



## RODILLA ANATÓMICA JPX

Técnica Quirúrgica.

# TÉCNICA QUIRÚRGICA

La incisión en la piel es longitudinal y, donde posible, recto. Se inicia proximalmente desde el eje medio del fémur y llevado sobre el tercio medial de la rótula al margen medial del tubérculo tibial. (Figura A)

Se ingresa a la articulación a través de un abordaje capsular pararrotuliano medial, extendido proximalmente al margen inferior del recto femoral y distalmente al margen medial de la tibia tubérculo. (Figura B)

La exposición y el balance preliminar deben ser basado en la deformidad preoperatoria del paciente y estabilidad de los tejidos blandos. Con la rodilla en extensión, la rótula se evertido lateralmente. El periostio tibial medial se eleva y se coloca subperióticamente un retractor de Hohmann estrecho de 90° alrededor del borde medial del cóndilo medial. Residual se disecciona el periostio posteromedialmente al nivel de inserción del semimembranoso. La rodilla está flexionada y una meniscectomía parcial realizado. (Figura C)

Con la rodilla en 90° de flexión, la tibia está rotada externamente con disección posteromedial, trayendo su cóndilo medial libre del fémur. Se completa la meniscectomía, y la atención dirigida al lado lateral. (Figura D)

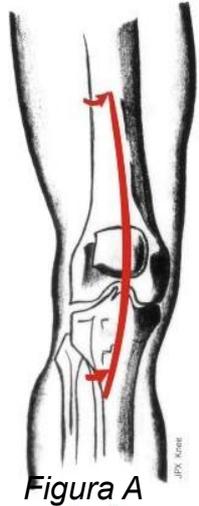


Figura A

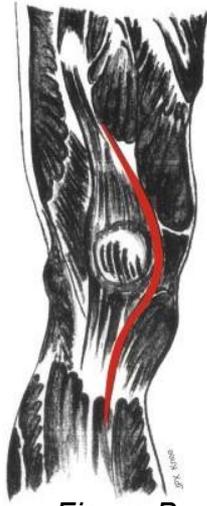


Figura B



Figura C

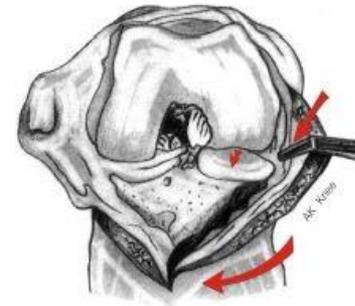


Figura D

Se coloca un separador Hohmann de 90° entre la rótula evertida y el fémur distolateral, exponiendo el ligamento femorrotuliano lateral, que se incide con electrocauterio.

El retractor se vuelve a colocar en el intervalo del tracto iliotibial y la inserción tibial de la cápsula. La cápsula se disecciona libre de la almohadilla de grasa infrapatelar y lateral, se realiza una meniscectomía. La arteria genicular lateral inferior está coagulada. La inserción de la iliotibial. Se identifica el trayecto y se disecciona la cápsula del cóndilo tibial lateral. El retractor se vuelve a colocar contra el cóndilo tibial lateral.



## Localización Femoral:

El canal medular se ingresa en la línea media de la troclear femoral 1 mm anterior a la origen del LCP a una profundidad de unos 5-7 cm utilizando un iniciador de 9 mm. (Figura A).

Coloque la guía de alineación femoral y asiento contra el fémur distal (Figura B).

La varilla intramedular de alineación femoral distal la guía debe insertarse completamente en el canal femoral. Bloquee el ángel de guía en valgo, que siempre está configurado en 3° (pero se puede orientar en 0°, 3°, 5°, 7°) y asegúrese de que la marca L/R sea correspondiente a la miembro a operar. La varilla guía se ensambla en el canal hasta que la guía de alineación toque el fémur cóndilo.

