

CORAIL[®]
HIP SYSTEM

CORAIL[®] Kit de actualización

Técnica Quirúrgica



ÍNDICE

Sistema de cadera CORAIL	2
Técnica quirúrgica	
Paso 1: Planificación preoperatoria	4
Paso 2: Resección del cuello femoral	6
Paso 3: Preparación del canal femoral	7
Paso 4: Fresado del calcar	9
Paso 5: Trocómetro (opcional)	10
Paso 6: Reducción de prueba	11
Paso 7: Inserción del componente femoral	12
Intervención intraoperatoria primaria:	
Extracción del vástago no osteointegrado	14
Sistema de cadera CORAIL	
Tamaños disponibles	16
Información para pedidos:	
Implantes	18
Instrumental	20

SISTEMA DE CADERA CORAIL

Con más de 1.600.000 implantaciones y dos décadas y media de presencia clínica¹, el sistema de cadera CORAIL dispone ahora de una de las experiencias más amplias con el revestimiento de hidroxiapatita (HA).

Combinando las características de un diseño básico, como la forma, el acabado de la superficie y el revestimiento extenso de hidroxiapatita, con una técnica quirúrgica sencilla con raspas basada exclusivamente en la compactación, el sistema de cadera CORAIL ha obtenido resultados clínicos reproducibles y a largo plazo.²⁻⁴

Con los avances científicos se han realizado mejoras en el sistema CORAIL para ofrecer soluciones a los cirujanos ortopédicos que tratan a los pacientes de hoy día que son más exigentes.

Las mejoras de CORAIL son:

- Geometría del cuello optimizada para lograr la máxima amplitud de movimiento (2002)
- Opción high offset para tratar a los pacientes con mayor offset femoral (2004)
- Opción de vástago coxa vara para el tratamiento de pacientes con angulación del cuello en varo (2003)
- Opción de cuello corto para tratar a los pacientes con una anatomía más pequeña (2014)

ARTRO Group Institute



Portada, de izquierda a derecha: Dr. Jean-Christophe Chatelet, Dr. Claude Chatelet, Dr. Jean-Pierre Vidalain, Dr. Louis Setiey, Dr. Jean-Charles Rollier, Dr. Michel Bonnin, Dr. Laurent Jacquot.

Contraportada, de izquierda a derecha: Prof. Michel Fessy, Dr. Alain Machenaud, Dr. Tarik Ait Si Selmi, Dr. Jean-Marc Semay, Dr. Bruno Balay, Dr. Jean-Claude Cartillier.

Cirujanos evaluadores del diseño del kit de actualización de CORAIL



De izquierda a derecha: Dr. Michel Bonnin, Sr. Steve Young, Dr. Jean-Christophe Chatelet, Prof. Michel Fessy, Dr. Markus Michel, Dr. Jean-Charles Rollier, Dr. Laurent Jacquot, Dr. Tarik Selmi, Prof. David Beverland.

1. Varias opciones de offset para restablecer la biomecánica de la cadera

2. La geometría cónica del cuello y el cono ARTICUL/EZE® mejorado aumentan la amplitud de movimiento

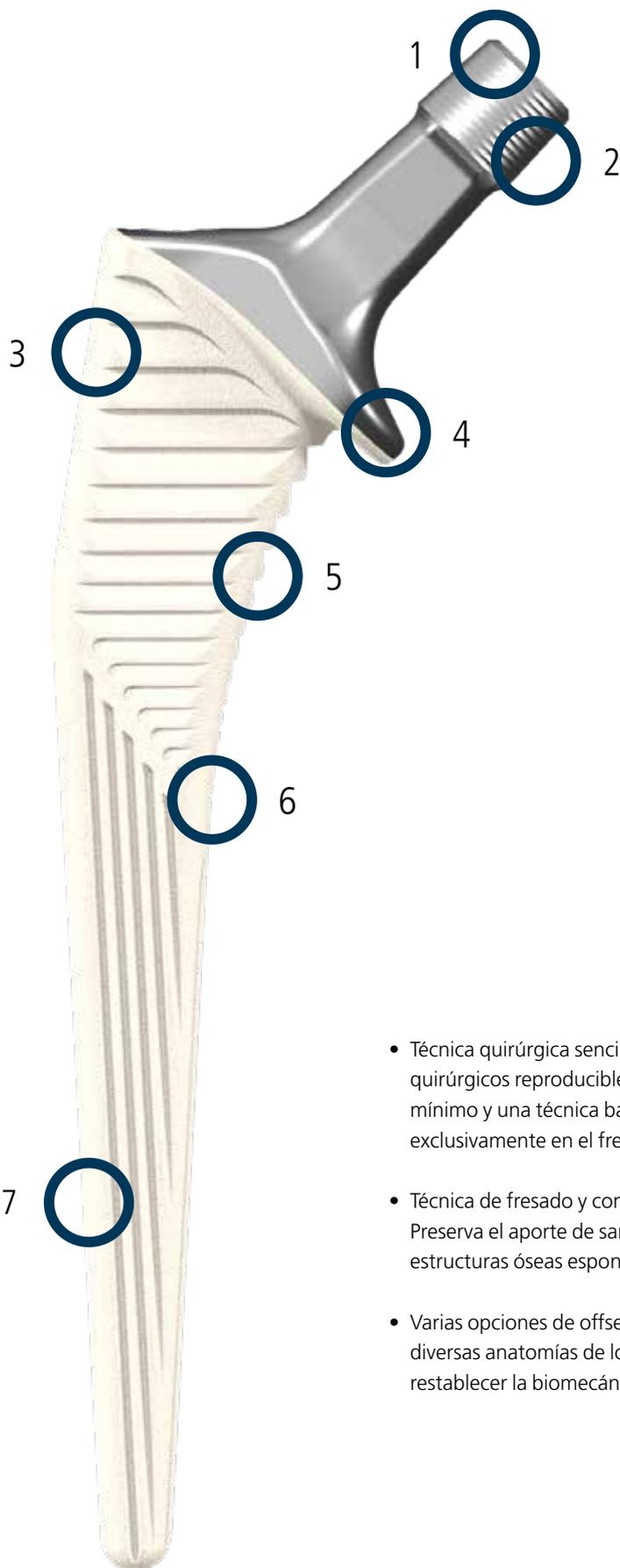
3. El diseño con angulación lateral de bajo perfil facilita la inserción en técnicas de incisión reducida, incluido el abordaje anterior

