

Reconstrução Dorsal Completa do Ligamento Escafolunar com técnica *Internal/Brace*™

Técnica Cirúrgica



Reconstrução dorsal completa do ligamento escafolunar com técnica *InternalBrace*™

A técnica de reconstrução dorsal completa do ligamento escafolunar com técnica o *InternalBrace* para reparo do ligamento e a âncora 3,5 mm DX SwiveLock® SL são recomendados para a instabilidade escafolunar tanto estática quanto dinâmica onde o carpo continua redutível e não apresenta artrose. O objetivo da reconstrução é reparar a porção dorsal rompida do ligamento escafolunar e resolver a questão da flexão do escafoide e a extensão semilunar.

A técnica SwiveLock SL não deve ser considerada diante das seguintes condições: artrite inflamatória, infecção anterior e/ou atual, artrose carpal (colapso avançado escafosssemilunar (CAES) do punho), carpo irredutível, pacientes pediátricos, implantes preexistentes nos ossos carpais, grandes alterações císticas nos ossos carpais e pacientes com alteração anatômica (menor).

Introdução

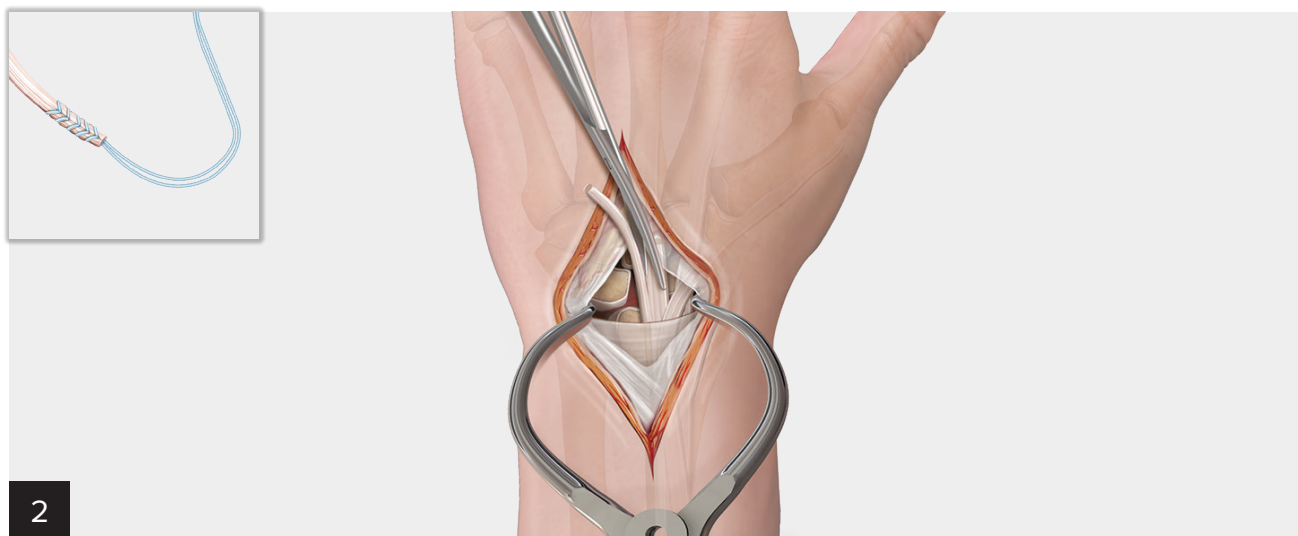
Tratamentos dos rompimentos do ligamento escafolunar ainda são difíceis e controversos. A patologia representa um espectro de lesão variando de entorse de um ligamento a um rompimento parcial até o componente volar, central, ou, mais comumente, o componente dorsal do ligamento escafolunar. A sua progressão causa rompimentos totais de todos os três componentes, interrompimento de estabilizadores secundários, e subsequente deformidade devido à instabilidade do segmento intercalado dorsal (ISID). Além disso, pode causar alterações artríticas. Um reparo direto deste ligamento geralmente não é seguro.

A reconstrução com a técnica SwiveLock SL de 3,5 mm é alcançada com o uso de uma âncora de reparo resistente que incorpora uma combinação da reconstrução do enxerto biológico do tendão nos túneis ósseos e um reforço do reparo de sutura estática *InternalBrace*. Juntos, este reparo suporta a conexão de e entre os ossos, para possibilitar a incorporação do enxerto. Esta reconstrução é mais adequada para rompimentos dorsais do ligamento escafolunar interósseo.



