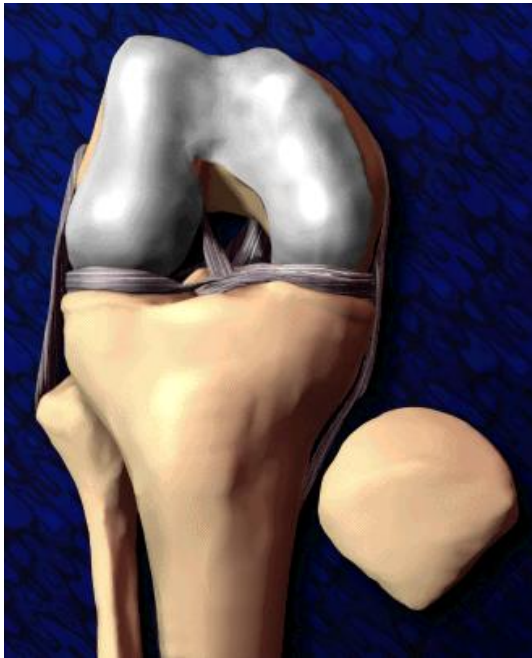


Principios del Reemplazo Total de Rodilla



Aliviar el dolor
Restaurar alineación
Restaurar funciones



I. Alineación Mecánica

- Determinar ejes mecánico y anatómico.
- Angulo valgo apropiado para corte distal.
- Evitar cortar tibia en varo:
 - No medializar alineador tibial proximal.
 - Mantener alineador tibial distal en línea con el talus.
- Corte femoral perpendicular al eje mecánico del fémur.
- Corte tibial debería ser perpendicular al eje mecánico de la tibia.

La razón fundamental del reemplazo total de rodilla es la restauración de los ejes mecánicos a un estado neutral.

 **imeco**
implantes ortopédicos



II. Brechas - Interlínea articular

- Resección ósea = implante.
- Exceso de resección femoral. La interlínea sube hacia proximal.
- Exceso resección tibial. La interlínea baja hacia distal.
- Ambas causan alteración en el funcionamiento de los ligamentos colaterales y de la rótula.

III. Tamaño del componente femoral

- Dimensión A/P es más crítica que el sagital debido al arco de movimiento.
- Fémur muy chico. = Fractura, rótula laxa.
- Fémur muy grande. Articulación tensa = Limitada en flexión, rótula muy tensa.

IV. Brechas de extensión/flexión simétricas

- La rotación del corte femoral a 3 grados externa crea un corte paralelo al piso.
- Brechas ASIMÉTRICAS =
 - Inestabilidad de la articulación.
 - Limitación del arco de movimiento.
 - Sobrecarga a un lado de la articulación.

V. Componente Tibial Alineación y Rotación

- Durante la reducción en extensión, posicionar la tibia respecto al fémur.
- Exceso de rotación externa/interna implica problemas en el deslizamiento de la rótula.
- Una alineación rotacional errónea crea incongruencia fémur/inserto = aumento del desgaste del polietileno.

VI. Tamaño Componente Tibial

- Apropiado apoyo A/P, M/S previene hundimiento o impacto.
- Componente tibial muy grande = impacto
Si sobresale a medial es muy malo.
- Componente tibial muy chico = hundimiento.

VII. Rótula Preparación

- Reemplazar lo que se remueve.
- Resección 10mm. = implante 10mm..
- El Tamaño debe acompañar la anatomía.
- No modificar el tejido subcondral medial o lateral.

VIII. Estabilidad

- Objetivo: Apropiaada estabilidad sin necesidad de colocar un componente constreñido.
- Escisión del LCP:
 - Requiere un inserto estabilizado posterior.
 - Malos colaterales = Inserto constreñido o RTR constreñida.

Conclusión. Principios del RTR

- Restauración de los ejes mecánicos y anatómicos da un resultado quirúrgico positivo.
- Resultados quirúrgicos positivos estrechan relación cirujano-paciente-empresa.

OMICRON[®] 2

Comenzamos por tibia.

Guía tibial con medidor de patillo tibial interno y externo.