4. Disponible en versiones con o sin collar

5. La geometría escalonada transforma las tensiones circunferenciales en cargas compresivas

6. Las ranuras verticales/horizontales confieren estabilidad rotacional y axial

7. Propietario del revestimiento de HA



- Técnica quirúrgica sencilla – Resultados quirúrgicos reproducibles con instrumental mínimo y una técnica basada exclusivamente en el fresado
- Técnica de fresado y compactación – Preserva el aporte de sangre endógena y las estructuras óseas esponjosas
- Varias opciones de offset - Se adapta a diversas anatomías de los pacientes para restablecer la biomecánica de la cadera

TÉCNICA QUIRÚRGICA - PASO 1: PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA

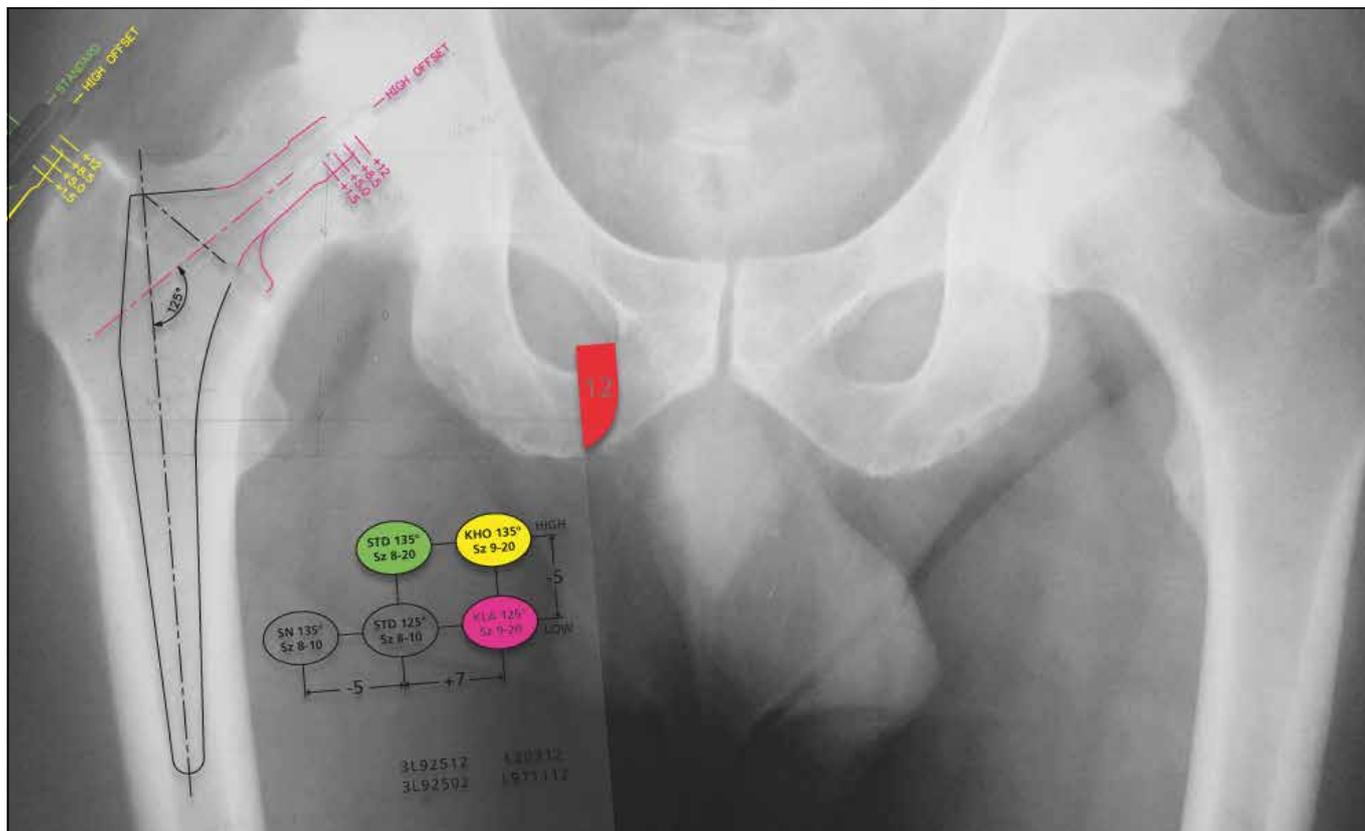


Figura 1 – Radiografía de pelvis para el uso de plantillas.

El sistema de cadera CORAIL proporciona plantillas preoperatorias con tres aumentos diferentes (100%, 115% y 120%). Las plantillas se colocan sobre las radiografías AP y lateral para facilitar la determinación del tamaño del implante con el fin de restablecer la anatomía natural del paciente.

Cuando utilice la plantilla asegúrese de que la prótesis no entra en contacto con la cortical. Comprenda la diferencia entre ajuste con llenado y ajuste óptimo.