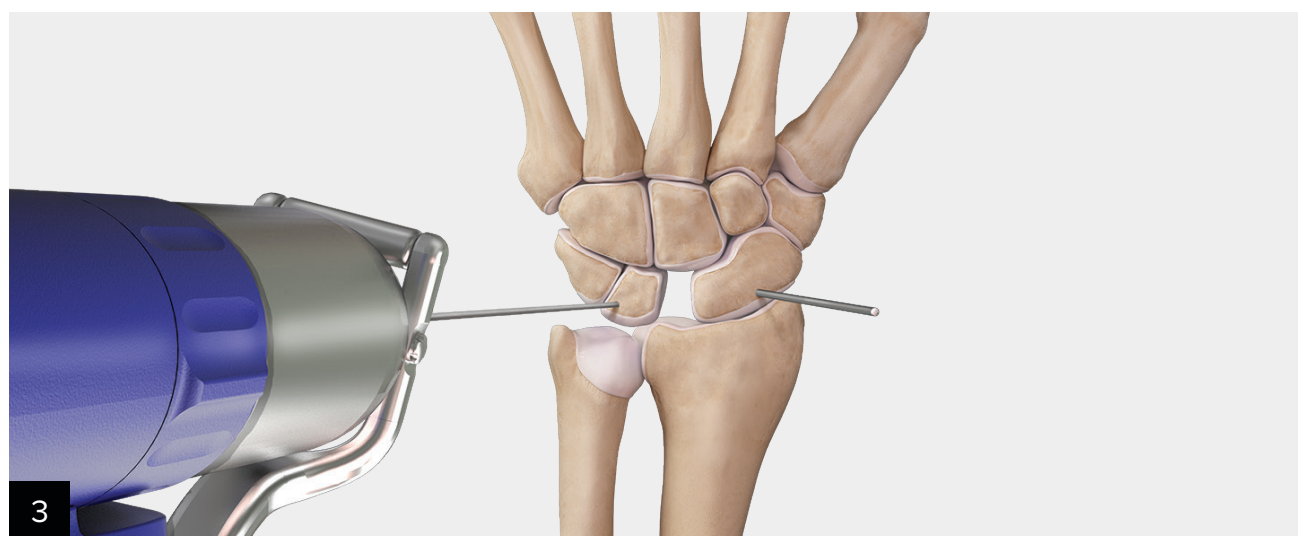
Faça um 4 pol. na incisão longitudinal começando entre as bases do 2º e 3º metacarpos e estendendo-os de modo proximal entre os 3º e 4º compartimentos. Uma neurectomia posterior e/ou anterior é uma opção.

Exponha o intervalo escafolunar com a aproximação dorsal com uma capsulotomia em T invertido. A porção transversal da capsulotomia é tomada diretamente do rádio distal. Incisar no formato de cápsula o suficiente para visualizar adequadamente a superfície dorsal inteira dos ossos semilunares e escafoides.

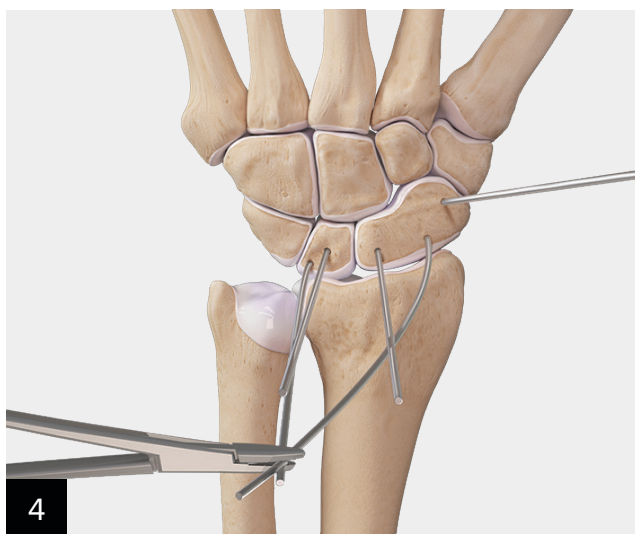


Extrair uma porção de 2 mm a 3 mm do tendão extensor radial curto do carpo (ECRB) na sua inserção na base do 3º metacarpo. Outra alternativa é o uso de uma porção do tendão extensor radial longo (ECRL). O uso de um enxerto maior complicará a inserção em ambos os olhais da âncora e orifício perfurado.

