



TÉCNICA QUIRÚRGICA

ANTEPIE

Implantes intramedulares PIP y DIP



Expansión mecánica - Titanio puro
Anclaje intraoperatorio inmediato .
Resistente a la rotación y a la migración.
Recto o con desplazamiento anatómico de 10°

*Creating
Better
Together™*



Introduction

. Indications	03
. Contra-indications	03
. The Lync® Solution	04

Surgical Technique

. Proximal Inter-phalangeal Arthrodesis :	
1 - Approach	05
2 - Preparation of the Proximal Phalanx (P1)	05
3 - Preparation of the Distal Phalanx (P2)	06
4 - Implant Insertion	07
5 - Implant Impaction	08
. Distal Inter-phalangeal Arthrodesis :	
1 - Approach	09
2 - Preparation of the Distal Phalanx (P3)	09
3 - Preparation of the Middle Phalanx (P2)	10
4 - Implant Insertion	11
5 - Implant Impaction	12

References

. Lync and Instrumentation	13
----------------------------------	----

Introduction

Indications

Los implantes intramedulares están indicados para la artritis y los defectos de alineación ósea (dedo en martillo, dedo en garra, dedo en mazo, mano en garra y dedo en mazo) en los dedos de las manos y de los pies.

Contra-indications

Destrucción ósea o mala calidad ósea, que probablemente afecten la estabilidad del implante.

. Hipersensibilidad al titanio.

Nota: La información detallada sobre cada dispositivo médico se encuentra en las instrucciones de uso. Consulte las instrucciones de uso para obtener una lista completa de efectos secundarios, advertencias, precauciones e instrucciones de uso.



Introduction

The Lync® Solution

Su diseño antirrotación reduce el riesgo de rotación y desprendimiento. Su capacidad de expansión y las ranuras dentadas permiten un anclaje intraoperatorio eficaz para evitar la migración.

Diseño anti-rotación,
Ajuste a presión
y resistencia a la extracción.

Garras contorneadas para
Colocación simplificada.

Características

Anclaje inicial mediante expansión mecánica del implante.

Reducción del espacio interfalángico por compresión, anclaje mediante fijación a presión.

Resistencia mecánica al arranque y a la rotación.

No congelar. El implante puede utilizarse a temperatura ambiente.

Titanio puro anodizado (libre de níquel) - Radiopaco.

La gama

	PIP Small	PIP Medium	DIP
	S0°/S10°	M0°/M10°	0°
	Small	Medium	DIP
1 - Total Length	16 mm	20 mm	12 mm
2 - Proximal Length	11 mm	13 mm	6 mm
3 - Distal Length	5 mm	7 mm	6 mm
4 - Initial / Final Proximal Opening*	2 / 8 mm	2 / 8.5 mm	3.5 / 4.0 mm
5 - Initial / Final Distal Opening*	3.5 / 5.5 mm	3.5 / 4.5 mm	2 / 5 mm

* Maximum Opening.

Surgical Technique

Este documento proporciona orientación técnica para el uso adecuado del implante de dedo en martillo Lync®, sin embargo Novastep no recomienda esta ni ninguna otra técnica quirúrgica.

Artrodesis interfalángica proximal

1 - Enfoque

Se realiza una incisión transversal para exponer la articulación. El extensor se corta transversalmente, dejando libre una franja central distal. La artrólisis dorsal se realiza mediante el corte de los ligamentos interno y externo. También se puede utilizar una tenólisis del flexor plantar.



2 - Preparación de la falange proximal (P1)

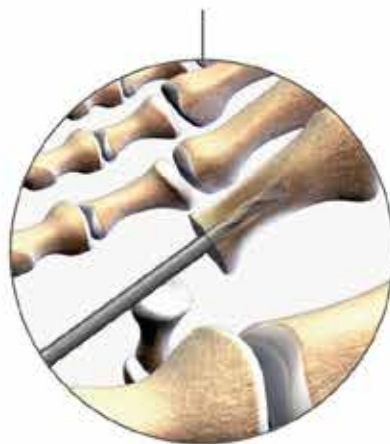
2.1 - Resecar la cabeza de la falange proximal con una sierra oscilante (aproximadamente 2-3 mm).

La placa plantar y los ligamentos laterales pueden liberarse con un elevador perióstico o con un cortador para facilitar la distracción articular.



