



RODILLA ABISAGRADA GAMBLER

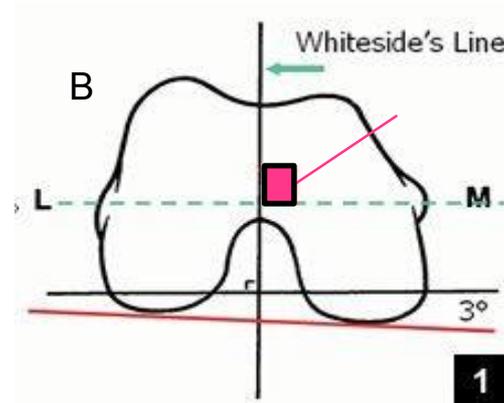
Técnica Quirúrgica.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

INICIO DEL CANAL FEMORAL:

Se realiza la iniciación del canal femoral con mecha de 8mm (**Figura A**).

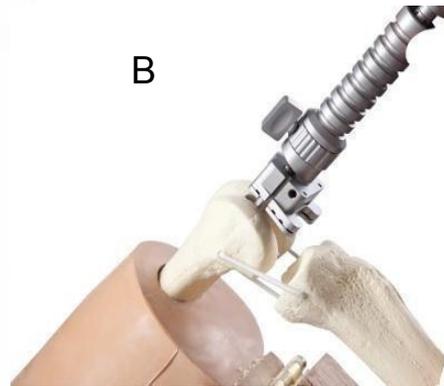
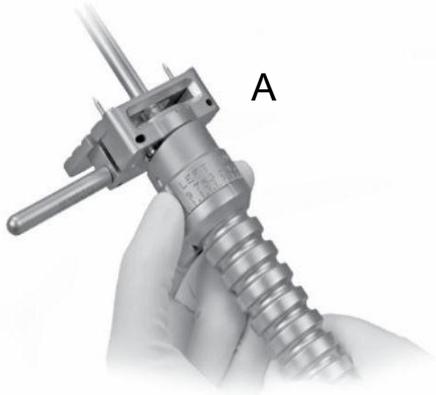
Teniendo en cuenta los parámetros de ingreso del mismo (**Figura B**).



Una vez iniciado el canal femoral, se coloca en el mismo la guía de corte primaria distal, respetando el lado que corresponda, ya sea derecha o izquierda y los grados del eje (El fémur tiene una rotación externa de 5°) (Figura A).

Los pines se deben colocar en los orificios centrales para permitir la modificación de la guía en caso de pretender mayor o menor resección (Figura D).

Se lleva a cabo la resección ósea con sierra oscilante o algún instrumento de corte (Figura E).



Una vez realizado el corte distal femoral se coloca la guía de tamaño y rotación del mismo. Es importante que la misma sea colocada de la forma correcta apoyando sus superficies en el extremo posterior, anterior y distal del fémur para que la medición sea exacta. (Figura A).

Se coloca en el centro de la guía el dispositivo de rotación teniendo en cuenta el lado de la pierna a operar ya que este viene derecho e izquierdo; y se eligen los grados de rotación externa (3° - 5° o 7°)(Figura B).



Una vez realizada la medición de tamaño y rotación, se retira la pieza dejando los pines para colocar sobre estos la guía principal de cortes 4 en 1 (**Figura A**), una vez centrada la misma se fija con tornillos en sus laterales y en posición convergente. Se retiran los pines y se procede a realizar los cortes con sierra oscilante u otro instrumento de corte. (**Figura B**)

A



B



Se inicia el canal medular con el calisuar diámetro 17,5 para vástago 9/10/11/12/13/14 para realizar el compacto del cajón intercondilar. **(Figura A)** la longitud del vástago será elegido una vez realizado el fresado.

una vez realizado el labrado, se procede a realizar el apoyo del compactador del cajón (vienen identificadas derechas u izquierdas) y con electrobisturí se procede a marcar el cajón. Una vez marcada en su preferencia con un escoplo laminar se reseca lo marcado. **(Figura B)**

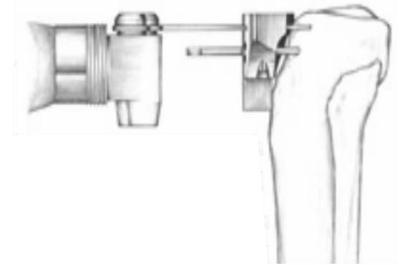
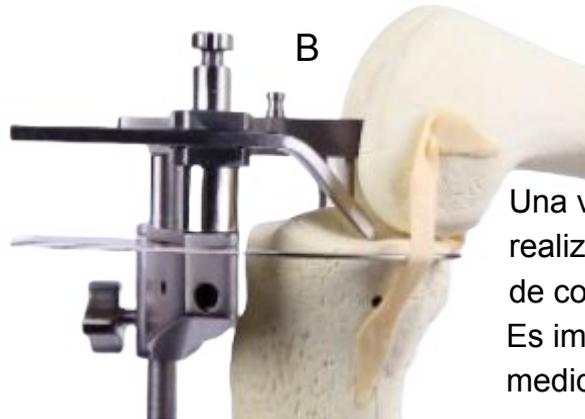
A



