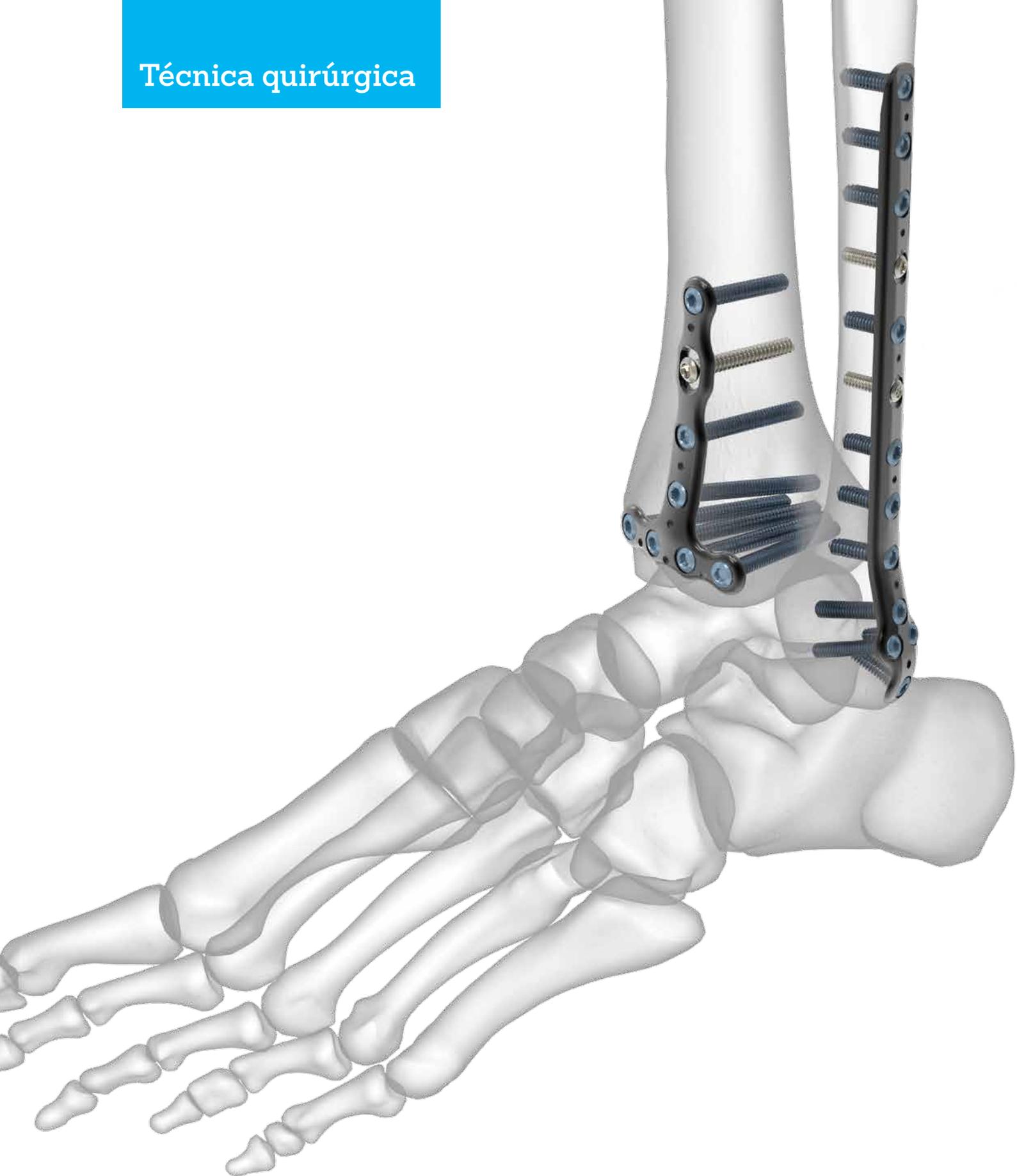


Técnica quirúrgica



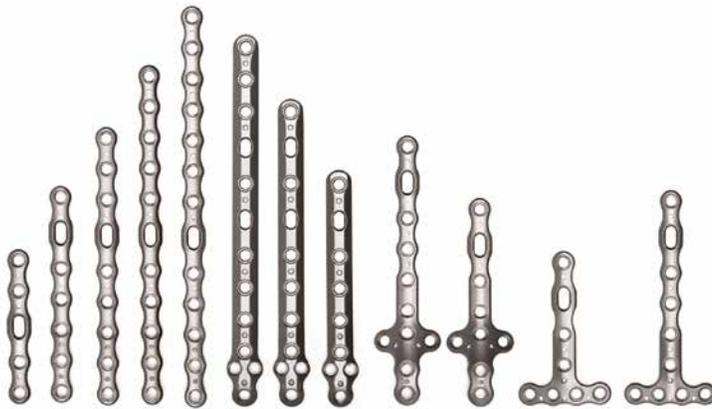
acumed®

Sistema de placas de osteosíntesis
para tobillo



Acumed® es líder mundial en soluciones ortopédicas y médicas innovadoras.