2.2 - Prepare el canal de la falange proximal con la broca. Perfore hasta que las estrías de corte se introduzcan en el fragmento óseo.

Nota: En caso de canal estrecho, se puede utilizar la broca en forma recíproca para ensanchar el paso.

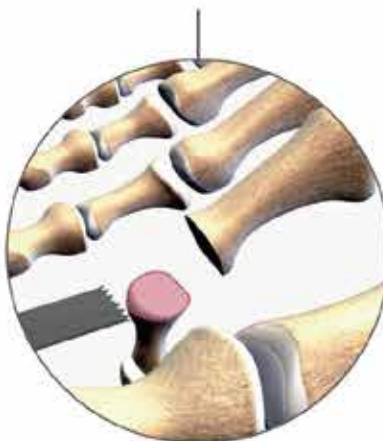


Surgical Technique

3 - Preparación de la falange distal (P2)

3.1 - Resecar mínimamente la cabeza de la falange distal.

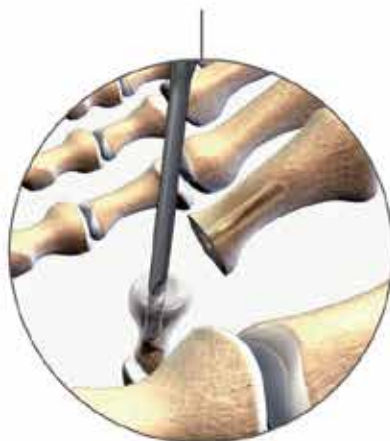
Opcional: también es posible desoxidar manualmente el cartílago utilizando el escariador de superficie proporcionado.



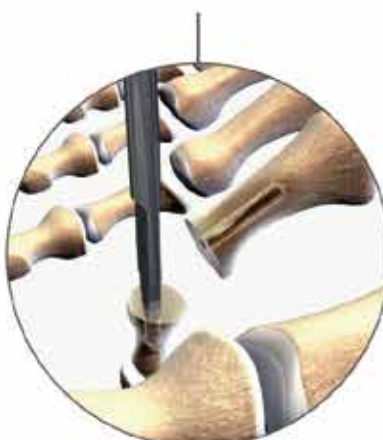
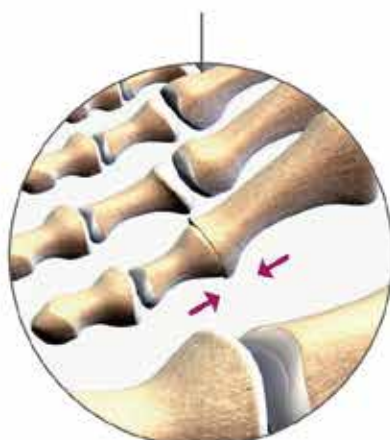
Surfacing Reamer

3.2 - Preparar el canal falángico proximal utilizando la broca.

Nota: En caso de canal estrecho, se puede utilizar la broca en forma recíproca para ensanchar el paso.



3.4 - Verifique que haya un contacto adecuado con la superficie de la junta.



Shoulder Rasp

Surgical Technique

4 - Inserción del implante

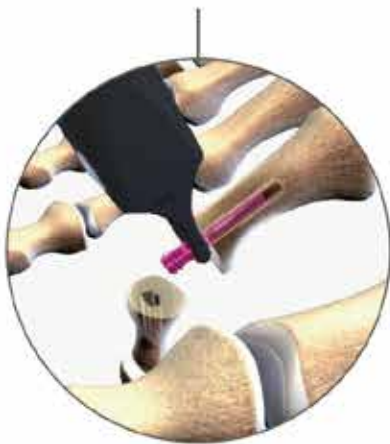
4.1 - Capturar el implante posicionando la punta de la pinza sobre las superficies ovaladas del Lync® y asegurarse de que el implante esté situado a 90° con respecto al instrumento en todos los planos.



Presione los mangos de las pinzas hasta que oiga un clic para bloquear el implante en su lugar.



4.2 - Inserte el implante en la falange proximal hasta que las pinzas toquen la superficie ósea. No retire las pinzas en esta etapa de la inserción.

