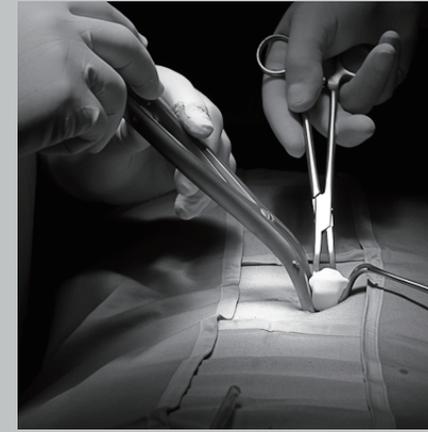
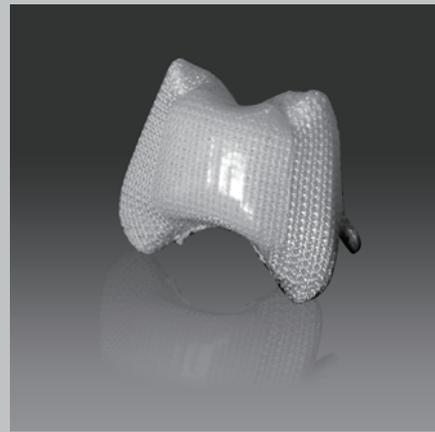
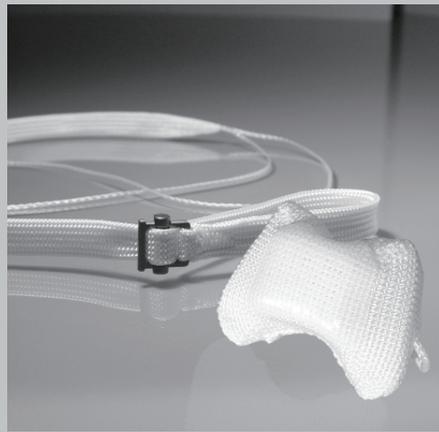
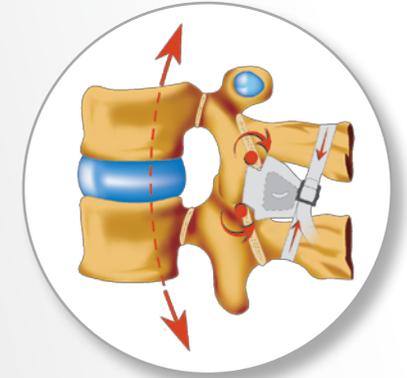


Técnica Quirúrgica



Características del producto



El IntraSPINE es un sistema de estabilización dinámico respetuoso del eje de rotación del segmento.

Su soporte laminar cerca del eje de rotación permite descompresión y una corrección de la lordosis mejor que otros dispositivos posteriores.

La técnica quirúrgica puede ser efectuada:

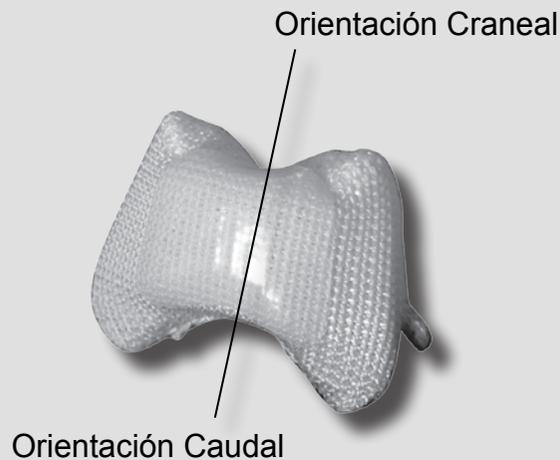
- Con un abordaje mínimamente invasivo monolateral, solo con el dispositivo (página 4)
- Con un abordaje bilateral con el dispositivo y su ligamento artificial (página 12)

