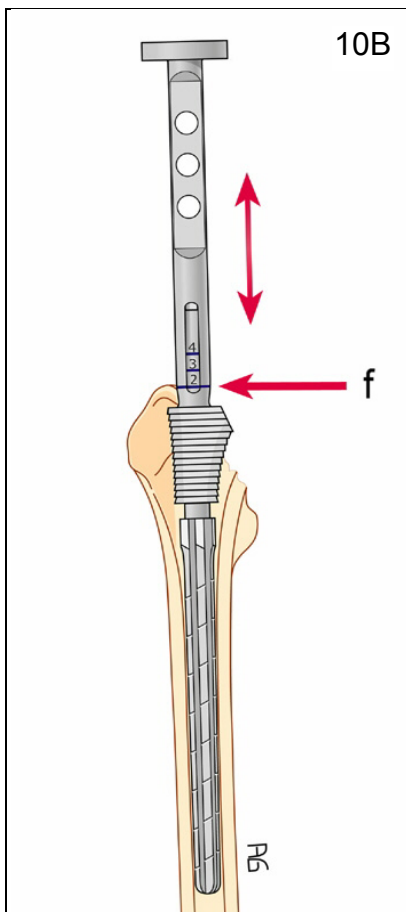
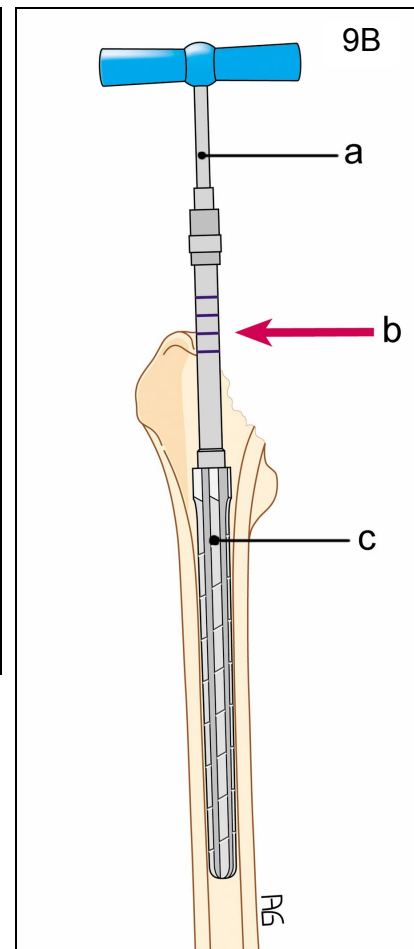
Luxación de la articulación con la maniobra usual de rotación interna, flexión y aducción, ayudándose de un gatillo o gancho de Lambotte en el cuello protésico.