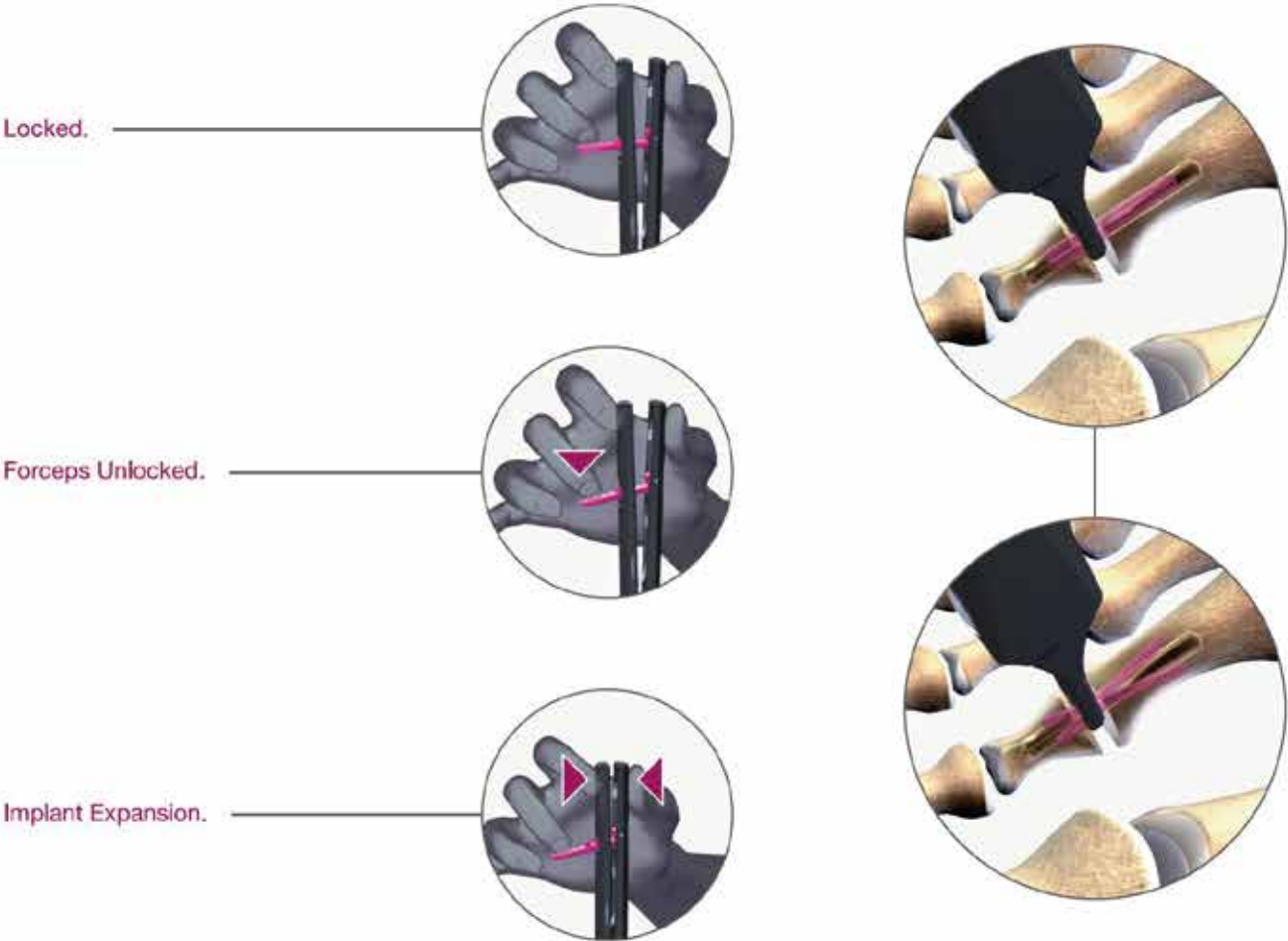


4.3 - Deslice la falange distal hacia atrás sobre las patas distales del implante. Mantenga las pinzas en posición.