Características técnicas

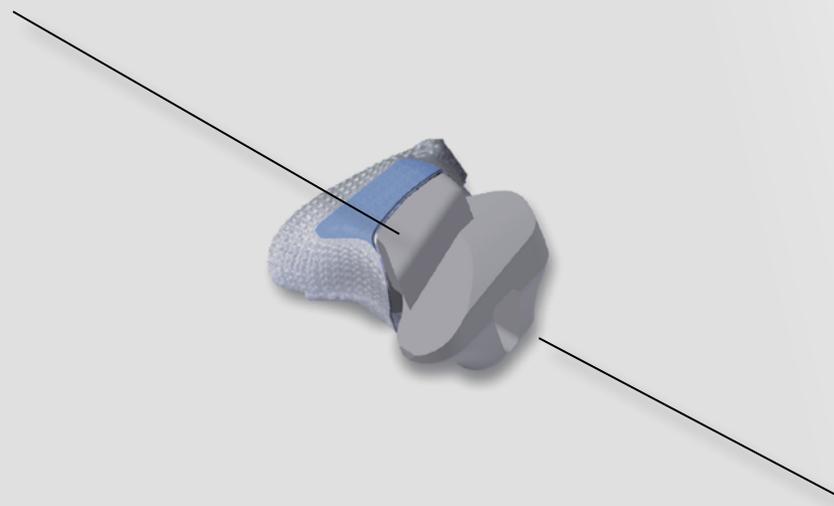
Parte Anterior:

La nariz de la prótesis entra en contacto con el ligamento amarillo.

El textil en esta zona es cubierto con una capa en silicona para evitar adherencias.



El dispositivo se compone de silicona de uso médico (65 shore) cubierto con tejido de poliéster.



Parte Posterior:

Parte dinámica.

El túnel puede deformarse y comprimirse para permitir los movimientos de extensión del nivel instrumentado.

Set de Instrumental



Gubia grande para hueso



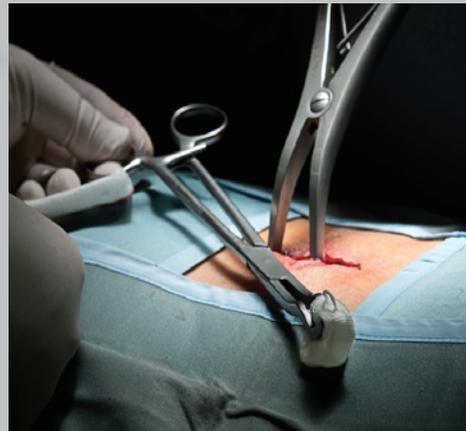
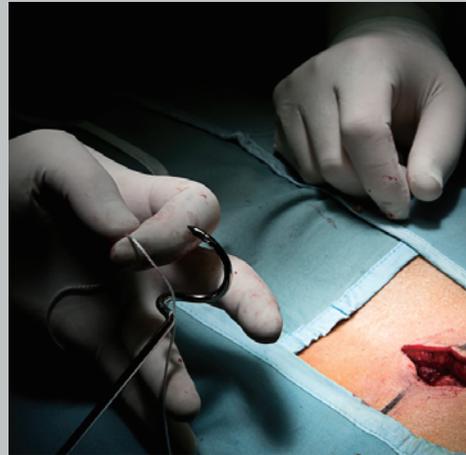
Instrumento y medidores (5 tamaños)



Pinza de colocación para el implante



Impactador



Pinza de Distracción

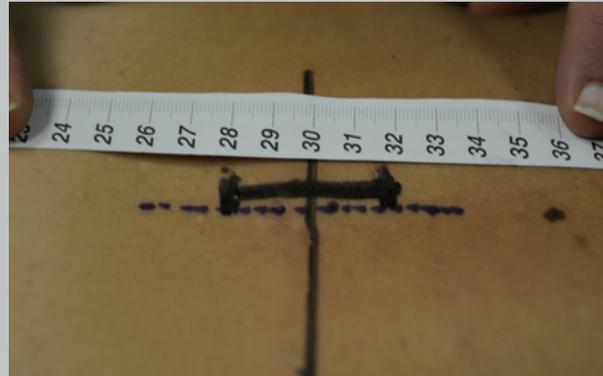


Guía para colocación del ligamento artificial (derecha e izquierda)



Instrumento para tensionar el ligamento

Técnica quirúrgica mínimamente invasiva monolateral sin el ligamento artificial



Indicaciones

Hernias discales extruidas en pacientes jóvenes sin inestabilidad
(después de haber removido la hernia)

Estenosis blanda y/o estenosis foraminal sin inestabilidad
(sin descompresión)

Disco negro con desorden facetario sin inestabilidad
(después de que una prueba de bloqueo facetario resulto positiva)