Nos dedicamos al desarrollo de productos, métodos de servicio y enfoques que mejoran la asistencia al paciente.



Cirujano responsable del diseño del Sistema de placas para tobillo:

Dr. Nicholas Abidi

Especialista en pie, tobillo, cadera, rodilla y hombro

Sistema de placas de osteosíntesis para tobillo Acumed®

El Sistema de placas de osteosíntesis para tobillo de Acumed, ha sido desarrollado para ser un sistema de bloqueo resistente y de perfil bajo, y proporciona a los clientes placas de bloqueo para diferentes indicaciones en el tratamiento de la fijación periarticular.

Al ofrecer diversos tamaños y un diseño de perfil bajo, el sistema de placas para tobillo ofrece versatilidad en casos de fractura de tibia y peroné distal sencillas. Acumed ha mejorado el diseño de nuestras placas sin bloqueo para tobillo añadiendo la tecnología de bloqueo y un acabado anodizado de tipo II.

El sistema modular para extremidades inferiores contiene una amplia gama de implantes y un innovador instrumental para indicaciones de pie y tobillo. El sistema de placas para tobillo es un componente modular del sistema modular para extremidades inferiores.

Índice

Presentación del sistema	2
Características del sistema	3
Técnica quirúrgica de placas de bloqueo y perfil bajo para cara externa de peroné de Acumed®	5
Técnica quirúrgica de placas de bloqueo y perfil bajo para cara anterior de tibia de Acumed®	8
Técnica quirúrgica de placas de bloqueo y perfil bajo para cara interna de tibia de Acumed®	11
Información de pedido	14
Notas	18

Características del sistema

INDICACIONES

Placa de bloqueo y perfil bajo (LPL, por sus siglas en inglés) para cara externa del peroné:

- Fijación interna para fracturas de la parte distal del peroné sin conminución, osteotomías ni pseudoartrosis.

Placas para cara externa del peroné:

- Fijación interna para fracturas de la parte distal del peroné, osteotomías y pseudoartrosis.

Placa de bloqueo y perfil bajo (LPL) para cara anterior de la tibia

- Fijación interna para fracturas sin conminución de la parte distal de la tibia, osteotomías y pseudoartrosis con abordaje desde la cara anterior.

Placas de bloqueo y perfil bajo (LPL) para cara interna de la tibia

- Fijación interna para fracturas sin conminución de la parte distal de tibia, osteotomías y pseudoartrosis con abordaje desde la cara interna.

TAMAÑOS

- Placas LPL para cara externa del peroné: 5, 7, 9, 11 y 13 orificios
- Placas para cara externa del peroné: 9, 11 y 13 orificios
- Placas LPL para cara anterior de la tibia: 5 y 7 orificios
- Placas LPL para cara interna de la tibia: 7 y 9 orificios



Características del sistema

SISTEMA DE PLACAS DE OSTEOSÍNTESIS PARA TOBILLO ACUMED®



Las placas de bloqueo para tobillo de Acumed aceptan tornillos hexagonales y hexalobulares de bloqueo o sin bloqueo.

Perfil bajo: diseñadas para un abordaje mínimamente invasivo.

Placas específicas para cada abordaje: las placas para la cara externa del peroné y para las caras interna y anterior de la tibia ofrecen a los cirujanos versatilidad en la asistencia al paciente.

Acabado: nuestras placas se procesan con anodizado de tipo II para un acabado liso y uniforme de forma homogénea.



Sistema modular para extremidades inferiores: el Sistema modular para extremidades inferiores permite realizar diversas combinaciones de las bandejas de implantes existentes. Incluye un estuche de tornillos de manejo intuitivo, guías de broca de bloqueo con varios tamaños integrados y una amplia variedad de instrumental específico para pie y tobillo que facilitan el tratamiento de múltiples indicaciones.

Diseño intuitivo: el etiquetado intuitivo y la visibilidad ayudan al usuario a encontrar exactamente lo que necesita en cada bandeja de instrumental.



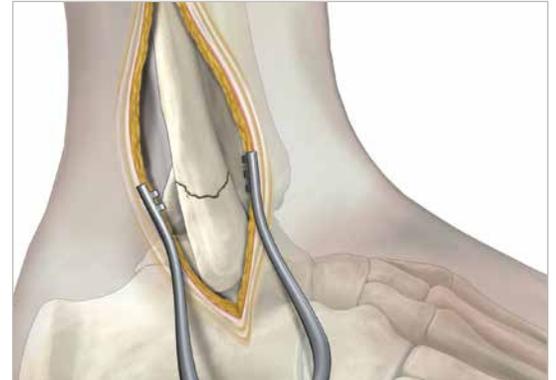
Técnica quirúrgica con placas de bloqueo y perfil bajo (LPL) para peroné de Acumed®

DR. NICHOLAS ABIDI

1 EXPOSICIÓN Y ABORDAJE

La incisión en caso de fractura del maléolo externo se realiza sobre la cara externa de la parte distal del peroné, entre los nervios peroneos y safenos externos que se curvan sobre el maléolo externo distal. Seguidamente se movilizan y se retraen los tendones peroneos. Se puede practicar una ventana interna en la cápsula articular del tobillo con el fin de exponer la superficie del pilón tibial, que soporta la carga, lo que puede ayudar a localizar cuerpos sueltos. Por último, se examina la integridad de la sindesmosis.

