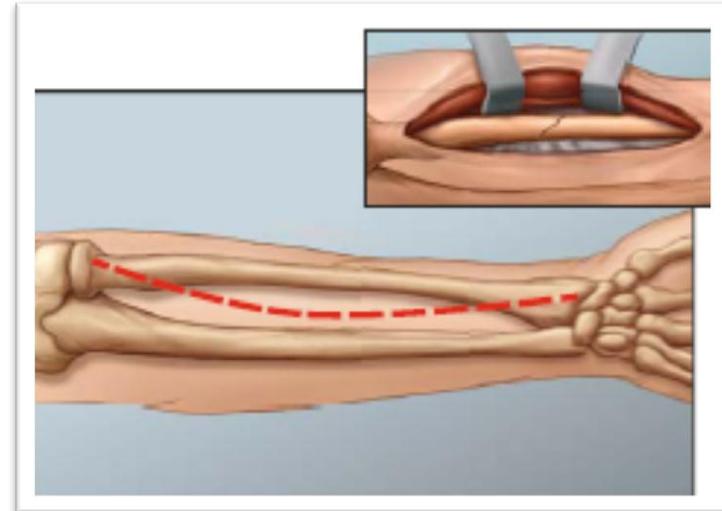


**Paso 1: Exposición y reducción de la fractura**

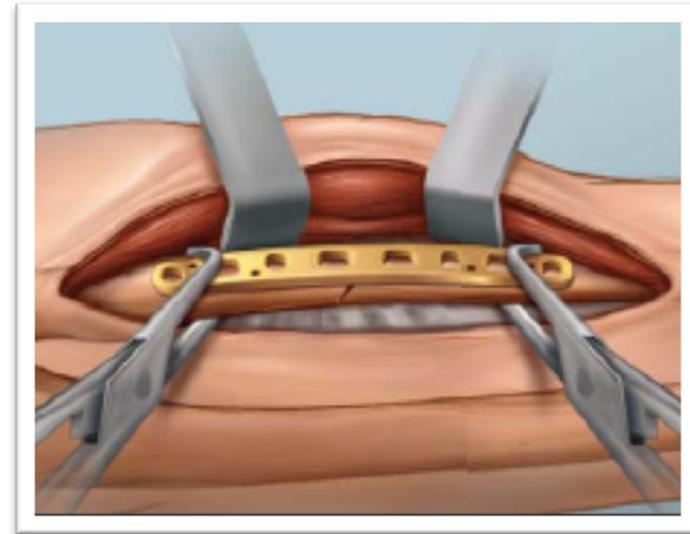
Para exponer la zona de fractura se usará el abordaje preferido por el cirujano. Si están fracturados ambos huesos, cúbito y radio, se reducirá primero el hueso con la fractura más simple.

**Nota:** Puede colocarse un tornillo de tracción a través de la fractura antes de la colocación de la placa, o a través de la placa en un paso posterior. Se incluye en el sistema una broca de 3.5mm (MS-DC35) y una guía de broca (80-0240 o PL-2196) para colocar un tornillo de tracción de 3.5mm.



**Paso 2: Selección de la placa y colocación**

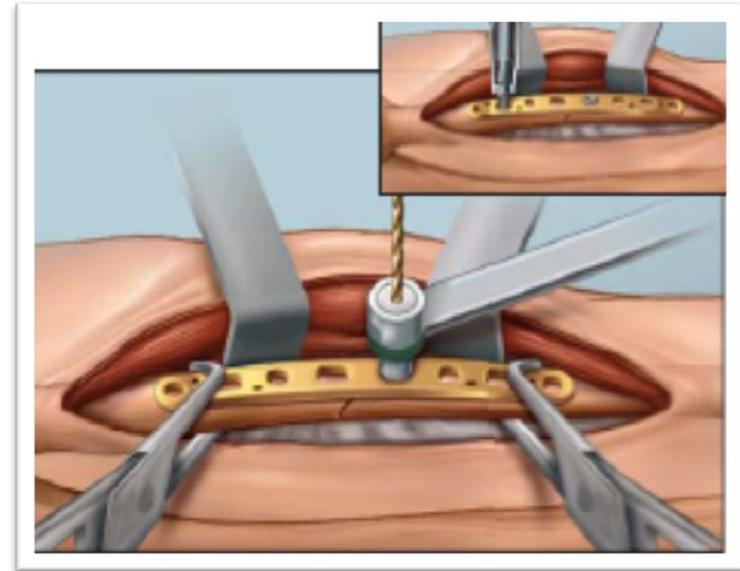
La valoración de la fractura y/o la medición radiográfica pre-operatoria deben utilizarse para determinar la longitud apropiada de la placa. Colocar la placa seleccionada sobre el hueso con el centro de la placa situado sobre la fractura para optimizar la compresión. Para ayudar en la fijación provisional de la placa, pueden usarse pines de placa (PL-PTACK), pinzas de reducción (80-0223 o PL-CL04) o agujas de Kirschner de 0.062". El separador de tejidos blandos (80-0251) debe roscarse en uno de los agujeros de bloqueo de la placa con el perno de bloqueo (80-0252) para ayudar a visualizar el foco quirúrgico.



**Paso 3: Inserción de tornillos de no bloqueo**

Primero se insertan tornillos bicorticales de no bloqueo para asegurar la compresión en el plano axial. La guía de broca excéntrica (PL-2095) debe utilizarse para la perforación neutra y a compresión con la broca de 2.8mm (MS-DC28). Los tornillos deben insertarse alternando el de un lado de la fractura con el otro. Debe comprobarse regularmente la rotación del antebrazo durante el procedimiento.

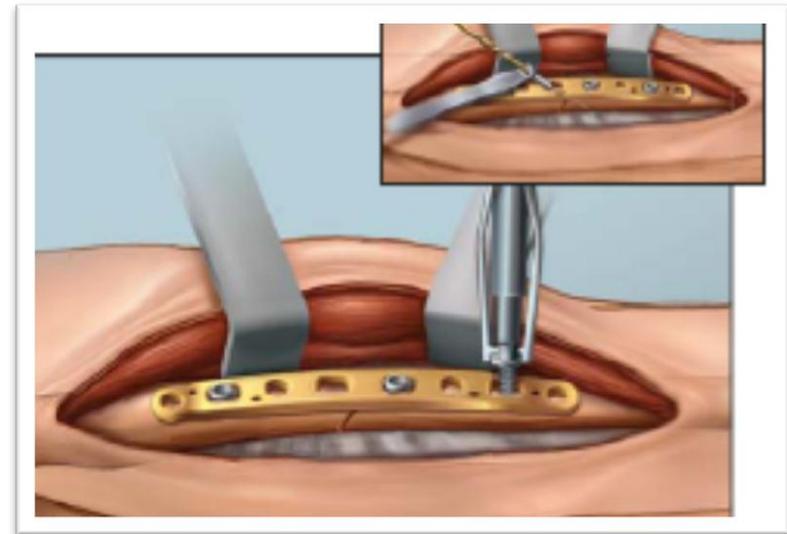
Nota: En el sistema hay disponibles tornillos de 2.7mm de cortical y de 4.0mm de esponjosa. Las terrajas (MS-LTT27/35) están altamente recomendadas para pacientes con hueso denso.



**Paso 4: Compresión en el punto de fractura**

Para proporcionar compresión en el punto de fractura, usar el extremo dorado de la guía de broca excéntrica (PL-2095) para perforar a modo de compresión. Insertar tornillos de 3.5mm de no bloqueo a ambos lados de la fractura, agarrando al menos 6 corticales a cada lado.

Nota: Las placas disponen de agujeros estáticos si el cirujano elige utilizar tornillos de bloqueo. Los resultados biomecánicos obtenidos en los tests de Acumed muestran mayor resistencia al arrancamiento de los tornillos cuando se utilizan todos los tornillos de 3.5mm bicorticales de no bloqueo. Si se desea una fijación con tornillos de bloqueo, proceda según el paso 5.

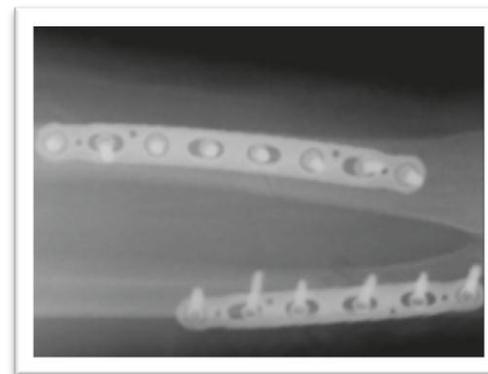
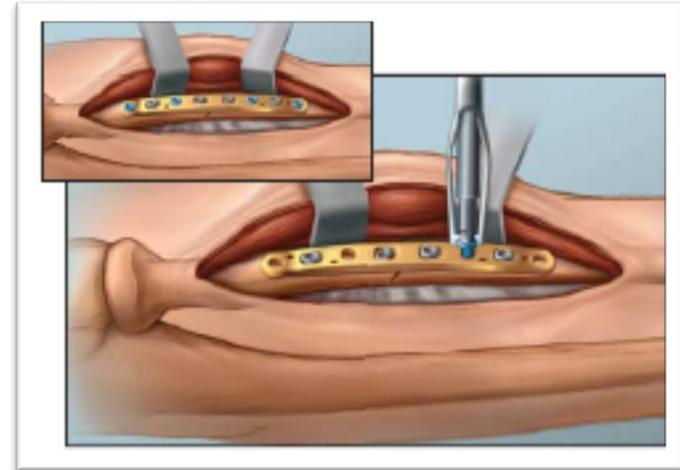