Respetar la anatomía del paciente.

una vez colocado el alineador de patillos tibiales se realiza el corte por la hendidura más proximal

La segunda hendidura es para alinear la supuesta deformación anatómica (genu varo- genu valgo)



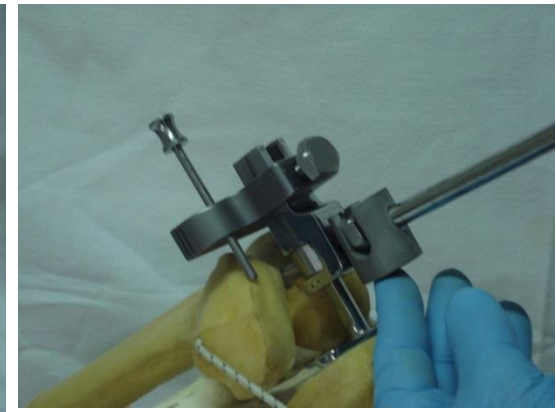
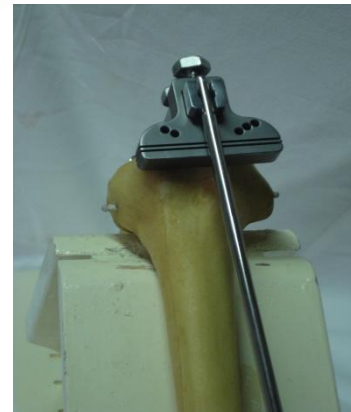
AFI: Alineación femoral intramedular

- Con una gubia se limpia las partes blandas hasta reconocer el punto en que se va a incidir con la punta cuadrada que se encuentra 5mm. por encima de la escotadura intercondilea. Con esta iniciamos el orificio por donde ingresara una mecha de 8mm. que dará paso a la guía intramedular, para marcar el eje anatómico.



AFI: Alineación femoral intramedular

- Por encima de AFI la varilla de alineación larga indica el eje mecánico de la rodilla; este sistema de alineación se completa con una base tibial con distintos grados de rotación para corresponder a las variaciones anatómicas del fémur.
- Esta pieza (AFI) nos da un paralelismo entre los cortes ya realizados :
- A - tibial
- B - anterior (femoro- patelar)
- C - condilos posteriores
- Este sistema al producir la distracción femoro tibial, que tensa los ligamentos laterales y la capsula nos da una medida aproximada para pedir los medidores de flexo-extensión al técnico marcada en el eje del AFI.



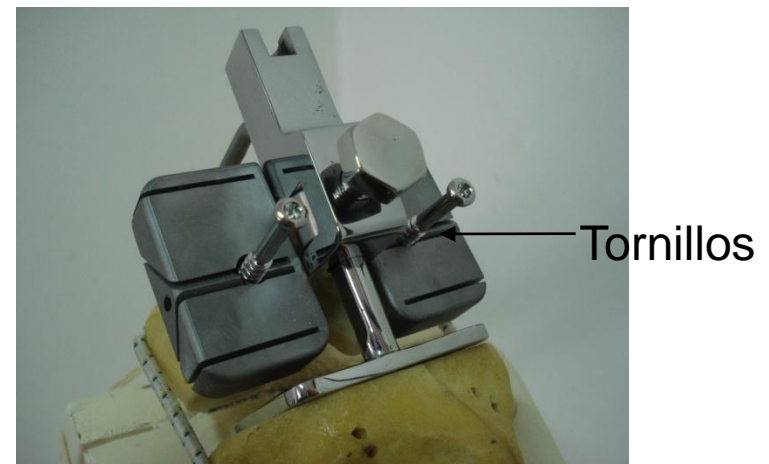
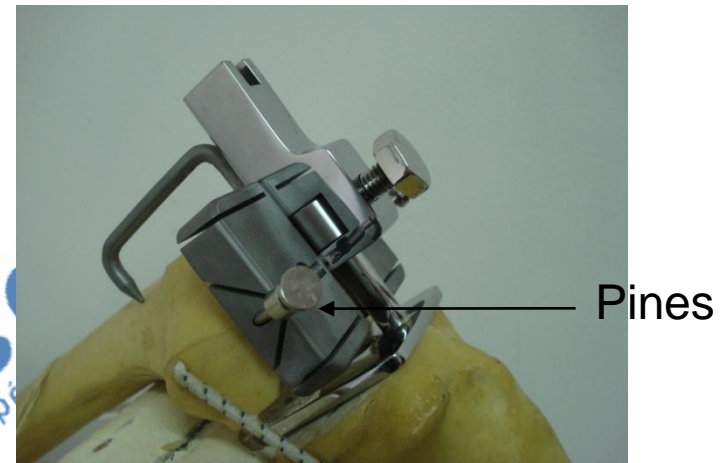
AFI: Alineación femoral intramedular

- Estos (A-B-C-D-E-F) son la representación aproximada del espesor de la plataforma tibial, el componente femoral y la brecha entre ambos correspondiente al liner.
- Van de la A a la G siendo este ultimo utilizado para patologías no degenerativas (Ej. tumores, fracturas con pérdida de sustancia).