El objetivo quirúrgico es que quede un espacio de 1-2 mm entre la cortical y el implante. En caso de duda, utilice una plantilla de un tamaño que contacte con la cortical y luego baje un tamaño.

El uso de la plantilla debe realizarse con un centro de cabeza neutro +5 para conservar la posibilidad de cambiar a un cuello corto o largo con el objetivo de ajustar la longitud de la pierna. La planificación preoperatorio con plantillas indicará el nivel de resección del cuello.

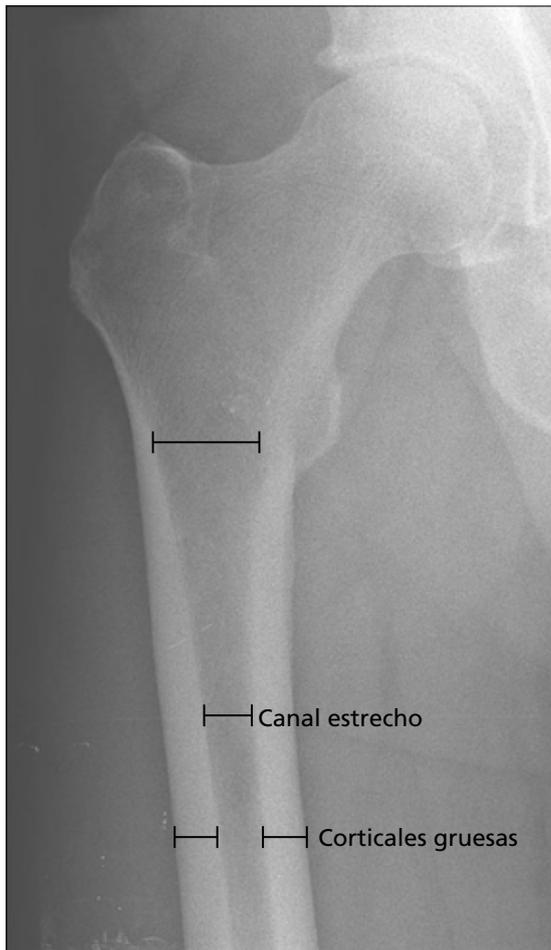


Figura 2 – Ejemplo de fémur DORR de tipo A.

En los fémures Dorr de tipo A («copa de champán») (Figura 2), el ajuste metafisario adecuado puede precisar un tamaño mayor que el que puede aceptar distalmente el conducto femoral.

En estos casos hay que considerar la realización de un fresado distal para agrandar el conducto y alojar una broca del tamaño adecuado.

La planificación preoperatoria tiene dos objetivos:

1. Elección del implante

El tamaño ideal del implante debe permitir el llenado adecuado de la diáfisis femoral dejando aproximadamente 1 mm de espacio entre el implante y la cortical. No debe haber contacto entre el implante y la cortical.

La planificación debe realizarse con un cuello mediano para que quede la posibilidad de cambiar a un cuello corto o largo para ajustar la longitud de la pierna.

2. Reconstrucción de la arquitectura femoral

El objetivo de la reconstrucción estructural es restablecer la longitud de la extremidad inferior y el brazo de la palanca de los abductores. Estos parámetros se logran mediante el tipo, el offset del implante (STD 125/135, KHO, KLA o SN) y el nivel de corte del cuello femoral.

PASO 2: RESECCIÓN DEL CUELLO FEMORAL



Figura 3

El nivel del corte del cuello, definido durante la planificación preoperatoria, se establece utilizando referencias anatómicas (trocánter menor, fosa trocantérea, trocánter mayor) y una regla graduada. La alineación de una broca con el eje de la diáfisis del fémur permite visualizar la inclinación de 45° del plano de corte. Si la resección es demasiado alta puede provocar la colocación del vástago en varo.

Nota: 2.1

La osteotomía puede realizarse en uno o dos pasos dependiendo de las preferencias del cirujano.

PASO 3: PREPARACIÓN DEL CANAL FEMORAL

Preparación del punto de entrada

Es importante seleccionar un punto de entrada posterolateral a la fosa piriforme para evitar la colocación en varo. Utilice una cureta o un instrumento general para indicar la dirección del conducto.

Para evitar un tamaño insuficiente o la colocación en varo, el trocánter mayor puede prepararse con un osteotomo de caja modular (2598-07-530) para facilitar la inserción de las raspas.



Figura 4

Visualización del eje del canal medular

El eje del canal medular se determina con el explorador del canal femoral. Su punto de entrada debe ser posterolateral, cerca de la fosa trocantérea. El explorador del canal consta de una pieza cuyo extremo tiene forma de proyectil de 8 mm que permite evaluar la anchura del canal femoral distal. La punta del explorador del canal es mayor que la porción distal AP de los 8 vástagos.

En esta fase debe identificarse el fémur de tipo A. En estos casos, el fresado distal podría realizarse al principio seguido del fresado con compactación.



Figura 5



Figura 6

Compactación ósea con hueso esponjoso

Utilice el impactador óseo modular (L94013) para compactar proximalmente el hueso esponjoso. Es un paso importante ya que la filosofía del vástago CORAIL se basa en la conservación del hueso.

Fresado con compactación

La compactación del hueso esponjoso se lleva a cabo utilizando raspas atraumáticas específicas. Este proceso comienza con la raspa de menor tamaño siguiendo el eje facilitado por el explorador del canal femoral. Asegúrese de que el fresado se inicia posterolateralmente. La raspa debe situarse paralela a la cortical posterior siguiendo la anatomía natural del fémur. Comience con la raspa más pequeña conectada al mango de la raspa y aumente de forma secuencial el tamaño de la raspa hasta que logre la estabilidad longitudinal y rotacional, momento en el que detendrá el fresado. La planificación preoperatoria cuidadosa es esencial para facilitar la selección del tamaño final de la raspa. La versión se determinará en función de la naturaleza del fémur.

