

ACUMED®



Sistema de
placas de
escápula

Sistema de placas de escápula

Acumed® es líder mundial en soluciones médicas y ortopédicas de gran innovación.

Nos dedicamos a desarrollar productos, métodos de servicio y técnicas que mejoran el cuidado del paciente.



Las fracturas de escápula son raras, pero presentan importantes desafíos para la fijación. Las placas de escápula Acumed® anatómicamente precontorneadas eliminan el largo proceso de moldeado manual de las placas óseas genéricas que también puede reducir la resistencia de la placa. Además, la reducción y reconstrucción de los fragmentos es laboriosa sin una guía anatómica y la colocación de tornillos es difícil en las regiones óseas cuestionables del hueso escapular.

Acumed® ofrece una mejor solución. Si bien las fracturas de escápula suelen ser tratadas de forma no quirúrgica, hay una serie de fracturas desplazadas en las que la fijación interna de reducción abierta con una placa de bloqueo anatómica de bajo perfil puede ser una mejor solución.

Diseñado junto con el Dr. William B. Geissler, el sistema de placas de escápula precontorneadas está diseñado para ajustarse a la anatomía específica de la escápula, lo que permite una mejor restauración del ángulo funcional de la articulación del hombro. Las placas anatómicas no suelen requerir ninguna flexión y pueden servir de guía para reducir los fragmentos y las fracturas al coincidir estrechamente con la geometría de la anatomía del paciente. Dado que el sistema de placas está diseñado para aprovechar la mejor calidad ósea disponible en la escápula, no hay dudas sobre la colocación de los tornillos y la probabilidad de una cirugía adicional es muy reducida.

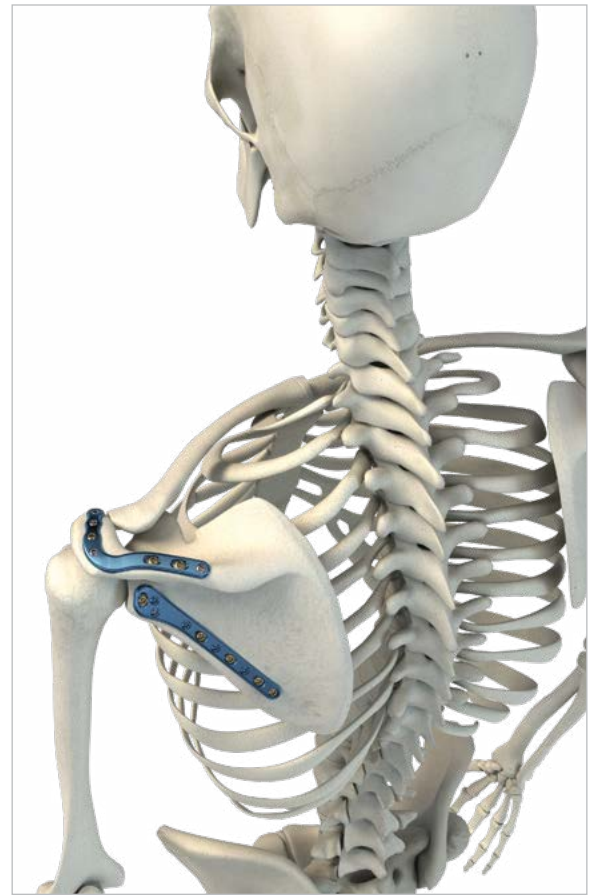
Contenido

Introducción al sistema	2
Características del conjunto	3
Técnica del borde lateral medial	4
Técnica de la placa de la espina escapular acromion	8
Técnica de la placa glenoidea intraarticular	11
Información para pedidos	14

Características del sistema de placas de escápula

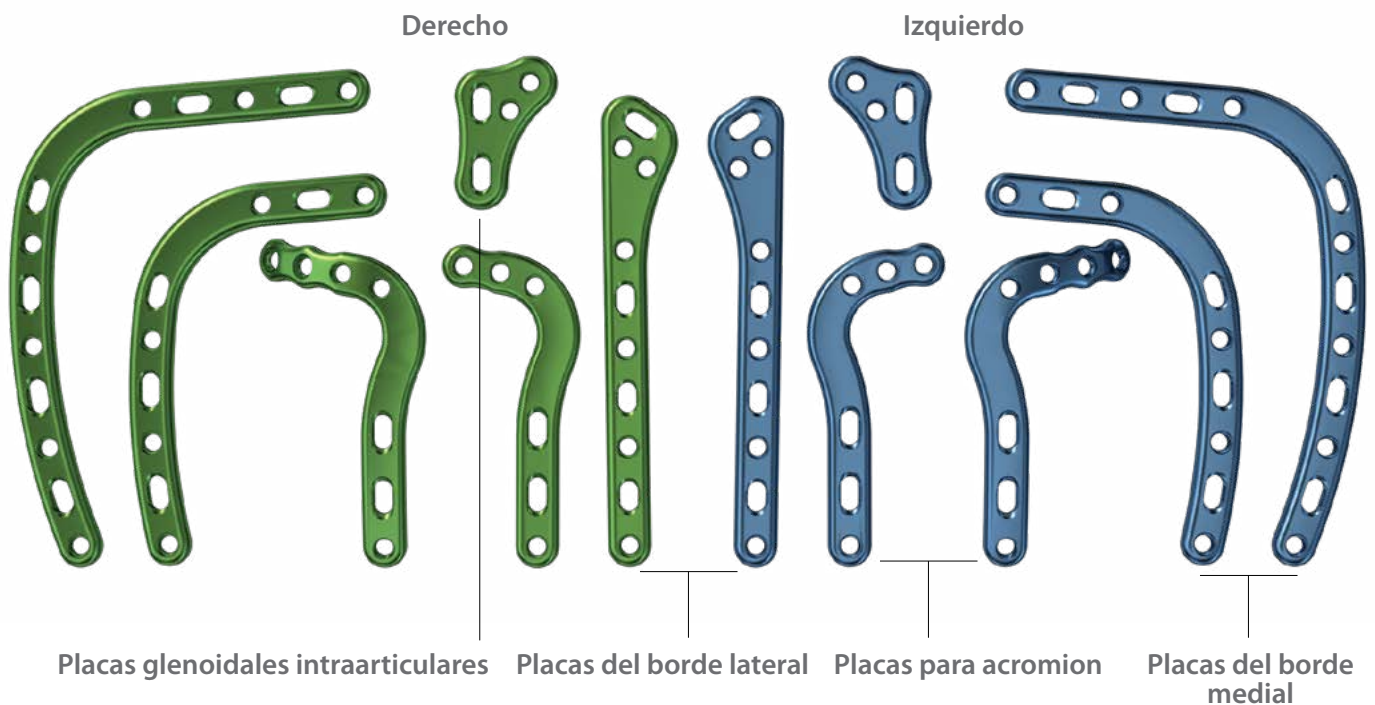
Características del sistema de placas de escápula