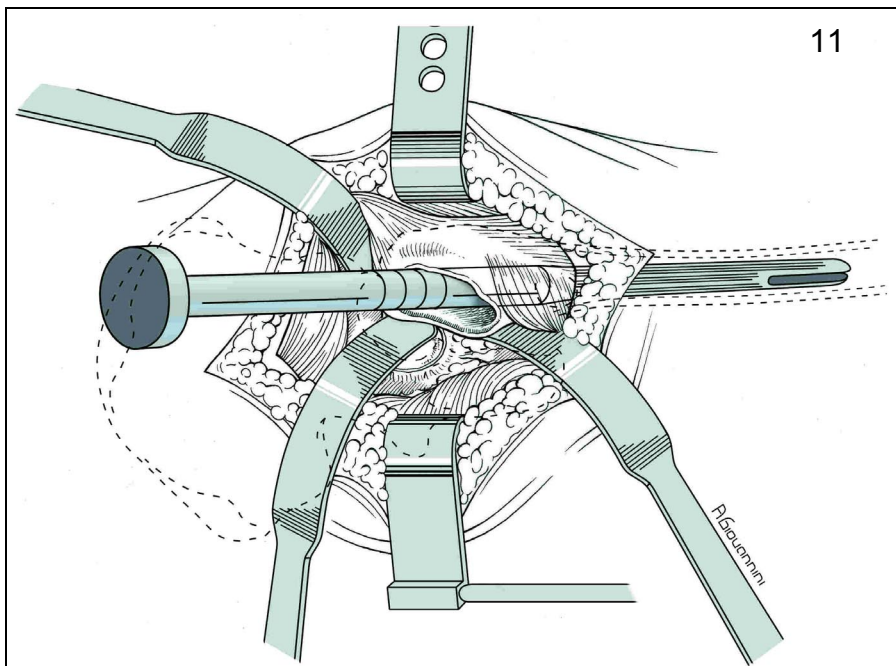
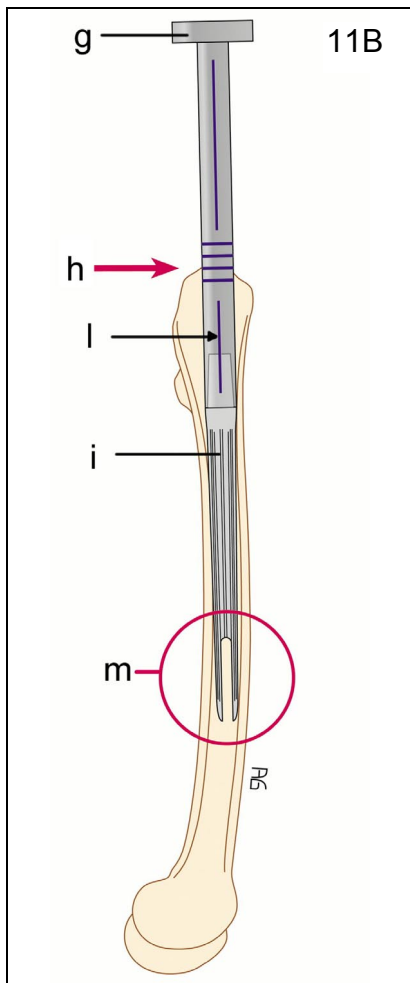
Extracción de la cabeza si esta es modular, de la prótesis si está movilizada. En caso de prótesis fija modular, despegar el glúteo menor de la cara lateral del ilion para poder alojar en este plano el cuello femoral sin la cabeza. (Batiportar el cuello). Se visualiza así la cavidad cotiloidea y la cavidad medular del fémur. Retirada del cemento tejido cicatricial y membranas periprotésicas por el orificio del cuello con el material apropiado. Si el cemento está bien adherido evaluar I trocanterotomía ampliada de Wagner.



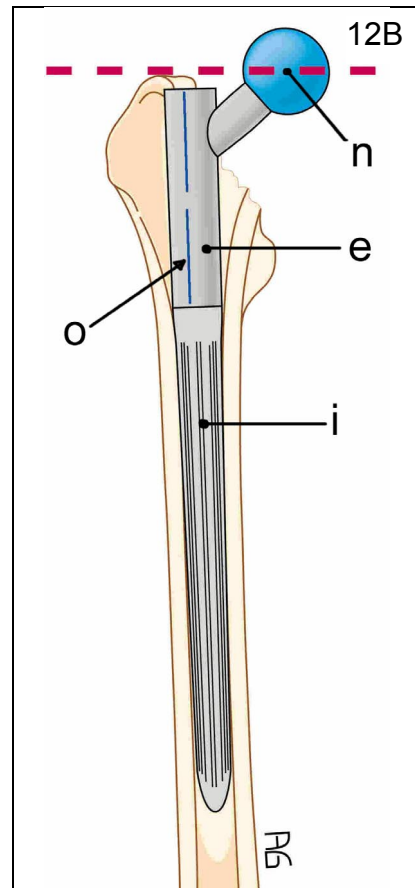
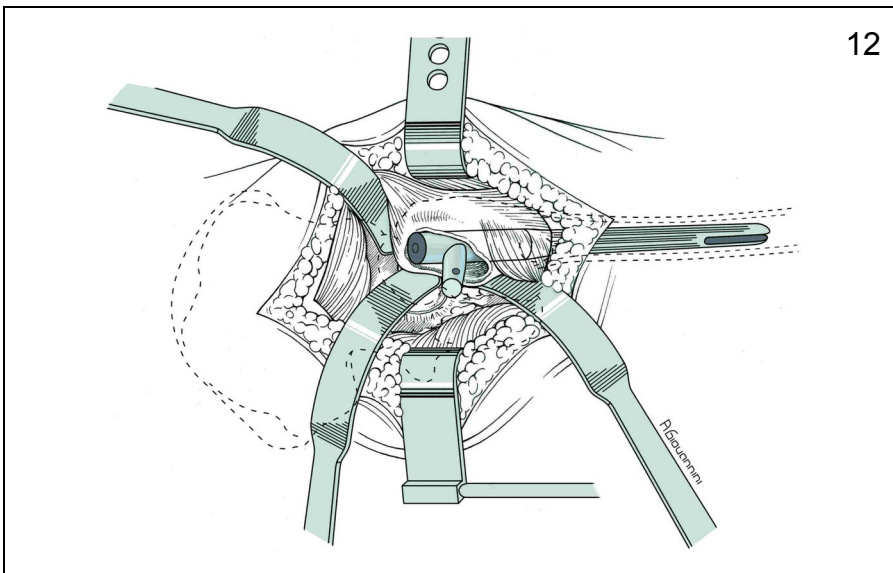
Una vez limpio el canal femoral, fresado con avellanadores rígidos rectos de la cavidad medular (fig 9B-c) . Los avellanadores a usar deben determinarse en la planificación preoperatoria, la progresión es de 2 mm cada vez, hasta llegar al diámetro adecuado. Los avellanadores están marcados por aros de referencia (fig 9B-b) para determinar el centro de rotación de la nueva prótesis.