Si persiste la preocupación por las dimensiones, podría considerar la realización de una radiografía intraoperatoria si hubiera disponibilidad.



Figura 7

Nota 3.1

En relación con el tamaño previsto, si no se consigue la estabilidad vertical (hundimiento), compruebe si hay vías falsas o fractura del calcar.

PASO 4: FRESADO DEL CALCAR

Deje colocada la última raspa y utilice el planificador de calcar protegido para conseguir una superficie de resección plana. El fresado del calcar debe permitir el ajuste óptimo del collar sobre el calcar.

Utilice la fresa protegida del calcar pequeña (940080007) para los tamaños 8 a 12. Use la fresa protegida del calcar grande (L94010) para los tamaños 13 y superiores.



Figura 8

Nota 4.1

Asegúrese de haber eliminado todo el tejido blando antes de fresar el calcar.

PASO 5: TROCÓMETRO (OPCIONAL)



Figura 9

Coloque el trocómetro en la última raspa insertada. Con la regla del trocómetro compruebe el nivel del centro de la cabeza en relación con el vértice del trocánter mayor. Los surcos corresponden a los diversos estilos de implante (STD 125/135, KHO, KLA o SN) con una cabeza neutra (+5).

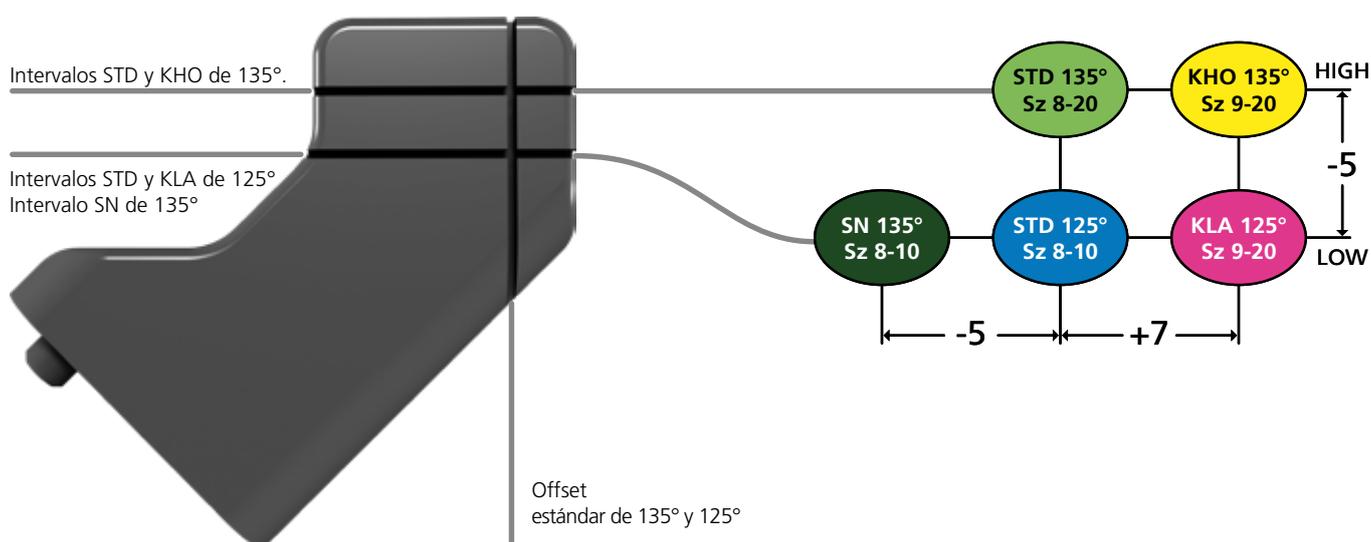


Figura 10

Nota 5.1

Si la raspa está en varo o en valgo de acuerdo con la planificación preoperatoria, debe tener presente que el nivel del centro de cabeza indicado por el trocómetro puede verse afectado.

PASO 6: REDUCCIÓN DE PRUEBA

Con la raspa final in situ, conecte el cuello y la cabeza de prueba apropiados. Reduzca la cadera y evalúe los ajustes necesarios, si los hubiera, para garantizar la estabilidad en toda la amplitud del movimiento.



Figura 11

Retirada del implante de prueba

A continuación se retirará el cuello de prueba. Compruebe de nuevo la estabilidad de la raspa, incluido el hundimiento o la rotación, utilizando el mango para demostrar que no se ha visto afectada por la prueba anterior. Esto también confirma la fiabilidad del lecho esponjoso compactado. Si la raspa parece haber perdido su estabilidad, inserte la raspa del siguiente tamaño.

A continuación retire la última raspa femoral. El canal femoral **no debe** ser irrigado ni secado para preservar la calidad del hueso esponjoso compactado y favorecer la osteointegración del vástago. A continuación, el cirujano puede solicitar el tamaño de implante seleccionado. Puede implantarse el vástago CORAIL.

PASO 7: INSERCIÓN DEL COMPONENTE FEMORAL



Figura 12

Nota importante: Las cubiertas protectoras no deben retirarse hasta que los componentes estén preparados para ser implantados. Antes de implantar la cabeza femoral, debe limpiarse el cono macho del vástago femoral de sangre, virutas óseas u otros materiales extraños. Cuando se implante el vástago definitivo (que tiene el mismo tamaño que la raspa final) en el canal femoral, asegúrese de que se dirige manualmente. Debe sujetarse por la funda protectora del cono. Esto ayudará a evitar cambiar la versión como medida de precaución. No debe existir un espacio superior a la anchura de un pulgar entre la línea de resección y la parte superior del revestimiento de HA del vástago. Si el vástago no desciende con facilidad hasta ese punto, el cirujano debe fresar de nuevo. Si el nivel de HA del vástago desciende por debajo de la línea de resección, el cirujano debe considerar el uso de un vástago más grande o utilizar un collar. A continuación, golpee ligeramente el impactador del vástago para asentar el vástago completamente de modo que el revestimiento de HA quede a la altura de la superficie fresada del cuello femoral.

