



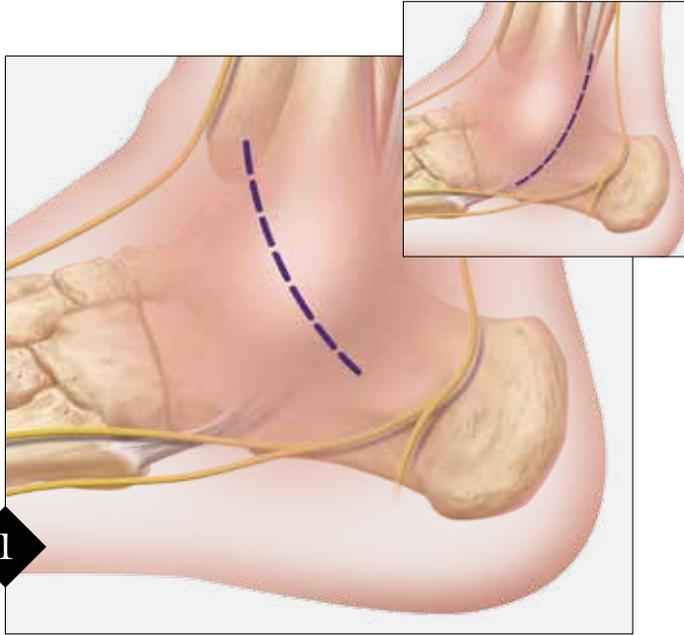
Técnica de Brostrom-Gould modificada
para la reconstrucción de los ligamentos
laterales del tobillo

Técnica quirúrgica



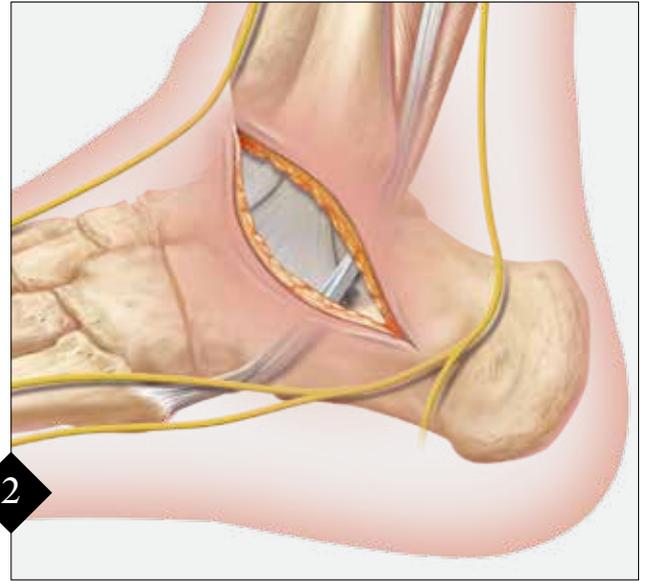
Técnica de Brostrom-Gould modificada

Técnica de Brostrom-Gould modificada para la reconstrucción de los ligamentos laterales del tobillo