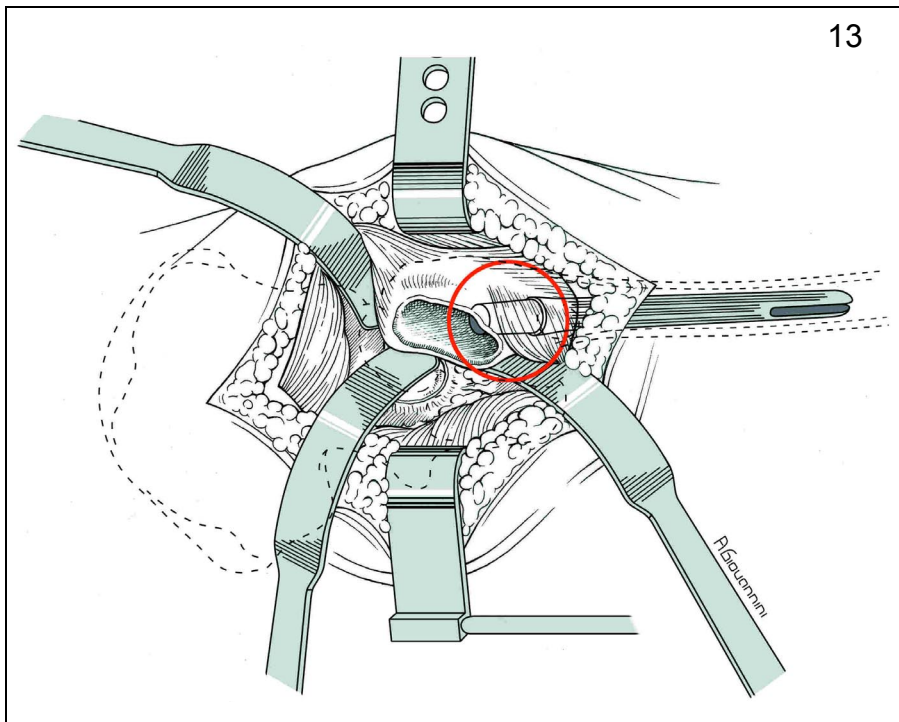
Se preparan las metáfisis, de ser necesario, utilizando las rasps dedicadas y guidas, en su acción, por el eje de la fresa que permaneciendo en su alojamiento asegura una alineación perfecta.. La raspa debe llegar hasta la raya de referencia (fig 10B-f). En esta fase determinar si necesario el ángulo de anteversión de la nueva prótesis.



Tras haber preparado el canal diafisario y el alojamiento metafisario de la nueva prótesis MGS se implanta el tallo distal. En el momento de introducir el tallo (fig 11B-i) con el impactador graduado (fig 11B-g), **comprobar que la hendidura diapasón (fig 11B-m) se alinee con la marca longitudinal del impactador (fig 11B-l) .** Las marcas circulares de este indican la altura de la porción metafisaria.(fig 11 B-h).