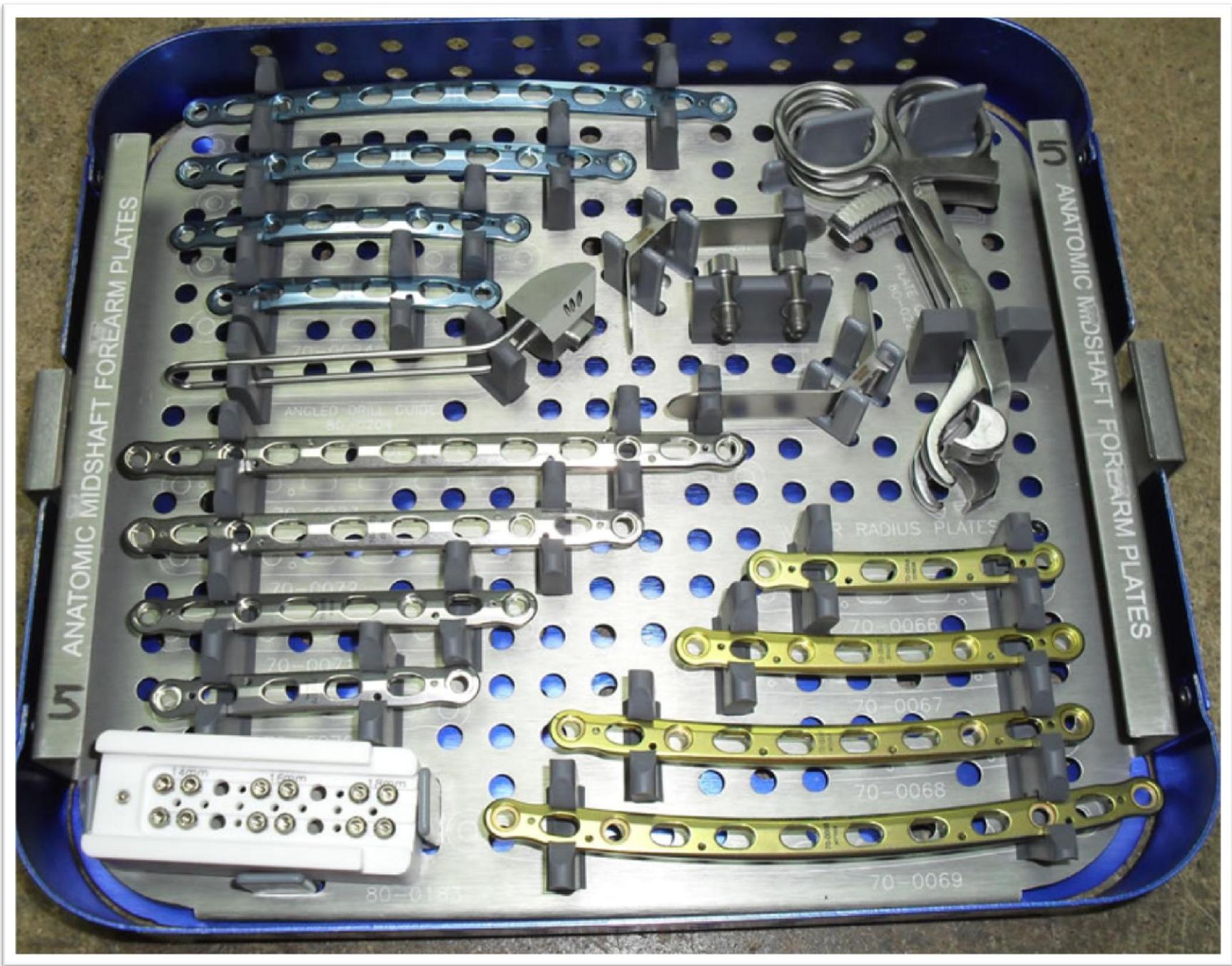
**Paso 5: Inserción de tornillos de bloqueo**

Para insertar tornillos de bloqueo de 3.5mm, roscar la guía de broca de bloqueo (MS-LDG35) en uno de los agujeros de bloqueo de la placa. Perforar con la broca de 2.8mm, medir la profundidad e insertar el tornillo de 3.5mm de bloqueo de la longitud apropiada.

**Protocolo post-operatorio**

El tratamiento post-operatorio con las Placas Anatómicas para Antebrazo de Acumed será el seguido con otros procedimientos de placas diafisarias para antebrazo.

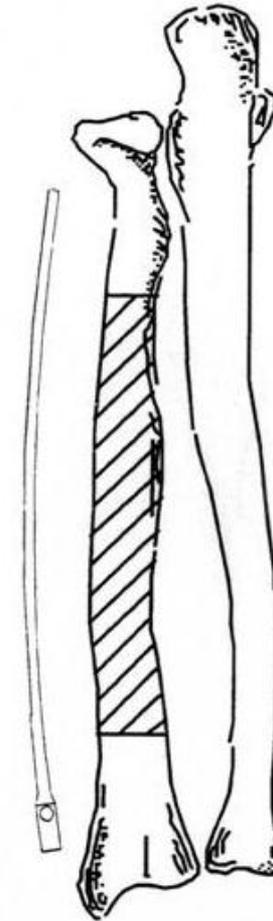




**Paso 1: Planificación pre-operatoria y evaluación**

Mediante radiografía, evaluar la posición de la fractura(s). Comprobar que el diámetro del clavo debe pasar por el canal con un mínimo fresado. Elegir un diámetro demasiado grueso puede llevar a que el clavo quede impactado durante la inserción dificultando su retirada. Estimar la longitud del tornillo como referencia durante el procedimiento. Puede ser necesario medir el radio sano para estimar de forma más precisa la longitud.

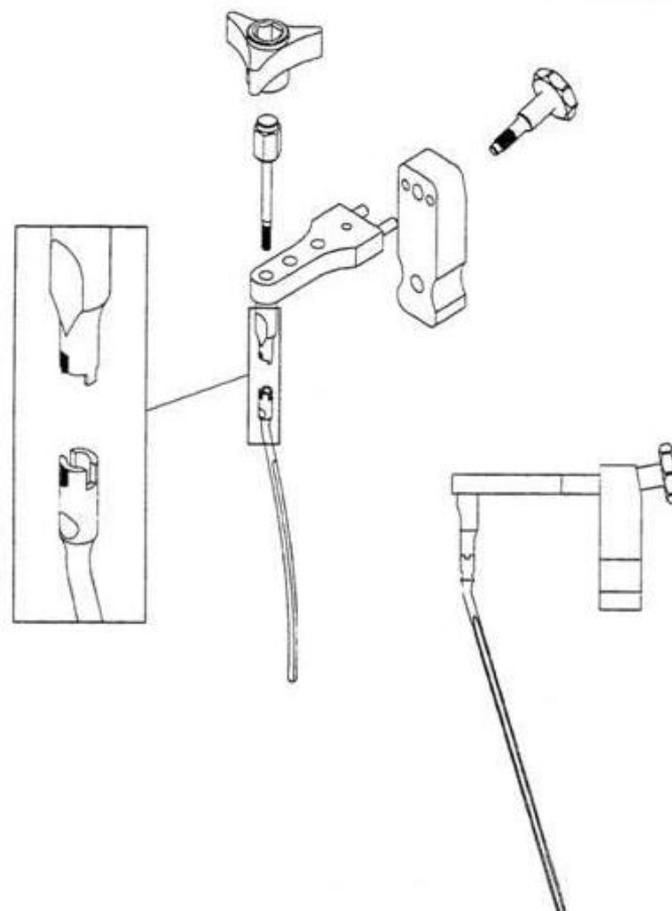
El paciente debe colocarse en posición supina. Se requerirán un sistema de tracción y una tabla radiotransparente para ayudar en la reducción y en la evaluación. El Clavo de Radio de Acumed debería implantarse bajo fluoroscopia para permitir la evaluación de la posición del clavo y el tornillo. Las radiografías en ambos planos, A/P y M/L contribuirán al éxito del procedimiento.



**Paso 2: Ensamblaje de la guía**

Ensamblar la guía deslizando en primer lugar el perno de bloqueo (MS-0621) a través de la placa base (MS-0620) y roscar en el clavo. Alinear la marca laser de la placa base con la correspondiente del extremo distal del clavo de radio (como muestra la figura). Esto asegura la correcta orientación a la hora de implantar el clavo. Apretar el perno de bloqueo con la llave manual (MS-0611).

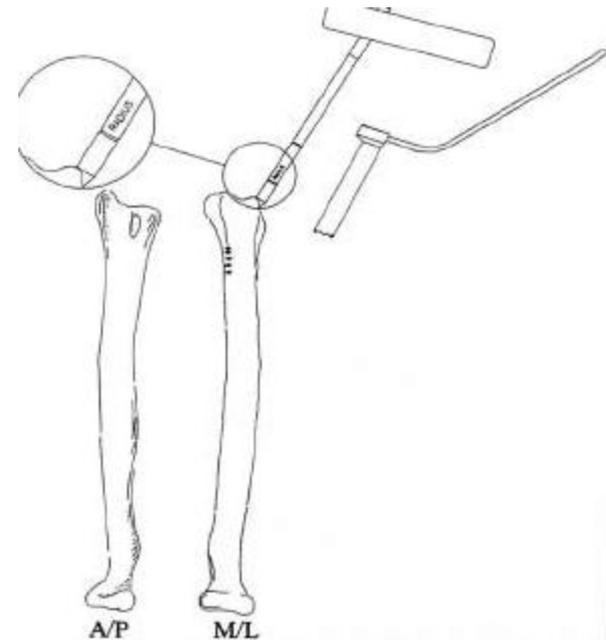
Deslizar la guía radiotransparente dorsal (RA-0622) sobre los pines de la placa base. Bloquear con una tuerca de roseta (MS-0100).