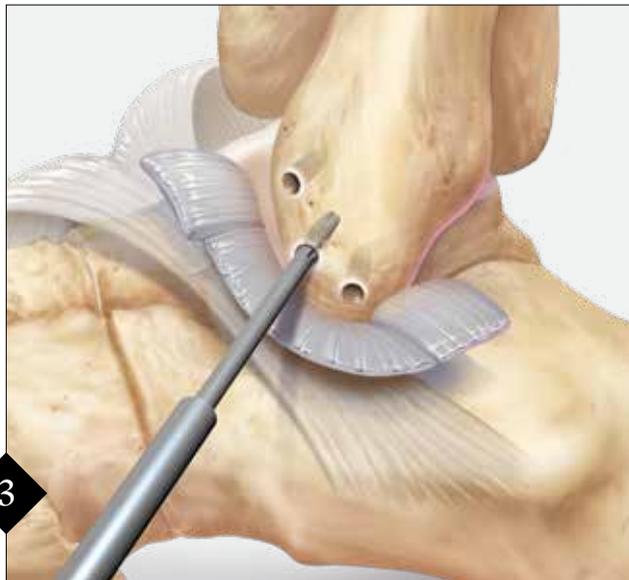
1

Se coloca al paciente en posición de decúbito supino con un soporte elevador de la cadera para rotar internamente la pierna. (En caso de pacientes de gran tamaño u obesos, se debe considerar la posibilidad de colocarlos en decúbito lateral). Se realiza una incisión paralela al peroné distal de 3-5mm proximal al borde. Se protegen con retractores las ramas del nervio peroneo superficial y del nervio sural. Como alternativa, se puede realizar una incisión en la piel sobre los tendones peroneos, especialmente en casos en los que se necesite desbridamiento o reparación concomitante del tendón, o bien se obtiene un fragmento del peroneo lateral corto para aumentar la reparación.



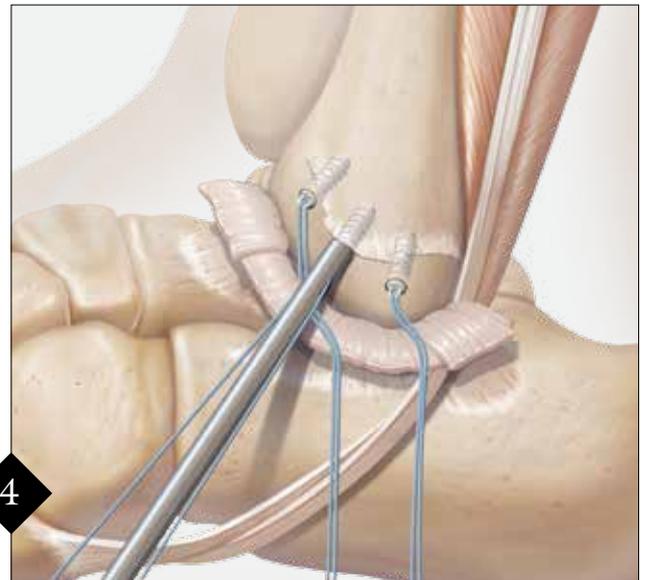
2

Se diseña el retináculo superficial del peroné de la cápsula y los ligamentos subyacentes. La cápsula y los ligamentos laterales (peroneoastagalino anterior [LPAA] y calcaneoperoneo [LCP]) se desprenden del peroné mediante disección cortante. Se debe tener cuidado de dejar un manguito de cápsula y ligamentos realizando la incisión unos pocos milímetros proximal al borde del peroné. Se retiran los osteofitos o fragmentos de hueso suelto que pudiera haber. El borde del peroné distal se raspa con pinza gubia para mejorar la adherencia de los tejidos blandos. Se inspecciona la parte visible de los tendones peroneos para ver si hay desgarros.



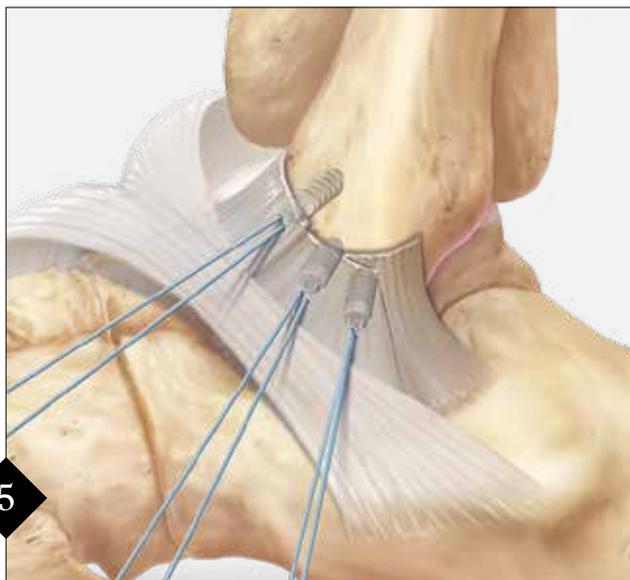
3

El hueso está ahora preparado para la inserción de los anclajes. Normalmente se utilizan tres anclajes. El hueso se perfora previamente con una broca de 1,8 mm del kit de componentes desechables BioComposite SutureTak tamaño mini de 2,4 mm (AR-1322DSC). Puede utilizarse una broca de 2 mm para hueso más duro. El hueso más próximo al borde posterior del peroné, cerca de la inserción del LCP, normalmente es más blando y requiere usar la broca de 1,8 mm para evitar que el anclaje se salga.