Contraindicaciones

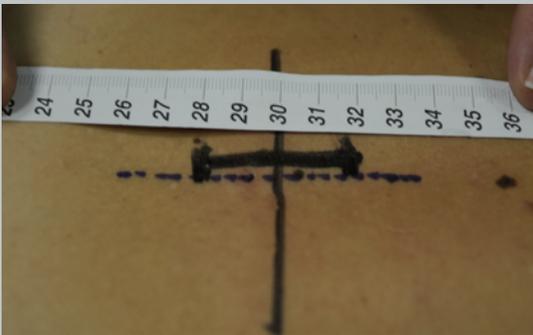
- Pacientes con espondilolistesis grado 1, mostrando cambios en pruebas dinámicas
- Pacientes con espondilolistesis grado 2 y 3
- Pacientes que tienen o han tenido fracturas en el nivel ahora afectado
- Pacientes que tienen o han tenido tumores espinales
- Pacientes con deformidades congénitas en el nivel ahora afectado
- Pacientes con osteoporosis considerable
- Pacientes con infecciones sistémicas o localizadas en la parte de la columna donde la cirugía debe ser efectuada
- Pacientes que son alérgicos a uno de los componentes del dispositivo
- Pacientes en los cuales alguna dependencia a drogas y/o alcohol ha sido detectada o que tengan problemas psicológicos que puedan comprometer revisiones en el post quirúrgico y al resultado del procedimiento

Posicionamiento del paciente



Posición decúbito ventral con anestesia local o general.

Abordaje



Después de verificación del nivel afectado con rayos-X incisión paravertebral de aproximadamente 4 cm (a 2 o 3 mm lateral de línea media hacia el lado de los síntomas prevalentes) sobre el borde externo del proceso espinoso.



Incisión en la fascia tratando de respetar lo más posible la línea media. Disección del multifidus para exponer los dos procesos espinosos y la hemi lámina superior e inferior.

Preparación



Limpiar al espacio intraespinal cuidadosamente para asegurar que haya penetrado al contralado (con pinzas de disco y Kerrison).



Para un buen acceso al espacio intraespinal puede usar un instrumento monopolar y doblar su punta como está ilustrado en esta imagen.



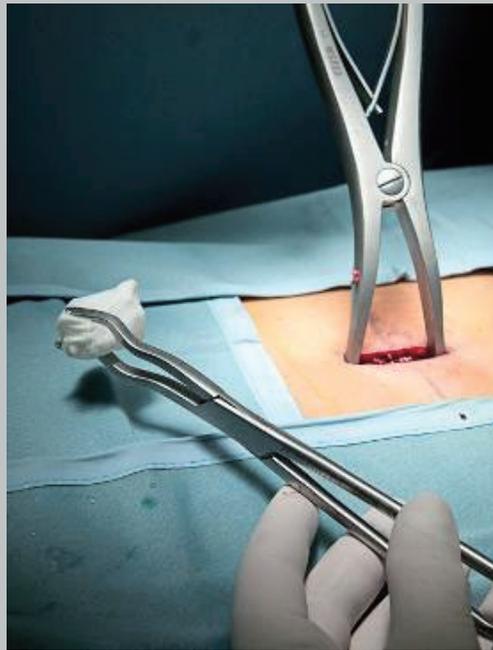
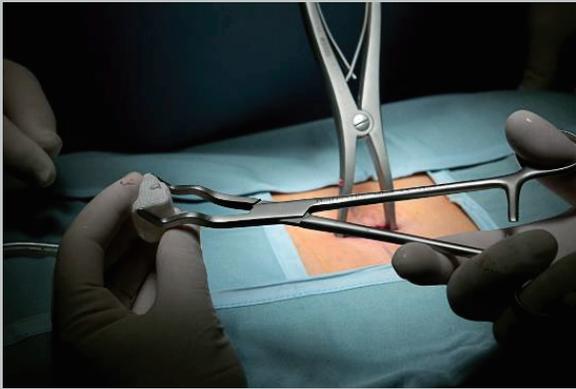
Distracción del espacio intravertebral y medición del dispositivo

El espacio intralaminar debe ser distraído gradualmente y en varios pasos, verificando táctil y visualmente la tensión del ligamento supraespinoso.

El distractor debe ser colocado a $\frac{2}{3}$ de la altura posterior del espacio interaespinoso para tener espacio suficiente para determinar al tamaño del dispositivo usando los instrumentos apropiados (8, 10, 12, 14 y 16 mm) que deben estar en contacto con el ligamento amarillo.