- Debido a la geometría de la placa precontorneada que coincide con la anatomía del paciente apenas se requiere flexión. El sistema de placas de escápula también actúa como una plantilla para restaurar la anatomía original del paciente cuando se reconstruye una fractura severamente desplazada, lo que supone una ventaja significativa con respecto a las placas rectas tradicionales.
- Existen múltiples opciones de placas para adaptarse a la variedad anatómica de curvaturas de la escápula. Las placas de los bordes lateral y medial se utilizan frecuentemente para fracturas desplazadas del cuerpo escapular y del cuello glenoideo. La placa glenoidea se puede seleccionar para fracturas glenoidales intraarticulares desplazadas. Las placas para acromion se utilizan para las fracturas a lo largo del acromion de la espina escapular.
- Colocación óptima de los implantes y fijación de los tornillos en las regiones óseas de grosor superior. Las regiones de grosor superior de la escápula adecuadas para la fijación interna se encuentran cerca de la cavidad glenoidea, el borde medial y lateral, el acromion y la espina escapular.



Indicaciones

- Fracturas del cuerpo escapular
- Fractura del cuello glenoideo
- Fracturas glenoidales intraarticulares
- Fracturas de la espina escapular
- Fracturas del acromion
- Os acromiale



Técnica del borde quirúrgico lateral | medial



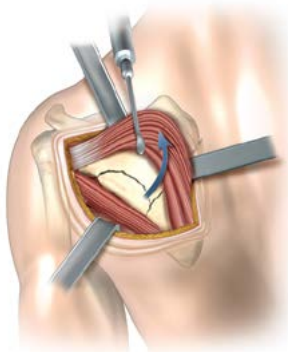
1 COLOCACIÓN DEL PACIENTE

El paciente puede colocarse en posición de decúbito lateral o en posición prona con la extremidad superior libre dentro del campo estéril en el campo operatorio. Esto permite la manipulación de la extremidad superior para ayudar a la reducción de la fractura.



2 INCISIÓN

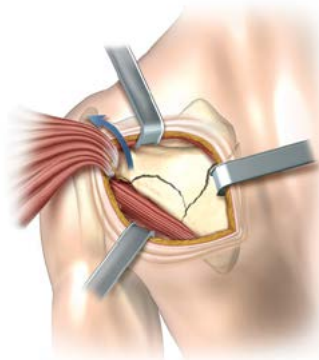
La incisión en la piel se realiza desde la base del acromion a lo largo del margen inferior de la espina escapular hasta el borde medial de la escápula y luego se curva inferiormente hacia el ángulo inferior de la escápula. La fascia dorsal se libera a lo largo del borde inferior de la espina escapular y la base del acromion para mejorar la visualización del margen lateral de la escápula y el cuello de esta.



3 DISECCIÓN

Si se comienza medialmente, el vientre muscular del infraespinoso y redondo menor pueden elevarse desde la parte posterior de la escápula, diseccionando de medial a lateral con el elevador perióstico (MS-46212). A medida que uno eleva el infraespinoso trabajando de medial a lateral, se verá el haz neurovascular debajo de la superficie del infraespinoso. Se levanta fácilmente dentro del músculo infraespinoso y se identifica fácilmente.

Nota: Ocasionalmente, el haz neurovascular puede estar dentro de la línea de fractura de la fractura del cuello glenoideo. Si esto ocurre, se ve fácilmente y el haz neurovascular se disecciona de la fractura.



4 EXPOSICIÓN

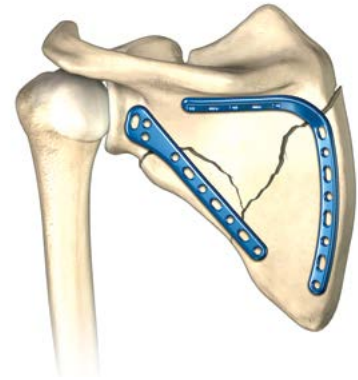
La cara inferior de la espina escapular y el cuerpo escapular se visualizan fácilmente. Es útil colocar un retractor Hohmann alrededor del borde lateral de la escápula para facilitar la exposición. Los márgenes mediales de la escápula tienen aproximadamente 10-14 mm de espesor, y proporcionan un hueso cortical muy denso que permite un buen anclaje con fijación interna. Se puede colocar un retractor a lo largo del vientre muscular del infraespinoso para ayudar con la exposición. La tracción de este elevador debe retirarse periódicamente para evitar una parálisis de tracción en el haz neurovascular.