B



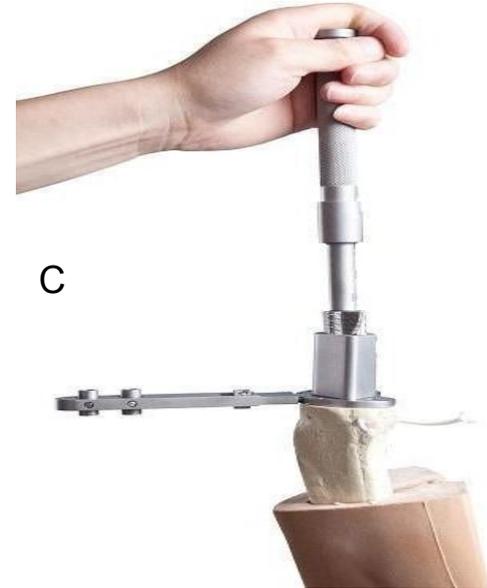
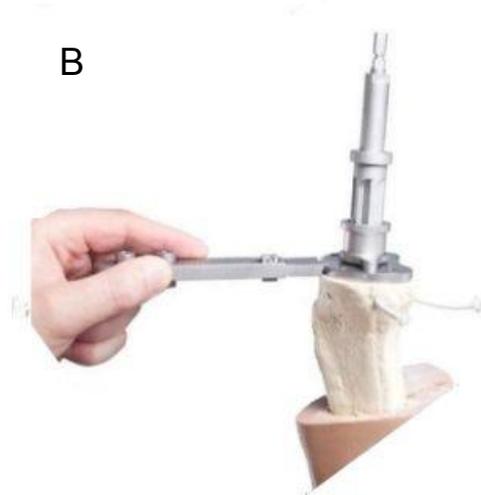
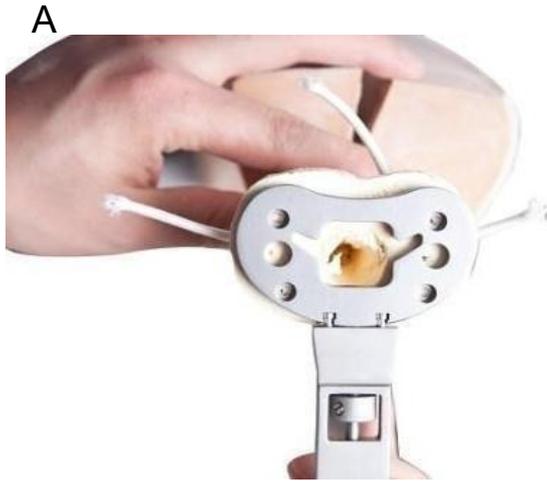
Se coloca la guía de resección tibial, ya sea derecha u izquierda correspondiente respetando los parámetros de medición de los ejes. (Medial al T.A.T. (tuberosidad anterior tibial) y centro del tobillo en dirección a segundo metatarso, se ajusta prensa maleolar con caída posterior en 2°, se impacta en el platillo tibial se ajusta con pines (se puede posicionar el corte +2,+4 neutro o -2,-4). **(Figura A)**



Una vez medido el corte deseado de la base tibial se realiza el mismo con sierra oscilante u otro instrumento de corte. **(Figura B)**

Es importante recordar que el implante tiene solo tres medidas de altura (9mm, 11mm, 13mm)

Una vez realizada la resección tibial, se elige la medida de la plantilla según corresponda en tamaño. **(Figura A)** Se fija con pines teniendo en cuenta los parámetros de medición de ejes correspondientes y se realiza el fresado con la fresa de canal tibial **(Figura B)**, luego se lleva a cabo la preparación de la quilla anti-rotacional según la medida seleccionada **(Figura C)** una vez realizada la quilla, se pasa el calibre diámetro 17,5 para vástago 9/10/11/12/13/14 para la selección del vástago.





PRUEBA DE IMPLANTES:

Se realiza prueba de los componentes seleccionados, acoplándose entre sí, con el liner se realiza reducción de la bisagra y se procede a la cementación.

NOTA: Los componentes se acoplan entre si, a traves de cono morse.

PRÓTESIS DEFINITIVAS:

Se cementan los implantes luego de una buena limpieza del campo quirúrgico y correcta técnica de antisepsia colocando los tapones restrictores de cemento tanto en fémur como en tibia. Se recomienda comenzar comentando la tibia y luego el fémur para una fácil reducción.

La reducción del inserto de la bisagra en la tibia se realiza por REDUCCIÓN DE CAJÓN ANTERIOR.