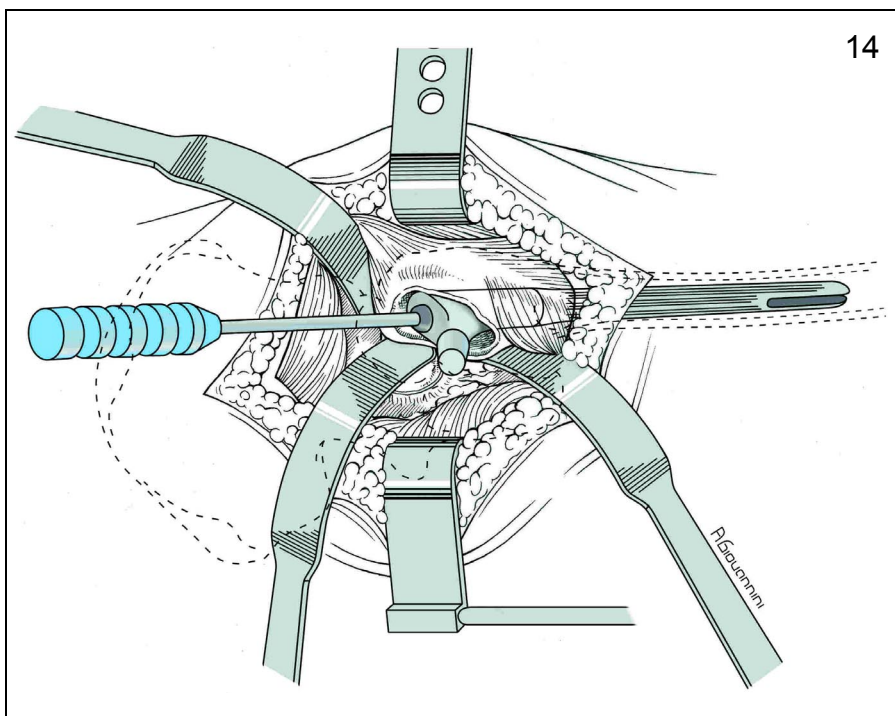


Colocar de nuevo la pieza de prueba metafisaria en Y (fig 12B-e) sobre el tallo definitivo (fig12B-i) con la ante/retroversión adecuada. Se coloca entonces la cabeza de prueba (fig 12B- n) y se reduce la prótesis sobre el cotilo. Comprobar la correcta longitud del miembro por la correspondencia entre las caras anteriores de las rótulas palpadas a través de los paños. Comprobar también si existe pistoneo de la cabeza o su estabilidad para determinar la longitud de la cabeza y el tipo de inserto cotiloideo a usar. La línea longitudinal de referencia de la pieza metafisaria en Y (fig 12B-o) sirve para señalar sobre el hueso con el bisturí eléctrico la correcta ante/retroversión de la pieza definitiva.



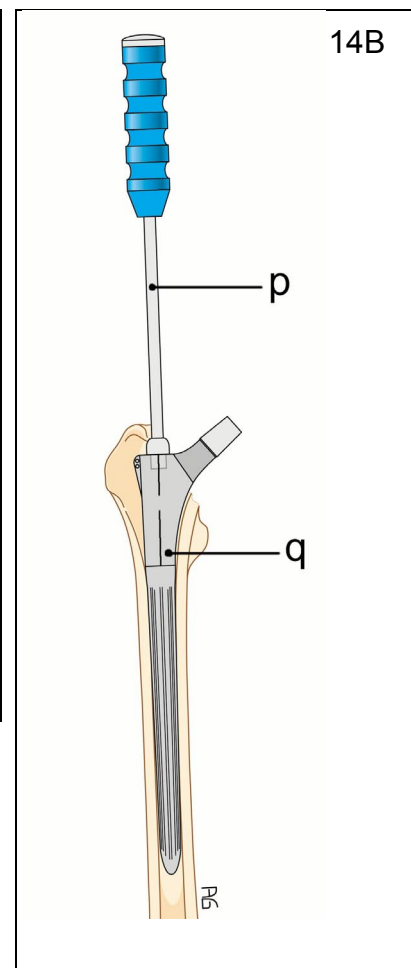
13

Quitar las piezas de prueba tras luxar de nuevo la prótesis. Limpiar y secar el cono Morse proximal del tallo femoral definitivo para evitar dificultades en el ensamblado de los componentes definitivos.