Precaución: si el maléolo interno o la cara anterior de la tibia se fijan a la vez, tenga cuidado de separar entre sí ambas incisiones al menos 7 cm a fin de evitar la necrosis de las heridas. Además, si se ha utilizado un fijador externo en la fase inicial de la fijación, retírelo antes de preparar la extremidad.



2 REDUCCIÓN

La fractura debe reducirse antes de la aplicación de la placa. La reducción de la fractura de peroné se realiza retirando 2 mm de periostio de las puntas de los fragmentos de la fractura. Una vez se ha reducido la fractura del peroné, esta se pinza temporalmente. Se pueden colocar tornillos de compresión para mantener la longitud y la alineación y conseguir así compresión en toda la fractura.

Nota: las placas para la cara externa del peroné están disponibles en dos estilos: placas de bloqueo y perfil bajo con cinco longitudes (5, 7, 9, 11 y 13 orificios) y estándar con tres longitudes (9, 11 y 13 orificios). Las placas se adaptan con precisión al contorno anatómico del maléolo externo.

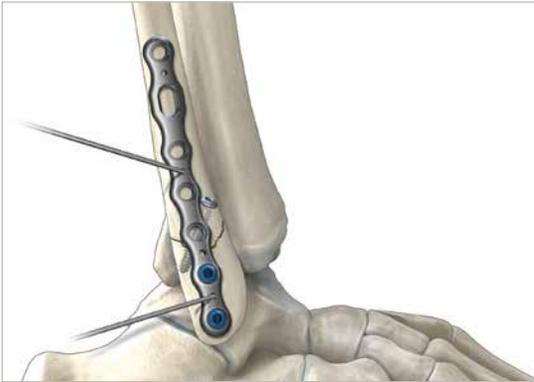
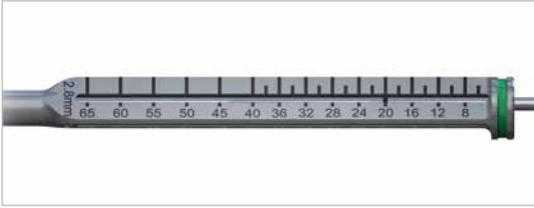
Precaución: se debe tener cuidado para evitar colocar los tornillos de compresión de manera que interfieran con la colocación de la placa o irriten los tendones peroneos.



3 SELECCIÓN Y COLOCACIÓN

Al seleccionar la placa hay que tener en cuenta que se ha de colocar una placa con aproximadamente tres orificios (seis cortezas) proximal a la línea de fractura. Los orificios para las agujas de Kirschner de las placas pueden utilizarse como fijación temporal de la placa a la superficie ósea con tachuelas para placas (PL-PTACK) o agujas de Kirschner de 1,55 mm (WS-1607ST).





4 FIJACIÓN INICIAL DE LA PLACA

Se pueden colocar tornillos sin bloqueo a fin de comprimir la placa contra el hueso en sentido proximal, seguidos de tornillos de bloqueo en la parte distal del hueso metafisario. En el caso de los tornillos sin bloqueo utilice la guía de broca para perforar ambas cortezas. Utilice el calibrador de profundidad para determinar la longitud correcta de los tornillos, insertándolo dentro de la placa y enganchándolo en la segunda corteza.

En el caso de los tornillos de bloqueo, introduzca la guía de broca de bloqueo en la placa. En el caso de los tornillos hexalobulares utilice la guía de broca 80-0384. En el caso de los tornillos hexagonales utilice la guía de broca 80-0622. Perfore hasta la profundidad adecuada. La longitud de los tornillos puede calcularse haciendo coincidir la línea del láser situada en la broca con las marcas en la guía de broca. Como alternativa, se puede utilizar el calibrador de profundidad para determinar la longitud correcta de los tornillos retirando la guía de broca, insertando el calibrador de profundidad dentro de la placa y enganchándolo en la segunda corteza.

Nota: seleccione el diámetro del tornillo basándose en la calidad del hueso del paciente. La broca de 2 mm se utiliza para los tornillos corticales de 2,7 mm. La broca de 2,3 mm se utiliza para los tornillos hexalobulares de 3 mm y la broca de 2,8 mm se utiliza para los tornillos hexagonales y hexalobulares de 3,5 mm y los tornillos de esponjosa de 4 mm.



5 REDUCCIÓN

Reduzca y estabilice completamente la fractura. Inserte los tornillos restantes como se ha descrito anteriormente.