5 SELECCIÓN DE LA PLACA

En las fracturas del cuerpo escapular, se utilizan las placas de los bordes medial y lateral para estabilizar la fractura. Estas placas pueden utilizarse conjuntamente o de forma independiente.

La placa del borde medial encaja a lo largo del borde medial de la escápula y bajo la superficie de la espina. La placa se puede utilizar para ayudar a reducir la fractura a la placa en los casos en los que la fractura del cuerpo escapular se desplaza. Se seleccionan las placas izquierda o derecha del tamaño apropiado entre las dos longitudes diferentes proporcionadas. Normalmente las placas de 13 agujeros son ideales para la mayoría de los hombres y las placas de 9 agujeros son mejores para los pacientes más pequeños.

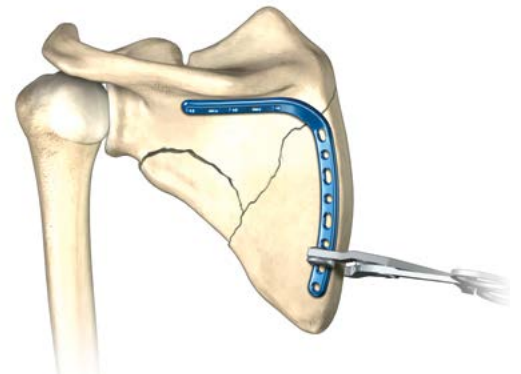
La placa del borde lateral es útil para las fracturas que involucran el borde lateral y el cuello glenoideo. La placa se coloca a lo largo del borde lateral y se extiende proximalmente sobre el cuello glenoideo.



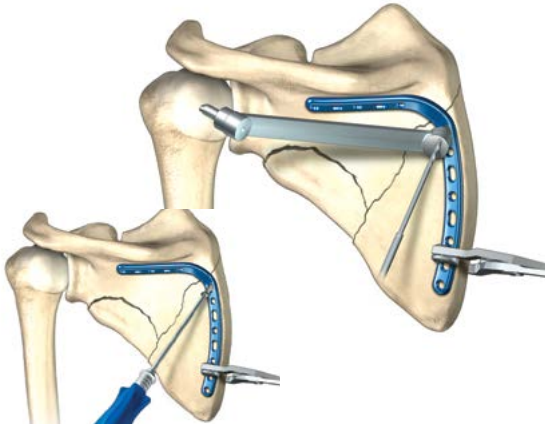
6 COLOCACIÓN DE LA PLACA: BORDE MEDIAL

Primero, coloque la placa del borde medial. La porción más lateral de la placa se extiende lateralmente para ayudar a estabilizar las fracturas del cuello glenoideo. La placa debe encajar a lo largo de la base de la espina y en la parte inferior del borde medial de la escápula. La placa puede utilizarse como plantilla para facilitar la reducción del cuerpo escapular en la espina. Ocasionalmente, la parte inferior de la placa se debe doblar un poco anteriormente para ajustarse al ángulo interior de la escápula. Los fragmentos de la fractura pueden manipularse directamente mediante la manipulación de la extremidad superior libre dentro del campo estéril o bien mediante la extracción de pequeños fragmentos de la fractura del interior de la escápula y la disección anterior de la escápula.

Una vez seleccionada la posición ideal de la placa, se fija provisionalmente a la escápula con uno de los tres instrumentos proporcionados: pinzas para placas [80-0223], tachuelas de placa [PL-PTACK] y/o pinzas reductoras con mordazas de sierra [PL-CL04].

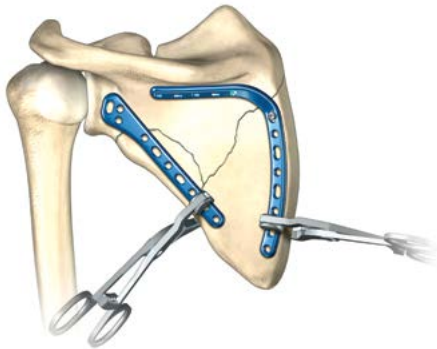


Técnica del borde quirúrgico lateral | medial



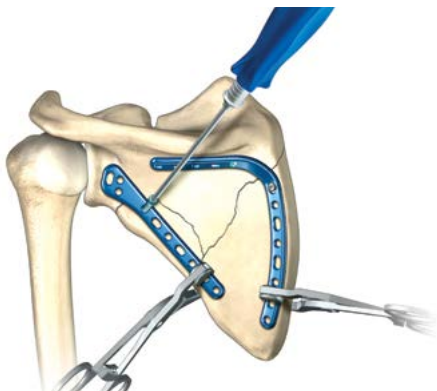
7 INSERCIÓN DE TORNILLOS SIN BLOQUEO: BORDE MEDIAL

Los tornillos sin bloqueo se pueden colocar unicorticalmente o bicorticalmente. Si se utilizan tornillos bicorticales, es importante no penetrar demasiado en la segunda cortical y arriesgarse a una posible lesión. Aunque se recomiendan tornillos de 3,5 mm (CO-3XX0), hay disponibles en el sistema de tornillos opcionales de 2,7 mm (CO-27XX) y 4,0 mm (CA-4XX0). Utilizando el tamaño de broca apropiado (MS-DC5020, MS-DC28 o MS-DC35) y la guía de broca compensada (PL-2095), perfora, mida la profundidad con el medidor de profundidad (MS-9022) y coloque los tornillos en las ranuras con el destornillador ensamblado. Se debe colocar un tornillo a lo largo de la base de la espina escapular y otro a lo largo del borde medial. Una vez que se hayan colocado los dos tornillos, se pueden retirar las pinzas óseas y/o las tachuelas de placa.