Implantación



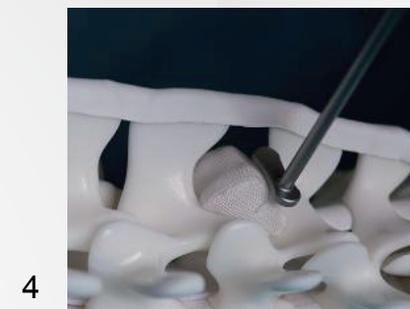
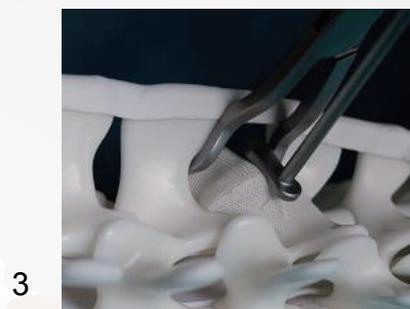
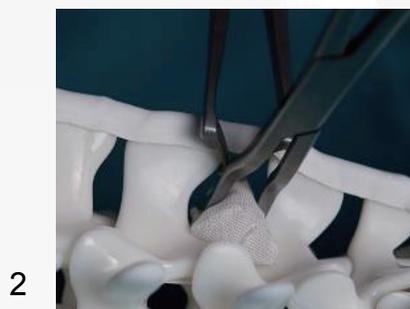
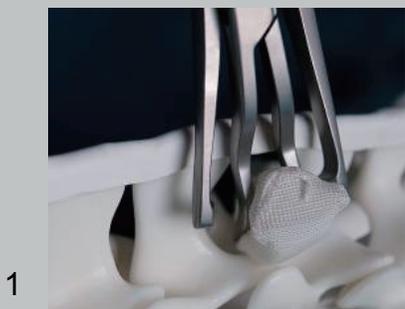
Compresión del dispositivo con cuidado colocando las extremidades de la pinza sobre los bordes más anchos de la prótesis.



Colocar la prótesis unos segundos en el agua para asegurar un mejor agarre con la pinza y una mejor compresión.



Inserción de la prótesis con un movimiento circular¹. Remover el distractor² con el mismo movimiento rotatorio. Finalmente usar el impactador³ (o un dedo) para mantener la prótesis en su lugar mientras remueve la pinza de compresión⁴.



Si la prótesis es colocada correctamente en el lugar indicado la lámina superior debe estar un plano más alta que la inferior. La posición final debe ser ligeramente oblicua desde craneal a caudal dependiendo de su vista.

Cerrar



Suturando estructuras blandas en capas.

Infiltración de los músculos paravertebrales con anestésico para uso prolongado.

Cuidado Postquirúrgico

De acuerdo a la patología y a las costumbres del cirujano el paciente puede levantarse 3-4 horas después de la cirugía.
Faja según preferencia del cirujano.

Aviso para el paciente:

- Sin flexiones durante 3 semanas
- En posición sentada mantener una buena lordosis lumbar

Control post-quirúrgico de la prótesis un mes después de cirugía.

Técnica Quirúrgica bilateral sobre la línea media con ligamento artificial



Indicaciones

Hernias grandes extruidas en pacientes jóvenes con ligera inestabilidad
(después de haber removido la hernia)

Estenosis blanda y/o estenosis foraminal con ligera inestabilidad verificada con rayos-x dinámicas
(sin descompresión)

Discos negros con desorden facetario con ligera inestabilidad, con moderada retro o anterolistesis sin modificación en el rayos-x dinámico.
(después de que un bloqueo facetario resulto positivo)

Significativa o completa insuficiencia del complejo supraesinoso.

Disco negro mono o multinivel con síndrome de espalda plana.

Contraindicaciones

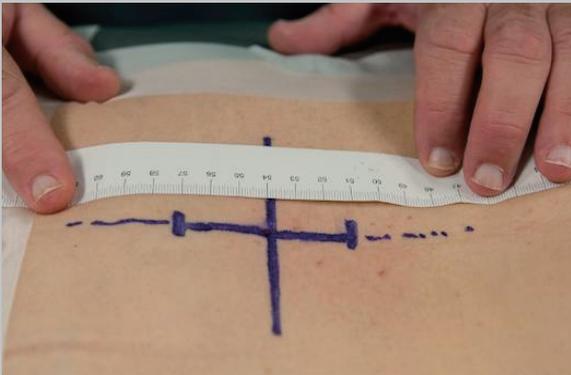
- Pacientes con espondilolistesis grado 1, mostrando cambios en pruebas dinámicas
- Pacientes con espondilolistesis grado 2 y 3
- Pacientes que tienen o han tenido fracturas en el nivel ahora afectado
- Pacientes que tienen o han tenido tumores espinales
- Pacientes con deformidades congénitas en el nivel ahora afectado
- Pacientes con osteoporosis considerable
- Pacientes con infecciones sistémicas o localizadas en la parte de la columna donde la cirugía debe ser efectuada
- Pacientes que son alérgicos a uno de los componentes del dispositivo
- Pacientes en los cuales alguna dependencia a drogas y/o alcohol ha sido detectada o que tenga problemas psicológicos que puedan comprometer revisiones en el post quirúrgico y al resultado del procedimiento