4

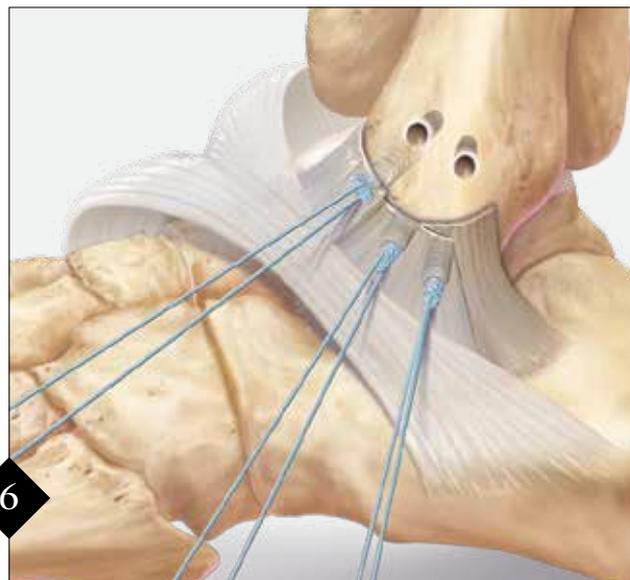
Se inserta el anclaje BioComposite SutureTak tamaño mini de 2,4 mm en los orificios. Se puede reemplazar por un anclaje BioComposite SutureTak de 3,0 mm (AR-8934BCNF) para hueso más blando. Los anclajes estarán completamente asentados cuando estén insertados hasta la línea marcada con láser en el eje del introductor. Abra la ventana del mango del introductor para liberar las suturas FiberWire® y las agujas.



5

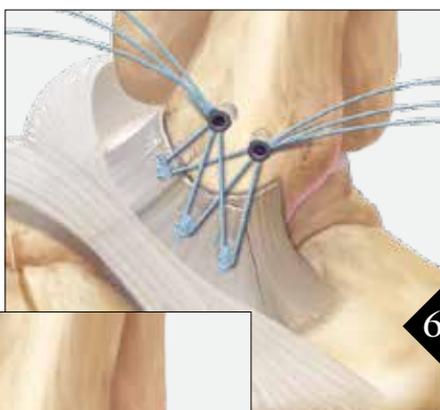
Pase la sutura FiberWire con las agujas a través del LPAA, el LCP y la cápsula, y aváncela hasta el peroné distal. Ate las suturas. Si los ligamentos / la cápsula parecen ser demasiado finos o estar demasiado estirados, considere la posibilidad de realizar varios pases a través del tejido con un hilo de sutura antes de atar el nudo. No corte las agujas precargadas en este momento: conservarlas hará más fácil tirar de las suturas a través del ojal del anclaje Bio-PushLock™ de 2,5 mm. En caso de una atenuación importante de los tejidos, considere realizar un aumento usando *InternalBrace* o añadir un injerto de tendón (un aloinjerto o una tira de peroneo lateral corto).

Consulte las variaciones 1 y 2 de la técnica.