Um extrator do tendão é geralmente útil para a recuperação de um enxerto de 10 cm ou maior, e pode ser usado de um modo intratendinoso. Chulear a ponta do enxerto com sutura FiberLoop® 2-0. Isto prende o tendão e age como um reforço estático para o reparo. É importante estender o tendão para evitar o aumento da deformação do tendão durante o processo de cura.



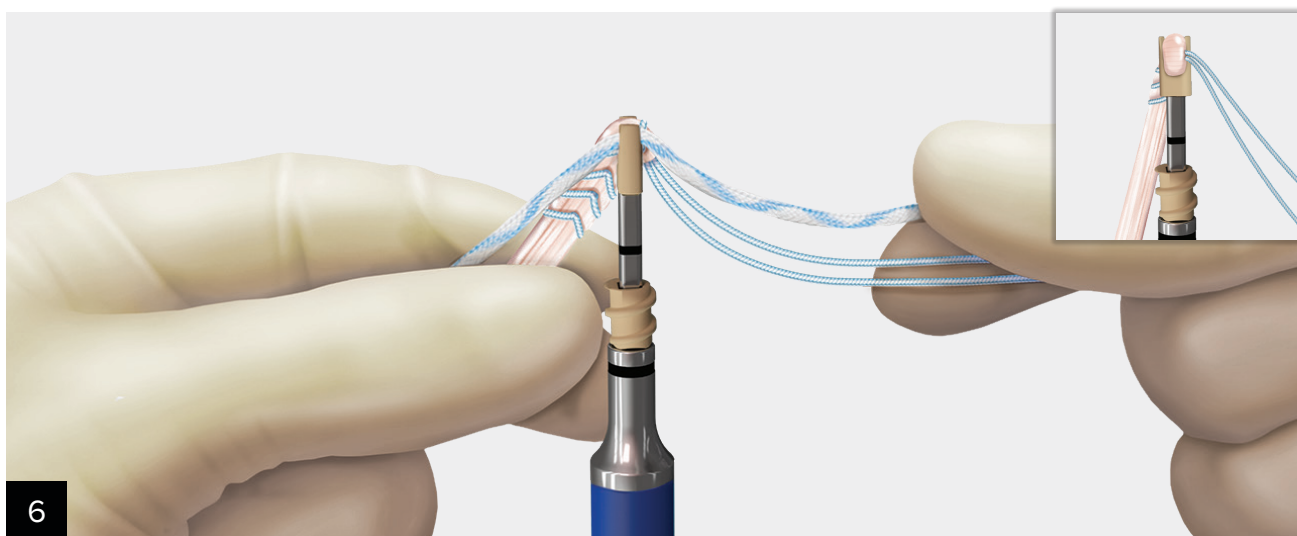
Colocar o fio-guia na cintura do escafoide e outro no lado ulnar do semilunar para agir como uma alavanca de controle similar a um joystick. Retire os ossos da instabilidade do segmento intercalado dorsal (ISID) e restaure a posição anatômica do espaço escafolunar. Um terceiro fio-guia pode ser colocado ao longo da articulação escafo-capitato neste ponto ou assim que a reconstrução estiver completa. Este fio deve ficar colocado por 6 semanas para a sua cicatrização.



