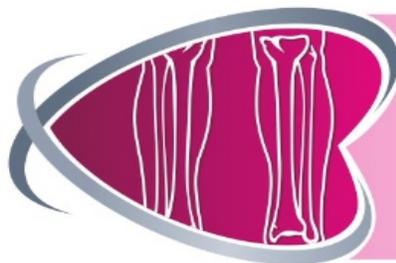




Técnica Quirúrgica Placas LCP 5.0 mm



Bein System
5.0 mm

Técnicas ARZZT

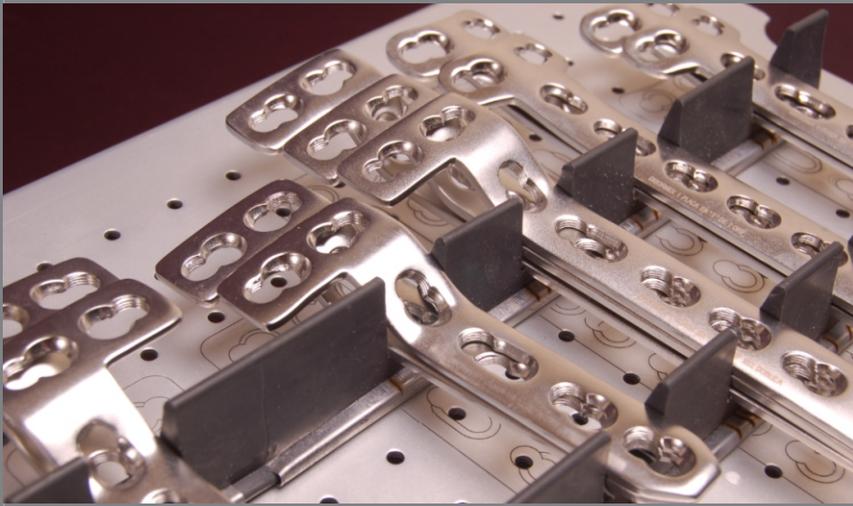
Sistema Bein Placas LCP 5.0 mm

▶ INTRODUCCIÓN

▶ INDICACIONES

▶ TÉCNICA QUIRÚRGICA

▶ CONTRAINDICACIONES



Esta guía está realizada para exponer las técnicas y aplicaciones recomendadas para utilizar diferentes tipos de placas LCP 5.0 mm marca Arzzt en Fracturas metafisiarias proximales de tibia por cirujanos Traumatólogos Ortopedistas experimentados en el tratamiento de fracturas.

Las recomendaciones en su uso no pretenden interferir con la experiencia que el cirujano posee y con las necesidades propias de cada paciente, siguiendo los cánones básicos en el tratamiento de fracturas.

Técnicas Arzzt

Placas LCP 5.0 mm



Introducción

Este es un sistema especial ya que se utiliza para mantener las reducciones de las fracturas metafisarias proximales de la tibia, siendo de metal, teniendo orificios que se pueden colocar tornillos autorroscantes o normales, con dos presentaciones para que el cirujano escoja la más adecuada en forma de "L" o "T", con doble curvatura para una mejor adaptación a la anatomía de la metafisis proximal de la tibia, placa LCP angosta y ancha, para un apoyo en la cara medial o lateral de la tibia diafisaria, cuando se prolonga el trazo fracturario hacia la diáfisis.



Indicaciones

Fracturas metafisarias proximales de tibia de la meseta tibial medial, lateral o ambas, con o sin hundimiento, que se prolongue el trazo fracturario hacia la diáfisis.

CONTRAINDICACIONES:

Proceso infeccioso local, pérdida cutánea, fracturas expuestas con pérdida cutánea.



Técnica Quirúrgica

ABORDAJE:

El abordaje depende la meseta tibial que esté afectada, puede ser lateral o medial, si están afectadas ambas se recomienda un abordaje medial con prolongación hacia proximal lateral o medial, dependiendo cual de las mesetas se encuentre más afectada, se debe observar lo mejor posible la superficie articular para verificar que se haga la mejor reducción posible de los hundimientos que existan y si es necesario colocar injerto óseo en el defecto que haya provocado la fractura, se debe hacer la reducción y mantenerla con clavos kinstchner.

Técnicas Arzzt Placas LCP 5.0 mm



Se mide la longitud ideal de la placa que permita la fijación estable, se decide la forma de la placa más adecuada (en forma de "L" o "T") se coloca y se realiza la perforación con broca 4.5 mm , en los orificios más proximales, se mide la longitud del tornillo y se coloca tornillo 6.5 mm de esponjosa que puede ser con cuerda completa o parcial, se verifica la reducción y la longitud correcta por medio del apoyo del intensificador de imágenes o radiografías, se hace la perforación del orificio más proximal al trazo de fractura, en forma excéntrica con broca 3.5 mm, se determina la longitud, se machuelea y se coloca tornillo cortical 5.0 mm, se verifica que haya hecho compresión interfragmentaria, se colocan los tornillos restantes, tanto en los orificios proximales como distales.