8 COLOCACIÓN DE LA PLACA: BORDE LATERAL

Con el borde medial colocado provisionalmente, se selecciona la placa del borde lateral. De manera similar a la placa del borde medial, es posible que se tenga que doblar un poco anteriormente la porción inferior de la placa para ajustarse al ángulo inferior de la escápula. Una vez seleccionada la posición ideal de la placa, se fija provisionalmente a la escápula con uno de los tres instrumentos proporcionados: pinzas para placas [80-0223], tachuelas de placa [PL-PTACK] y/o pinzas reductoras con mordazas de sierra [PL-CL04]. Los fragmentos de fractura pueden manipularse directamente mediante la manipulación de la extremidad superior libre dentro del campo estéril o, de nuevo, mediante la extracción de pequeños fragmentos de la fractura del centro de la escápula y la disección anterior de la escápula.



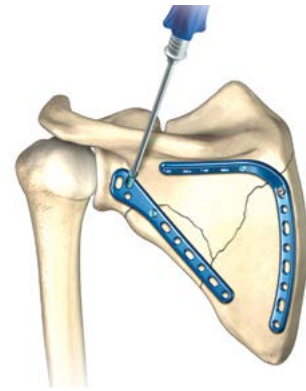
9 INSERCIÓN DE TORNILLOS SIN BLOQUEO: BORDE LATERAL

Los tornillos sin bloqueo se pueden colocar unicorticalmente o bicorticalmente. Si se utilizan tornillos bicorticales, es importante no penetrar demasiado en la cortical distal y arriesgarse a una posible lesión. Aunque se recomiendan tornillos de 3,5 mm (CO-3XX0), hay disponibles en el sistema de tornillos opcionales de 2,7 mm (CO-27XX) y 4,0 mm (CA-4XX0). Un tornillo debe colocarse en una ranura a lo largo del borde lateral, mientras que otro se coloca en la ranura situada sobre la glenoides. Una vez que se hayan colocado los dos tornillos, se pueden retirar las pinzas óseas y/o las tachuelas de placa.

10 INSERCIÓN DE TORNILLOS DE BLOQUEO

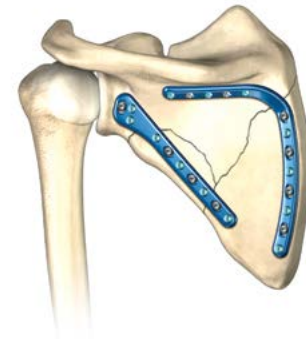
Utilizando la guía de broca de bloqueo (MS-LDG35) y la broca de 2,8 mm (MS-DC28), coloque los tornillos de bloqueo de 3,5 mm (COL-3XX0) en los orificios roscados de forma que haya al menos tres tornillos en total (si es posible) a cada lado de la fractura.

Nota: Cuando se colocan los tornillos de bloqueo en la porción glenoidea de la placa del borde lateral, se recomienda el golpepeteo (MS-LTT35) en los pacientes con hueso denso. La guía de broca (MS-LDG35) debe retirarse antes del golpepeteo.



11 EVALUACIÓN FINAL

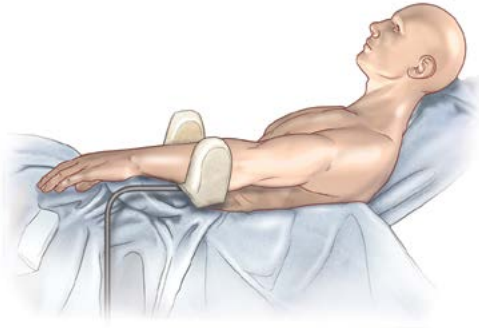
Se recomienda una radiografía intraoperatoria para comprobar la posición de los tornillos y la reducción final de la fractura. La musculatura se vuelve a aproximar entonces directamente sobre la placa. La piel se cierra en capas con un punto de sutura subcuticular para la capa de piel restante.



12 PROTOCOLO POSOPERATORIO

Se le coloca al paciente un cabestrillo de brazo y comienzan los ejercicios de movimiento pendular. Durante las cuatro primeras semanas se inician ejercicios de movimiento pasivo, con asistencia activa de cuatro a seis semanas y fortalecimiento activo a las seis semanas después de la intervención cuando los signos de curación se ven radiográficamente.

Técnica quirúrgica de la placa de la espina escapular | acromion



1 COLOCACIÓN DEL PACIENTE

El paciente puede colocarse en una posición de silla reclinable con una protuberancia bajo la escápula o en posición de decúbito lateral para exponer las fracturas de la escápula, la espina y el acromion. Se prepara la extremidad superior afectada y se deja libre dentro del campo estéril de manera que se puedan manipular los fragmentos de la fractura para la reducción.