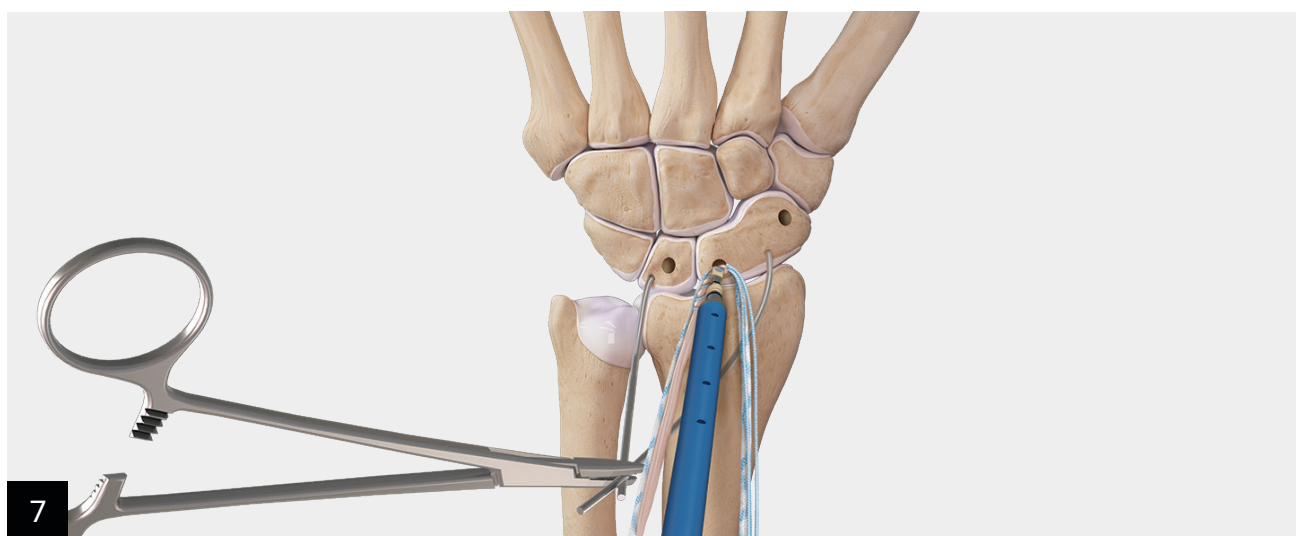
Coloque três fios-guia de 1,35 mm no polo proximal do escafoide, central no semilunar e no polo distal do escafoide. Verifique a colocação dos fios-guia sob o fluoroscópio antes de alargar o orifício.



Perfure o polo proximal do escafoide, a porção central do semilunar e o polo distal do escafoide com a broca canulada dourada. O posicionamento destes orifícios é crucial, especialmente no polo proximal do escafoide, porque se o enxerto escapar do córtex, ele poderá ficar frouxo. Limpe o tecido mole circundante e dentro dos orifícios perfurados para facilitar a inserção do enxerto.

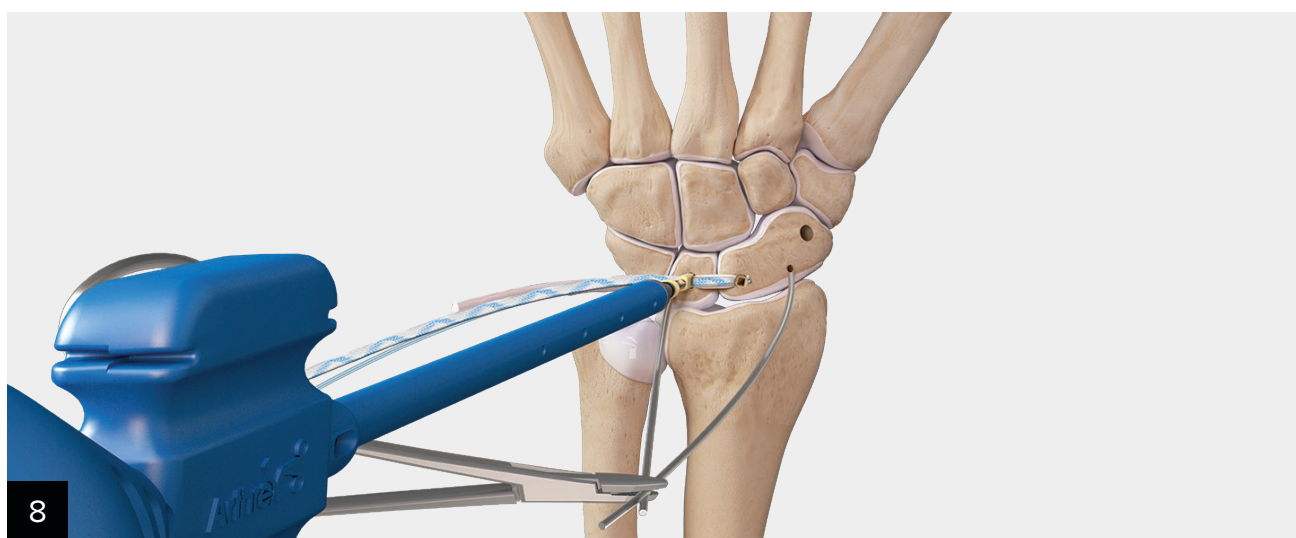


Coloque a abertura bifurcada da âncora SwiveLock® SL no enxerto do tendão a cerca de 3 mm da extremidade do enxerto e prenda ambos os segmentos da sutura FiberLoop® na fenda da ponta da âncora SwiveLock. Coloque a SutureTape sobre o enxerto e prenda-a.