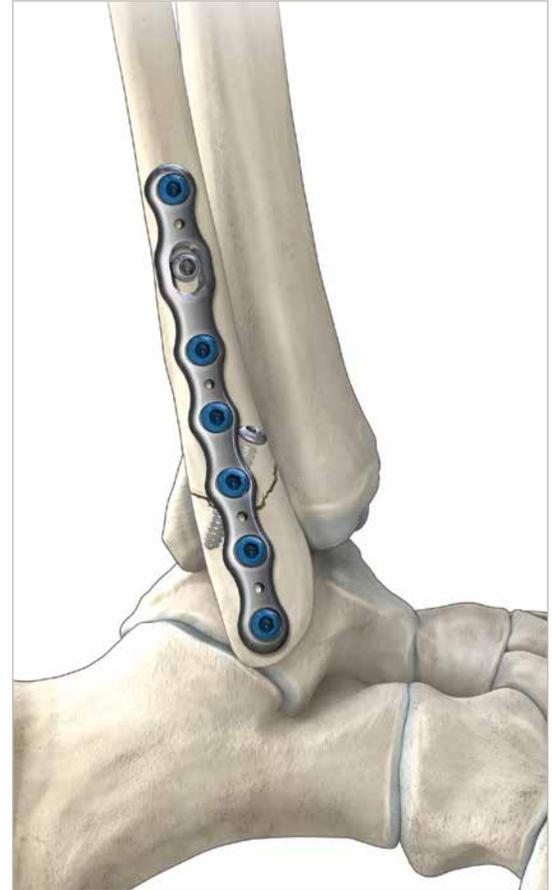
Nota: una vez que se ha fijado el maléolo externo, se puede confirmar la integridad de la sindesmosis aplicando tracción manual lateralmente en el peroné y observándolo directamente mediante radioscopia. El peroné normalmente se fija antes a la superficie tibial, ya que si los ligamentos tibioperoneos están intactos, el peroné puede servir como dispositivo de tracción interna para la tibia. En ocasiones, también es necesaria la fijación anterior o interna para las fracturas de la cara anterior o interna de la tibia asociadas.

6 CIERRE

La incisión se cerrará en capas. La fascia se reaproxima, en especial sobre el vientre muscular del peroneo. Estas estructuras se reaproximan cuidadosamente, sin incluir las estructuras neurovasculares y tendinosas adyacentes. El pie debe mantenerse en un ángulo de 90° para poder realizar el cierre de las estructuras anatómicas.

7 PROTOCOLO POSTOPERATORIO

Normalmente se mantiene a los pacientes con un vendaje de compresión expandible durante las dos primeras semanas posteriores a la cirugía, seguido de una férula para pacientes con hueso blando, o una ortesis en forma de bota Equalizer extraíble para el periodo subsiguiente. Los pacientes se mantienen en descarga durante las seis primeras semanas y pasan lentamente a la movilización con carga completa a lo largo de las siguientes seis semanas, conforme a la consolidación confirmada radiológica y clínicamente. Hay que tener en cuenta que la fractura de la diáfisis del peroné tardará mucho más tiempo en consolidarse por completo que la zona metafisaria.



Técnica quirúrgica con placas de bloqueo y perfil bajo para cara anterior de la tibia de Acumed®

DR. NICHOLAS ABIDI



1 EXPOSICIÓN Y ABORDAJE

El abordaje recomendado para la aplicación de las placas de bloqueo para la cara anterior de la tibia es la incisión longitudinal en la cara anterior del tobillo. La incisión para una fractura central del pilón se realiza entre el extensor largo del dedo gordo y los tendones tibiales anteriores desde la parte proximal del retináculo superior de los extensores hasta la parte distal del retináculo inferior de los extensores en la cara dorsal del pie. Se debe tener cuidado para identificar el nervio peroneo superficial. El ligamento cruciforme de la pierna se corta transversalmente de forma lineal entre el extensor largo del dedo gordo y los tendones tibiales anteriores. Los tendones se retraen directamente a la altura de la articulación tibioastragalina. El fascículo neurovascular se moviliza y se retrae hacia el lateral. La cápsula articular del tobillo se corta transversalmente con el fin de exponer la superficie del pilón que soporta la carga.

Precaución: si el maléolo interno o la cara interna del peroné se fijan a la vez, tenga cuidado de separar ambas incisiones entre sí al menos 7 cm a fin de evitar la necrosis de las heridas. Además, si se ha utilizado un fijador externo en la fase inicial de la fijación, retírelo antes de preparar la extremidad.

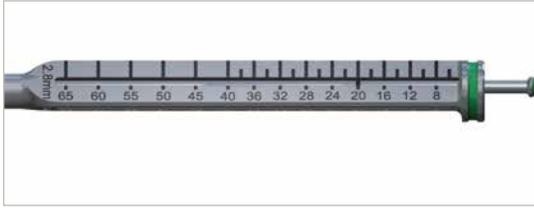
Nota: las placas anteriores de bloqueo y perfil bajo no están diseñadas para su colocación en la cara externa anterior.