Después de ubicar la guía de alineación, inserte el extremo distal bloque de corte femoral en la escala. Coloque el bloque de corte para resección en consecuencia (Corta 10mm) . Se bloquea con pines s/c .y se extrae la guía endomedular para proceder a realizar el corte. (Figura D)



Figura A

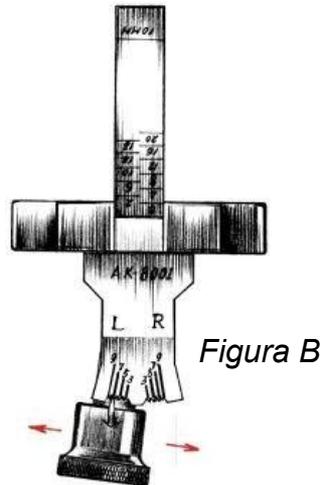


Figura B

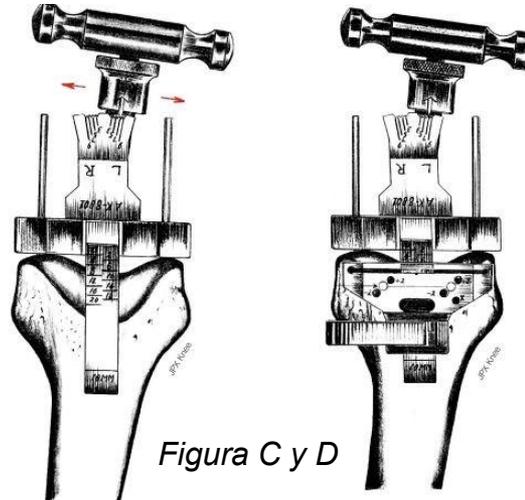
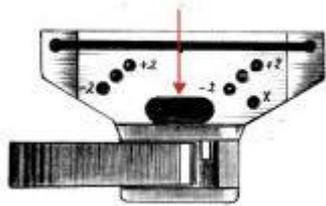


Figura C y D

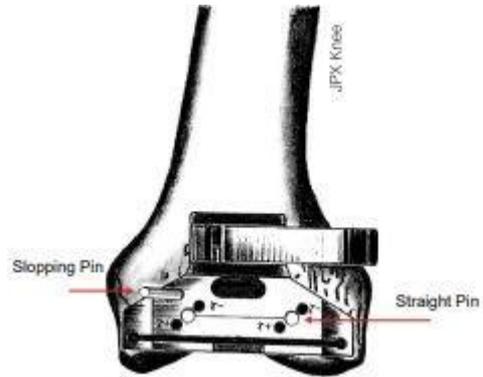
## Resección Femoral Distal:

El bloque de corte está ranurado, puede realizar la resección con precisión. Ubicar el bloque de corte en el cóndilo femoral con 3 pines. (Figura A)

Las características de la guía de resección femoral distal diferentes orificios que permiten el ajuste de la profundidad de resección en incrementos de 2 mm. Se realiza resección femoral distal, con sierra oscilante .



(Figura A)



(Figura B y C)

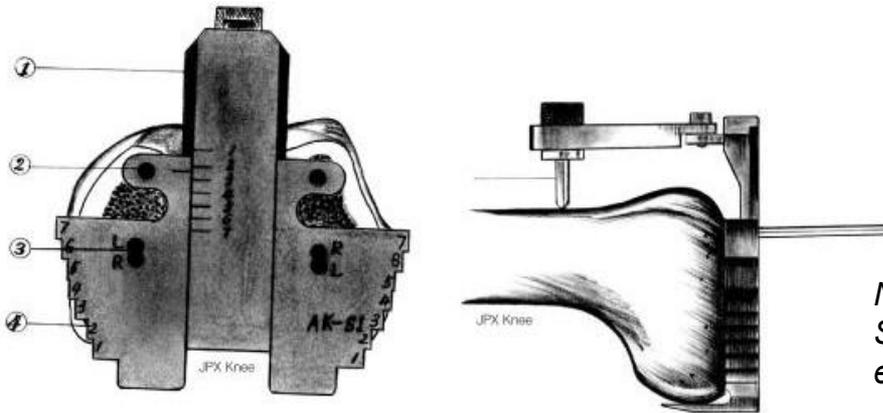


*Nota: Se recomienda una hoja de sierra con un grosor no inferior a 1,2 mm. recomendado mientras realiza la resección ósea para hacer asegurar la precisión de la resección.*

## Rotación y dimensionamiento del componente femoral:

El medidor femoral debe colocarse al ras contra la superficie distal reseca del fémur. . El cirujano palpa la posición de la punta del Stylus Pointer, tratando de que descansa en la porción media de la femoral metafísica. Es recomendable elegir tallas más pequeñas.