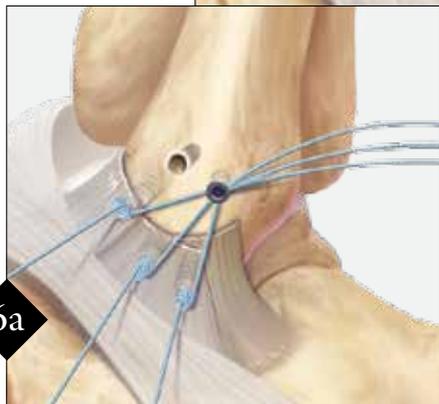


6

Se perfora la diáfisis del peroné aproximadamente 2 cm proximal al borde distal con una broca de 2 mm. Los dos orificios de perforación deberán estar a una distancia de 1 cm, paralelos al borde anterior distal del peroné. Se enhebra una sutura de cada uno de los anclajes en el ojal del anclaje PEEK PushLock de 2,5 mm o el anclaje BioComposite PEEK PushLock de 2,9 mm. Las suturas se tensan y el anclaje se inserta hasta la línea marcada. Mientras se mantiene la tensión en las suturas, introduzca el anclaje en el peroné con un martillo. Retire el mango girando el conjunto en sentido antihorario hasta que se libere de la punta del ojal.



6b



6a

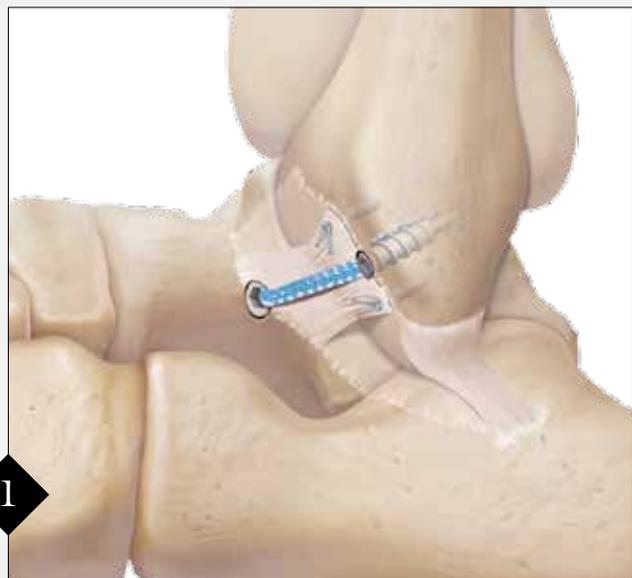


7

Las suturas excedentes deberán cortarse a la altura de la corteza. Se hace avanzar el retináculo sobre los ligamentos y la cápsula, y se sutura a la cápsula y el periostio con suturas absorbibles.

Variaciones de la técnica

En los casos en los que los ligamentos del paciente se consideren demasiado dañados para soportar una reparación, considere reforzarlos con un aumento usando *InternalBrace* o con un aloinjerto de tendón, como del semitendinoso o del recto interno.



1

Opción 1. Aumento con *InternalBrace*: Se deben usar dos anclajes BioComposite SutureTak de 3,0 mm junto con el kit de aumentación del *InternalBrace*. El kit incluye un anclaje SwiveLock de 4,75 mm que se colocará en el astrágalo y un anclaje SwiveLock de 3,5 mm que se colocará en el peroné. Para lograr un conjunto puente en el peroné, las suturas de los anclajes BioComposite SutureTak de 3,0 mm pueden insertarse con el FiberTape en el anclaje SwiveLock de 3,5 mm.