2 REDUCCIÓN

La fractura debe reducirse antes de la aplicación de la placa. Si hay que desviar la articulación, se puede hacer con un fijador externo temporal o un extensor laminar. La superficie articular se reduce con delicadeza y se coloca en su lugar desde arriba de la articulación con un impactor óseo. Se fija temporalmente la superficie articular con agujas de Kirschner o tornillos de compresión exteriores a la placa, mientras que la placa correcta se acopla en la cara anterior de la parte distal de la tibia mediante orientación radioscópica.

Nota: las placas de bloqueo y perfil bajo para la cara interna de la tibia están disponibles en dos longitudes (con 5 y 7 orificios). Las placas se adaptan con precisión al contorno anatómico de la cara anterior de la tibia. Las placas se pueden contornear aún más con los dobladores incluidos (PL-2045 y PL-2040) a fin de poder realizar la colocación distal en una posición periarticular antideslizamiento, permitir una trayectoria en dirección distal a proximal de los tornillos y evitar la colocación intraarticular de los tornillos.



3 SELECCIÓN Y COLOCACIÓN

Al seleccionar la placa hay que tener en cuenta que se ha de colocar una placa con aproximadamente tres orificios (seis cortezas) proximal a la línea de fractura. Los orificios para las agujas de Kirschner de las placas pueden utilizarse como fijación temporal de la placa a la superficie ósea con tachuelas para placas (PL-PTACK) o agujas de Kirschner de 1,55 mm (WS-1607ST).

4 FIJACIÓN INICIAL DE LA PLACA

Tras la confirmación radioscópica de la colocación de la placa y la reducción de la articulación, se colocan los tornillos periarticulares metafisarios más distales. En el caso de los tornillos sin bloqueo utilice la guía de broca para perforar ambas cortezas. Utilice el calibrador de profundidad para determinar la longitud correcta de los tornillos, insertándolo dentro de la placa y enganchándolo en la segunda corteza. En el caso de los tornillos de bloqueo, introduzca la guía de broca de bloqueo en la placa. En el caso de los tornillos hexalobulares utilice la guía de broca 80-0384. En el caso de los tornillos hexagonales utilice la guía de broca 80-0622. Perfore hasta la profundidad adecuada. La longitud de los tornillos se puede determinar tomando como referencia las correspondientes marcas láser grabadas en la broca y la guía de broca. Como alternativa, se puede utilizar un calibrador de profundidad para determinar la longitud correcta de los tornillos retirando la guía de broca, insertando el calibrador de profundidad dentro de la placa y enganchándolo en la segunda corteza.

Nota: seleccione el diámetro del tornillo basándose en la calidad del hueso del paciente. La broca de 2 mm se utiliza para los tornillos corticales de 2,7 mm. La broca de 2,3 mm se utiliza para los tornillos corticales de 3 mm. La broca de 2,8 mm se utiliza para los tornillos hexagonales y hexalobulares de 3,5 mm y los tornillos de esponjosa de 4 mm.



5 INSERCIÓN DE LOS TORNILLOS RESTANTES

Reduzca y estabilice completamente la fractura. Inserte los tornillos restantes como se ha descrito anteriormente.

6 CIERRE

Si la cápsula articular está intacta se puede cerrar cuidadosamente, seguida del ligamento cruciforme de la pierna. Estas estructuras se reaproximan cuidadosamente, sin incluir las estructuras neurovasculares y tendinosas adyacentes. El pie se mantiene en un ángulo de 90° para evitar el fenómeno de “cuerda de arco” de los tendones extensores del tobillo.

7 PROTOCOLO POSTOPERATORIO

Normalmente se mantiene a los pacientes con un vendaje de compresión expandible durante las dos primeras semanas posteriores a la cirugía, seguido de una férula para pacientes con hueso blando, o una ortesis en forma de bota Equalizer extraíble para el periodo subsiguiente. Los pacientes se mantienen en descarga durante las seis primeras semanas y pasan lentamente a la movilización con carga completa a lo largo de las siguientes seis semanas, conforme a la consolidación confirmada radiológica y clínicamente.

Nota: hay que tener en cuenta que una fractura en la diáfisis de la tibia tardará mucho más tiempo en lograr una consolidación total que una fractura en la zona metafisaria.

Técnica quirúrgica de placas de bloqueo de perfil bajo para peroné de Acumed®

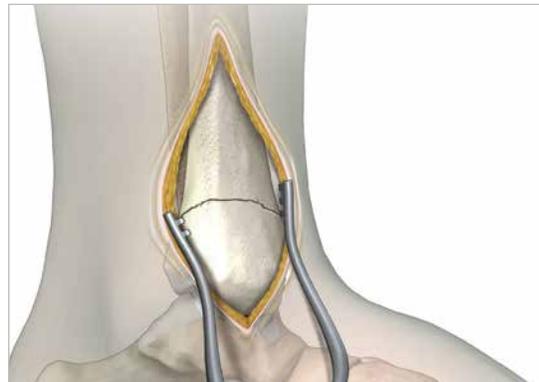
DR. NICHOLAS ABIDI

1 EXPOSICIÓN Y ABORDAJE

El abordaje recomendado para la aplicación de placas de bloqueo y perfil bajo en la cara interna de la tibia es una incisión curvilínea realizada sobre la cara interna del tobillo. La incisión en caso de fractura del maléolo o de la cara interna del pilón tibial se realiza en la cara interna de la parte distal de la tibia a lo largo del nervio safeno y la vena safena que se curvan sobre el maléolo interno distal. El fascículo neurovascular se moviliza y se retrae. El tendón tibial posterior se identifica en el interior de la vaina en situación proximal y distal. Los tendones se retraen directamente a la altura de la articulación tibioastragalina. Se puede practicar una ventana interna en la cápsula articular del tobillo con el fin de exponer la superficie del pilón que soporta la carga.