Posicionamiento del paciente



Decúbito ventral
(con la mesa permitiendo poner al paciente en una kifosis lumbar)

Abordaje

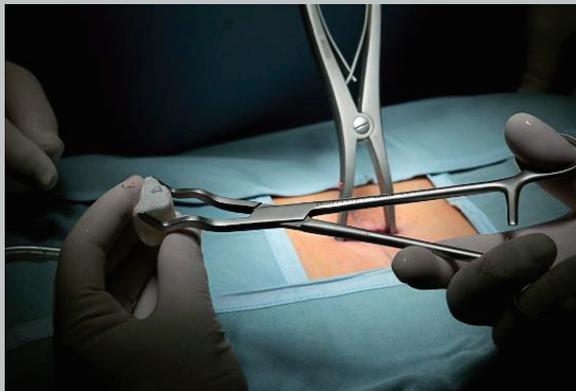


Después de la verificación del nivel con rayos-X, incisión de aproximadamente 5 cm sobre la línea media.

Incisión bilateral de la fascia (con especial cuidado de dejar al ligamento supra espinoso lo más largo posible), después disección del multifidus para exponer los dos procesos espinosos y las dos laminas bilateralmente.



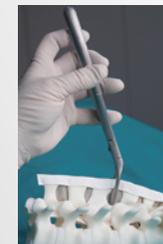
Implantación de la prótesis



Siga las instrucciones de la técnica quirúrgica anterior para implantar la prótesis.



En abordajes bilaterales puede usar a la gubia grande para limpiar al espacio intraespinal.

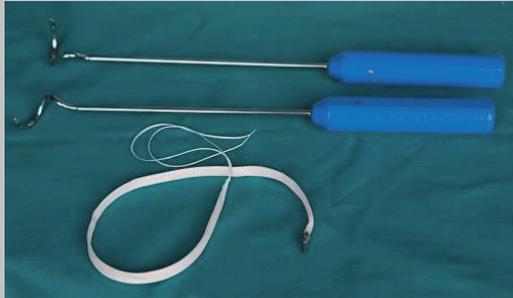


Posicionamiento del paciente



Como lo demuestran las imágenes, después de la implantación del dispositivo cambiar la posición de la mesa para restaurar una lordosis normal.

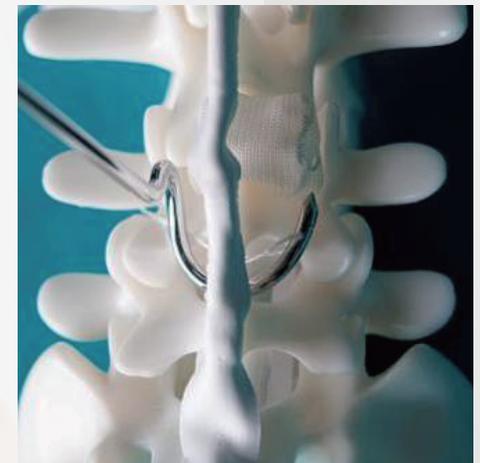
Colocación del ligamento artificial



Colocar el ligamento en el instrumento “saca corchos”.

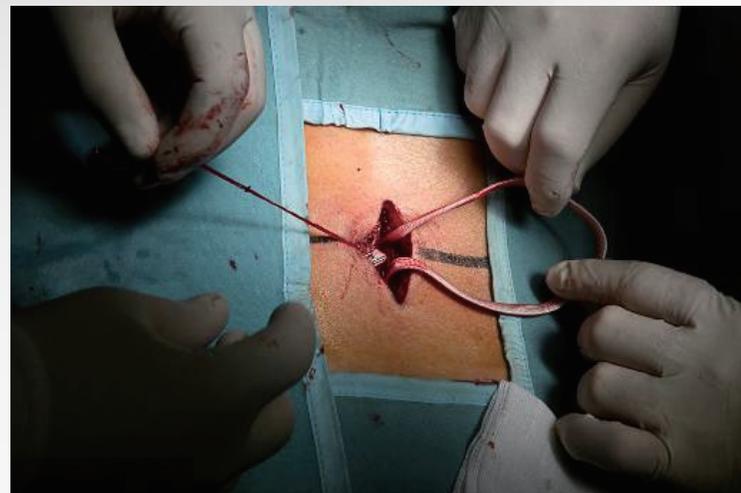


Pasar el ligamento debajo del proceso espinoso inferior y retirarlo del contralado.