### **Paso 3: Abordaje quirúrgico y perforación de la cortical**

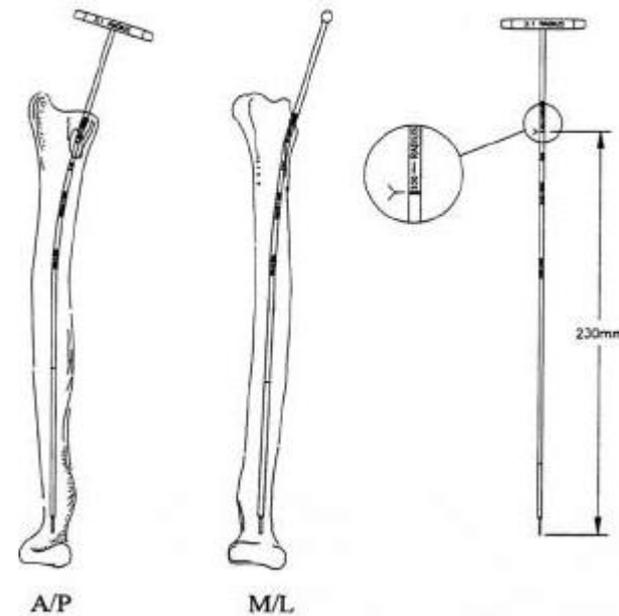
Para exponer el punto de entrada del implante, se realiza una incisión de 2 a 3mm longitudinalmente a lo largo del radio distal a la altura del compartimento del cuarto extensor. La disección se lleva a cabo a través de los tejidos subcutáneos. El método en que el cirujano aborda el punto de inserción queda a su discreción. Las variaciones en la anatomía individual pueden alterar la técnica.

Establecer el punto de inserción del implante utilizando el punzón y la cánula para perforar la cortical justo cubital al tubérculo de Lister, aproximadamente a 5mm de la superficie articular. El punzón debe dirigirse hacia el canal e insertarse hasta la primera ranura de profundidad marcada como "RADIUS". Debe tenerse cuidado de evitar la penetración accidental en la cortical adyacente. La cánula debe usarse conjuntamente con el punzón como protector de tejidos. La fluoroscopia ayuda a verificar la alineación apropiada.



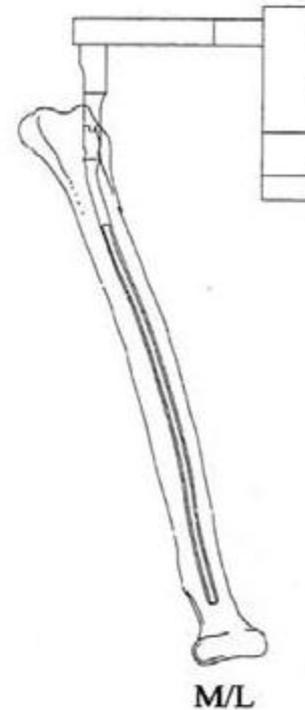
**Paso 4: Preparación del canal y selección del clavo**

Insertar la fresa seleccionada (3.1 ó 3.7mm) en toda la longitud del canal radial hasta que alcance la metáfisis. La longitud del clavo puede leerse directamente en la fresa marcada como "RADIUS" (ver en la figura). La fresa debería usarse siempre para asegurarse de que el clavo pase por el canal sin quedar impactado durante su inserción. Las fresas están diseñadas para un solo uso, por lo que deberían desecharse después de su uso.



**Paso 5: Inserción del implante**

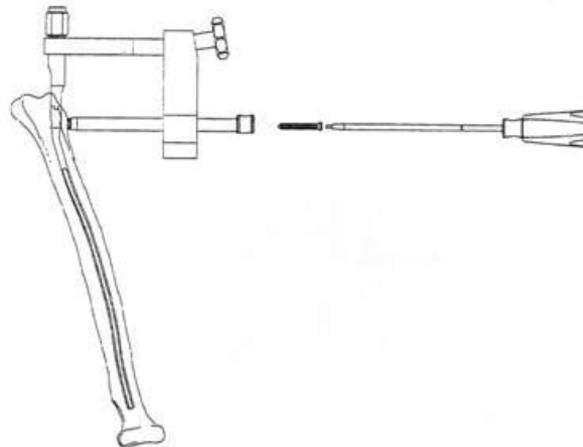
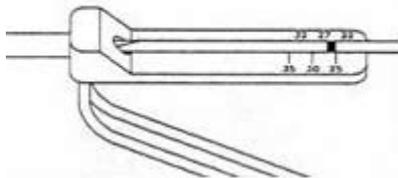
Insertar el Clavo de Radio dentro del canal y atravesar el foco de fractura. El clavo debe alinearse de forma que el tornillo se inserte en dirección de dorsal a volar. Bajo fluoroscopia, deslizar suavemente la punta del clavo a través del foco de fractura hasta la metáfisis proximal. El clavo debería pasar fácilmente el canal sin impactación. Si se encuentra resistencia, el clavo debe sacarse y se debe chequear nuevamente el canal con la fresa apropiada. Verificar en las dos direcciones que el clavo ha atravesado con éxito la(s) fractura(s) y obtenido reducción. Comprobar que el extremo distal del clavo se ha insertado bajo la superficie del hueso.



**Paso 6: Inserción del tornillo de bloqueo**

Insertar la cánula de 3.5mm (HR-3101) y el trócar (HR-3102) en el agujero de la guía. Golpear ligeramente el trócar contra el hueso para crear un hoyuelo. Se inserta entonces la guía de broca de 3.5mm (HR-3104) a través de la cánula. Usando la broca de 2.8mm (HR-D105), perforar ambas corticales. Usar fluoroscopia para verificar la profundidad de perforación, que se lee en la guía de broca. Asegurarse de que la guía de broca está a ras del hueso cuando se mide la profundidad para permitir una lectura precisa. Retirar la guía de broca y la broca.

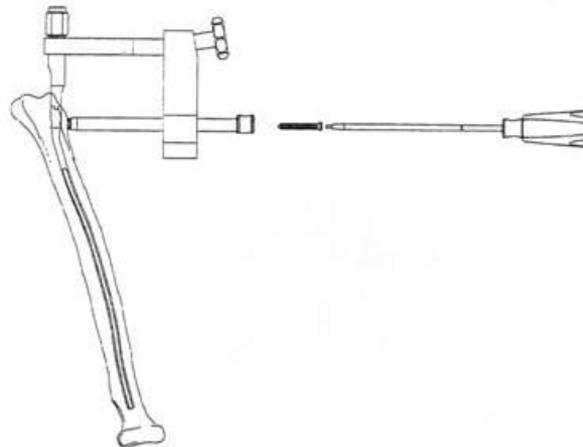
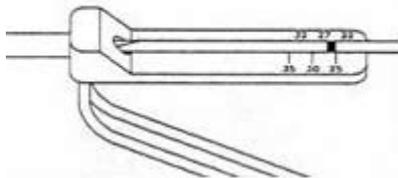
Insertar el tornillo de 3.5mm de la longitud apropiada a través de la cánula con el destornillador hexagonal (HD-2500). Verificar la posición del tornillo bajo fluoroscopia. El tornillo no debe sobrepasar la cortical dorsal en más de 3mm. Cuando el tornillo está insertado, una ranura en el vástago del destornillador indica que el tornillo asienta completamente en el hueso cuando dicha ranura queda alineada con el extremo posterior de la cánula. Asegurarse de que la cánula asienta completamente contra el hueso si se usa este método. Si se encuentra hueso denso, se incluye en el sistema una terraja con mango en T (MS-T35S).



**Paso 6: Inserción del tornillo de bloqueo**

Insertar la cánula de 3.5mm (HR-3101) y el trócar (HR-3102) en el agujero de la guía. Golpear ligeramente el trócar contra el hueso para crear un hoyuelo. Se inserta entonces la guía de broca de 3.5mm (HR-3104) a través de la cánula. Usando la broca de 2.8mm (HR-D105), perforar ambas corticales. Usar fluoroscopia para verificar la profundidad de perforación, que se lee en la guía de broca. Asegurarse de que la guía de broca está a ras del hueso cuando se mide la profundidad para permitir una lectura precisa. Retirar la guía de broca y la broca.

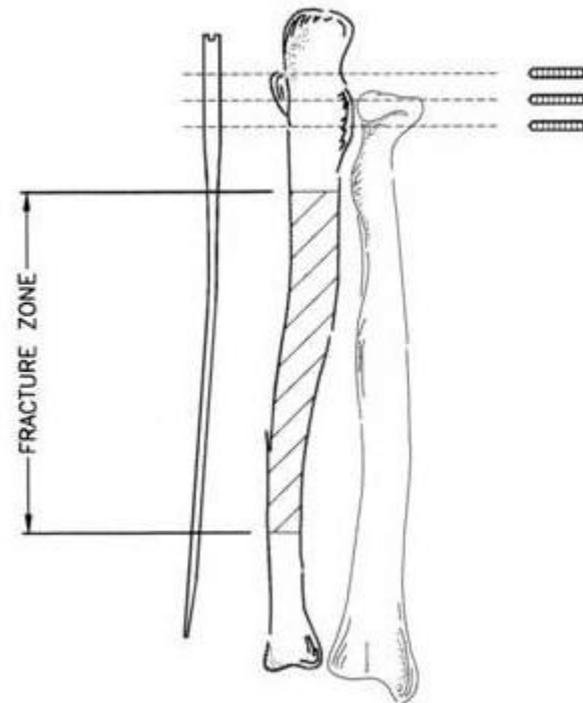
Insertar el tornillo de 3.5mm de la longitud apropiada a través de la cánula con el destornillador hexagonal (HD-2500). Verificar la posición del tornillo bajo fluoroscopia. El tornillo no debe sobrepasar la cortical dorsal en más de 3mm. Cuando el tornillo está insertado, una ranura en el vástago del destornillador indica que el tornillo asienta completamente en el hueso cuando dicha ranura queda alineada con el extremo posterior de la cánula. Asegurarse de que la cánula asienta completamente contra el hueso si se usa este método. Si se encuentra hueso denso, se incluye en el sistema una terraja con mango en T (MS-T35S).