Precaución: si el maléolo interno o la cara anterior de la tibia se fijan a la vez, tenga cuidado de separar entre sí ambas incisiones al menos 7 cm a fin de evitar la necrosis de las heridas. Además, si se ha utilizado un fijador externo en la fase inicial de la fijación, retírelo antes de preparar la extremidad.

Nota: la placa de bloqueo y perfil bajo para la cara interna de la tibia no está diseñada para la fijación de fracturas de la diáfisis tibial.

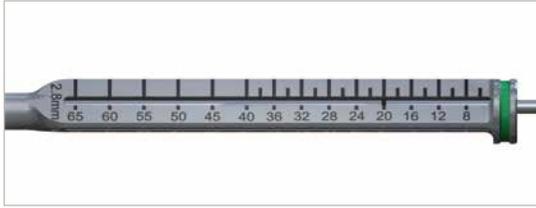


2 REDUCCIÓN

La fractura debe reducirse antes de la aplicación de la placa. La articulación se puede desviar con un fijador externo temporal o un extensor laminar. El vacío encima de la superficie articular se llena con injerto óseo de la parte proximal de la tibia o con un sustituto sintético de fosfato de calcio (Callos®). Se fija temporalmente la superficie articular con agujas de Kirschner o tornillos de compresión exteriores a la placa, mientras que la placa correcta se acopla a la parte distal de la tibia mediante orientación radioscópica. Los tornillos se colocan en posición axial a través del extremo del maléolo interno, si así se desea. Se debe tener cuidado para evitar colocar los tornillos de manera que interfieran con la colocación de la placa o reduzcan de forma incorrecta una fractura por cizallamiento vertical del maléolo interno.

Nota: las placas de bloqueo y perfil bajo para la cara interna de la tibia están disponibles en dos longitudes (con 7 y 9 orificios). Las placas de bloqueo y perfil bajo para cara interna de la tibia se pueden contornear con dobladores a fin de permitir la colocación distal en una posición periarticular contra el deslizamiento y permitir una trayectoria en dirección distal a proximal de los tornillos y evitar la colocación intraarticular de los tornillos. Los orificios distales para las agujas de Kirschner se han colocado en la placa con el fin de fijar temporalmente la placa a la superficie ósea con tachuelas para placas.





3 SELECCIÓN Y COLOCACIÓN

Al seleccionar la placa hay que tener en cuenta que se ha de colocar una placa con aproximadamente tres orificios (seis cortezas) proximal a la línea de fractura. Los orificios para las agujas de Kirschner de las placas pueden utilizarse como fijación temporal de la placa a la superficie ósea con tachuelas para placas (PL-PTACK) o agujas de Kirschner de 1,55 mm (WS-1607ST).

Precaución: esta placa puede no ser apropiada para la fractura de la parte distal de la diáfisis tibial que puede acompañar a la lesión de la cara interna de la tibia. La fractura del tercio distal de la tibia requiere una fijación muy rígida de la placa o la colocación intramedular de clavos.

4 FIJACIÓN INICIAL DE LA PLACA

Tras la confirmación radioscópica de la colocación de la placa y la reducción de la articulación, se colocan los tornillos periarticulares metafisarios más distales. En el caso de los tornillos sin bloqueo utilice la guía de broca para perforar ambas cortezas. Utilice el calibrador de profundidad para determinar la longitud correcta de los tornillos, insertándolo dentro de la placa y enganchándolo en la segunda corteza.

En el caso de los tornillos de bloqueo, introduzca la guía de broca de bloqueo en la placa. En el caso de los tornillos hexalobulares utilice la guía de broca 80-0384. En el caso de los tornillos hexagonales utilice la guía de broca 80-0622. Perfore hasta la profundidad adecuada. La longitud de los tornillos se puede determinar tomando como referencia las correspondientes marcas láser grabadas en la broca y la guía de broca. Como alternativa, se puede utilizar el calibrador de profundidad para determinar la longitud correcta de los tornillos retirando la guía de broca, insertando un calibrador de profundidad dentro de la placa y enganchándolo en la segunda corteza.

Nota: seleccione el diámetro del tornillo basándose en la calidad del hueso del paciente. La broca de 2 mm se utiliza para los tornillos corticales de 2,7 mm. La broca de 2,3 mm se utiliza para los tornillos corticales de 3 mm. La broca de 2,8 mm se utiliza para los tornillos hexagonales y hexalobulares de 3,5 mm y los tornillos de esponjosa de 4 mm.