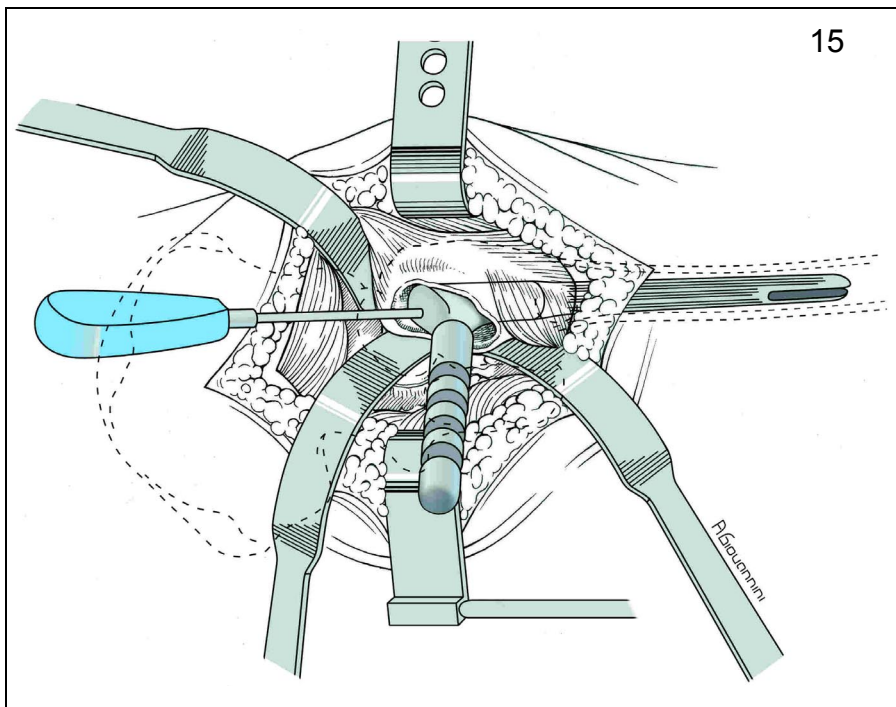
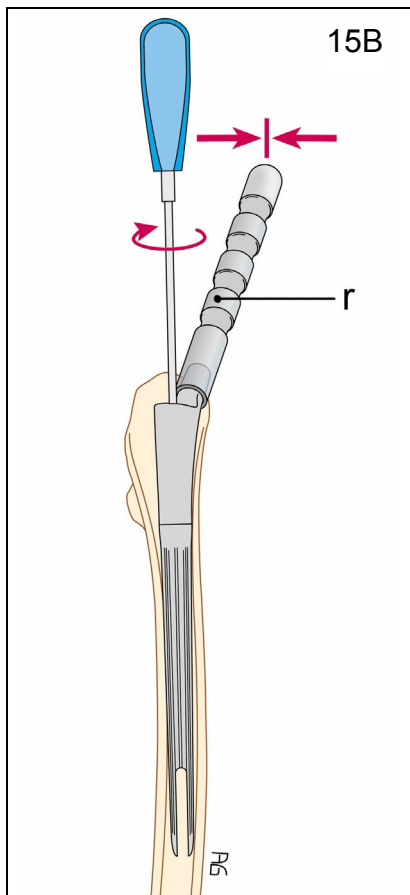


14

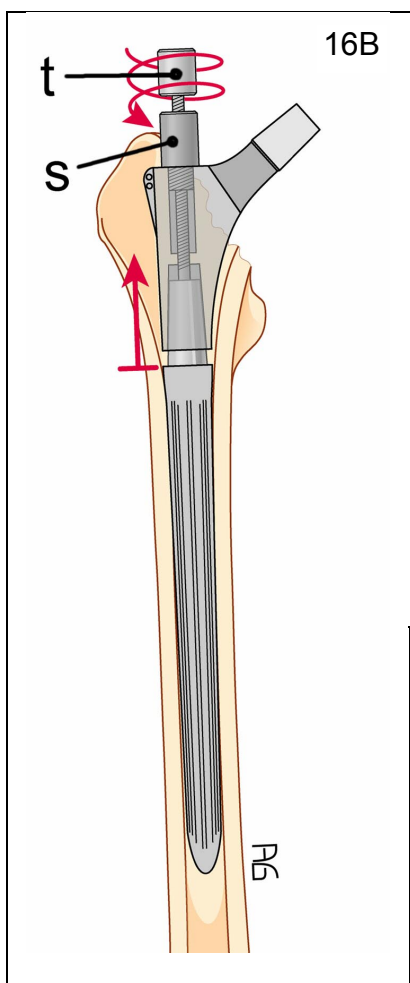
Colocación de la parte proximal metafisaria impactándola con el instrumento ad hoc (fig 14 B-p) procurando que coincidan la línea marcada con el bisturí eléctrico y la arista de la metafisis. Verifiquen la impactación completa del cuerpo proximal en el distal introduciendo la varilla graduada prevista a estos efectos (REF.MGS0250) en el orificio de la parte proximal. Comprueben que la muesca que se refiere al tamaño implantado se corresponda con la parte plana superior del cuerpo proximal.