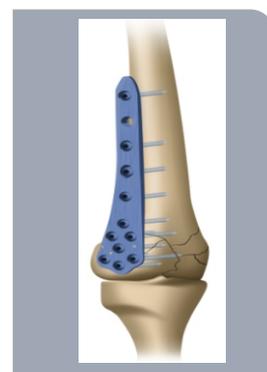
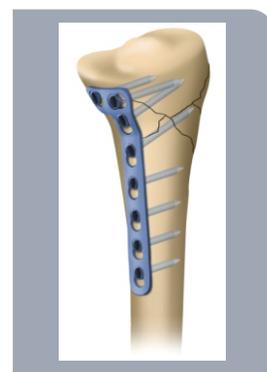
Cuando el trazo lo amerite se puede colocar una placa LCP angosta o ancha en la diáfisis de la tibia en la cara contralateral de donde se haya colocado la primera y se hacen las perforaciones y colocación de tornillos con se explico anteriormente.

Cuando el trazo lo amerite se puede colocar una placa LCP angosta o ancha en la diáfisis de la tibia en la cara contralateral de donde se haya colocado la primera y se hacen las perforaciones y colocación de tornillos con se explico anteriormente.

Para la colocación de las placas Condylar Butress y Hockey LCP 5.0 mm es la decisión del médico ortopedista ya que se pueden utilizar indistintamente en las fracturas de fémur distal.

INDICACIONES:

- 1.- Fracturas de fémur distales supra e intercondíleas
- 2.- Fracturas de fémur distales supracondíleas con huesos osteoporóticos
- 3.- Fracturas de fémur distales supracondíleas con varios fragmentos o conminutas



Técnica Quirúrgica

Se coloca al paciente en decúbito dorsal, se realiza incisión media en cara lateral de fémur, a nivel de la rodilla rodeando el borde lateral de la rotula, se disecciona por planos, se incide la aponeurosis y la cápsula articular, dejando un margen de 5 mm de alerón lateral rotuliano para su re inserción, se incide el cuádriceps por el tabique intermuscular del vasto lateral, se incide el periostio, se desperiostiza, se luxa medialmente la rotula, se hace lavado de la articulación de la rodilla con solución fisiológica para tener mejor visibilidad, se colocan pinzas posteriormente de hacer la reducción lo más anatómico posible, se determina que tipo de placa se va a colocar la de forma de hockey o la condylar, se determina de que tamaño o de cuantos orificios se va a colocar, se recomienda que se coloquen de 6 a 8 corticales proximales para tener una fijación más estable, se coloca la placa adosándola y sujetándola con una pinza, se hacen las perforaciones en la parte distal con broca de 4.5 mm, se mide el tamaño del tornillo y se machuelea con machuelo de 6.5 mm, se introduce un tornillo 6.5 mm con cuerda 16, 32 o cuerda completa, a consideración del cirujano ortopedista, dependiendo de la calidad del tejido óseo, se verifica la reducción y la sujeción del tornillo, se procede a colocar los otros cuatro o seis tornillos restantes de la placa distal dependiendo el tipo de placa que se haya colocado, se verifica que la reducción se ha mantenido, se hace perforaciones con broca 3.5 mm en los orificios proximales, se miden, se machuelea con machuelo 4.5 mm, se colocan tornillos cortical 4.5 mm, los necesarios que haya determinado el médico cirujano, se verifica reducción y se termina fijación, se sutura por planos con la sutura acostumbrada por el cirujano ortopedista.



PLAN POST OPERATORIO:

Se puede manejar de varias maneras pero el médico ortopedista determinará si coloca vendaje algodonoso tipo johns, si coloca un soporte externo como férula de yeso u ortesis bloqueada o movable.

Contraindicaciones

- 1.- Mala calidad de la piel y tejidos blandos
- 2.- Infección
- 3.- Fracturas expuestas grado III C
- 3.- Lesiones intra articulares como lesión de ligamentos cruzados

POSIBLE COMPLICACIONES:

Cuando el trazo supra intercondileo sea conminuto en ocasiones se necesita soporte con injerto óseo autólogo u heterologo y sea necesario que se coloque la placa solo como puente y este se necesita colocar un soporte externo en lo que se lleva a cabo la consolidación de la fractura porque de otra manera se pudiera presentar un desanclaje de los tornillos o ruptura de los mismos y un fracaso de la fijación.