Desconecta el ligamento del instrumento saca corchos y engancharlo de nuevo del otro lado.
Pasarlo alrededor del proceso supra espinoso superior.



Jalar el ligamento lentamente y pasarlo a través de la hebilla de titanio.

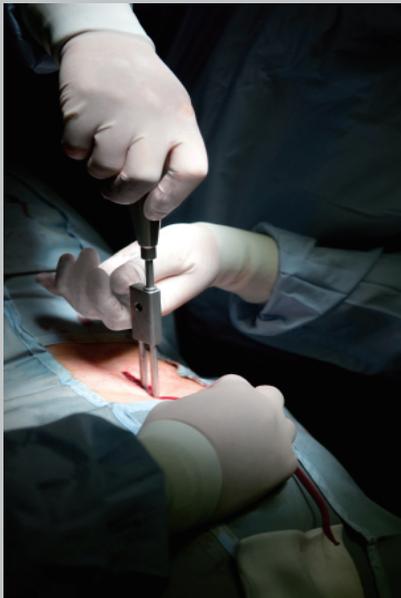
Ajustar el ligamento manualmente y cortar la extensión fina de su fin.



Ajuste final del ligamento

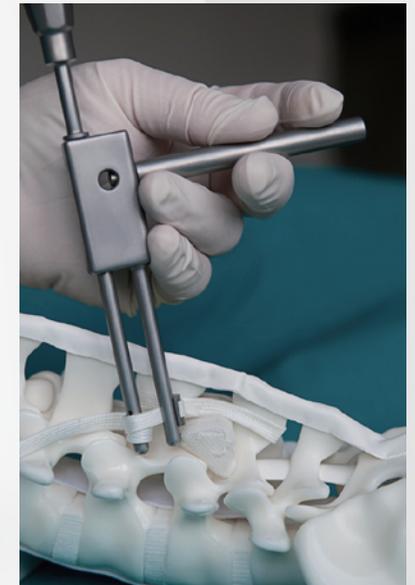
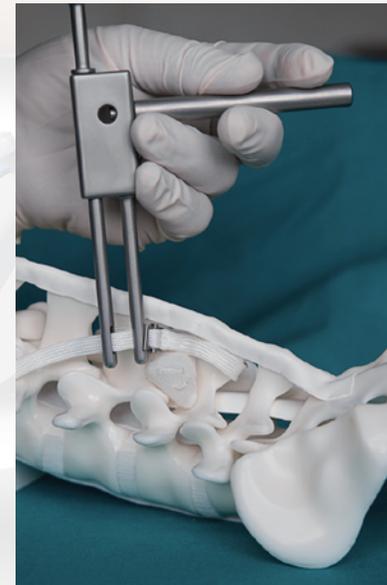


El ajustador es fabricado de 3 partes (uno es rotativo, el otro fijo) y el mango puede ser ajustado en dos posiciones según su preferencia.



Pasar el ligamento a través de las ranuras e introducir el ajustador paralelo al proceso espinoso.

La parte fija del ajustador debe tocar a la hebilla. Gire a la parte móvil para tensionar el ligamento.



Cerrar

Suturar tejido blando en capas.

Cuidado Postquirúrgico

De acuerdo a la patología y a las costumbres del cirujano el paciente puede levantarse 3-4 horas después de la cirugía.

No usar fajas.

Control post-quirúrgico de la prótesis un mes después de cirugía.

Para mas información



Cousin Biotech

8, rue de l'Abbé Bonpain
F - 59117 - Wervicq-Sud
Tel. : +33 (0) 3 20 14 40 00
Fax : + 33 (0) 3 20 14 41 22
e-mail : spine@cousin-biotech.com
www.cousin-biotech.com

Para mas entrenamiento



El Prof. Guizzardi y su equipo le dan la bienvenida en el Hospital Careggi en Florencia/Italia para un entrenamiento individual o académico.

Favor contacte a su distribuidor para un entrenamiento personalizado.