Hay dos grupos de agujeros marcados con "L" y "R" en dos lados del tamaño femoral guía. Por ejemplo, para la pierna izquierda, taladre a través de dos orificios marcados con "L", y pasador en los orificios "L", el ángulo de valgo se establece en 3°. (Figura A)



*Nota: Si la resección del cóndilo posterior es difícil, Se recomienda realizar una resección de la bandeja tibial en primer lugar.*

*Nota: Si el lápiz está configurado entre "2 y 3", pero está más cerca de 2 #, el implante de tamaño 2 # es recomendado para seleccionados*

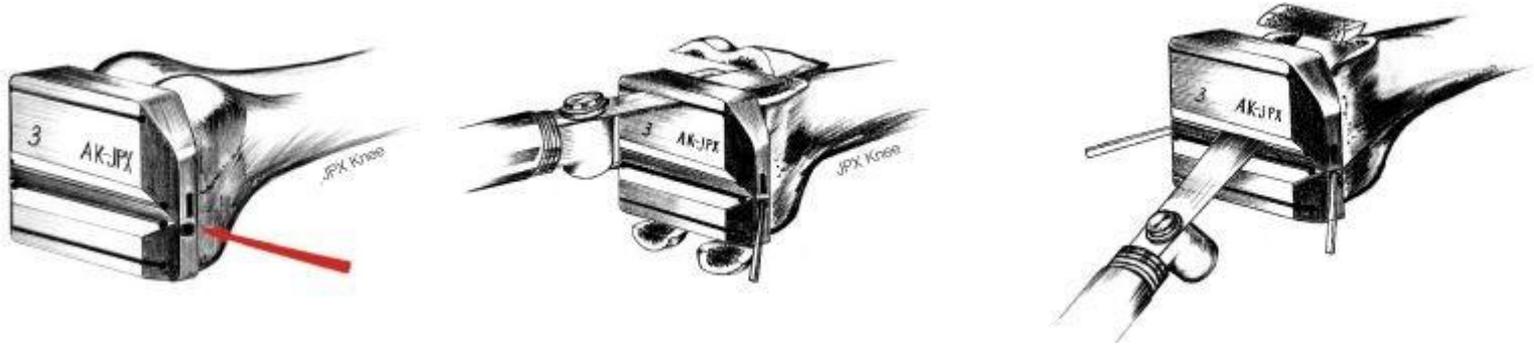
- Nota: 1. Tablero indicador deslizante  
2. Orificios de fijación de clavos  
3. Orificio en forma de "8" para posicionamiento en valgo de 3 °  
4. Medición de ancho de gradiente*

## Multicortes y chanflex:

El tamaño de la guía de acabado femoral se ha determinado con el medidor femoral.

La guía 4 en 1 tiene para realizar corte anterior, posterior y chanflex, se apoya en los orificios previamente realizados y se fija con pines laterales.

una vez realizado los cortes, se debe retirar la guía y se debe resecar el hueso extirpado.