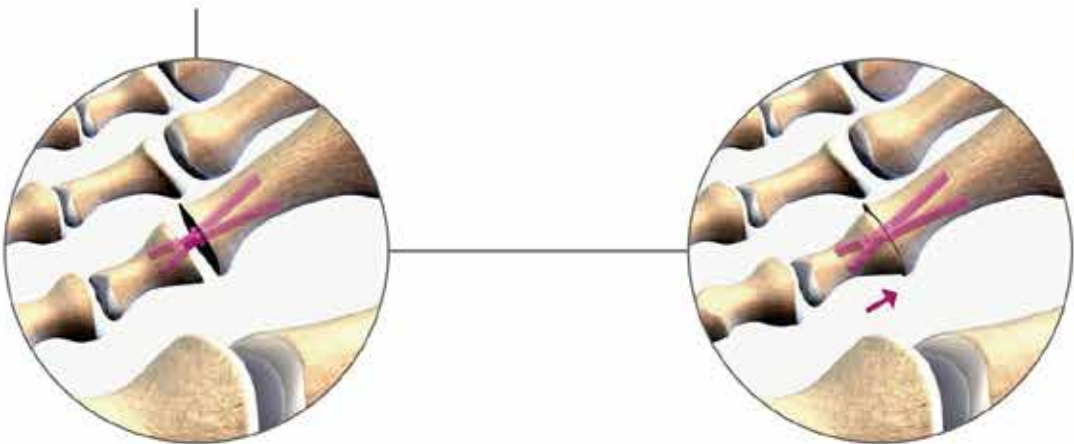
Surgical Technique

4.4 - Para asegurar un anclaje adecuado, separe las patas proximal y distal del implante presionando la palanca rosa de la pinza mientras cierra simultáneamente los mangos. Las ranuras dentadas de las patas del implante se acoplarán a las paredes internas del canal medular para lograr una fijación primaria estable.



5 - Implant Impaction

Retire las pinzas del implante y comprima manualmente las falanges media y proximal. El implante quedará ahora completamente anclado mediante ajuste a presión en el canal intramedular.



Técnica quirúrgica

Artrodesis interfalángica distal

1 - Enfoque

Se realiza una incisión transversal para exponer la articulación. El extensor se corta transversalmente, dejando libre una franja central distal. La artrólisis dorsal se realiza mediante el corte de los ligamentos interno y externo. También se puede utilizar una tenólisis del flexor plantar.



2 - Preparación de la falange distal (P3)

Reseque la cabeza de la falange distal para alcanzar el hueso esponjoso (aproximadamente 1 mm). Prepare el canal de la falange distal con la broca.