Guía de corte múltiple. Diferencias

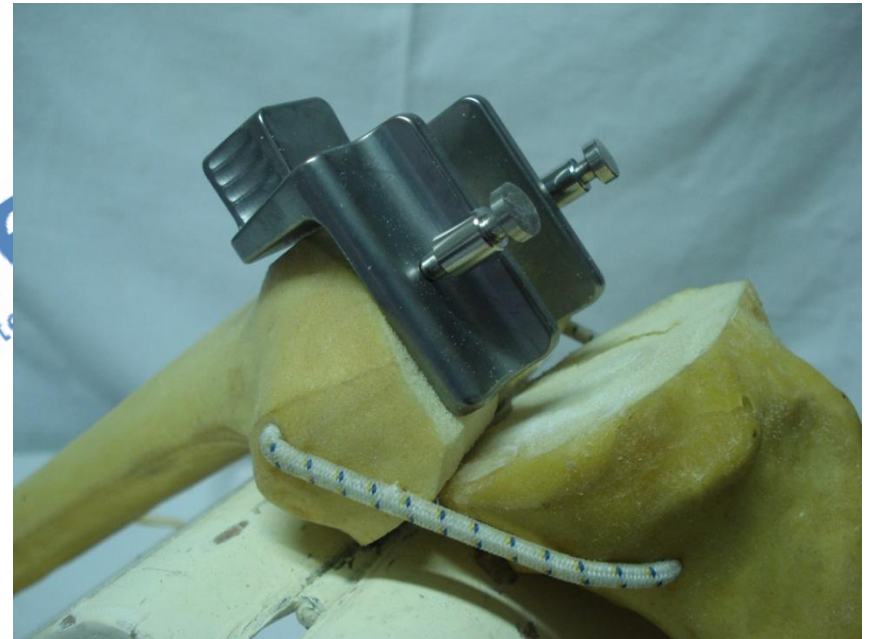
- Centralizada por el sistema AFI.
- Anti-rotacional. La base tibial de este sistema ya le dio el ángulo de rotación anatómico necesario con sus medidas de eje 0° - 3° - 6° derecha e izquierda.
- El palpador superior que contacta con la cortical femoral, imposibilita que el corte anterior no se profundice en la diáfisis femoral al ser realizado.
- Cumple con las leyes de Insall.



Guía de intercóndilo

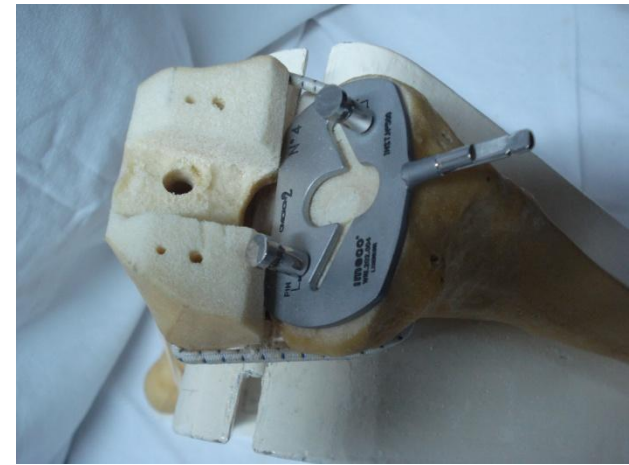
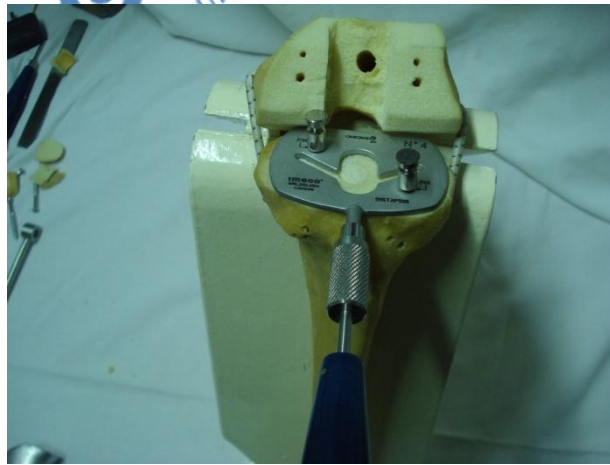
El sistema AFI centra la guía intercondilar para que coincida el centro del componente femoral (cajón protésico) con la cresta tibial del liner tibial.