**Paso 1: Planificación pre-operatoria y evaluación**

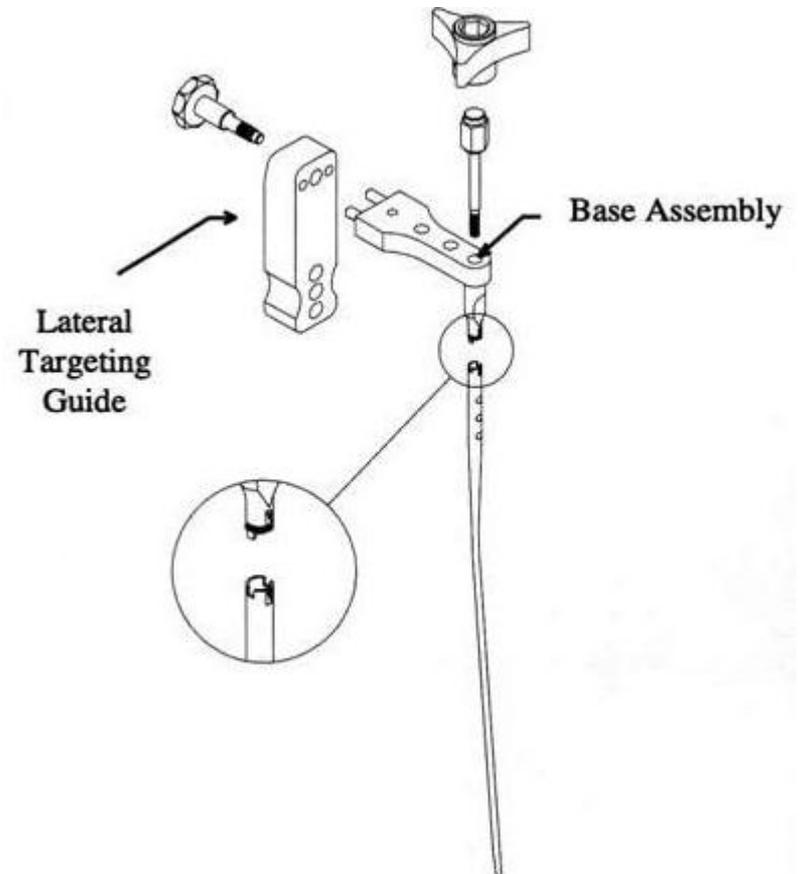
Mediante radiografía, evaluar la posición de la fractura(s). Comprobar que el diámetro del clavo debe pasar por el canal con un mínimo fresado. Elegir un diámetro demasiado grueso puede llevar a que el clavo quede impactado durante la inserción dificultando su retirada. Estimar la longitud del tornillo como referencia durante el procedimiento. Puede ser necesario medir el cúbito sano para estimar de forma más precisa la longitud.

El paciente debe colocarse en posición supina o lateral. Se requerirán un sistema de tracción y una tabla radiotransparente para ayudar en la reducción y en la evaluación. El Clavo de Cúbito de Acumed debería implantarse bajo fluoroscopia para permitir la evaluación de la posición del clavo y el tornillo. Las radiografías en ambos planos, A/P y M/L contribuirán al éxito del procedimiento.



**Paso 2: Ensamblaje de la guía**

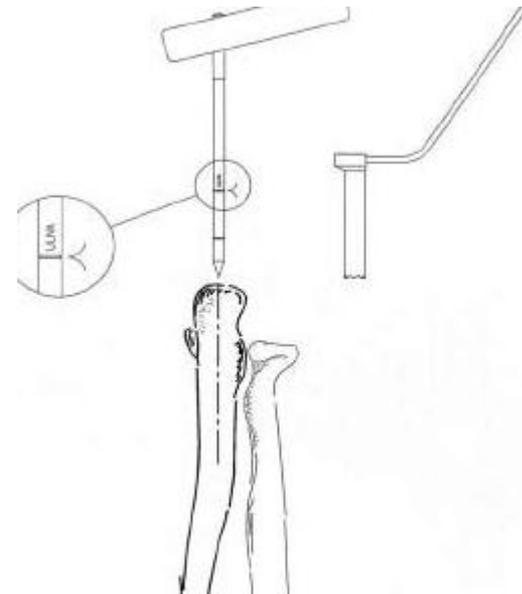
Ensamblar la guía deslizando en primer lugar el perno de bloqueo (MS-0621) a través de la placa base (MS-0620) y roscar en el clavo. Alinear la marca laser de la placa base con la correspondiente del extremo proximal del clavo de cúbito (como muestra la figura). Esto asegura la correcta orientación a la hora de implantar el clavo. Apretar el perno de bloqueo con la llave manual (MS-0611). Deslizar la guía radiotransparente (MS-0622) sobre los pines de la placa base. Bloquear con una tuerca de roseta (MS-0100).



### **Paso 3: Abordaje quirúrgico y perforación de la cortical**

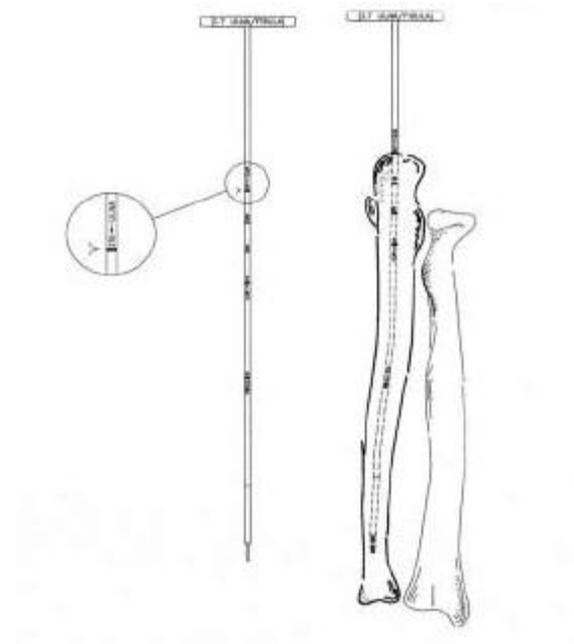
Para exponer el punto de entrada del implante, se realiza una incisión de 1 a 2 mm longitudinalmente a lo largo de la punta del olécranon. La disección se lleva a cabo a través de los tejidos subcutáneos y del tendón del tríceps. Debe tenerse cuidado de evitar el nervio cubital, que circula medial al olecranon. El método en que el cirujano aborda el punto de inserción queda a su discreción. Las variaciones en la anatomía individual pueden alterar la técnica.

Establecer el punto de inserción del implante utilizando el punzón para perforar la cortical. La cánula debe usarse juntamente con el punzón como protector de tejidos. Comenzar con el punzón en el centro del proceso olecraniano, directamente en línea con el canal medular proximal del cúbito. Introducir el punzón hasta la muesca marcada como "ULNA". La fluoroscopia ayuda a verificar la alineación apropiada.



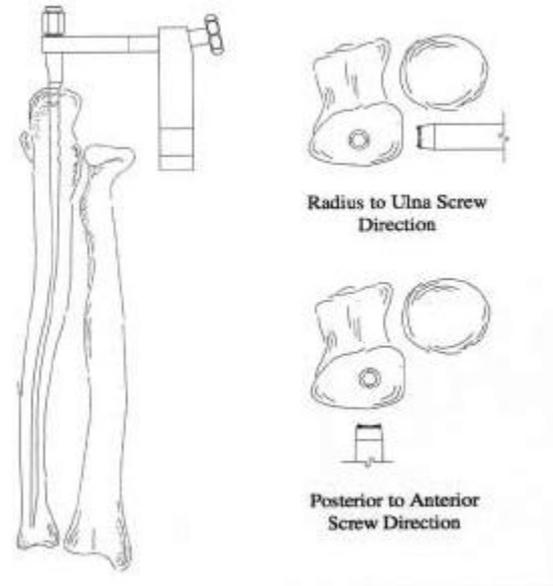
**Paso 4: Preparación del canal y selección del clavo**

Insertar la fresa seleccionada (3.1 ó 3.7 mm) en toda la longitud del canal hasta que alcance la metáfisis. La longitud del clavo puede leerse directamente en la fresa marcada como "ULNA" (ver en la figura). La fresa debería usarse siempre para asegurarse de que el clavo pase por el canal sin quedar impactado durante su inserción. Las fresas están diseñadas para un solo uso, por lo que deberían desecharse después de su uso.