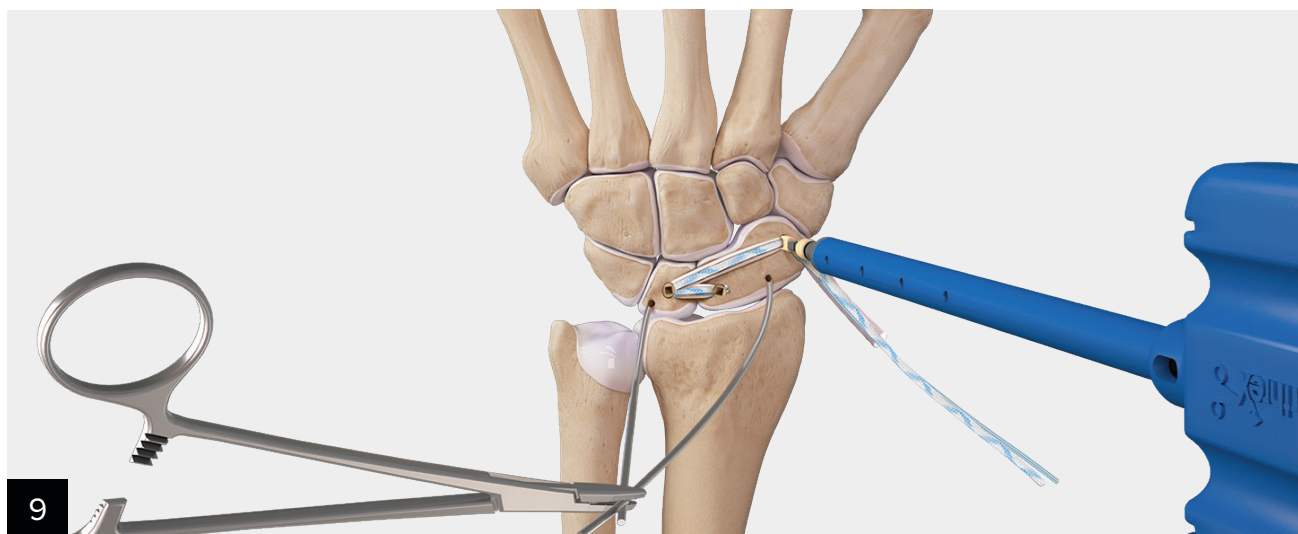
Insira a âncora SwiveLock® SL no polo proximal do escafoide até que a extremidade principal do corpo da âncora rígido fique encostado no osso. Aplique uma tensão mínima no enxerto na direção do semilunar para manter o enxerto sem girar enquanto aparafusa a âncora SwiveLock.

Segure a ponta quadrada sem movê-la enquanto gira o cabo à direita até que a linha do laser fique bem abaixo do nível do osso. Remova o aparelho. Se não soltar-se facilmente, girar a ponta quadrada para a esquerda facilitará a remoção.