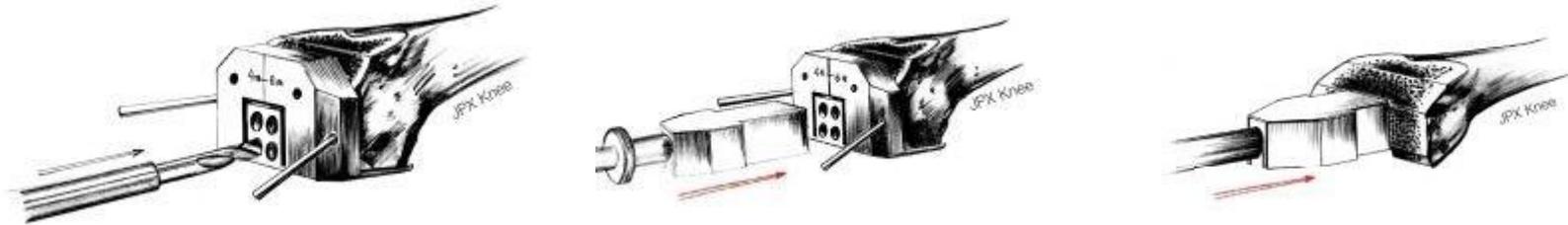
*Nota: hoja de sierra de no menos de 1,2 mm de espesor se recomienda mientras se realiza la resección ósea para Asegúrese de la precisión de la resección.*

## Cajon intercondilar:

Seleccione la guía de corte cajón intercondilar que corresponden a la femoral determinada previamente tamaño del componente y fije la guía de corte de muescas en el fémur distal con pin sin cabeza.

Nota: Asegúrese de que la guía de cajón mantiene contacto con el chaflán distal y anterior fije dos pines en los agujeros de la pendiente. (Figura A)

En este caso, tiene dos camisa en la cual , una cuenta con 5 orificios de perforación, en donde se le pasa una mecha de 6mm diámetro, se cambia la camisa a la de perforación de cajón, y se le pasa una broca de 21mm.



*Nota: Es necesario eliminar cualquier hueso existente. (Fotos en la técnica no contemplan el instrumental actual.*

## Montaje de la Extramedular

La resección tibial proximal se puede alinear y realizado usando el JPX Extra-medular

Guía de alineación tibial (base de abrazadera de tobillo, Pinza de tobillo vertical, vástago del resector tibial y guía de resección tibial) (Figura A).

El bloque de corte tibial está diseñado con un ángulo de 3°

Guía de alineación tibial

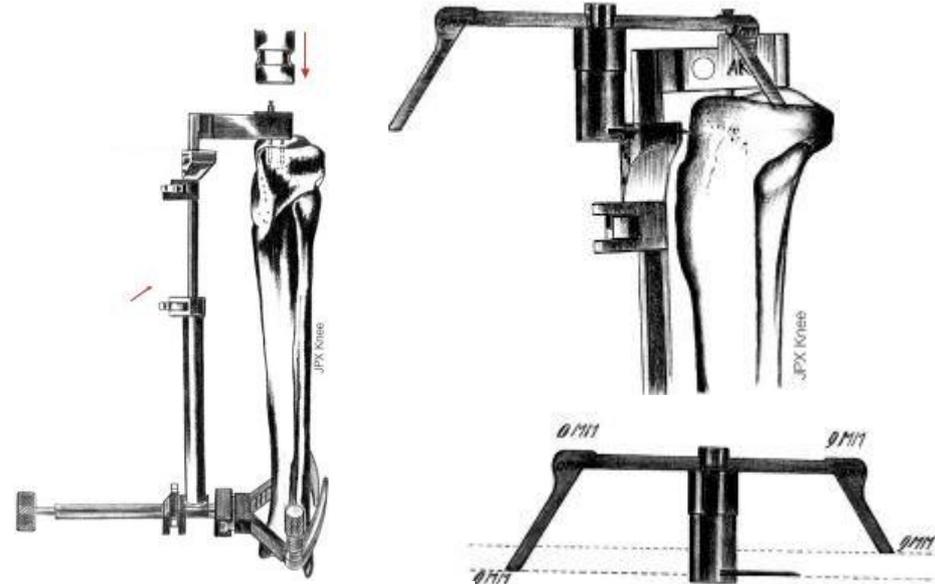
1. Base de abrazadera de tobillo
2. Abrazadera de tobillo vertical
3. Eje del resector tibial
4. Guía de resección tibial