14B



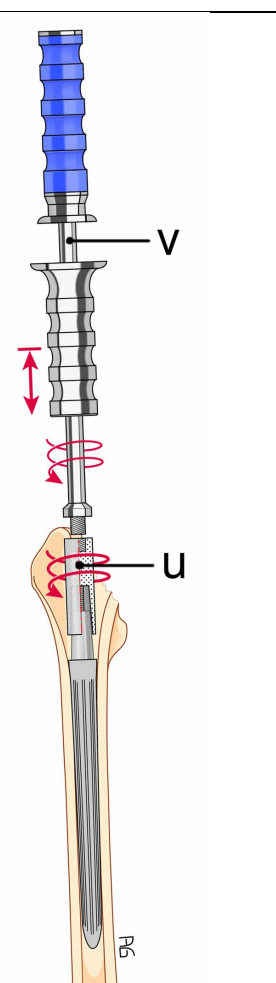
Atornillar las piezas definitivas, manteniendo la correcta anteversión con el mango (fig 15B-r). Taponar el alojamiento del tornillo de fijación con el tapón de cierre. Realizar un nuevo ensayo de la longitud de la cabeza, colocando luego la cabeza definitiva, reducción definitiva.



De darse cuenta el operador que el ángulo de ante/retroversión no fuera correcto, es posible separar los componentes mediante el instrumento (Fig. 16B). Luego de sacar el tapón de cierre y el tornillo de fijación (si ya están colocados) se atornilla el casquillo en la prótesis y se introduce la varilla graduada (t). Cuando alcance el fondo del orificio en el cono, creará una fuerza de distracción que separará los dos componentes.

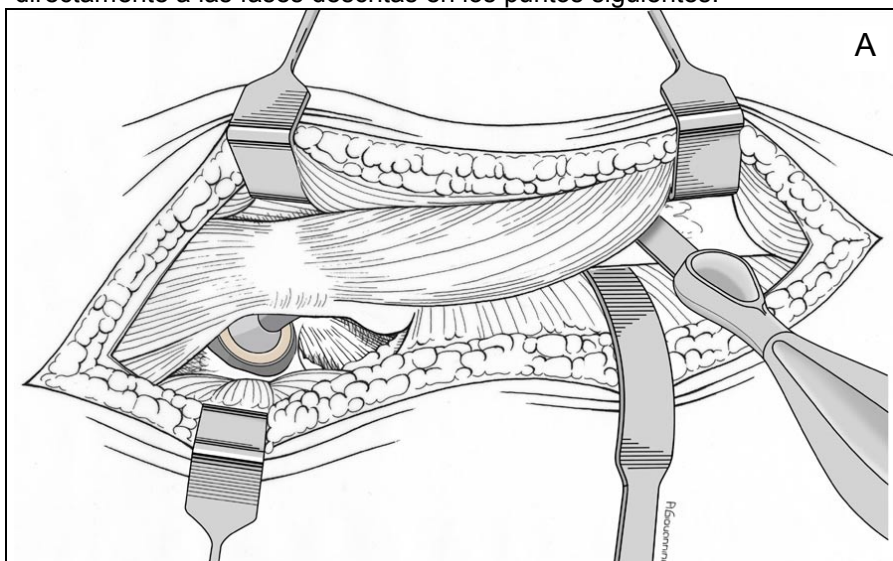
De esta manera, el operador puede repetir la maniobra de introducción de la parte proximal con el ángulo correcto.

Además, es posible sacar sólo la parte distal (Fig. 17B) mediante el adaptador (u) ensamblado con el extractor (v). Luego, se atornilla el instrumento preparado en el cono de acoplamiento.