2 EXPOSICIÓN

Se realiza una incisión horizontal directamente sobre la espina palpable y luego se curva anteriormente sobre el acromion. Se realiza una disección incisiva hasta la fascia donde los colgajos de piel se elevan. El origen del trapecio y deltoides puede entonces diseccionarse subperiostealmente para exponer la fractura de la base de la espina y/o acromion.



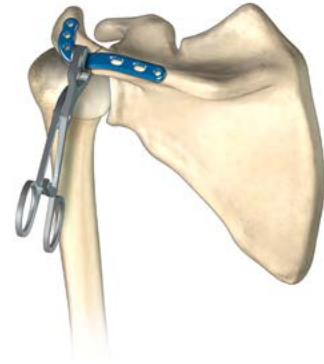
3 SELECCIÓN DE LA PLACA

Se selecciona del sistema la placa derecha o izquierda para el acromion. Para las fracturas tradicionales en las que la línea de fractura está en la base del acromion en la espina, se utiliza la placa de 6 agujeros. En los casos en que la fractura se extiende distalmente en el acromion, la placa de 7 agujeros más larga puede ser una mejor opción. La placa se coloca en la superficie superior para estabilizar las fracturas del acromion y/o la espina escapular. En el caso de pseudoartrosis o consolidación defectuosa, la curva de la placa puede ayudar a la reducción anatómica del acromion.

4 COLOCACIÓN DE LA PLACA

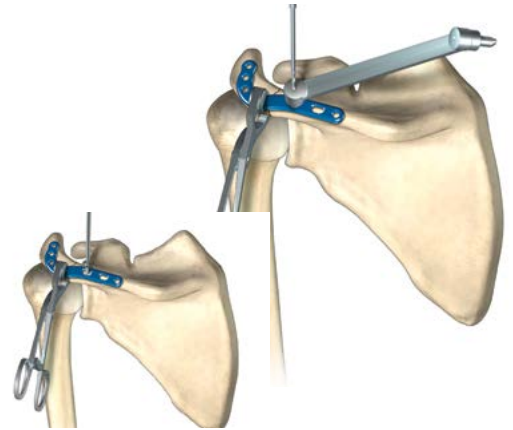
Una vez seleccionada la posición ideal de la placa, se estabiliza provisionalmente al acromion y/o espina escapular con uno de los tres instrumentos proporcionados: pinzas para placas [80-0223], tachuelas de placa [PL-PTACK] y/o pinzas reductoras con mordazas de sierra [PL-CL04].

Nota: En la placa pueden utilizarse tornillos de bloqueo o sin bloqueo, según la preferencia del cirujano.

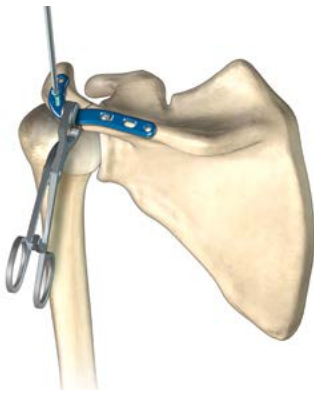


5 INSERCIÓN DE TORNILLOS SIN BLOQUEO

Los tornillos sin bloqueo se pueden colocar unicorticalmente o bicorticalmente. Si se utilizan tornillos bicorticales, es importante no penetrar demasiado en la cortical distal y arriesgarse a una posible lesión del manguito de los rotadores. Aunque se recomiendan tornillos de 3,5 mm (CO-3XX0), hay disponibles en el sistema de tornillos opcionales de 2,7 mm (CO-27XX) y 4,0 mm (CA-4XX0). Utilizando el tamaño de broca apropiado (MS-DC5020, MS-DC28 o MS-DC35) y la guía de broca compensada (PL-2095), perfora, mida la profundidad con el medidor de profundidad (MS-9022) y coloque los tornillos en las ranuras con el destornillador ensamblado. Una vez que se fijen los dos tornillos, se pueden retirar las pinzas óseas.



Técnica quirúrgica de la placa de la espina escapular | acromion



6 INSERCIÓN DE TORNILLOS DE BLOQUEO

Utilizando la guía de broca de bloqueo (MS-LDG35) y la broca de 2,8 mm (MS-DC28), coloque los tornillos de bloqueo de 3,5 mm (COL-3XX0) en los orificios roscados de forma que haya al menos tres tornillos en total (si es posible) a cada lado de la fractura.



7 EVALUACIÓN FINAL

Se recomienda una radiografía intraoperatoria para comprobar la posición de los tornillos y la reducción final de la fractura. La musculatura se vuelve a aproximar entonces directamente sobre la placa. La piel se cierra en capas con un punto de sutura subcuticular para la capa de piel restante.

8 PROTOCOLO POSOPERATORIO

Se le coloca al paciente un cabestrillo de brazo y comienzan los ejercicios de movimiento pendular. Durante las cuatro primeras semanas se inician ejercicios de movimiento pasivo, con asistencia activa de cuatro a seis semanas y fortalecimiento activo a las seis semanas después de la intervención cuando los signos de curación se ven radiográficamente.

Técnica quirúrgica de la placa glenoidea intraarticular

1 COLOCACIÓN DEL PACIENTE

Se coloca al paciente en posición de decúbito lateral y la extremidad superior afectada se deja libre dentro del campo estéril para ayudar a facilitar la reducción de los fragmentos de la fractura.