Si esto no se cumple el par torsor de la rodilla se descompone forzando el fémur a la tibia, en la flexo extensión, perdiendo el paralelismo de acción de ambos ligamentos laterales y llevando a la subluxación de la rotula.



Canal tibial

- Para la realización del canal tibial se coloca las plantillas apoyada en las corticales.
- Se alinea en dirección al segundo dedo del pie pasando por el centro del TAT.
- A continuación se realiza la impactación del tallo de la plataforma tibial mediante el impactador.



- Pruebas y comprobación de los cortes.
- A continuación se realizara el cementado en forma conveniente a su experiencia.



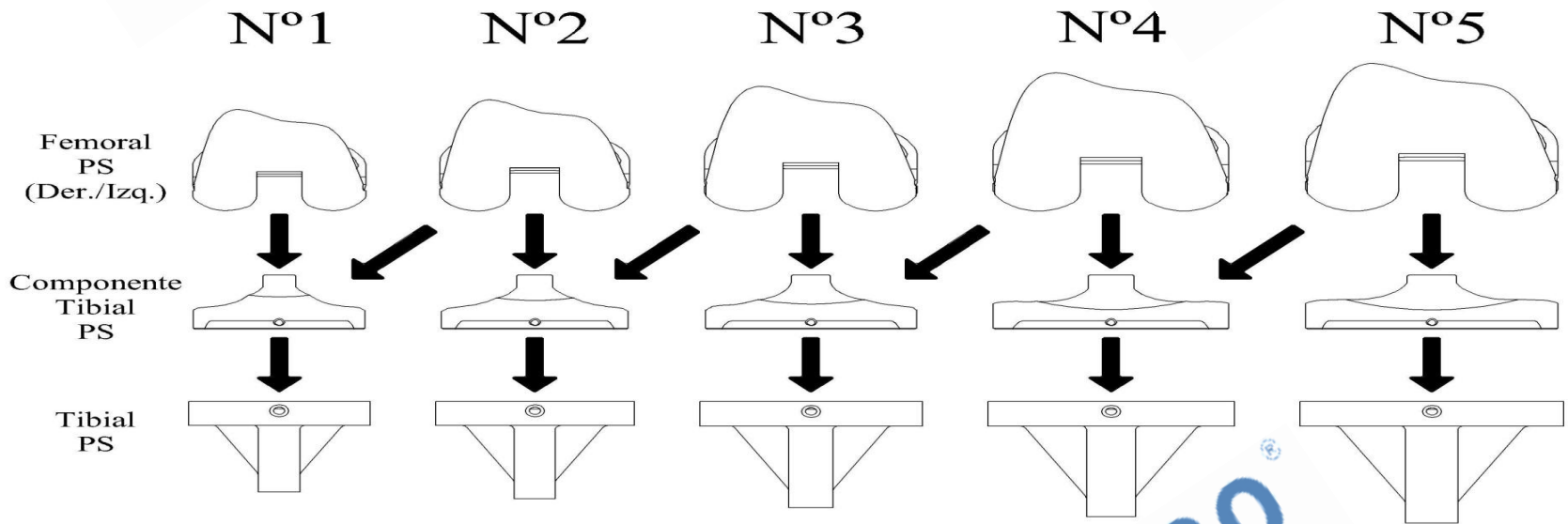
Prueba

El nuevo instrumental **OMICRON[®] 2** tiene una amplia cantidad de opciones tanto en prueba como definitivas, con lo que creemos satisfacer las expectativas del cirujano. Posee todas las medidas de prueba, tanto femorales como tibiales, y plásticos para la comprobación y elección de los implantes definitivos.

Intercambiabilidad Implantes

imeco
implantes ortopédicos

imeco
implantes ortopédicos



impla.

imeco
implantes ortopédicos

Infinitas combinaciones posibles