Tras la implantación del vástago femoral, compruebe el calcar para detectar posibles daños, como grietas. Si descubre una grieta, debe fijarse con una aguja.

Nota 7.1

El vástago es ligeramente mayor que la raspa para garantizar la función de ajuste por presión. Esta diferencia de volumen corresponde al grosor del revestimiento de HA, 155 μm en cada cara del implante.

Injerto óseo (opcional)

Después de que el vástago CORAIL está completamente asentado, añade hueso esponjoso de la cabeza femoral reseca alrededor de la parte proximal del vástago utilizando el impactador óseo para sellar el canal femoral y para reducir el tiempo de osteointegración que proporciona estabilidad definitiva.



Figura 13

Impactación de la cabeza femoral

Se realiza una reducción final de prueba para confirmar la estabilidad articular y la amplitud del movimiento. Debe utilizarse una cabeza 12/14 de DePuy Synthes. Limpie y seque minuciosamente el cono del vástago para eliminar cualquier residuo de partículas. Coloque la cabeza femoral sobre el cono y golpee suavemente (especialmente si se utiliza una cabeza cerámica) con el impactador de cabeza. Asegúrese de que las superficies de contacto estén limpias y secas y reduzca finalmente la cadera.



Figura 14

INTERVENCIÓN INTRAOPERATORIA PRIMARIA: EXTRACCIÓN DEL VÁSTAGO NO OSTEOTEGRADO



Figura 15

Advertencia: tenga en cuenta que el extractor modular no osteointegrado no está en el kit de actualización CORAIL. Los componentes que constituyen el extractor modular no osteointegrado se pueden solicitar por separado.

El vástago deberá retirarse si se bloquea en una posición incorrecta, queda asentado por encima o se hunde. Este procedimiento se lleva a cabo utilizando un clavo roscado al vástago CORAIL y unido al mango modular. La placa de impacto se rosca en el otro extremo del mango modular (Figura 13).

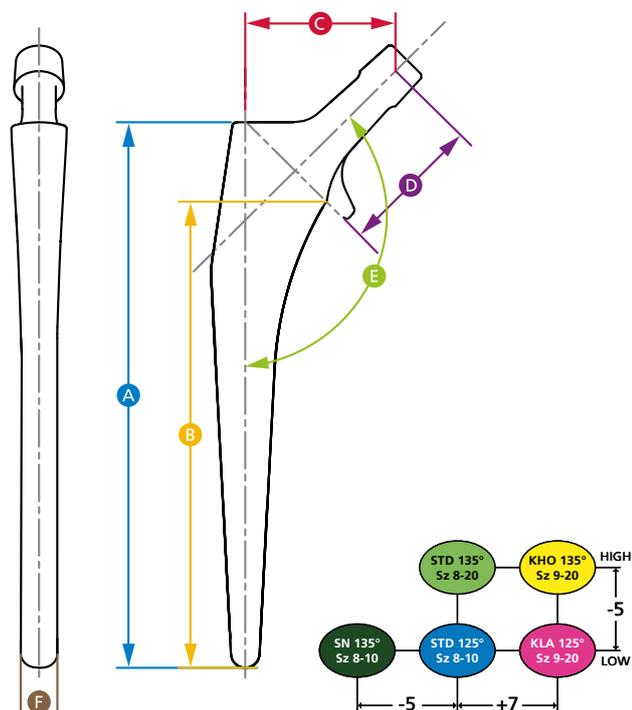
Para optimizar el uso del instrumental, es esencial asegurarse de que la barra roscada se enrosca completamente en el vástago CORAIL durante la extracción.

Una vez retirado el vástago, debe reanudarse el fresado con la última raspa utilizada para eliminar el bloqueo. El extractor no debe utilizarse para extraer vástagos osteointegrados.

Nota 8.1

El tornillo extractor (el que fija la placa al mango) debe apretarse regularmente durante la extracción del vástago (para evitar el aflojamiento de la placa o del propio tornillo).

SISTEMA DE CADERA CORAIL - TAMAÑOS DISPONIBLES



135° ESTÁNDAR (STD) – SIN COLLAR

Tamaño	Longitud del vástago (mm) (A)	Longitud del vástago (mm) (B)	Offset (mm) (C)	Longitud del cuello (mm) (D)	Ángulo del eje del cuello (E)	Anchura (mm) (F)
8	115	93	38,3	39	135°	7
9	130	108	38,8	39	135°	8
10	140	118	39,5	39	135°	8
11	145	123	40,3	39	135°	9
12	150	128	41,0	39	135°	10
13	155	133	41,7	39	135°	10
14	160	138	42,3	39	135°	10
15	165	143	43,0	39	135°	10
16	170	148	43,8	39	135°	10
18	180	158	44,8	39	135°	11
20	190	168	45,8	39	135°	11