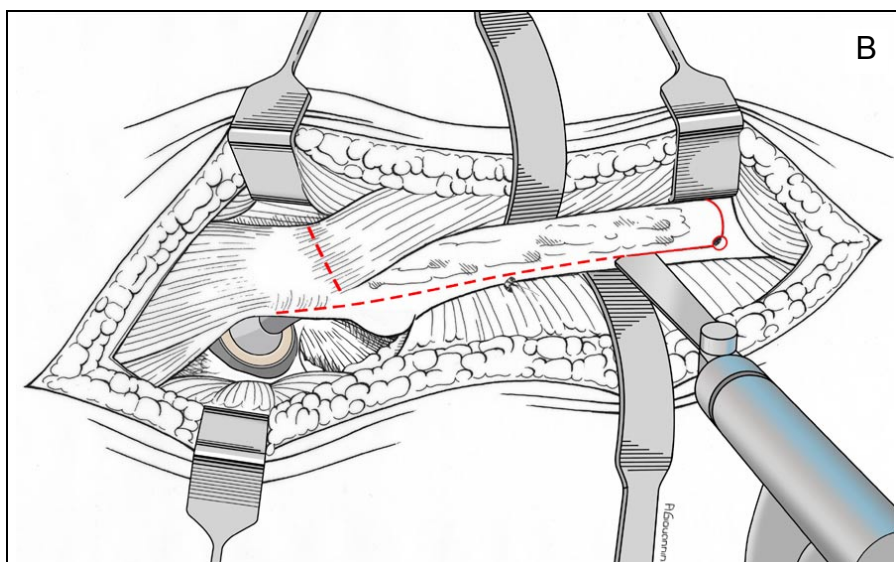


TRANSFEMORAL

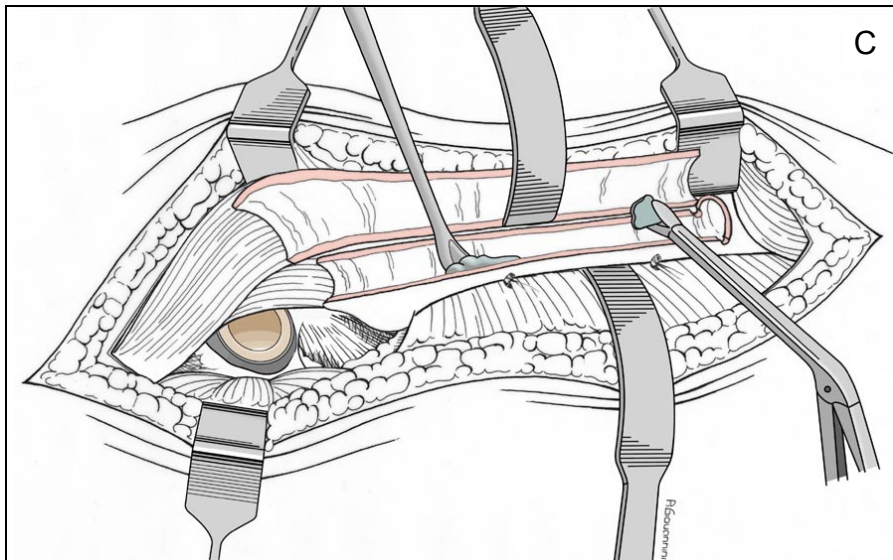
De no ser posible la retirada del implante primario sin abrir el fémur de par en par, del punto 8 pasar directamente a las fases descritas en los puntos siguientes.



