

# A&U MED<sup>®</sup>



PLACAS DE BLOQUEO PARA  
CALCÁNEO

# PLACAS DE BLOQUEO PARA CALCÁNEO

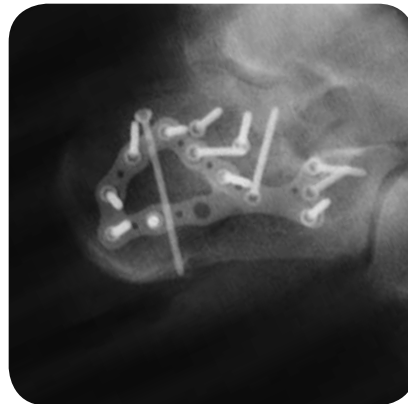
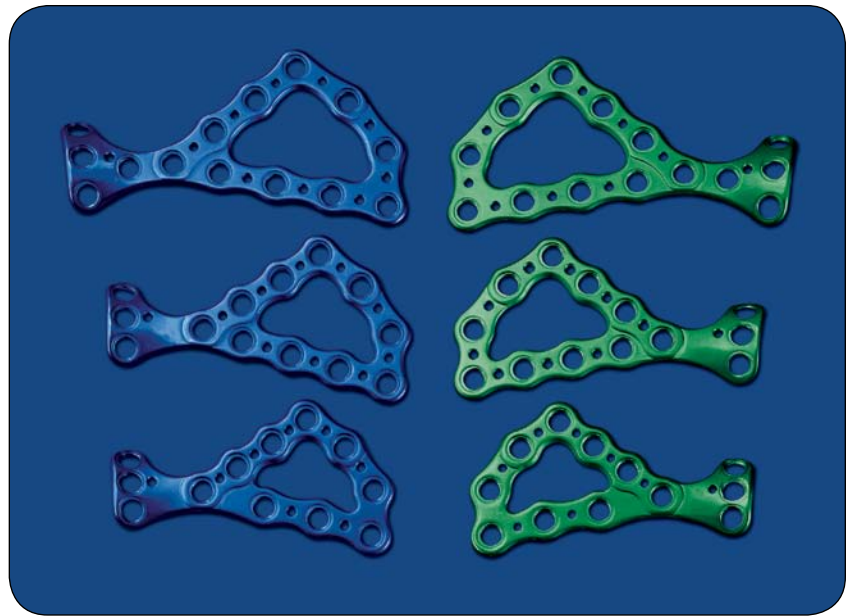
**Acumed lleva desde 1988 desarrollando soluciones destinadas a las exigentes situaciones que afrontan los cirujanos ortopédicos, los hospitales y sus pacientes. Nuestra estrategia ha sido saber la indicación, diseñar una solución que se ajuste y entregar productos e instrumentos de calidad.**

La placa de bloqueo para calcáneo de Acumed se ha diseñado para ofrecer una placa anatómica, de perfil ultra-bajo, con mayor resistencia en toda la región de la superficie articular posterior:

La estabilidad se obtiene mediante la construcción triangular global: asegura la fijación del tornillo en la apófisis anterior, superior a la superficie articular posterior y en la tuberosidad.

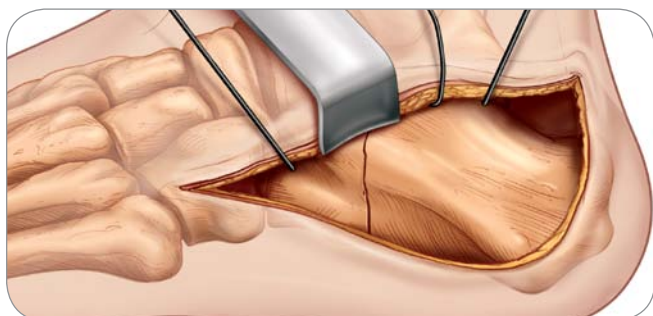
Nuestras placas anatómicas de bloqueo para calcáneo están disponibles en seis tamaños distintos, con la opción de tornillos de bloqueo o de no bloqueo.

La placa es más gruesa bajo la superficie articular posterior para proporcionar resistencia y perfil más bajo en las regiones con mínima cobertura de tejidos blandos.



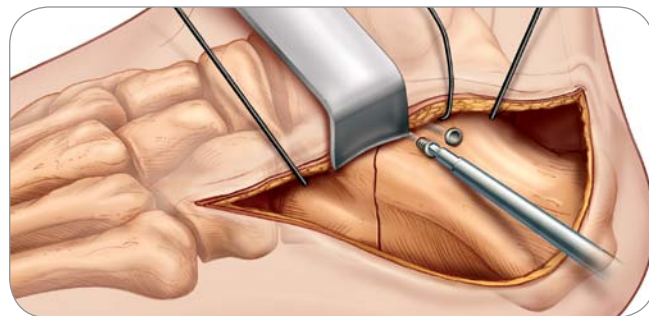
Diseñado en colaboración con el Dr. Douglas N. Beaman, la placa de bloqueo para calcáneo de perfil ultra-bajo trata los problemas complejos de las fracturas del calcáneo. La clave es volver a obtener estabilidad restableciendo anatómicamente la superficie articular posterior y alineando la tuberosidad del calcáneo.

La placa de bloqueo para calcáneo de Acumed es un 20% más gruesa en la región de la superficie articular posterior para proporcionar mayor resistencia donde se necesita. Para tratar los diferentes tamaños y asegurar que los múltiples tornillos pueden atravesar la placa y penetrar en la tuberosidad, las placas están disponibles en tamaño pequeño, medio y grande, específicos para la izquierda y la derecha (codificación por colores).