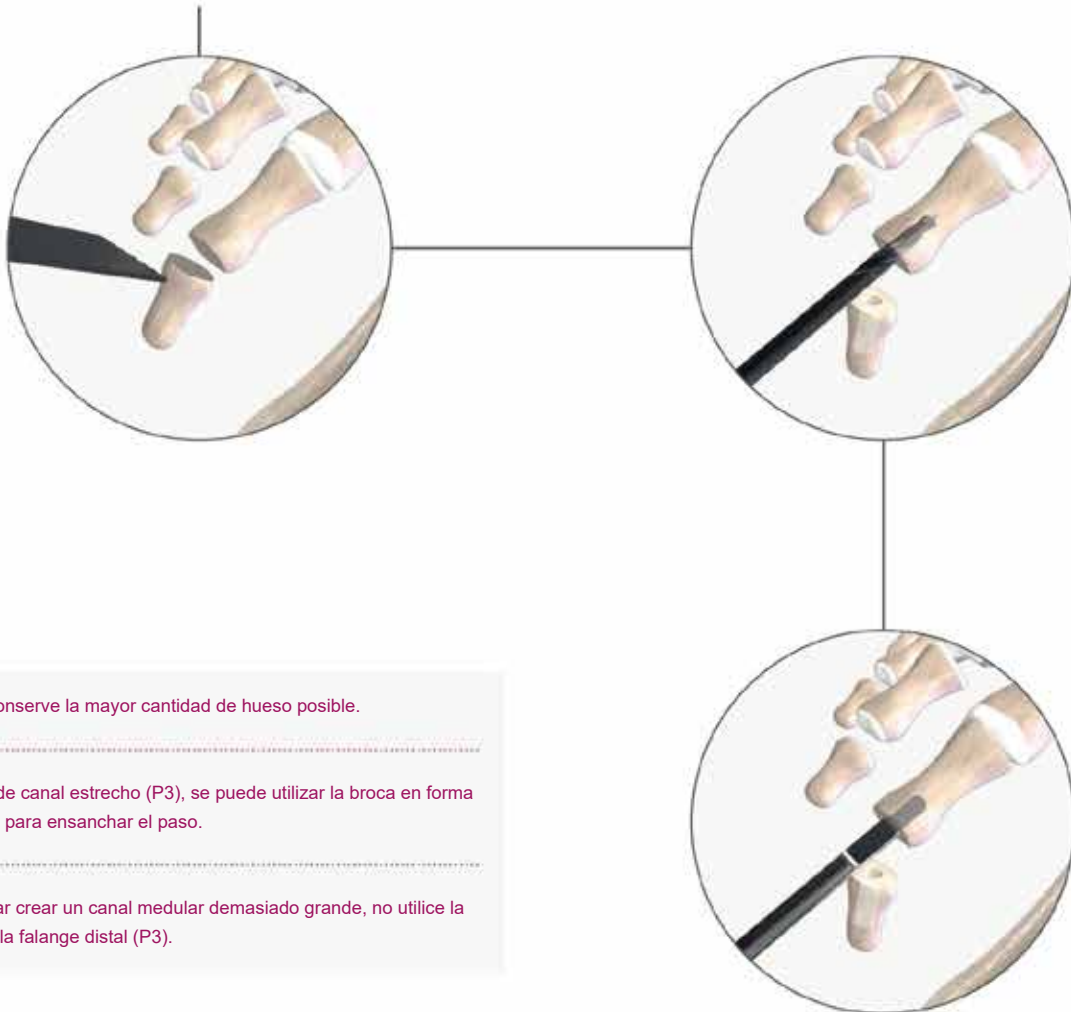


Nota: Procure conservar la mayor cantidad de hueso posible. En caso de un conducto estrecho, se puede usar la broca en vaivén para ensanchar la vía.

Técnica quirúrgica

3 - Preparación de la Falange Media (P2)

Reseque la cabeza de la falange media con una sierra oscilante (aprox. 2 mm). La liberación de la placa plantar y los ligamentos laterales facilita la distracción articular. Prepare el canal medular para la inserción del implante creando un orificio piloto con la broca y, a continuación, utilice la raspa para finalizar la apertura, empujándola a través del canal con un movimiento recíproco, hasta que el hombro de la raspa quede a ras del plano de la superficie ósea reseca.



Notas: Conserve la mayor cantidad de hueso posible.

En caso de canal estrecho (P3), se puede utilizar la broca en forma recíproca para ensanchar el paso.

Para evitar crear un canal medular demasiado grande, no utilice la raspa en la falange distal (P3).

Técnica quirúrgica

4 - Inserción del implante

Sujete el implante utilizando las pinzas Lync® (Pasos especificados en el encabezado Artrodesis interfalángica proximal - Sección 4, Sección 4.1).

Nota: Asegúrese de que el implante esté situado a 90° con respecto al instrumento en todos los planos.

ATENCIÓN: La posición del implante interfalángico distal (IPD) es inversa a la del implante interfalángico proximal (IPP). Asegúrese de insertar las patillas más estrechas del implante IPD en el lado distal (P3) y las patillas más anchas en la falange media (P2).



4.1 - Inserte el implante en la falange distal (P3) hasta que las pinzas toquen la superficie ósea. No retire las pinzas en esta etapa de la inserción.



Técnica quirúrgica

4.2 - Deslice la falange medial (P2) de nuevo sobre las patas cortas del implante. Mantenga las pinzas en posición.

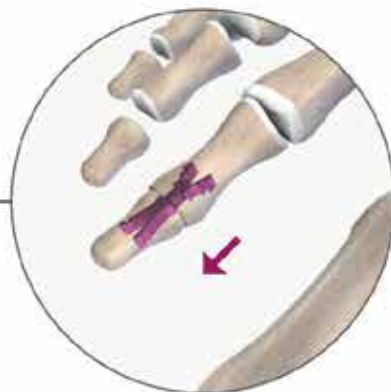
Para asegurar un anclaje adecuado, separe las patas proximal y distal del implante presionando la palanca morada de la pinza mientras cierra simultáneamente los mangos (pasos especificados en el apartado "Artrodesis interfalángica proximal", sección 4, párrafo 4.4). Las ranuras dentadas de las patas del implante se acoplarán a las paredes internas del canal medular para lograr una fijación fiable.