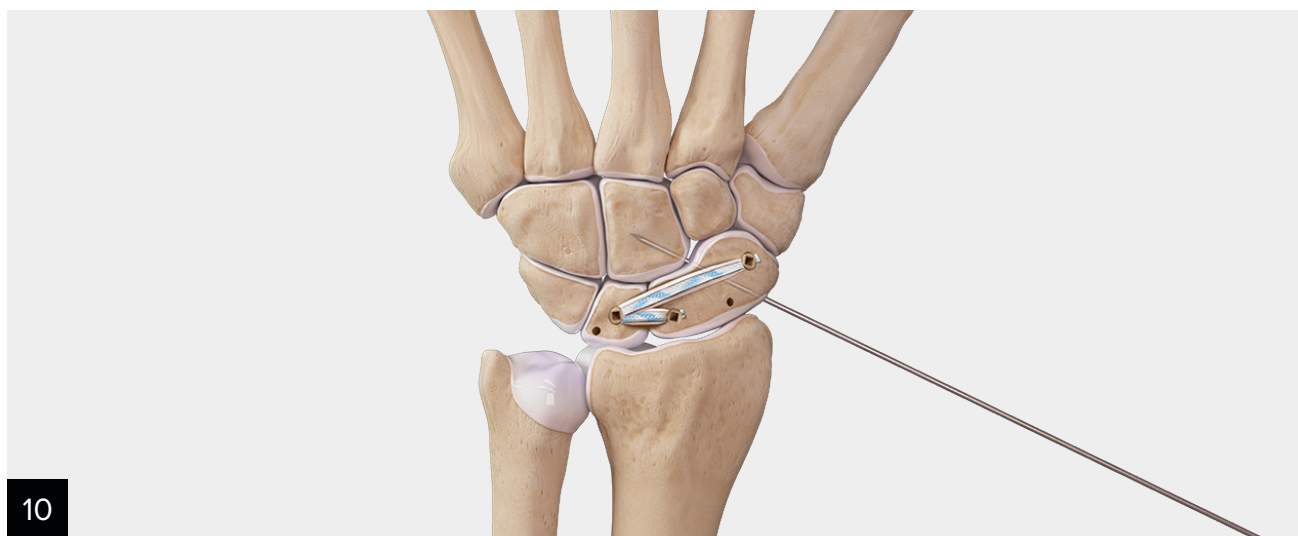


Use uma segunda âncora SwiveLock SL para capturar o enxerto do tendão e um segmento da SutureTape próximo do orifício perfurado no semilunar. Girar o enxerto e a SutureTape juntos poderá facilitar a colocação do enxerto/SutureTape no olhal forçado. Insira o mesmo no semilunar. Geralmente, encontra-se resistência ao colocar a âncora no semilunar enquanto o enxerto do tendão desliza em volta do olhal forçado.

Neste caso, faça pressão constante e devagar para permitir a inserção da âncora SwiveLock SL e o tensionamento do reparo de modo automático. Novamente, não parafuse a âncora SwiveLock sem que o corpo rígido da âncora esteja rente ao osso.



Siga o mesmo procedimento que na etapa 8 para o polo distal do escafoide. Corte qualquer excesso do enxerto do tendão e SutureTape. Se você não colocou antes um fio-guia do escafocapitato, faça isso agora, antes de retirar os fios-guia do joystick. Feche a cápsula e a incisão dorsal.



Reparo final.

Pós-operatório: Uma tala com aparelho de imobilização do dedão deve ser usada no antebraço por 6 a 8 semanas. Quaisquer fios-guia suplementares podem ser removidos e neste momento será iniciada a fisioterapia da mão. A tala deve ser usada por mais 6 semanas.

Informações sobre Pedidos

Sistema de Reparo do Ligamento com técnica *InternalBrace™* para a Mão e o Punho

Descrição do Produto	Número do Item
Âncora DX SwiveLock SL, com olhal forçado, 3,5 mm × 8,5 mm, qtd. 2 Broca, canulada, 3,0 mm (para reparos para todas as suturas) Broca, canulada, 3,5 mm (para todos os reparos com incorporação do enxerto) Fios-guia com marcação de laser, 1,35 mm, qtd. 3 Medidor do Tendão, Sutures 2,0 mm e 2,5 mm FiberLoop® 2-0 com Agulha Cônica, qtd. 2 Sutura SutureTape	AR-8978-CP

Âncora DX SwiveLock® SL Individual

Descrição do Produto	Número do Item
Âncora DX SwiveLock SL, com olhal forçado, 3,5 mm × 8,5 mm, qtd. 2	AR-8978P



Esta descrição da técnica é fornecida como conteúdo educativo e recurso clínico para auxiliar o profissional da saúde devidamente credenciado no uso de produtos específicos da Arthrex®. Como parte desse uso profissional, o profissional médico deve usar seu julgamento profissional para tomar qualquer decisão final quanto a técnica e o uso do produto. Ao fazê-lo, o profissional médico deve confiar em seus próprios treinamento e experiência e deve conduzir uma análise detalhada da literatura médica pertinente e das instruções de uso do produto. O manejo no pós-operatório é específico de cada paciente e depende da avaliação do profissional responsável pelo tratamento. Os resultados variam de indivíduo para indivíduo, e nem todos os pacientes apresentam o mesmo nível de atividade e/ou os mesmos desfechos no pós-operatório.

Consulte as informações sobre a patente nos EUA em www.arthrex.com/corporate/virtual-patent-marking

© 2021 Arthrex, Inc. Todos os direitos reservados. | www.arthrex.com | LT1-00008-pt-BR_E