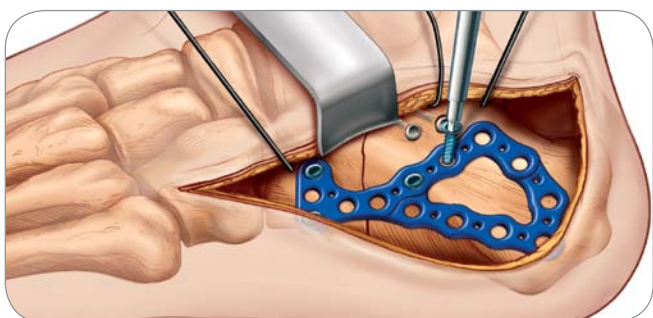
## Paso 1: Exposición

El abordaje quirúrgico recomendado es un abordaje extensible lateral en ángulo recto (una meticulosa manipulación de los tejidos blandos es vital). Use sólo separadores cerrados y utilice una aguja de Kirschner para separar una vez que se haya creado el colgajo lateral de grosor completo. La reducción de la fractura normalmente implica el uso de palancas o tornillos de Schanz colocados en la tuberosidad del calcáneo para proporcionar tracción y manipulación de la tuberosidad desde su posición angulada y desplazada. Los fragmentos de la fractura del calcáneo, tanto extraarticulares como intraarticulares, se realinean y, a continuación, se sostienen provisionalmente con varias agujas de Kirschner.



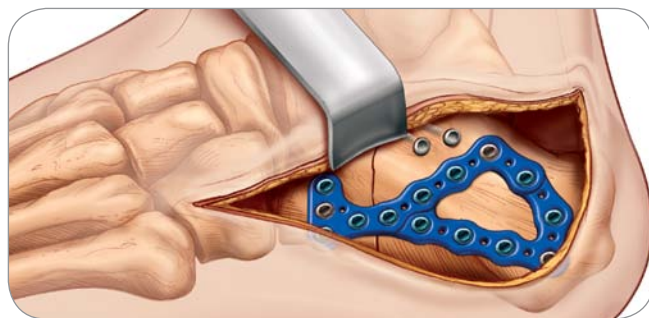
## Paso 2: Colocación del tornillo en la superficie articular posterior

Recomendamos el uso de tornillos subcondrales colocados bajo la superficie articular posterior para asegurar la parte intraarticular de la fractura del calcáneo. Normalmente, éstos son tornillos corticales de 2,7 o 3,5 mm colocados a modo de compresión interfragmentaria. Es vital que los tornillos sean extraarticulares (que no penetren en la superficie articular posterior). Se debe realizar una evaluación cuidadosa, radiográfica y clínica, para confirmar que los tornillos subcondrales no penetran en la superficie articular posterior.



## Paso 3: Posicionamiento de la placa

La placa se aplica a la pared lateral con el extremo anterior justamente proximal (5 - 10 mm) a la articulación calcáneo-cuboidea en la apófisis anterior. Esto se puede ajustar basándose en los patrones de fractura. La parte triangular de la placa que justamente soporta la superficie articular posterior se asienta normalmente por debajo de los tornillos interfragmentarios. La placa se debe prolongar posteriormente lo suficiente como para permitir la colocación de varios tornillos en la tuberosidad. Normalmente, preferimos que se coloquen tres tornillos en la tuberosidad. La placa se debe colocar y, a continuación, sostener provisionalmente con agujas de Kirschner. Tanto la imagen radiográfica como la inspección directa pueden confirmar la correcta posición de la placa.



## Paso 4: Inserción de tornillos

La colocación de los tornillos se realiza normalmente desde la apófisis anterior y se extiende posteriormente. Se usan tornillos de 2,7 o 3,5 mm dependiendo de la preferencia del cirujano. Los tornillos iniciales se deben colocar en modo de no bloqueo para asegurar la placa al hueso. A continuación, los tornillos se colocan a través de la placa desde la distal a proximal para penetrar en el sustentáculo con los tornillos más posteriores dirigidos hacia la tuberosidad. Los tornillos de bloqueo se colocan generalmente después de que las placas se hayan asegurado con múltiples tornillos de no bloqueo. Se pueden colocar tornillos adicionales según sea necesario para completar el bloqueo de la placa.

## Paso 5: Protocolo de cierre y postoperatorio

El cierre de la herida se realiza minuciosamente con un drenaje Hemovac medio con suturas de nylon 4/0 interrumpidas. Para el tratamiento postoperatorio, se aplican vendajes voluminosos blandos, que incorporan férulas de escayola que sostienen el pie en una posición neutra. El vendaje postoperatorio se retira a los tres a siete días y, dependiendo del estado de la herida, se inicia la movilidad subastragalina con un dispositivo extraíble. Los pacientes se mantienen sin apoyar el peso durante 10 a 12 semanas.

# INFORMACIÓN DE PEDIDOS

Placa de bloqueo para calcáneo	Número de referencia
Placa de bloqueo para calcáneo, pequeña izquierda	70-0022
Placa de bloqueo para calcáneo, pequeña derecha	70-0023
Placa de bloqueo para calcáneo, mediana izquierda	70-0024
Placa de bloqueo para calcáneo, mediana derecha	70-0025
Placa de bloqueo para calcáneo, grande izquierda	70-0026
Placa de bloqueo para calcáneo, grande derecha	70-0027

**ACUMED**<sup>®</sup>

5885 NW Cornelius Pass Road  
Hillsboro, OR 97124  
(888) 627-9957  
[www.acumed.net](http://www.acumed.net)

LEX00-00-A

Fecha de publicación: 11/2008