**Paso 5: Inserción del implante**

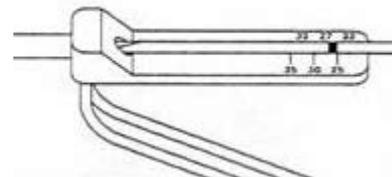
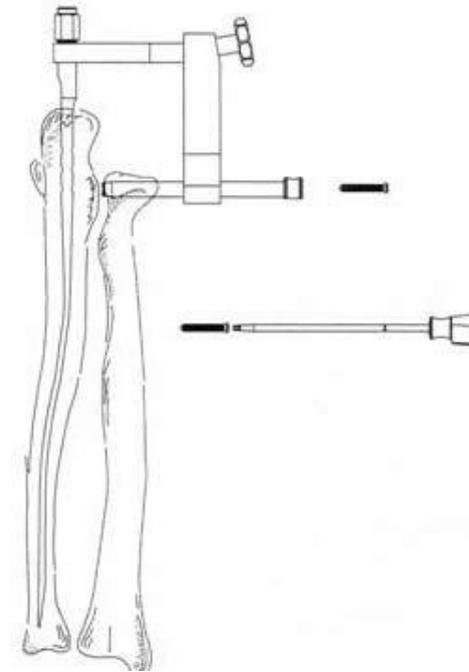
Insertar el Clavo de Cúbito dentro del canal y atravesar el foco de fractura. El clavo debe alinearse de forma que el tornillo se inserte en dirección M/L o A/P, según la preferencia del cirujano. Bajo fluoroscopia, deslizar suavemente la punta del clavo a través del foco de fractura hasta la metáfisis proximal. El clavo debería pasar fácilmente el canal sin impactación. Si se encuentra resistencia, el clavo debe sacarse y se debe chequear nuevamente el canal con la fresa apropiada. Verificar en las dos direcciones que el clavo ha atravesado con éxito la(s) fractura(s) y obtenido reducción. Comprobar que el extremo distal del clavo se ha insertado bajo la superficie del hueso.



**Paso 6: Inserción del tornillo de bloqueo**

Insertar la cánula de 3.5mm (HR-3101) y el trócar (HR-3102) en uno de los agujeros de la guía. Golpear ligeramente el trócar contra el hueso para crear un hoyuelo. Se inserta entonces la guía de broca de 3.5mm (HR-3104) a través de la cánula. Usando la broca de 2.8mm (HR-D105), perforar ambas corticales. Usar fluoroscopia para verificar la profundidad de perforación, que se lee en la guía de broca. Asegurarse de que la guía de broca está a ras del hueso cuando se mide la profundidad para permitir una lectura precisa. Retirar la guía de broca y la broca.

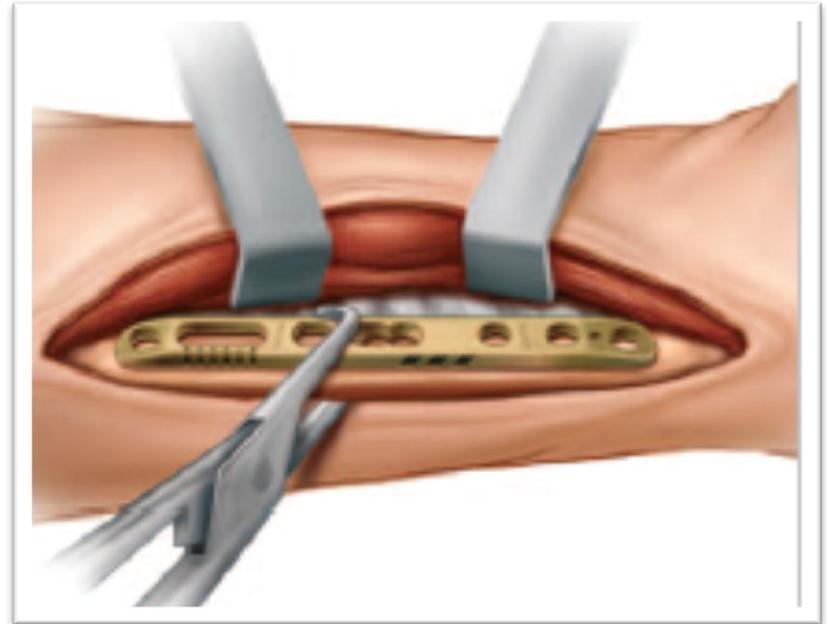
Insertar el tornillo de 3.5mm de la longitud apropiada a través de la cánula con el destornillador hexagonal (HD-2500). Verificar la posición del tornillo bajo fluoroscopia. El tornillo no debe sobrepasar la segunda cortical en más de 3mm. Cuando el tornillo está insertado, una ranura en el vástago del destornillador indica que el tornillo asienta completamente en el hueso cuando dicha ranura queda alineada con el extremo posterior de la cánula. Asegurarse de que la cánula asienta completamente contra el hueso si se usa este método. Si se encuentra hueso denso, se incluye en el sistema una terraja con mango en T (MS-T35S).





**Paso 1:**

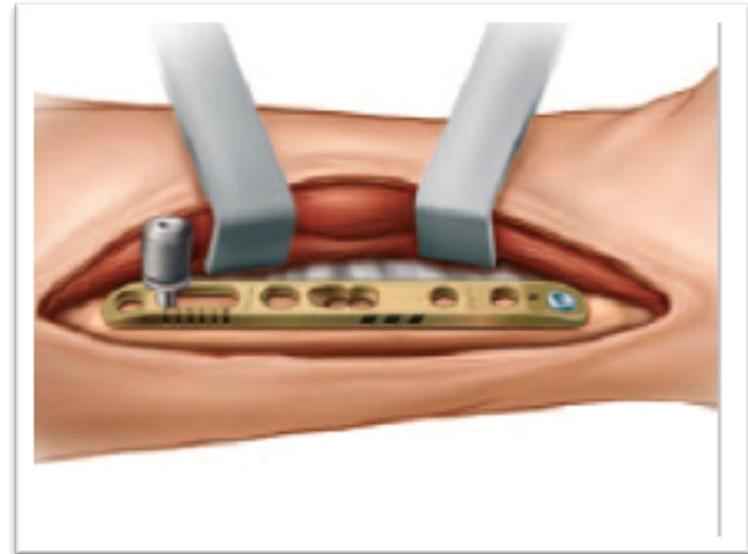
Determinar la cantidad de varianza cubital mediante radiografía preoperatoria. Después de exponer la cara volar del cúbito, colocar la placa de 3 a 5 cm proximal al extremo distal del cúbito. Asegurar la placa a la superficie volar con una o más pinzas. Asegurarse de que la orientación proximal y distal de la placa es correcta, tal y como señalan las marcas laser de la placa.



**Paso 2:**

Perforar el agujero de bloqueo más distal usando la guía de broca roscada (80-0384) y la broca de 2.8mm (80-0387) e insertar el tornillo de bloqueo de 3.5 mm azul claro de la longitud adecuada (COL-3XX0). En el extremo proximal del agujero ovalado de medición, perforar bicorticalmente de forma perpendicular a la placa e insertar el perno de reducción temporal (80-0422) con el destornillador hexagonal.

**Opción:** puede pre-perforar los dos agujeros de bloqueo distales restantes de la misma forma con la guía roscada pero NO INSERTE LOS TORNILLOS. También puede hacerlo después de llevar a cabo la osteotomía.



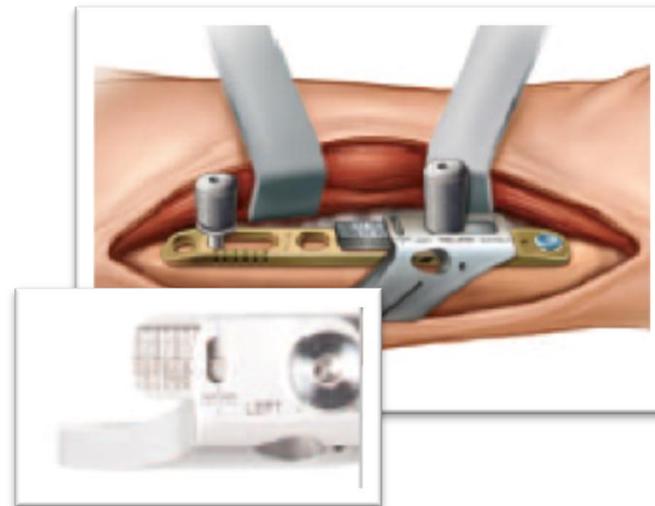
**Paso 3:**

Retire la/s pinza/s e inserte la guía de corte pre-montada de forma que el perno de bloqueo se inserte en el tercer agujero de bloqueo más distal al lado de las marcas laser de referencia de la placa. La ranura de corte de la guía quedará alineada con las marcas laser de la placa.



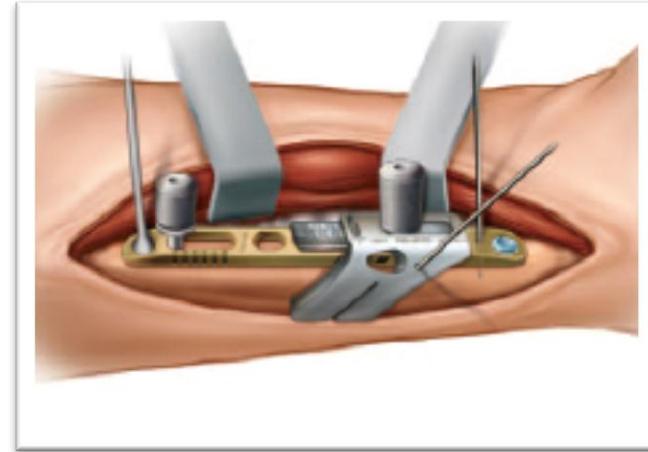
**Paso 4:**

Coloque la guía de corte en la marca de 1mm en la ventana de medición y apriete firmemente el perno de bloqueo (80-0421) con el destornillador hexagonal.