135° ESTÁNDAR (STD) – CON COLLAR

Tamaño	Longitud del vástago (mm) (A)	Longitud del vástago (mm) (B)	Offset (mm) (C)	Longitud del cuello (mm) (D)	Ángulo del eje del cuello (E)	Anchura (mm) (F)
8	115	93	38,3	39	135°	7
9	130	108	38,8	39	135°	8
10	140	118	39,5	39	135°	8
11	145	123	40,3	39	135°	9
12	150	128	41,0	39	135°	10
13	155	133	41,7	39	135°	10
14	160	138	42,3	39	135°	10
15	165	143	43,0	39	135°	10
16	170	148	43,8	39	135°	10
18	180	158	44,8	39	135°	11
20	190	168	45,8	39	135°	11

135° HIGH OFFSET (KHO) – SIN COLLAR

Tamaño	Longitud del vástago (mm) (A)	Longitud del vástago (mm) (B)	Offset (mm) (C)	Longitud del cuello (mm) (D)	Ángulo del eje del cuello (E)	Anchura (mm) (F)
9	130	108	45,7	43	135°	8
10	140	118	46,4	43	135°	9
11	145	123	47,2	43	135°	9
12	150	128	47,9	43	135°	10
13	155	133	48,5	43	135°	10
14	160	138	49,2	43	135°	10
15	165	143	49,9	43	135°	10
16	170	148	50,7	43	135°	10
18	180	158	51,8	43	135°	11
20	190	168	52,9	43	135°	11

135° HIGH OFFSET (KHO) – CON COLLAR

Tamaño	Longitud del vástago (mm) (A)	Longitud del vástago (mm) (B)	Offset (mm) (C)	Longitud del cuello (mm) (D)	Ángulo del eje del cuello (E)	Anchura (mm) (F)
8	130	108	45,7	43	135°	8
9	140	118	46,4	43	135°	9
10	145	123	47,2	43	135°	9
11	150	128	47,9	43	135°	10
12	155	133	48,5	43	135°	10
13	160	138	49,2	43	135°	10
14	165	143	49,9	43	135°	10
15	170	148	50,7	43	135°	10
16	180	158	51,7	43	135°	11
18	190	168	52,7	43	135°	11
20	190	168	45,8	39	135°	11

125° HIGH OFFSET (KLA)

Tamaño	Longitud del vástago (mm) (A)	Longitud del vástago (mm) (B)	Offset (mm) (C)	Longitud del cuello (mm) (D)	Ángulo del eje del cuello (E)	Anchura (mm) (F)
9	130	108	45,6	40	125	8
10	140	118	46,3	40	125	8
11	145	123	47,1	40	125	9
12	150	128	47,8	40	125	10
13	155	133	48,5	40	125	10
14	160	138	49,1	40	125	10
15	165	143	49,8	40	125	10
16	170	148	50,6	40	125	10
18	180	158	51,8	40	125	11
20	190	168	52,8	40	125	11

125° ESTÁNDAR (STD) – SIN COLLAR

Tamaño	Longitud del vástago (mm) (A)	Longitud del vástago (mm) (B)	Offset (mm) (C)	Longitud del cuello (mm) (D)	Ángulo del eje del cuello (E)	Anchura (mm) (F)
8	115	93	38,4	35	125	7
9	130	108	38,9	35	125	8
10	140	118	39,6	35	125	9

125° ESTÁNDAR (STD) – CON COLLAR

Tamaño	Longitud del vástago (mm) (A)	Longitud del vástago (mm) (B)	Offset (mm) (C)	Longitud del cuello (mm) (D)	Ángulo del eje del cuello (E)	Anchura (mm) (F)
8	115	93	38,4	35	125	7
9	130	108	38,9	35	125	8
10	140	118	39,6	35	125	9

135° CUELLO CORTO (SN) – SIN COLLAR

Tamaño	Longitud del vástago (mm) (A)	Longitud del vástago (mm) (B)	Offset (mm) (C)	Longitud del cuello (mm) (D)	Ángulo del eje del cuello (E)	Anchura (mm) (F)
8	115	93	33,0	32	135	7
9	130	108	33,5	32	135	8
10	140	118	34,2	32	135	9

135° CUELLO CORTO (SN) – CON COLLAR

Tamaño	Longitud del vástago (mm) (A)	Longitud del vástago (mm) (B)	Offset (mm) (C)	Longitud del cuello (mm) (D)	Ángulo del eje del cuello (E)	Anchura (mm) (F)
8	115	93	33,0	32	135	7
9	130	108	33,6	32	135	8
10	140	118	34,2	32	135	9

INFORMACIÓN PARA PEDIDOS: IMPLANTES



135° Estándar STD (KS sin collar)

3L92507	Tamaño 8
3L92509	Tamaño 9
3L92510	Tamaño 10
3L92511	Tamaño 11
3L92512	Tamaño 12
3L92513	Tamaño 13
3L92514	Tamaño 14
3L92515	Tamaño 15
3L92516	Tamaño 16
3L92518	Tamaño 18
3L92520	Tamaño 20



135° Estándar STD (KA con collar)

3L92498	Tamaño 8
3L92499	Tamaño 9
3L92500	Tamaño 10
3L92501	Tamaño 11
3L92502	Tamaño 12
3L92503	Tamaño 13
3L92504	Tamaño 14
3L92505	Tamaño 15
3L92506	Tamaño 16
3L92508	Tamaño 18
3L92521	Tamaño 20



135° High Offset KHO (sin collar)

L20309	Tamaño 9
L20310	Tamaño 10
L20311	Tamaño 11
L20312	Tamaño 12
L20313	Tamaño 13
L20314	Tamaño 14
L20315	Tamaño 15
L20316	Tamaño 16
L20318	Tamaño 18
L20320	Tamaño 20



135° High Offset KHO (con collar)

L971109	Tamaño 9
L971110	Tamaño 10
L971111	Tamaño 11
L971112	Tamaño 12
L971113	Tamaño 13
L971114	Tamaño 14
L971115	Tamaño 15
L971116	Tamaño 16
L971118	Tamaño 18
L971120	Tamaño 20