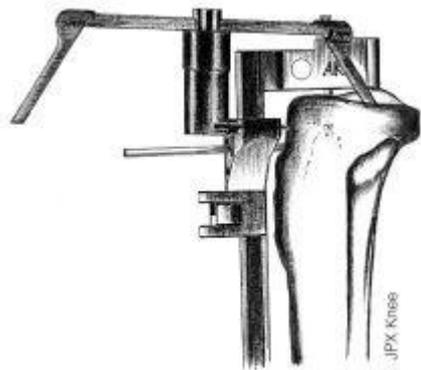
(Figura A)



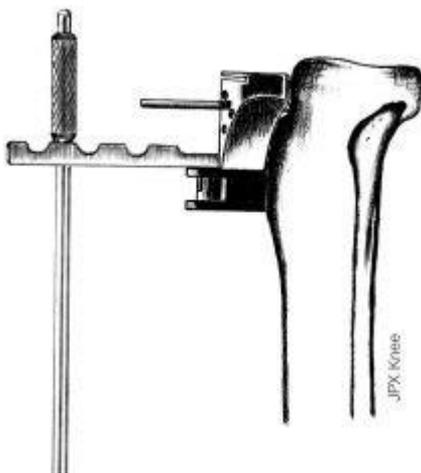
Para establecer la profundidad de disección, utilice el lado de 9 mm del Stylus al hacer referencia a la meseta más normal

y el lado de 0 mm cuando se hace referencia a la mayoría meseta afectada. Se fija con pines y se extrae la guía con extractor émbolo. Se realiza la resección con hoja de sierra.

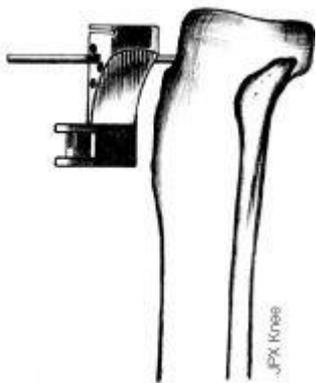




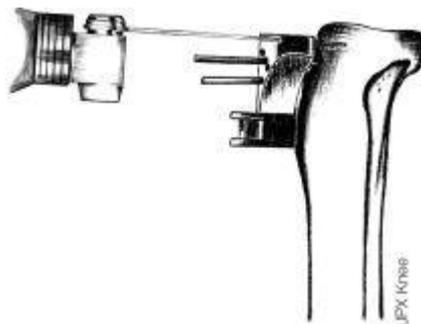
JFX Knee



JFX Knee



JFX Knee

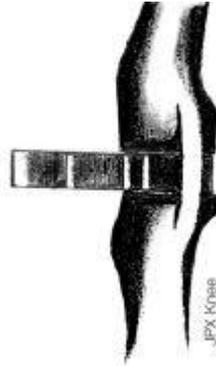
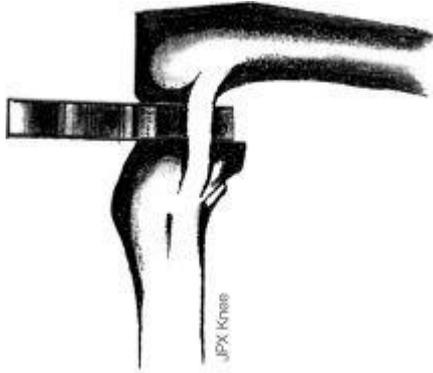


JFX Knee

## Evaluación de la brecha de flexión y extensión

Después de la resección del fémur distal y la tibia, un bloque espaciador está disponible para probar la extensión y espacio de flexión. El bloque espaciador ayuda a determinar el grosor apropiado del inserto tibial y para validar el balance de tejidos blandos.

Nota: El espacio de flexión y extensión debe ser el mismo.

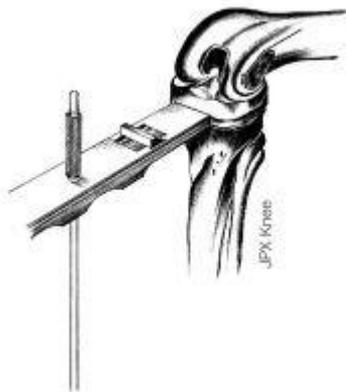
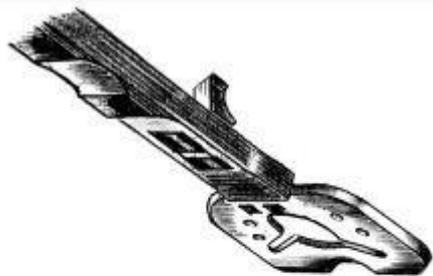


## Preparación de la Meseta Tibial

Posición y tamaño del implante del platillo tibial

La plantilla tibial de prueba se utiliza para determinar la posición y tamaño de la base de metal.