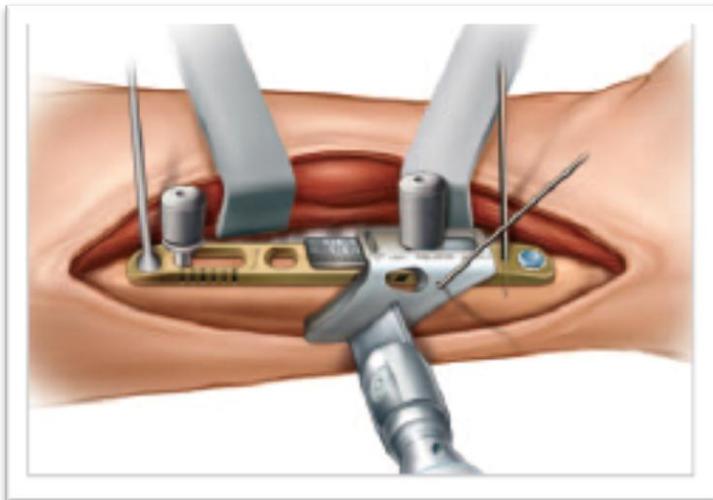
**Paso 5:**

Para mayor estabilidad rotacional, puede insertarse un pin de placa (PL-TACK) en el agujero de bloqueo más proximal y puede insertarse también una aguja de Kirschner de 0.054" en el agujero para agujas del extremo más distal de la placa. Una segunda aguja de 0.054" puede insertarse a través de la guía de corte y del hueso para lograr una estabilidad adicional.

**Paso 6:**

Debería considerarse la irrigación de la osteotomía para minimizar el riesgo de necrosis térmica. Insertar la hoja de sierra en la ranura de corte de la guía y efectuar el primer corte.

**Nota:** La ranura de corte tiene un grosor de 0.025" ó 0.64mm. La hoja de sierra utilizada debe ser más fina que la ranura de corte y debe permitir una mínima profundidad de corte de 25mm para pasar a través de la guía y del hueso. Las hojas de sierra menores de 0.5mm son demasiado finas y pueden incrementar el riesgo de un corte no paralelo. Si el extremo de la hoja no entra fácilmente en la ranura, debe insertarse deslizándola a través del extremo abierto de la ranura de corte.

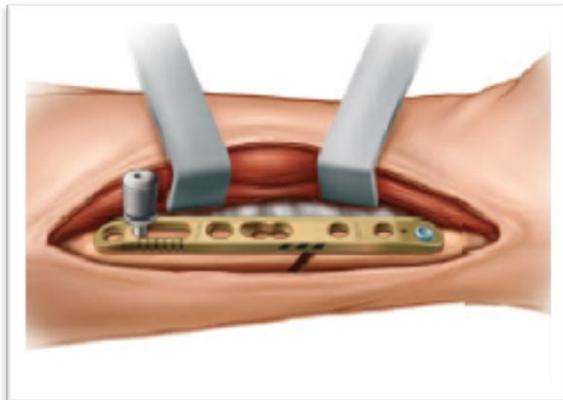
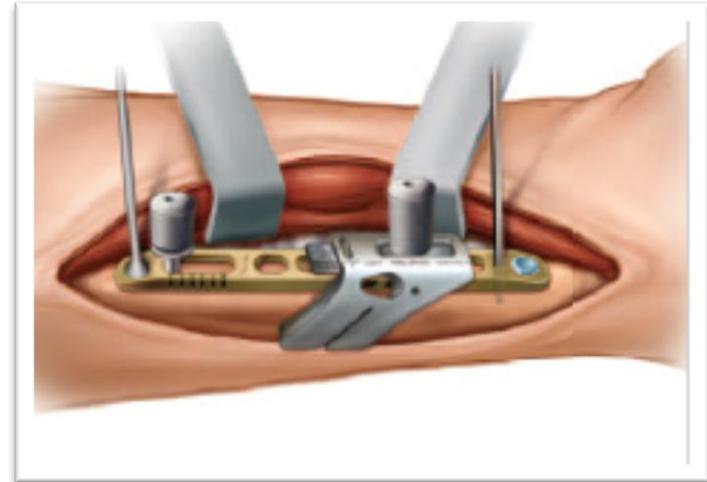


**Paso 7:**

Retirar la aguja de Kirschner insertada en la guía de corte y aflojar el perno de bloqueo lo justo y suficiente para poder deslizar la guía hasta el número correspondiente a la cantidad de acortamiento deseada. Volver a apretar firmemente el perno de bloqueo con el destornillador hexagonal.

Asegurarse de que ambas caras del cúbito están re-alineadas y reinsertar la aguja de Kirschner a través de la guía de corte y el hueso. Hacer el segundo corte.

**Nota:** Los números de la guía corresponden con la cantidad de hueso que se desea resear; por ejemplo, "4" significa 4mm de resección.

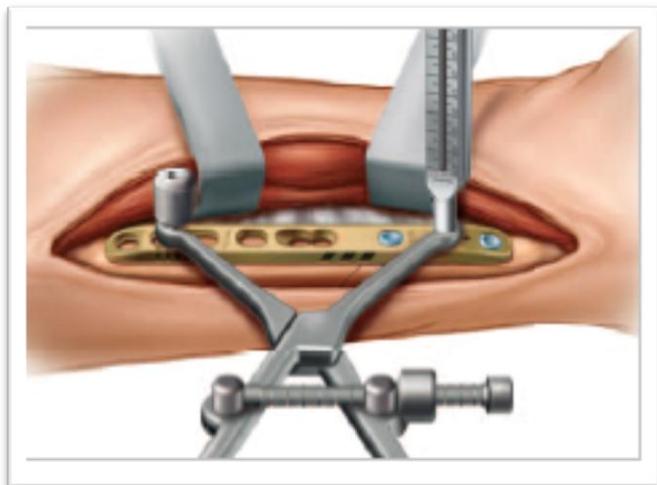
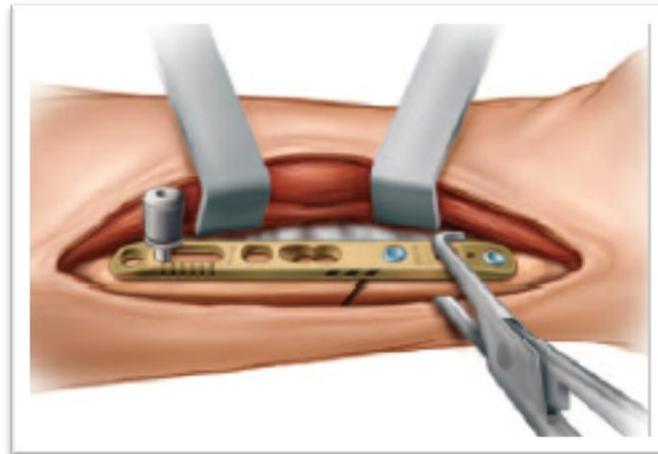
**Paso 8**

Retirar ambas agujas de Kirschner, la guía de corte y el pin de placa. Aflojar ligeramente (NO RETIRAR) el perno de reducción temporal colocado en el agujero oval de medición y retirar el fragmento de hueso reseado.

**Nota:** Si el defecto óseo no cierra, asegurarse de que no queda hueso en la zona de osteotomía cercana a la placa. Si esto ocurre, los extremos proximal y distal de hueso pueden rotarse bajo la placa para retirar el hueso que bloquea la reducción.

**Paso 9**

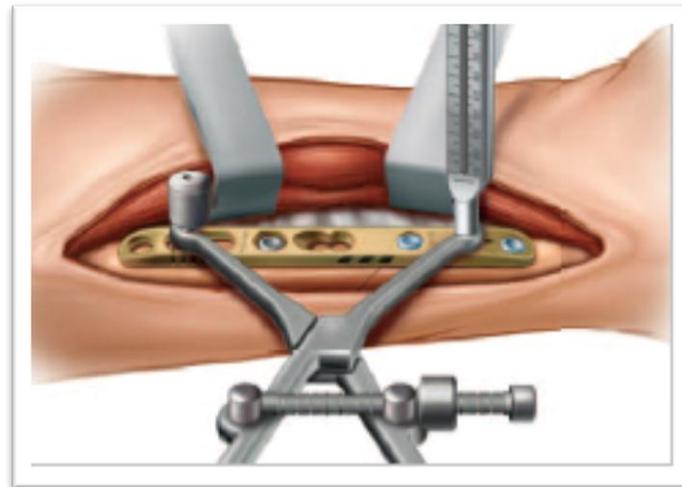
Colocar una pinza a través de la porción distal del cúbito y la placa y reducir el espacio entre ambos. En el tercer agujero de bloqueo más distal próximo a la osteotomía perforar usando la guía de broca roscada (80-0384) y la broca de 2.8mm (80-0387) si no se ha pre-perforado en el PASO 2. Insertar el tornillo de bloqueo o de no bloqueo de la longitud apropiada. Retirar la pinza de hueso y colocar la guía de broca roscada en el segundo agujero de bloqueo distal.

**Paso 10**

Aflojar ligeramente el perno de reducción en el agujero ovalado de medida. Colocar la pinza de reducción (80-0423) alrededor del perno de reducción y de la guía de broca roscada. Reducir la osteotomía con la pinza y apretar la rueda de la misma para mantener la reducción "sin manos".

**Paso 11**

Mientras se mantiene la reducción, perforar el extremo proximal del agujero ovalado de compresión con la broca de 2.8mm, medir e insertar un tornillo bicortical de no bloqueo. Asegurarse de que se ha obtenido la cantidad de acortamiento deseada mediante radiografía.



**Paso 12**

En el agujero especial para el tornillo de tracción, utilizar la broca de 3.5mm y la guía de broca de 3.5mm/2.8mm (PL-2196), perforar un canal deslizante en la primera cortical en un ángulo que cruce la zona de osteotomía (Figura 1). Aunque puede usarse la parte proximal o distal del agujero especial, dependiendo de la localización de la osteotomía, se prefiere la parte proximal. Después, colocar el extremo de 2.8mm de la guía de broca dentro del canal deslizante de 3.5mm y usar la broca de 2.8mm para perforar la segunda cortical (Figura 2).