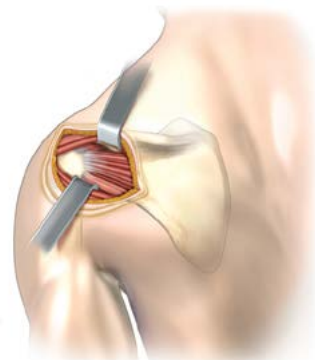
2 INCISIÓN

Se realiza una incisión vertical desde la espina escapular sobre la articulación glenohumeral. El origen del deltoides se separa de la espina escapular y se divide. Tenga cuidado de no extender la incisión demasiado distalmente ya que podría afectar al nervio axilar. También es posible realizar una incisión horizontal sobre la espina para liberar el deltoides.

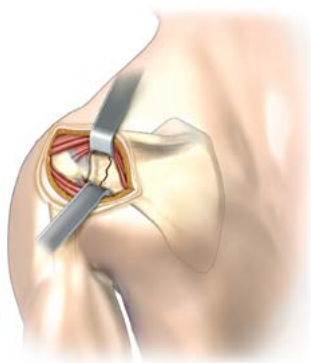


3 DISECCIÓN

La disección roma continúa entre los músculos infraespinoso y redondo menor. Este plano puede ser difícil de definir inicialmente. El músculo infraespinoso se retrae en la parte superior y el músculo redondo menor se retrae en la parte inferior para exponer las regiones posteriores de la cavidad glenoidea en el cuello de la escápula.



Técnica quirúrgica de la placa glenoidea intraarticular



4 EXPOSICIÓN

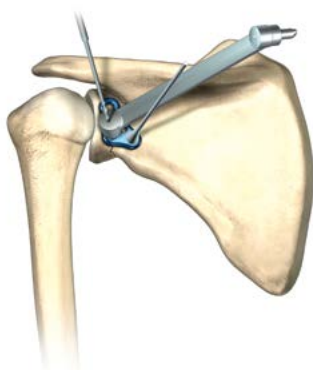
La cápsula posterior se abre en forma de «T». Se realiza una incisión vertical desde la cabeza del húmero hasta la glenoides, y luego se realiza la incisión proximal y distalmente a lo largo del cuello glenoideo para exponer la fractura intraarticular.



5 SELECCIÓN Y COLOCACIÓN DE LA PLACA

Se selecciona del sistema la placa derecha o izquierda para la glenoides. La placa se coloca en la superficie superior para estabilizar las fracturas del margen posterior de la glenoides y cualquier fragmento intraarticular.

Una vez seleccionada la posición ideal de la placa, se estabiliza provisionalmente en la glenoides con uno de los tres instrumentos proporcionados: pinzas para placas [80-0223], tachuelas de placa [PL-PTACK] y/o pinzas reductoras con mordazas de sierra [PL-CL04]. En la placa pueden utilizarse tornillos de bloqueo o sin bloqueo, según la preferencia del cirujano.



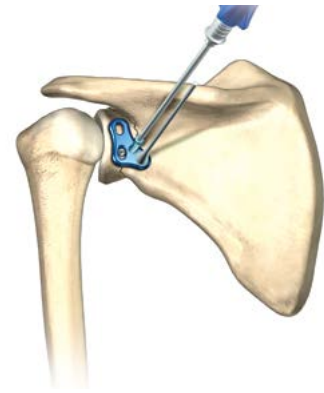
6 INSERCIÓN DE TORNILLOS SIN BLOQUEO

Los tornillos sin bloqueo se pueden colocar unicorticalmente o bicorticalmente. Aunque se recomiendan tornillos de 3,5 mm (CO-3XX0), hay disponibles en el sistema de tornillos opcionales de 2,7 mm (CO-27XX) y 4,0 mm (CA-4XX0). Utilizando el tamaño de broca apropiado (MS-DC5020, MS-DC28 o MS-DC35) y la guía de broca compensada (PL-2095), perfore, mida la profundidad con el medidor de profundidad (MS-9022) y coloque los tornillos en las ranuras con el destornillador ensamblado. Una vez que se hayan colocado los dos tornillos, se pueden retirar las pinzas óseas y/o las tachuelas de placa.

7 INSERCIÓN DE TORNILLOS DE BLOQUEO

Utilizando la guía de broca de bloqueo (MS-LDG35) y la broca de 2,8 mm (MS-DC28), coloque los tornillos de bloqueo de 3,5 mm (COL-3XX0) en los orificios roscados.

Nota: Se recomienda el golpeteo (MS-LTT35) en los pacientes con hueso denso. La guía de broca (MS-LDG35) debe retirarse antes del golpeteo.



8 EVALUACIÓN FINAL

Se recomienda una radiografía intraoperatoria para comprobar la posición de los tornillos y la reducción final de la fractura. La musculatura se vuelve a aproximar entonces directamente sobre la placa. La piel se cierra en capas con un punto de sutura subcuticular para la capa de piel restante.



9 PROTOCOLO POSOPERATORIO

Se le coloca al paciente un cabestrillo de brazo y comienzan los ejercicios de movimiento pendular. Durante las cuatro primeras semanas se inician ejercicios de movimiento pasivo, con asistencia activa de cuatro a seis semanas y fortalecimiento activo a las seis semanas después de la intervención cuando los signos de curación se ven radiográficamente.