5 - Implant Impaction

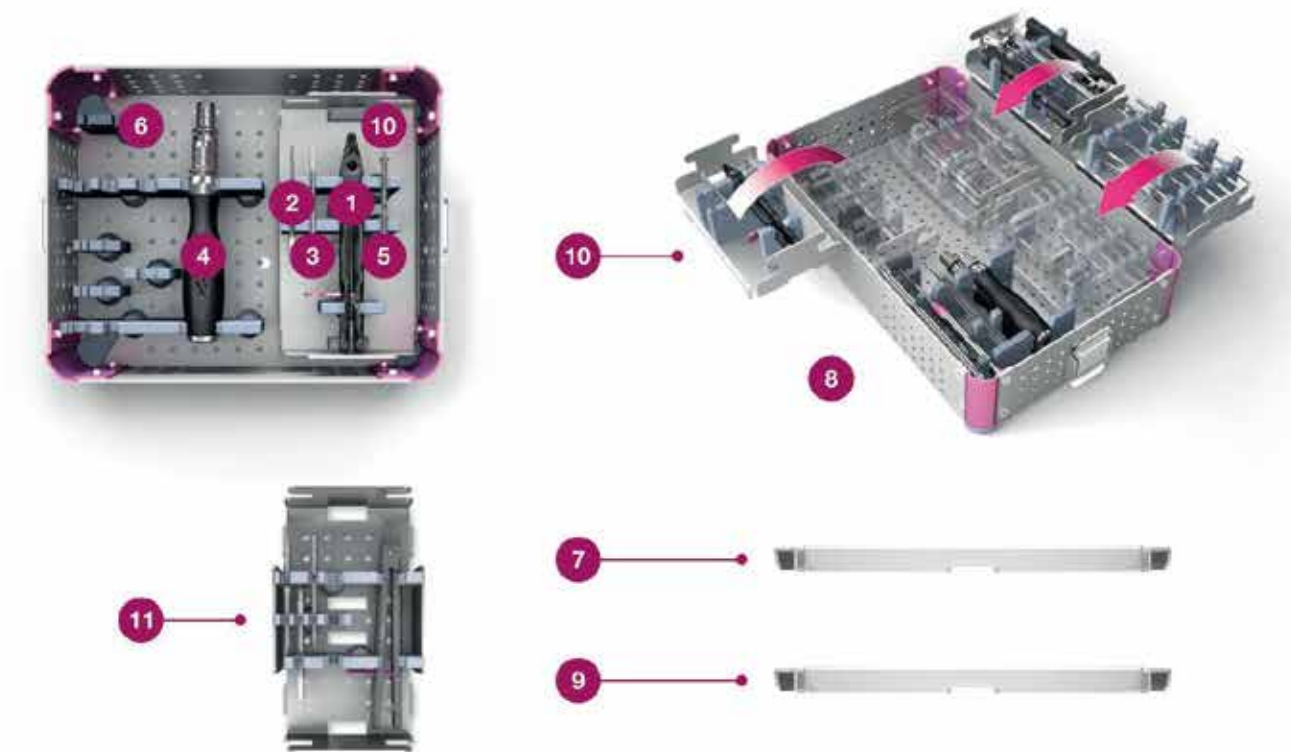
Retire las pinzas del implante y comprima manualmente las falanges distal (P3) y medial (P2).

El implante quedará ahora completamente anclado mediante ajuste a presión en el canal intramedular.



References

Forefoot EXACT y Forefoot COMPLETE: Plataforma modular



Lync®

	Reference Number	Designation
	CM010030	Lync® S0
	CM010031	Lync® S10
	CM010010	Lync® M0
	CM010011	Lync® M10
	CM010040	Lync® DIP

Instrumentation

Number	Reference Number	Designation
1	XFP04001	Forceps
2	XDB01003	Drill bit Ø 2.3
3	XRA01002	Rasp
4	XHA01001	AO Handle

References

Instrumentation

Number	Reference Number	Designation
5	XRE01002	Escariador de superficies - Opcional
6	ACC1005P0003	Bandeja ForefootEXACT
7	ACC1001P0007	Tapa ForefootEXACT
8	ACC1005P0001	Bandeja ForefootCOMPLETE
9	ACC1001P0002	Tapa completa del antepié
10	ACC1001P0004	Lync® - Módulo
11*	ACC1001P0015	Grapas estáticas Nexis® Lync® - Módulo

* ForefootEXACT se puede configurar con el módulo Lync® y Nexis® .