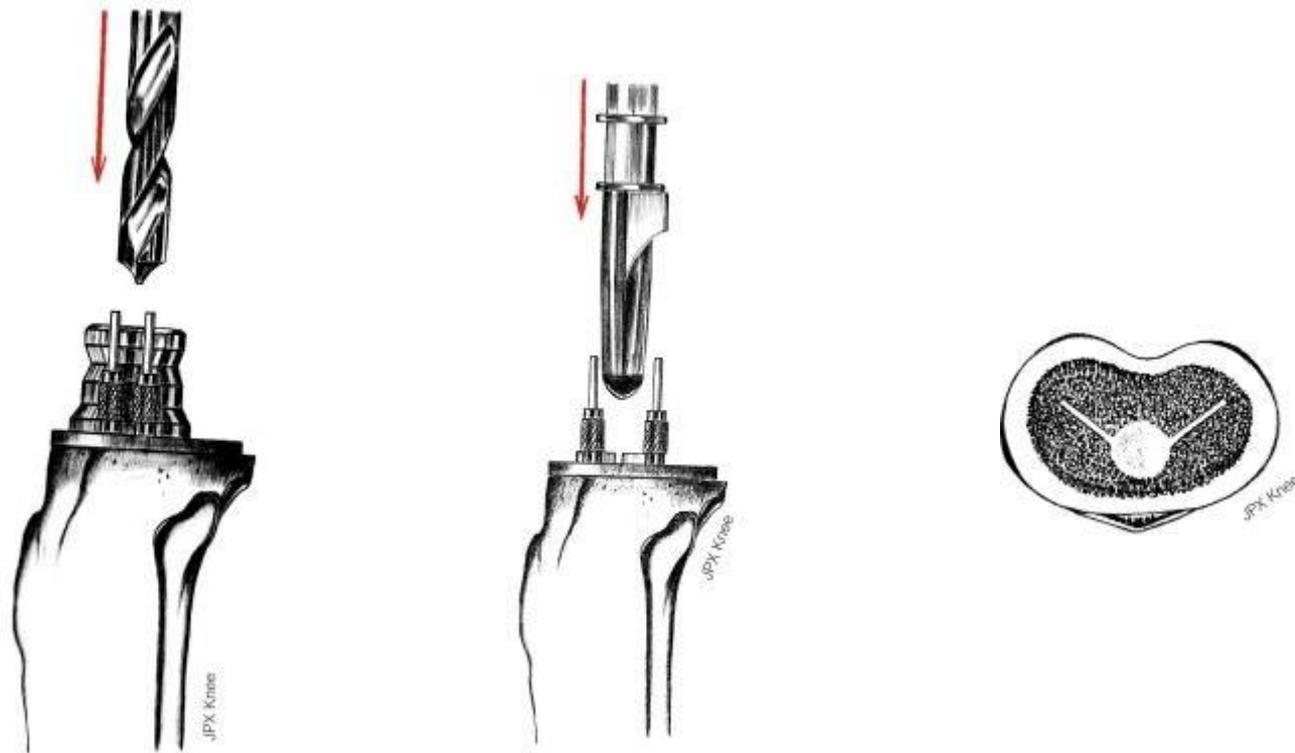
Instale la prueba del cóndilo femoral y la bandeja tibial prueba, puede realizar extensión y flexión, y comprobar la tensión del ligamento colateral, y también instale el pasador de guía largo para volver a verificar el alineación tibial inferior.



Instale el bloque de la plantilla tibial y fíjalo con 3-4 pines. Fije la torre de perforación al bloque de la bandeja, inicie la quilla

con broca de restricción dedicada de 12 mm.