Información para pedidos

Placas de escápula

Placa de escápula para glenoides de 4 agujeros, izquierda	PL-SG04L
Placa de escápula para glenoides de 4 agujeros, derecha	PL-SG04R
Placa de escápula para acromion de 6 agujeros, izquierda	PL-SA06L
Placa de escápula para acromion de 6 agujeros, derecha	PL-SA06R
Placa de escápula para acromion de 7 agujeros, izquierda	PL-SA07L
Placa de escápula para acromion de 7 agujeros, derecha	PL-SA07R
Placa de escápula para borde lateral de 10 agujeros, izquierda	PL-SLB10L
Placa de escápula para borde lateral de 10 agujeros, derecha	PL-SLB10R
Placa de escápula para borde medial de 9 agujeros, izquierda	PL-SMB09L
Placa de escápula para borde medial de 9 agujeros, derecha	PL-SMB09R
Placa de escápula para borde medial de 13 agujeros, izquierda	PL-SMB13L
Placa de escápula para borde medial de 13 agujeros, derecha	PL-SMB13R

Conjunto de inserción de placa de escápula

Conjunto de inserción de placa de escápula de bandeja universal	80-0135
Base de inserción de placa de escápula de bandeja universal	80-0136
Tapa de inserción de placa de escápula de bandeja universal	80-0137

Tornillos sin bloqueo de 2,7 mm

Tornillo cortical de 2,7 mm x 8,0 mm	CO-2708
Tornillo cortical de 2,7 mm x 10,0 mm	CO-2710
Tornillo cortical de 2,7 mm x 12,0 mm	CO-2712
Tornillo cortical de 2,7 mm x 14,0 mm	CO-2714
Tornillo cortical de 2,7 mm x 16,0 mm	CO-2716
Tornillo cortical de 2,7 mm x 18,0 mm	CO-2718
Tornillo cortical de 2,7 mm x 20,0 mm	CO-2720
Tornillo cortical de 2,7 mm x 22,0 mm	CO-2722
Tornillo cortical de 2,7 mm x 24,0 mm	CO-2724
Tornillo cortical de 2,7 mm x 26,0 mm	CO-2726
Tornillo cortical de 2,7 mm x 28,0 mm	CO-2728
Tornillo cortical de 2,7 mm x 30,0 mm	CO-2730
Tornillo cortical de 2,7 mm x 32,0 mm	CO-2732
Tornillo cortical de 2,7 mm x 34,0 mm	CO-2734
Tornillo cortical de 2,7 mm x 36,0 mm	CO-2736
Tornillo cortical de 2,7 mm x 38,0 mm	CO-2738
Tornillo cortical de 2,7 mm x 40,0 mm	CO-2740
Tornillo cortical de 2,7 mm x 45,0 mm	CO-2745
Tornillo cortical de 2,7 mm x 50,0 mm	CO-2750
Tornillo cortical de 2,7 mm x 55,0 mm	CO-2755
Tornillo cortical de 2,7 mm x 60,0 mm	CO-2760
Tornillo cortical de 2,7 mm x 65,0 mm	CO-2765

Tornillos de bloqueo de 2,7 mm

Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 8,0 mm	COL-2080
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 10,0 mm	COL-2100
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 12,0 mm	COL-2120
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 14,0 mm	COL-2140
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 16,0 mm	COL-2160
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 18,0 mm	COL-2180
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 20,0 mm	COL-2200
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 22,0 mm	COL-2220
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 24,0 mm	COL-2240
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 26,0 mm	COL-2260
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 28,0 mm	COL-2280
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 30,0 mm	COL-2300
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 32,0 mm	COL-2320
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 34,0 mm	COL-2340
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 36,0 mm	COL-2360
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 38,0 mm	COL-2380
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 40,0 mm	COL-2400
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 45,0 mm	COL-2450
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 50,0 mm	COL-2500
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 55,0 mm	COL-2550
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 60,0 mm	COL-2600
Tornillo cortical de bloqueo de 2,7 mm x 65,0 mm	COL-2650

Tornillos sin bloqueo de 3,5 mm

Tornillo cortical de 3,5 mm x 6,0 mm	CO-3060
Tornillo cortical de 3,5 mm x 8,0 mm	CO-3080
Tornillo cortical de 3,5 mm x 10,0 mm	CO-3100
Tornillo cortical de 3,5 mm x 12,0 mm	CO-3120
Tornillo cortical de 3,5 mm x 14,0 mm	CO-3140
Tornillo cortical de 3,5 mm x 16,0 mm	CO-3160
Tornillo cortical de 3,5 mm x 18,0 mm	CO-3180
Tornillo cortical de 3,5 mm x 20,0 mm	CO-3200
Tornillo cortical de 3,5 mm x 22,0 mm	CO-3220
Tornillo cortical de 3,5 mm x 24,0 mm	CO-3240
Tornillo cortical de 3,5 mm x 26,0 mm	CO-3260
Tornillo cortical de 3,5 mm x 28,0 mm	CO-3280
Tornillo cortical de 3,5 mm x 30,0 mm	CO-3300
Tornillo cortical de 3,5 mm x 32,0 mm	CO-3320
Tornillo cortical de 3,5 mm x 34,0 mm	CO-3340
Tornillo cortical de 3,5 mm x 36,0 mm	CO-3360
Tornillo cortical de 3,5 mm x 38,0 mm	CO-3380
Tornillo cortical de 3,5 mm x 40,0 mm	CO-3400
Tornillo cortical de 3,5 mm x 45,0 mm	CO-3450
Tornillo cortical de 3,5 mm x 50,0 mm	CO-3500
Tornillo cortical de 3,5 mm x 55,0 mm	CO-3550
Tornillo cortical de 3,5 mm x 60,0 mm	CO-3600
Tornillo cortical de 3,5 mm x 65,0 mm	CO-3650

*Las placas también están disponibles en envase estéril. Añada -S al número de producto para productos en envase estéril.