5 INSERCIÓN DE LOS TORNILLOS RESTANTES

Reduzca y estabilice completamente la fractura. Inserte los tornillos restantes como se ha descrito anteriormente.

6 CIERRE

La cápsula articular se puede cerrar con cuidado si está intacta. Estas estructuras se reaproximan cuidadosamente, sin incluir las estructuras neurovasculares y tendinosas adyacentes. El pie debe mantenerse en un ángulo de 90° para poder realizar el cierre de las estructuras anatómicas.

7 PROTOCOLO POSTOPERATORIO

Normalmente se mantiene a los pacientes con un vendaje de compresión expandible durante las dos primeras semanas posteriores a la cirugía, seguido de una férula para pacientes con hueso blando, o una ortesis en forma de bota Equalizer extraíble para el periodo subsiguiente. Los pacientes se mantienen en descarga durante las seis primeras semanas y pasan lentamente a la movilización con carga completa a lo largo de las siguientes seis semanas, conforme a la consolidación confirmada radiológica y clínicamente.

Nota: hay que tener en cuenta que una fractura en la diáfisis de la tibia tardará mucho más tiempo en lograr una consolidación total que una fractura en la zona metafisaria.

Información de pedido

Placas de bloqueo para tobillo

Placa de bloqueo y perfil bajo con 5 orificios para cara externa del peroné	70-0145
Placa de bloqueo y perfil bajo con 7 orificios para cara externa del peroné	70-0147
Placa de bloqueo y perfil bajo con 9 orificios para cara externa del peroné	70-0149
Placa de bloqueo y perfil bajo con 11 orificios para cara externa del peroné	70-0151
Placa de bloqueo y perfil bajo con 13 orificios para cara externa del peroné	70-0153
Placa de bloqueo con 9 orificios para cara externa del peroné	70-0169
Placa de bloqueo con 11 orificios para cara externa del peroné	70-0171
Placa de bloqueo con 13 orificios para cara externa del peroné	70-0173
Placa de bloqueo y perfil bajo con 7 orificios para cara interior de la tibia	70-0227
Placa de bloqueo y perfil bajo con 9 orificios para cara interior de la tibia	70-0229
Placa de bloqueo y perfil bajo con 5 orificios para cara anterior de la tibia	70-0245
Placa de bloqueo y perfil bajo con 7 orificios para cara anterior de la tibia	70-0247

Instrumental

Guía de broca de bloqueo de 6–65 mm para brocas de 2,8 mm	80-0384
Guía de broca de bloqueo de 6–65 mm para brocas de 2 mm	80-0385
Broca de liberación rápida de 2 mm	80-0386
Broca de liberación rápida de 2,8 mm	80-0387
Mango de trinquete pequeño con conexión de liberación rápida	80-0398
Destornillador hexagonal de liberación rápida de 2,5 mm	HPC-0025
Vástago de destornillador de liberación rápida sólido de 2,5 mm	HT-2502
Calibrador de profundidad de 6–70 mm con incrementos de 2 mm	MS-9022
Broca de liberación rápida de 3,5 mm x 127 mm	MS-DC35
Terraja ósea para tornillos corticales de 2,7 mm	MS-LTT27
Terraja ósea para tornillos corticales de 3,5 mm	MS-LTT35
Manguito para destornillador de 3,5 mm	MS-SS35
Doblador de placa	PL-2040
Doblador de placa, grande	PL-2045
Avellanador para tornillos corticales y esponjosa	PL-2080
Guía de broca excéntrica	PL-2095
Guía de broca fina 2 mm/2,8 mm	PL-2118
Guía de broca fina 2,8 mm/3,5 mm	PL-2196
Tachuela para placa	PL-PTACK
Mandril ST de 1,14 mm x 152,40 mm	WS-1106ST
Mandril de 1,57 mm x 152,40 mm	WS-1607ST

Bandeja de instrumental para partes blandas

Pinzas de reducción ósea de 203,20 mm	MS-1280
Pinzas de reducción ósea, de 133,35 mm	MS-45300
Elevador de periostio, 184,15 mm	MS-46211
Separador de Hohmann 15 mm	MS-46827
Pinzas de reducción ósea con puntas, anchura 5	MS-47135
Separador Inge, 165,10 mm	MS-48217
Alicates de punta fina, 139,70 mm	MS-48245
Elevador Freer, 190,50 mm	MS-57614
Pinzas de reducción de punta pequeña	OW-1200
Pinzas de reducción con mandíbulas dentadas	PL-CL04
Separador de Hohmann 8 mm	PL-CL05
Gancho afilado	PL-CL06

Instrumental opcional

Separador Inge sin dientes	80-0472
Mango de destornillador de liberación rápida canulado grande	MS-3200
Conjunto de soporte de placa	PL-2030

Componentes de bandeja

Sistema modular para extremidades inferiores, Conjunto de placas para tobillo	80-0444
Estuche para tornillos del Sistema modular para extremidades inferiores	80-0430
Cubierta del estuche para tornillos para extremidades inferiores (repuesto)	80-0432