**Nota:** Si el ángulo de la broca es demasiado superficial, la broca puede tropezar con el tornillo del agujero adyacente.

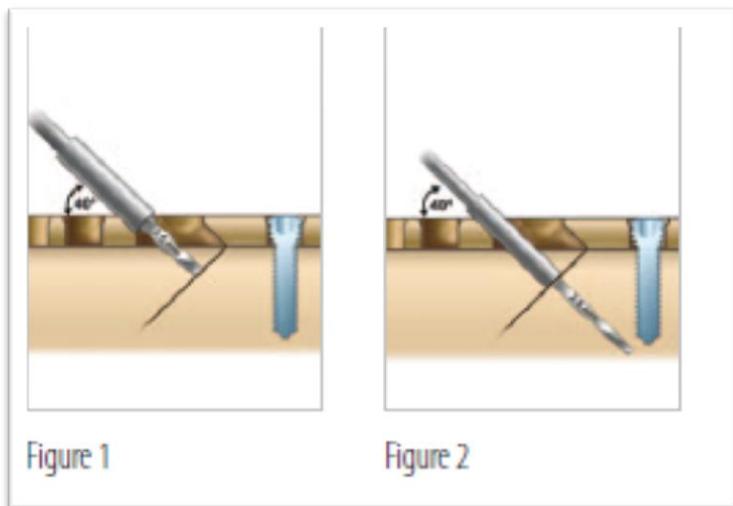
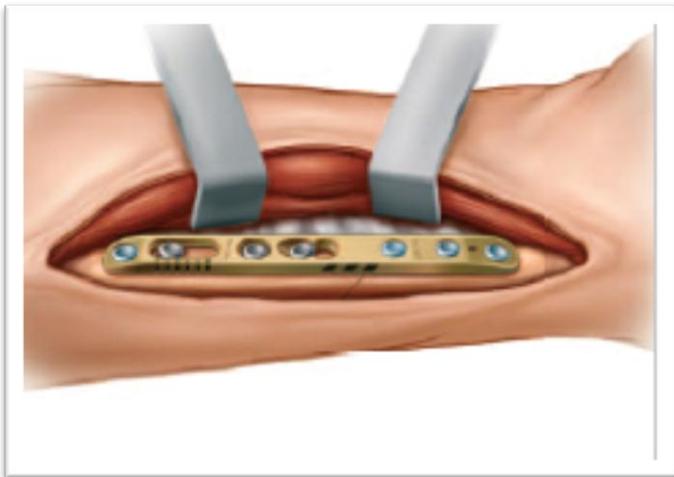
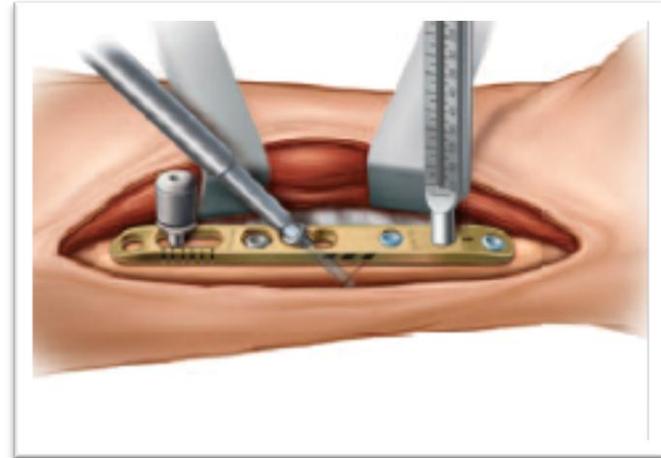


Figure 1

Figure 2

**Paso 13**

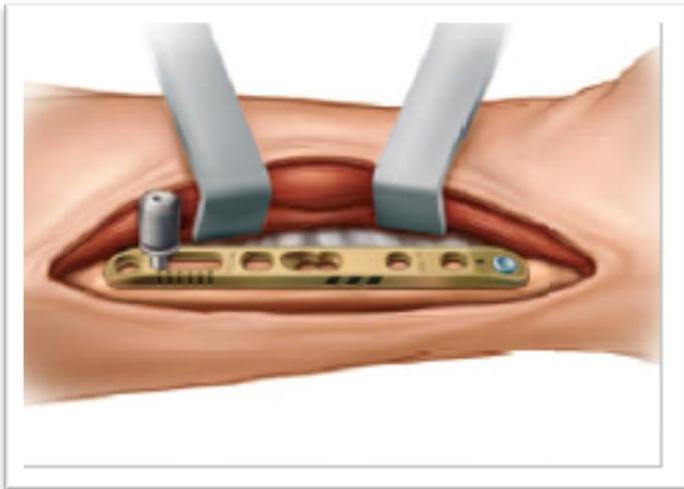
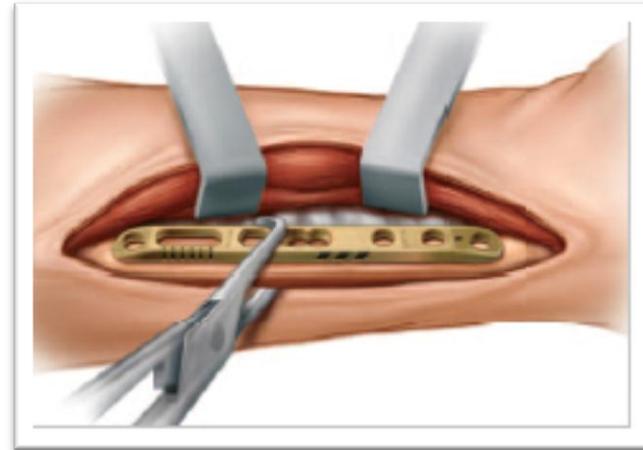
Medir e insertar un tornillo de no bloqueo de 3.5mm a través del agujero especial para el tornillo de tracción. Retirar la pinza de reducción. Perforar el segundo agujero de bloqueo más distal antes de retirar la guía de broca roscada si no se ha pre-perforado en el PASO 2. Medir e insertar un tornillo de bloqueo.

**Paso 14**

Retirar el perno de reducción temporal. Medir y reemplazar por un tornillo de no bloqueo de 3.5mm. Perforar, medir e insertar un tornillo de bloqueo de 3.5mm en el restante agujero proximal de bloqueo.

**Paso 1:**

Determinar la cantidad de varianza cubital mediante radiografía preoperatoria. Después de exponer la cara volar del cúbito, colocar la placa de 3 a 5 cm proximal al extremo distal del cúbito. Asegurar la placa a la superficie volar con una o más pinzas. Asegurarse de que la orientación proximal y distal de la placa es correcta, tal y como señalan las marcas laser de la placa.

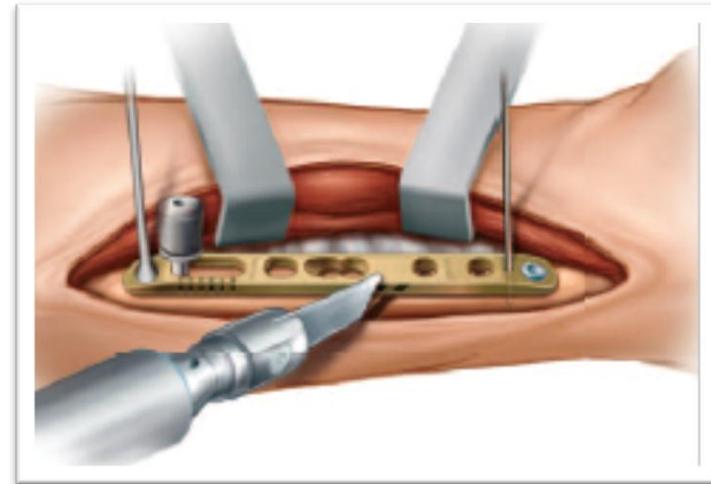
**Paso 2:**

Perforar el agujero de bloqueo más distal usando la guía de broca roscada (80-0384) y la broca de 2.8mm (80-0387) e insertar el tornillo de bloqueo de 3.5mm azul claro de la longitud adecuada (COL-3XX0). En el extremo proximal del agujero ovalado de medición, perforar bicorticalmente de forma perpendicular a la placa e insertar el perno de reducción temporal (80-0422) con el destornillador hexagonal. **Opción:** puede pre-perforar los dos agujeros de bloqueo distales restantes de la misma forma con la guía roscada pero NO INSERTE LOS TORNILLOS. También puede hacerlo después de llevar a cabo la osteotomía.