Para obtener más información sobre la línea completa de soluciones quirúrgicas innovadoras de Acumed®, incluido el sistema de placas de escápula, póngase en contacto con su representante de ventas local de Acumed® o llame al 888-627-9957.

Tornillos de bloqueo de 3,5 mm

Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 6,0 mm	COL-3060
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 8,0 mm	COL-3080
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 10,0 mm	COL-3100
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 12,0 mm	COL-3120
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 14,0 mm	COL-3140
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 16,0 mm	COL-3160
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 18,0 mm	COL-3180
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 20,0 mm	COL-3200
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 22,0 mm	COL-3220
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 24,0 mm	COL-3240
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 26,0 mm	COL-3260
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 28,0 mm	COL-3280
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 30,0 mm	COL-3300
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 32,0 mm	COL-3320
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 34,0 mm	COL-3340
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 36,0 mm	COL-3360
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 38,0 mm	COL-3380
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 40,0 mm	COL-3400
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 45,0 mm	COL-3450
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 50,0 mm	COL-3500
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 55,0 mm	COL-3550
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 60,0 mm	COL-3600
Tornillo cortical de bloqueo de 3,5 mm x 65,0 mm	COL-3650

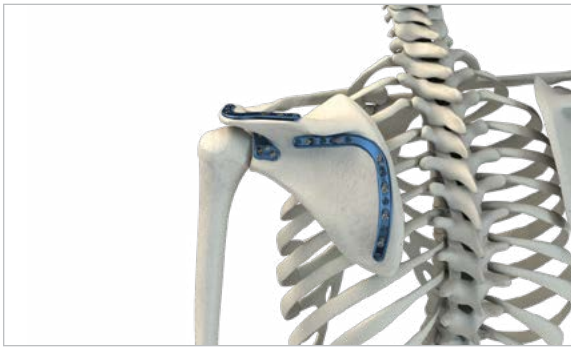
Tornillos de esponjosa de 4,0 mm

Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 12,0 mm	CA-4120
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 14,0 mm	CA-4140
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 16,0 mm	CA-4160
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 18,0 mm	CA-4180
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 20,0 mm	CA-4200
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 22,0 mm	CA-4220
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 24,0 mm	CA-4240
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 26,0 mm	CA-4260
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 28,0 mm	CA-4280
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 30,0 mm	CA-4300
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 35,0 mm	CA-4350
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 40,0 mm	CA-4400
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 45,0 mm	CA-4450
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 50,0 mm	CA-4500
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 55,0 mm	CA-4550
Tornillo de esponjosa de 4,0 mm x 60,0 mm	CA-4600

Información para pedidos

Instrumentos

Aguja guía ST de 0,045" x 6"	WS-1106ST
Aguja guía ST de 0,059" x 5"	WS-1505ST
Grifa	PL-2040
Grifa grande	PL-2045
Guía de broca fina de 2,0/2,8	PL-2118
Guía de broca fina de 2,8/3,5	PL-2196
Guía de broca compensada	PL-2095
Pinzas de reducción con mordazas de sierra	PL-CL04
Terraja ósea de tornillo cortical de 2,7 mm	MS-LTT27
Terraja ósea de tornillo cortical de 3,5 mm	MS-LTT35
Broca de anclaje rápido de 2,0 mm x 5"	MS-DC5020
Broca de anclaje rápido de 2,8 mm x 5"	MS-DC28
Broca de anclaje rápido de 3,5 mm x 5"	MS-DC35
Medidor de profundidad de 6-70 mm	MS-9022
Mango de destornillador canulado de liberación rápida grande	MS-3200
Punta de destornillador de liberación rápida de 2,5 mm	HPC-0025
Casquillo del destornillador de 3,5 mm	MS-SS35
Guía de broca de bloqueo de 2,7 mm	MS-LDG27
Guía de broca de bloqueo de 3,5 mm	MS-LDG35
Pin de placa	PL-PTACK
Mango de destornillador de liberación rápida	MS-1210
Elevador Freer, 7,5	MS-57614
Pinzas reductoras de punta pequeña	OW-1200
Separador Hohmann de 15 mm	MS-46827
Periostótomo	MS-46212
Pinza de placa	80-0223



ACUMED®

5885 NE Cornelius Pass Road

Hillsboro, OR 97124

(888) 627-9957

www.acumed.net

Distribuido por:

ESSHD00-02-B

Fecha de entrada en vigor: 07/2020

© 2020 Acumed® LLC

Este material contiene información sobre productos que pueden estar disponibles o no en un determinado país o que pueden estar disponibles con nombres comerciales distintos en países diferentes. Es posible que los productos estén aprobados o autorizados por las organizaciones sanitarias gubernamentales para su venta o uso con indicaciones o restricciones distintas en cada uno de los diferentes países. Es posible que el uso de los productos no esté autorizado en todos los países. La información contenida en este material no debe interpretarse como promoción ni incitación al uso de los productos ni los productos deben utilizarse de manera no autorizada por las leyes y reglamentos del país en que se encuentra el lector. Ningún contenido de estos materiales debe interpretarse como una declaración o garantía en cuanto a la eficacia o calidad de cualquier producto, ni la idoneidad de cualquier producto para tratar cualquier condición específica. Los médicos pueden dirigir preguntas sobre la disponibilidad y el uso de los productos descritos en estos materiales a su distribuidor autorizado de Acumed. Las preguntas concretas que puedan tener los pacientes sobre el uso de los productos descritos en este material o sobre la idoneidad para sus afecciones en particular deben dirigirse a su propio médico.