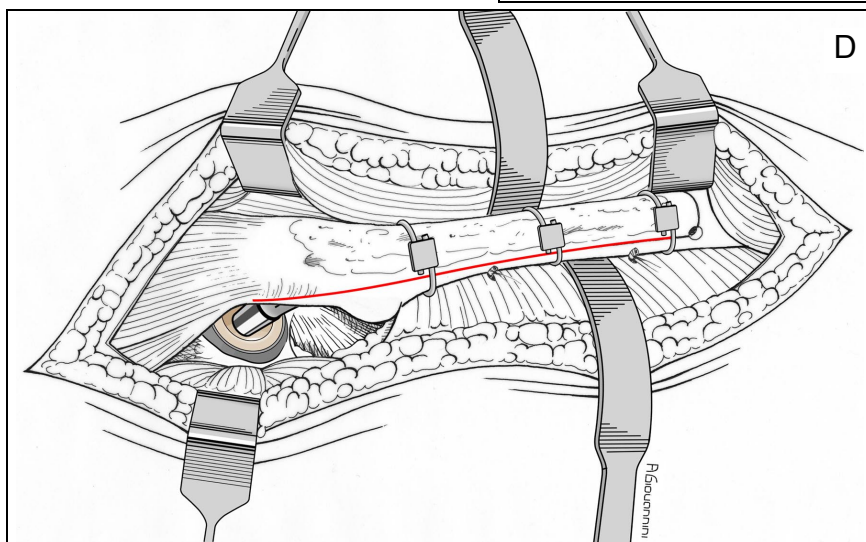
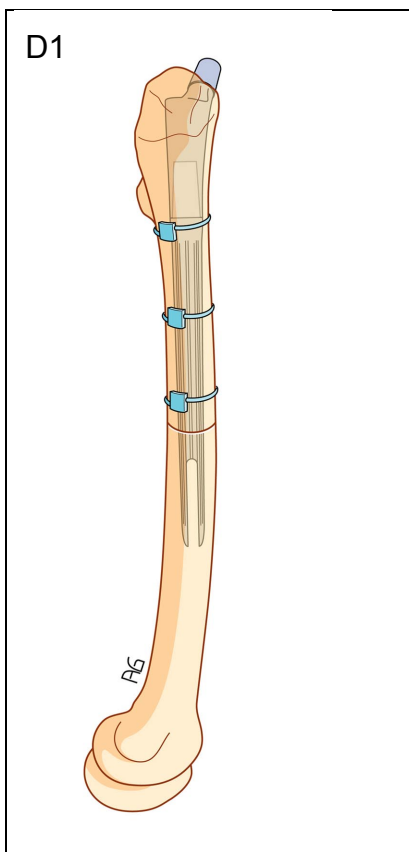
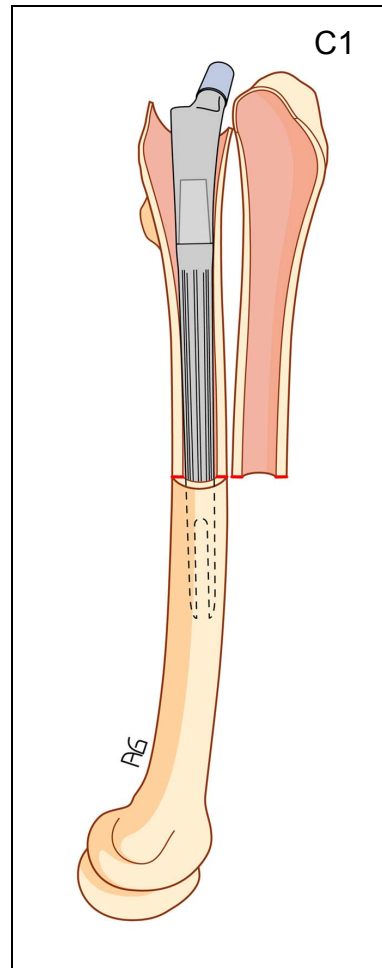
Se ensancha la incisión de Kocher Langebeck hacia la parte distal, con el ancho necesario hasta llegar a la extremidad distal de la prótesis. Se secciona la fascia lata en toda su longitud, evidenciando, con el auxilio de pinzas gruesas de Kocher, el margen posterior. Tirando del margen posterior mediante estas pinzas desinsertamos el vasto externo del tabique fascial, entre el vasto y el bíceps femoral, desde abajo hacia arriba utilizando un periostótomo grande de Lambotte. Se identifican los haces de las arterias perforantes para atarlas mediante un hilo de sutura antes de seccionarlas, puesto que su retracción detrás del tabique fascial puede ocasionar una hemorragia peligrosa que es difícil taponar. Después de desinsertar el lado posterior del vasto, seccionar en L invertida su inserción proximal.



Se colocan dos palancas de Hohman en la parte anterior del fémur separando el vasto hacia ventral. Se realizan dos orificios de 4 mm en la parte más distal del tapón o de la punta de la prótesis que hay que remover. Se efectúan dos incisiones en vertical mediante una sierra oscilante, justamente delante de la línea áspera o a mitades de la parte anterior del fémur para juntar los 2 orificios de 4 mm. Las 2 incisiones verticales acaban en la parte anterior y posterior del cuello de tal forma que la parte ósea quede unida al trocánter.



Luego de abrir la tapa femoral, se quita el cemento aparente, mediante cucharas y se quita el tapón de cemento distal.



Se implanta el sistema de revisión en su totalidad con la excepción de la cabeza de la prótesis. Se llenan las geodas visibles mediante aloimplantes mezclando 2/3 con 1/3 de hueso mineral (o sintético). Se coloca la tapa y se hace el cerclaje mediante tres alambres de metal a lo largo de la osteotomía.