125° High Offset KLA (KLA con collar)

3L93709	Tamaño 9
3L93710	Tamaño 10
3L93711	Tamaño 11
3L93712	Tamaño 12
3L93713	Tamaño 13
3L93714	Tamaño 14
3L93715	Tamaño 15
3L93716	Tamaño 16
3L93718	Tamaño 18
3L93720	Tamaño 20



125 ° Estándar STD (sin collar)

L981208	Tamaño 8
L981209	Tamaño 9
L981210	Tamaño 10
	Tamaño 11
	Tamaño 12
	Tamaño 13
	Tamaño 14
	Tamaño 15
	Tamaño 16



125 ° Estándar STD (con collar)

L971208	Tamaño 8
L971209	Tamaño 9
L971210	Tamaño 10
	Tamaño 11
	Tamaño 12
	Tamaño 13
	Tamaño 14
	Tamaño 15
	Tamaño 16



135° Cuello corto SN (sin collar)

L981308	Tamaño 8
L981309	Tamaño 9
L981310	Tamaño 10
	Tamaño 11
	Tamaño 12
	Tamaño 13
	Tamaño 14
	Tamaño 15
	Tamaño 16



135° Cuello corto SN (con collar)

L971308	Tamaño 8
L971309	Tamaño 9
L971310	Tamaño 10
	Tamaño 11
	Tamaño 12
	Tamaño 13
	Tamaño 14
	Tamaño 15
	Tamaño 16

Para seleccionar la cabeza femoral correcta de DePuy Synthes que se utilizará con el vástago recubierto de HA CORAIL AMT en caso de hemiartroplastia, consulte el algoritmo presentado en el documento de referencia DPEM/JRC/1213/0002.

INFORMACIÓN PARA PEDIDOS: INSTRUMENTAL

Cabezas femorales

ARTICUL/EZE BIOLOX® delta

1365-28-310	28 mm +1,5
1365-28-320	28 mm +5
1365-28-330	28 mm +8,5
1365-32-310	32 mm +1
1365-32-320	32 mm +5
1365-32-330	32 mm +9
1365-36-310	36 mm +1,5
1365-36-320	36 mm +5
1365-36-330	36 mm +8,5
1365-36-340	36 mm +12

ARTICUL/EZE ULTAMET™

1365-11-500	28 mm +1,5
1365-12-500	28 mm +5
1365-13-500	28 mm +8,5
1365-50-000	36 mm -2
1365-51-000	36 mm +1,5
1365-52-000	36 mm +5
1365-53-000	36 mm +8,5
1365-54-000	36 mm +12
1365-04-000	40 mm -2
1365-05-000	40 mm +1,5
1365-06-000	40 mm +5
1365-07-000	40 mm +8,5
1365-08-000	40 mm +12
1365-60-000	44 mm -2
1365-61-000	44 mm +1,5
1365-62-000	44 mm +5
1365-63-000	44 mm +8,5
1365-64-000	44 mm +12

Las cabezas 12/14 disponibles en la cartera de productos de DePuy Synthes son compatibles con el vástago CORAIL con un offset máximo de 13 mm:

- Cabezas "clásicas": todas las cabezas femorales 12/14 ARTICUL/EZE, 12/14 CoCr, 12/14 BIOLOX, aSPHERE ARTICUL/EZE 12/14
- En caso de revisión de la cabeza cerámica, deben utilizarse cabezas BIOLOX delta TS diseñadas para la revisión de cabezas BIOLOX ARTICUL/EZE.
- Para seleccionar la cabeza femoral correcta de DePuy Synthes que se utilizará con el vástago recubierto de HA CORAIL AMT en caso de hemiartroplastia, consulte el algoritmo presentado en el documento de referencia DPEM/JRC/1213/0002.

Instrumental básico

L20500	Cesta de aluminio base
L20501	Bandeja termoformada inferior
L94047	Bandeja de actualización para EMEA
L20503	Bandeja termoformada superior
L20504	Cesta superior
L20408	Raspa 8
L20409	Raspa 9
L20410	Raspa 10
L20411	Raspa 11
L20412	Raspa 12
L20413	Raspa 13
L20414	Raspa 14
L20415	Raspa 15
L20416	Raspa 16
L20418	Raspa 18
L20420	Raspa 20

Cabeza de prueba ARTICUL/EZE

2530-81-000	28 mm +1,5
2530-82-000	28 mm +5
2530-83-000	28 mm +8,5
2530-84-000	28 mm +12
2530-91-000	32 mm +1
2530-92-000	32 mm +5
2530-93-000	32 mm +9
2530-94-000	32 mm +13
2531-50-000	36 mm -2
2531-51-000	36 mm +1,5
2531-52-000	36 mm +5
2531-53-000	36 mm +8,5
2531-54-000	36 mm +12
2531-04-000	40 mm -2
2531-05-000	40 mm +1,5
2531-06-000	40 mm +5
2531-07-000	40 mm +8,5
2531-08-000	40 mm +12
2531-60-000	44 mm -2
2531-61-000	44 mm +1,5
2531-62-000	44 mm +5
2531-63-000	44 mm +8,5
2531-64-000	44 mm +12

	L94003	CORAIL Cuello de Prueba 125° offset estándar (STD)
	L94004	CORAIL Cuello de Prueba 125° offset alto (KLA)
	L94005	CORAIL Cuello de Prueba 135° offset estándar (STD)
	L94006	CORAIL Cuello de Prueba 135° offset alto (KHO)
	L94007	CORAIL Cuello de Prueba 135°, cuello corto (SN)
	L94010	Fresa protegida de calcar grande
	2598-07-570	Introducido del posicionador
	2570-05-100	Impactador del vástago
	2001-65-000	Impactador de la cabeza
	9653-68-000	Eje de anteverción
	L20440	Guía para la resección del cuello
	L93606	Impactador óseo
	L94013	Impactador óseo modular
	2002-31-000	Osteotomo
	2598-07-530	Osteotomo de caja modular
	9522-11-500	Mango de raspa curvo