Bandejas opcionales

Bandeja de placas para calcáneo	80-0437
Bandeja del Sistema para extremidades inferiores	80-0429

Instrumental hexalobular

Guía de broca de bloqueo 6–65 mm para broca hexalobular de 2,8 mm	80-0668
Guía de broca de bloqueo 6–65 mm para broca hexalobular de 2,3 mm	80-0622
Broca de liberación rápida de 2,3 mm	80-0627

Tornillos hexalobulares sin bloqueo de 3 mm

Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 8 mm	30-0301
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 10 mm	30-0302
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 12 mm	30-0303
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 14 mm	30-0304
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 16 mm	30-0305
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 18 mm	30-0306
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 20 mm	30-0307
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 22 mm	30-0308
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 24 mm	30-0309
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 26 mm	30-0310
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 28 mm	30-0311
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 30 mm	30-0312
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3 mm x 32 mm	30-0313

Información de pedido

Tornillos hexalobulares sin bloqueo de 3,5 mm

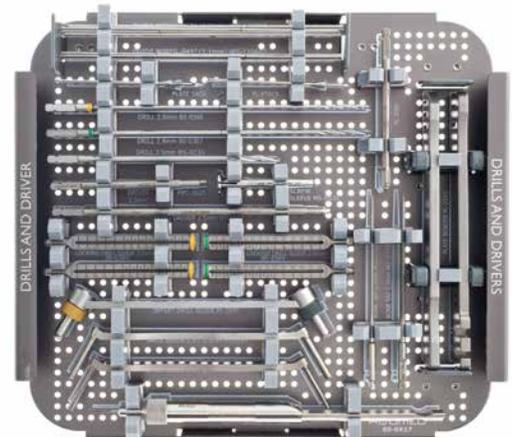
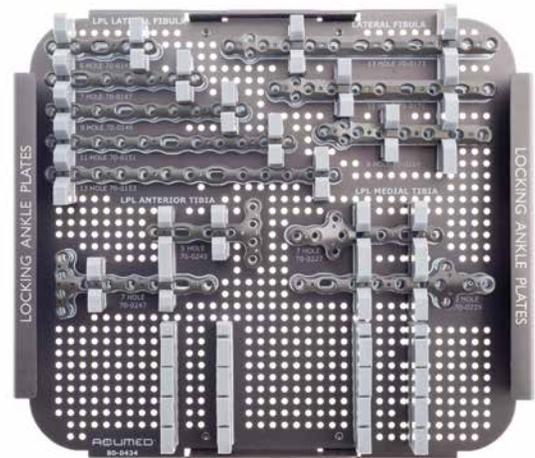
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 8 mm	30-0255
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 10 mm	30-0256
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 12 mm	30-0257
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 14 mm	30-0258
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 16 mm	30-0259
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 18 mm	30-0260
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 20 mm	30-0261
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 22 mm	30-0262
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 24 mm	30-0263
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 26 mm	30-0264
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 28 mm	30-0265
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 30 mm	30-0266
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 32 mm	30-0267
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 34 mm	30-0268
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 36 mm	30-0269
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 38 mm	30-0270
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 40 mm	30-0271
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 45 mm	30-0272
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 50 mm	30-0273
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 55 mm	30-0274
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 60 mm	30-0275
Tornillo hexalobular sin bloqueo de 3,5 mm x 65 mm	30-0276

Tornillos hexalobulares de bloqueo de 3 mm

Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 8 mm	30-0278
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 10 mm	30-0279
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 12 mm	30-0280
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 14 mm	30-0281
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 16 mm	30-0282
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 18 mm	30-0283
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 20 mm	30-0284
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 22 mm	30-0285
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 24 mm	30-0286
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 26 mm	30-0287
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 28 mm	30-0288
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 30 mm	30-0289
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 32 mm	30-0290
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 34 mm	30-0291
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 36 mm	30-0292
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 38 mm	30-0293
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 40 mm	30-0294
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 45 mm	30-0295
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 50 mm	30-0296
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3 mm x 55 mm	30-0297

Tornillos hexalobulares de bloqueo de 3,5 mm

Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 8 mm	30-0232
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 10 mm	30-0233
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 12 mm	30-0234
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 14 mm	30-0235
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 16 mm	30-0236
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 18 mm	30-0237
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 20 mm	30-0238
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 22 mm	30-0239
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 24 mm	30-0240
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 26 mm	30-0241
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 28 mm	30-0242
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 30 mm	30-0243
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 32 mm	30-0244
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 34 mm	30-0245
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 36 mm	30-0246
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 38 mm	30-0247
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 40 mm	30-0248
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 45 mm	30-0249
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 50 mm	30-0250
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 55 mm	30-0251
Tornillo hexalobular de bloqueo de 3,5 mm x 60 mm	30-0252



ESLEX00-04-A

Entrada en vigor: 07/2014

© 2014 Acumed® LLC

Acumed®
5885 NW Cornelius Pass Road
Hillsboro, OR 97124

Teléfono: 888.627.9957
Fax: 503.520.9618
acumed.net