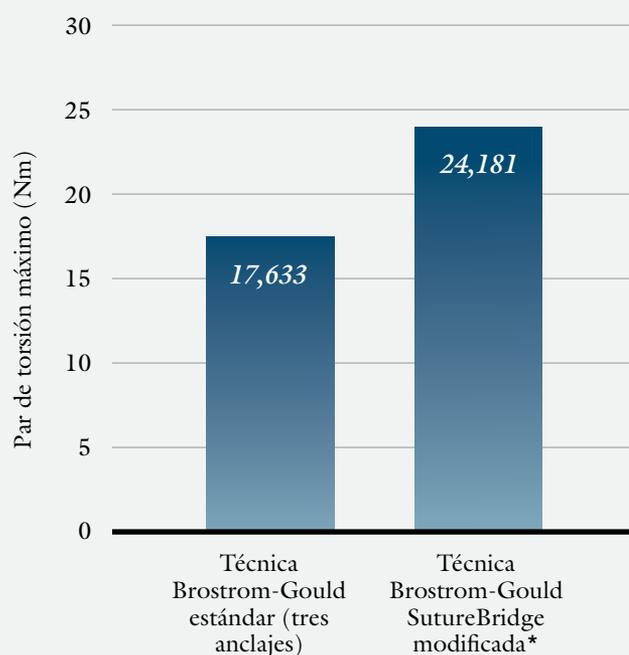
2

Opción 2. Técnica de Brostrom-Gould y modificación con refuerzo de tendón: Se utilizan dos anclajes Bio-SutureTak de 2,4 mm junto con un anclaje PushLock para tensar la cápsula y los ligamentos redundantes, y añadir resistencia a la estructura. El injerto de tendón se fija al astrágalo y luego se pasa a través del peroné. Se realiza la reparación SutureBridge, y a continuación se fija el injerto de tendón en el calcáneo con un tornillo Bio-Tenodesis.

Protocolo posoperatorio

- En el posoperatorio, los pacientes se tratan con una férula sin carga corta para la pierna o un yeso bivalvo, que se cambiará a un yeso de marcha tras 1–2 semanas en el momento de quitar las suturas.
- Se permite la carga de peso con el yeso durante 2–3 semanas, seguida por una férula con cordones o bien una bota de marcha.
- Los pacientes deberán utilizar muletas durante 2–3 semanas tras la cirugía.
- Se inicia fisioterapia supervisada una vez retirado el yeso.
- Se recomienda el uso de una férula con cordones durante dos meses después de retirar el yeso. Los pacientes podrán retomar todas las actividades normales entre 3 y 4 meses después de la intervención, pero se les debe advertir que la recuperación completa puede llevar hasta un año.

Comparación de pares de torsión máximos (Nm) (tradicional frente a SutureBridge®)



*Datos archivados

*Kit de componentes
desechables BioComposite*

Información para realizar pedidos

Para realizar la técnica quirúrgica de Brostrom-Gould SutureBridge, consulte la lista siguiente para ver las opciones de productos:

Anclajes Bio-SutureTak tamaño mini, de 2,4 x 8,5 mm	AR-1322BNF
<i>o</i>	
BioComposite SutureTak tamaño mini, de 2,4 x 8,5 mm	AR-1322BCNF
Bio-Pushlock tamaño mini, de 2,5 mm	AR-8825B
<i>o</i>	
PEEK PushLock tamaño mini, de 2,5 mm	AR-8825P
Kit de componentes desechables SutureTak tamaño mini (Perforador desechable para hueso blando, brocas de 1,8 mm y 2 mm para hueso más duro, guía de broca)	AR-1322DSC
BioComposite SutureTak para pequeñas articulaciones, de 3,0 mm	AR-8934BCNF
Kit de componentes desechables SutureTak pequeñas articulaciones	AR-8934DSC
BioComposite PushLock, de 2,9 mm	AR-8923BC
Kit de componentes desechables BioComposite PushLock	AR-8923DSC
Kit de reparación con aumentación de ligamento <i>InternalBrace</i>	AR-1678-CP

*BioComposite
SutureTak tamaño
mini con aguja*

*PEEK PushLock
de 2,5 mm*

*BioComposite SutureTak
tamaño mini*



www.arthrex.com

... tecnología al día
a solo un clic de distancia

La presente descripción de la técnica quirúrgica se brinda como una herramienta de capacitación y asistencia clínica para ayudar a los profesionales médicos matriculados en el uso de determinados productos Arthrex.

Como parte del uso profesional, los profesionales de la Medicina deben emplear su criterio profesional para tomar decisiones finales respecto al uso y técnica del producto. Al hacerlo, el profesional médico debe confiar en su propia capacitación y experiencia y realizar un exhaustivo estudio de la bibliografía médica pertinente y de las instrucciones de uso del producto.

Desarrollado conjuntamente con el Dr. Eugene Curry (Dallas, Texas)

Consulte la información sobre patentes estadounidenses en www.arthrex.com/corporate/virtual-patent-marking

© 2015, Arthrex Inc. Todos los derechos reservados. LT1-0490-ES_C