Instrumentos optativos

	2598-07-350	Mango universal de raspa anterior, izquierdo
	2598-07-360	Mango universal de raspa anterior, derecho
	9522-10-500F	Mango de raspa recto
	9522-12-500F	Mango de raspa curvo extra
	2598-07-460	Mango universal del introducido del vástago
	2598-07-440	Cuerpo del introducido curvo (CORAIL/TRILOCK®)

	9400-80-007	Fresa de calcar MI pequeño
	L94018	Explorador del canal CORAIL
	L94024	Trocómetro
	L94025	Regla de trocómetro

Extractor modular no osteointegrado

L94026	Mango modular
L94027	Extractor de la placa de impacto
L94028	Tornillo extractor
L94029	Barra roscada extractora

Plantillas

Plantillas preoperatorias

L94041	CORAIL Plantillas radiológicas 100 STD HO 8-20
L94042	CORAIL Plantillas radiológicas 115 STD HO 8-20
L94043	CORAIL Plantillas radiológicas 120 STD HO 8-20
L94044	Plantillas radiológicas CORAIL 100 SN 8-10 y displasia 6
L94045	Plantillas radiológicas CORAIL 115 SN 8-10 y displasia 6
L94046	Plantillas radiológicas CORAIL 120 SN 8-10 y displasia 6

Plantillas digitales

La disponibilidad de plantillas digitales depende del acuerdo de DePuy International con los proveedores.

Para más información, póngase en contacto con DePuy International

Bibliografía

1. 2000 - 2015 sales data on file, DePuy International Ltd.
 2. Australian Orthopaedic Association National Joint Replacement Registry. Annual Report. Adelaide: AOA; 2015. Available from URL: <https://aoanjrr.dmac.adelaide.edu.au/annual-reports-2015>.
 3. National Joint Registry for England, Wales & Northern Ireland, 10th Annual Report 2015. Available from URL: <http://www.njrcentre.org.uk/njrcentre/default.aspx>.
- Norwegian Arthroplasty Register, Report 2014. Tables 19 and 24.

Contraindicaciones:

A continuación se dan contraindicaciones para la artroplastia de cadera total o parcial:

- Infección activa local o sistémica.
- Pérdida de musculatura, compromiso neuromuscular o deficiencia vascular en el miembro afectado, que no justifique el procedimiento.
- Mala calidad de hueso, tal como osteoporosis, por la cual el cirujano opina que puede ocurrir una migración considerable de la prótesis o una gran probabilidad de fractura del eje femoral y/o la falta de hueso adecuado para soportar el implante.
- Enfermedad de Charcot o de Paget.

Para artroplastia de cadera parcial, cualquier condición patológica del acetábulo, tal como un acetábulo deformado con irregularidades, protusio acetabuli (artrocadisis), o desplazamiento de acetábulo que impida el uso del acetábulo natural como una superficie articular apropiada para la prótesis de cadera parcial.

El uso de cabezas de cerámica sin fundas de titanio internas está contraindicado en cirugía de revisión cuando el vástago femoral está bien instalado y no se está reemplazando.

NOTA: Hasta la fecha, la diabetes no ha sido establecida como una contraindicación. Sin embargo, debido a que aumenta los riesgos de complicaciones tales como infecciones, cicatrización lenta de heridas, etc., el médico debe considerar con cuidado si es aconsejable la implantación de una prótesis de cadera en un paciente afectado gravemente de diabetes.

Estos productos sanitarios cumplen los requisitos de aplicación de la legislación de productos sanitarios.

Por favor, consulte las instrucciones de uso del producto antes de su utilización.

Esta publicación no se distribuirá en EE.UU.

Las marcas comerciales de terceros utilizadas en este documento son marcas comerciales de sus propietarios respectivos.



Johnson & Johnson Medical Limited PO BOX 1988, Simpson Parkway, Livingston, West Lothian, EH54 0AB, Reino Unido.
Constituida y registrada en Escocia con el número de compañía SC132162.

DePuy France S.A.S.
7 Allée Irène Joliot Curie
69800 Saint Priest
Francia
Tel.: +33 (0)4 72 79 27 27
Fax: +33 (0)4 72 79 28 28

Johnson & Johnson S.A.
Pº de las Doce Estrellas 5-7
Campo de las Naciones
28042. Madrid
Tel.: +34 91 722 8262



DePuy Orthopaedics, Inc.
700 Orthopaedic Drive
Warsaw, IN 46582
EE.UU.
Tel.: +1 (800) 366 8143
Fax: +1 (574) 267 7196

DePuy International Ltd
St Anthony's Road
Leeds LS11 8DT
Inglaterra
Tel.: +44 (0)113 270 0461
Fax: +44 (0)113 272 4101

DePuy (Irlanda)
Loughbeg
Ringaskiddy
Co. Cork
Irlanda
Tel.: +353 21 4914 000
Fax: +353 21 4914 199

DePuy International Ltd
Que opera con el nombre
DePuy CMW
Cornford Road
Blackpool FY4 4QQ Lan-
cashire
Inglaterra
Tel.: + 44 (0)1253 765 167
Fax: + 44 (0)1253 697 431



depuysynthes.com

©Johnson & Johnson Medical Limited. 2017. Reservados todos los derechos.

18/JNT/015 Fecha revisión: (11/2018)