Retire la camisa de perforación, monte la quilla, impacte conjunto en el hueso esponjoso hasta el hombro de la quilla. El impactador de punzón está en contacto uniforme con el torre de perforación.

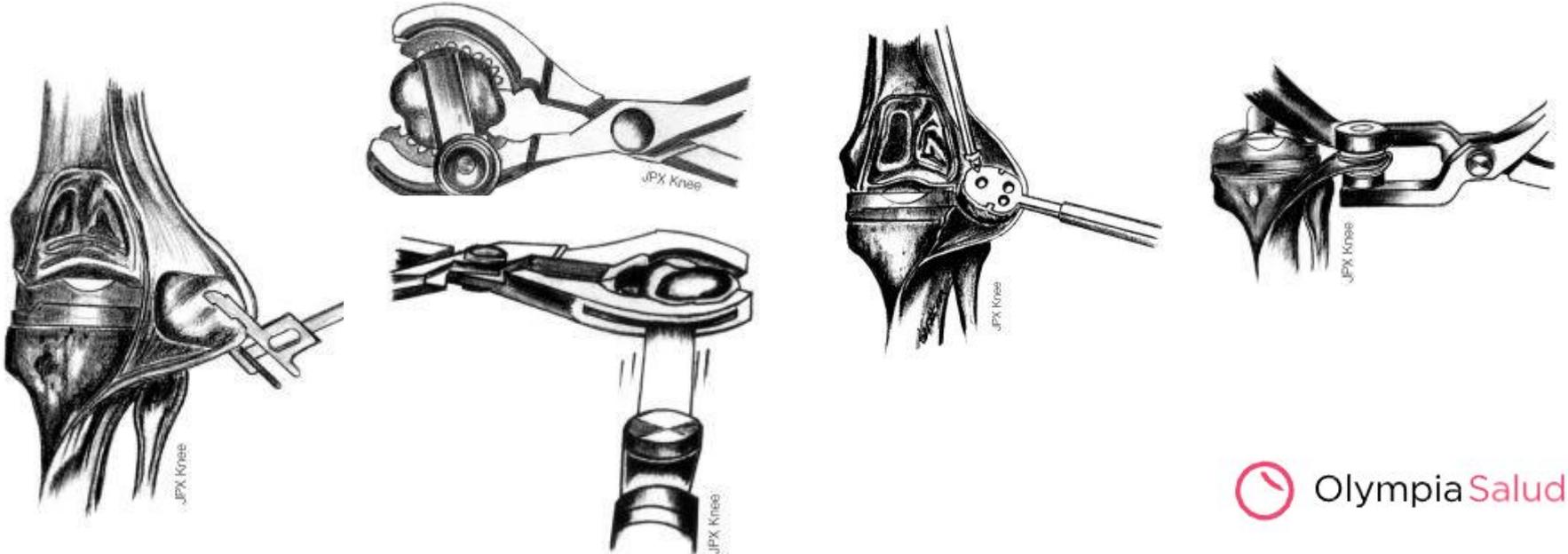


## Implantación de rótula

La recepción y preparación de la rótula se puede realizar secuencialmente o por separado, según se desee, y se puede realizar en cualquier momento durante la cirugía.

Mida el grosor de la rótula y calcule el nivel de resección ósea. El grosor de la resección ósea es siempre de 9 mm, pero el desgaste de la rótula es mayor, puede reducir el hueso. La resección se realiza con una sierra oscilante, manteniendo la hoja al ras de la superficie de corte. Posteriormente se retira la guía y el resto dimensión comprobada con calibradores, lateral, medial, proximal y distal. Todas las medidas debe ser equivalente. La asimetría se trata con la sierra o un hueso ras.

Se prueba con la plantilla de perforación, Small o Medium. (27 /29) y se procede a realizar los orificios con mecha de patela.



## Cementación Definitiva:

Luego de probar fémur , tibia y rótula se procede a realizar la cementación de la misma. Puede realizar en 1 o 2 tiempos así lo prefiera el cirujano.