**Paso 3:**

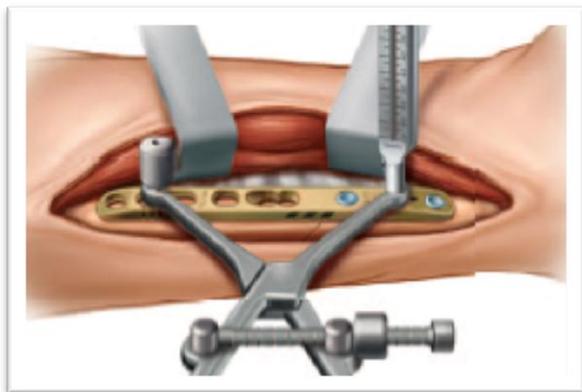
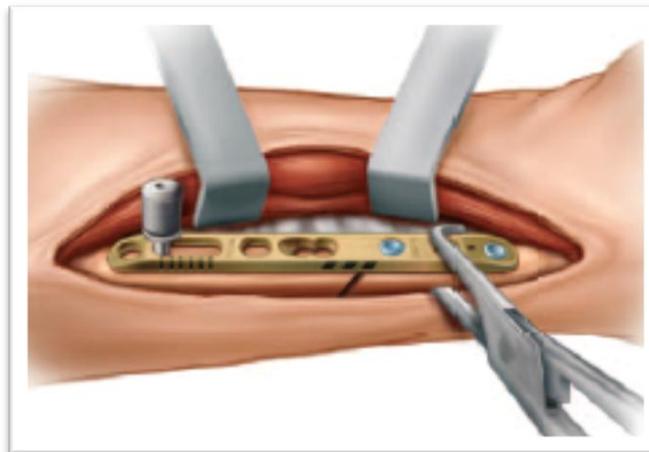
Usando las marcas de referencia a 40° como guía, llevar a cabo la osteotomía con una angulación de 40° con respecto a la perpendicular de la placa. Comenzar la osteotomía en la marca laser más distal. Debe considerarse la irrigación de la osteotomía para minimizar el riesgo de necrosis térmica. Llevar a cabo la osteotomía según la cantidad de acortamiento determinada y eliminar el fragmento de hueso. Puede usarse una aguja de Kirschner de 0.054" en el extremo distal de la placa y un pin de placa en el extremo proximal para proporcionar estabilidad adicional.

**Nota:** Cada línea de referencia de 40° y cada espacio entre ellas, tiene un grosor de 2mm. Adicionalmente, el grosor de la hoja de sierra debe tenerse en consideración cuando se lleva a cabo la osteotomía.



**Paso 4:**

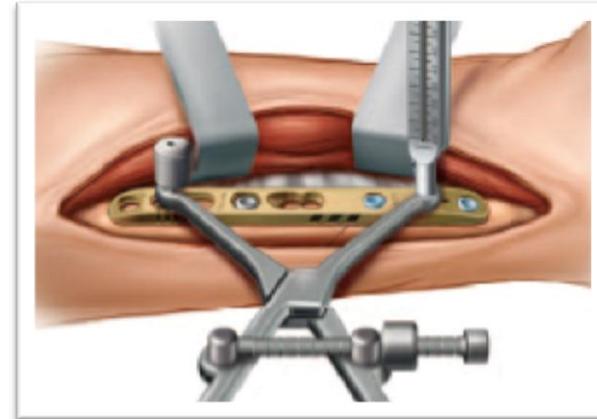
Retirar las agujas de Kirschner y los pines de placa. Asegurarse de que no queda ningún resto de hueso en la zona de osteotomía cercana a la placa. Si esto ocurre, los extremos proximal y distal de hueso pueden rotarse bajo la placa para retirar el hueso que bloquea la reducción. Colocar una pinza a través de la porción distal del cúbito y la placa y reducir el espacio entre ambos. En el tercer agujero de bloqueo más distal próximo a la osteotomía perforar usando la guía de broca roscada (80-0384) y la broca de 2.8mm (80-0387) si no se ha pre-perforado en el PASO 2. Insertar un tornillo de bloqueo o de bloqueo bicortical.

**Paso 5**

Retirar la pinza de hueso y colocar la guía de broca roscada en el segundo agujero de bloqueo distal. Aflojar ligeramente el perno de reducción en el agujero ovalado de medida. Colocar la pinza de reducción (80-0423) alrededor del perno de reducción y de la guía de broca roscada. Reducir la osteotomía con la pinza y apretar la rueda de la misma para mantener la reducción "sin manos".

**Paso 6**

Mientras se mantiene la reducción, perforar el extremo proximal del agujero ovalado de compresión con la broca de 2.8mm, medir e insertar un tornillo bicortical de no bloqueo. Asegurarse de que se ha obtenido la cantidad de acortamiento deseada mediante radiografía.



**Paso 7**

En el agujero especial para el tornillo de tracción, utilizar la broca de 3.5mm y la guía de broca de 3.5mm/2.8mm (PL-2196), perforar un canal deslizante en la primera cortical en un ángulo que cruce la zona de osteotomía (Figura 1). Después, colocar el extremo de 2.8mm de la guía de broca dentro del canal deslizante de 3.5mm y usar la broca de 2.8mm para perforar la segunda cortical (Figura 2). Medir y colocar un tornillo de no bloqueo. Aunque puede usarse la parte proximal o distal del agujero especial, dependiendo de la localización de la osteotomía, se prefiere la parte proximal.

**Nota:** Si el ángulo de la broca es demasiado superficial, la broca puede tropezar con el tornillo del agujero adyacente.

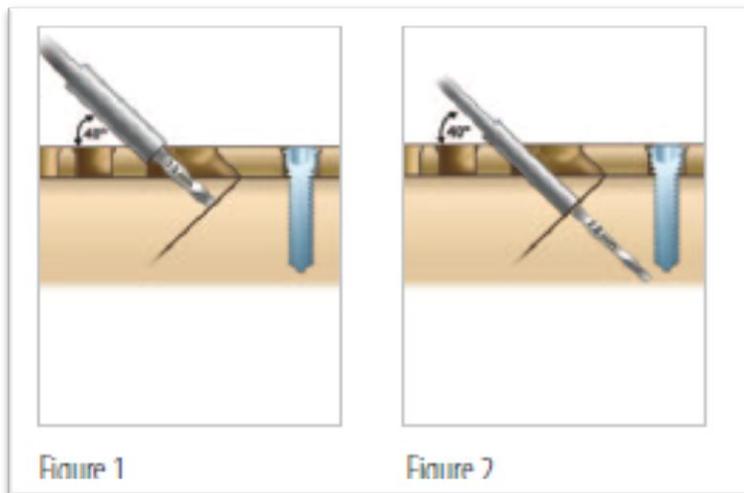
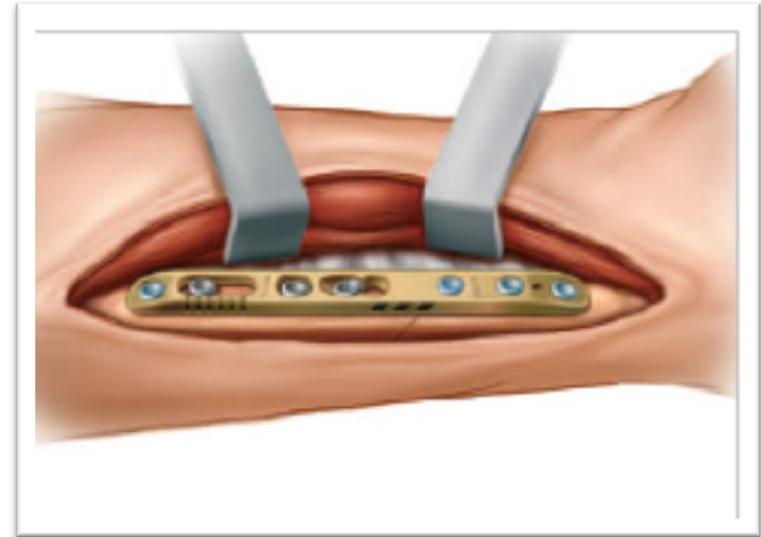


Figure 1

Figure 2

**Paso 8**

Retirar la pinza de reducción y perforar el segundo agujero de bloqueo más distal antes de retirar la guía de broca roscada, si no se ha pre-perforado en el PASO 2. Medir e insertar un tornillo de bloqueo. Retirar el perno de reducción temporal. Medir y reemplazar por un tornillo de no bloqueo de 3.5mm. Perforar, medir e insertar un tornillo de bloqueo de 3.5mm en el restante agujero proximal de bloqueo.



40 OSTEOTOMY SYSTEM

OSTEOTOMY SYSTEM 04

80-0416

LEFT

SHORTENING GUIDE

80-0419

RIGHT

LOCKING BOLT



PL-JUL06



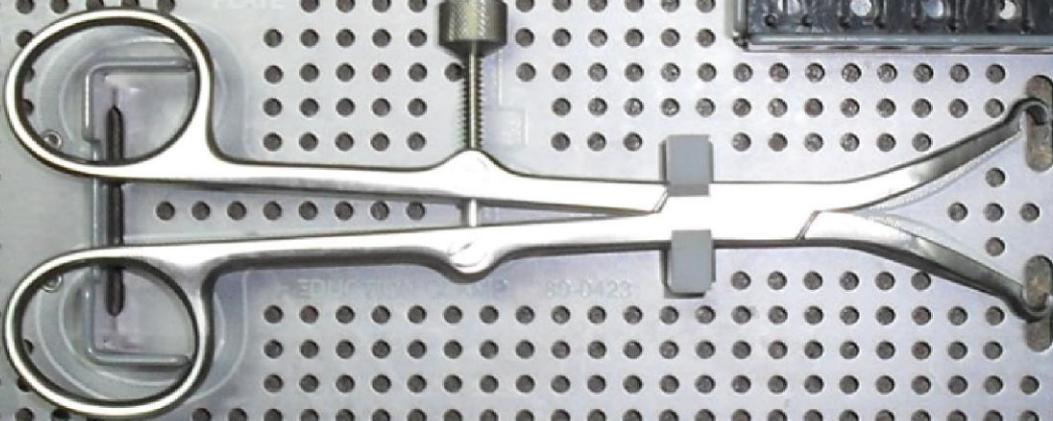
80-0422



REDUCTION WEDGE

80-0423

WEDGE PLATE



80-0423

WEDGE PLATE

.054" x 6" GUIDE WIRE WS 14005



2.8mm LOCKING DRILL GUIDE 6-65mm



TRAY: 80-0512

