5. Contraindicaciones

- Paciente mayores de 16 años.
- Pacientes con peso mayor de 65 Kg.
- Aplicaciones en los niños o en los adultos que sean inadecuados para el diseño y la resistencia de la placa y no se ajusten a las indicaciones.



6. Características y Beneficios

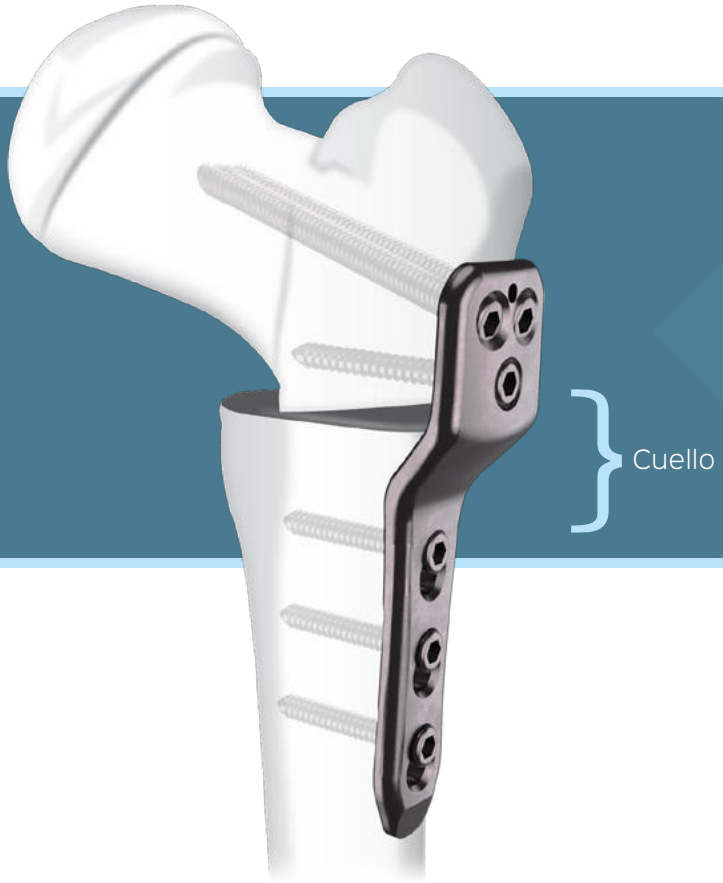
Diseño



Diseño

- Las placas pediátricas de cadera diseño Universal.
- Material en Acero.
- Dos tornillos dirección al Cuello de fémur.
- Un tornillos dirección al Cálcar.
- Tonillos de bloqueo o corticales en el vástago.

6. Características y Beneficios



Cuello

- Offset 8 mm placas de 3.5 mm.
- Offset 10 mm placas de 4.5 mm.

7. Técnica Quirúrgica

Osteotomía Varizante, Valguizante y de Rotación de Femúr Próximal

7.1. Determinación del ángulo de corrección.

7.2. Colocación del paciente y abordaje.

7.3. Inserción de agujas guía.

7.4. Osteotomía.

7.5. Fijación proximal y distal.

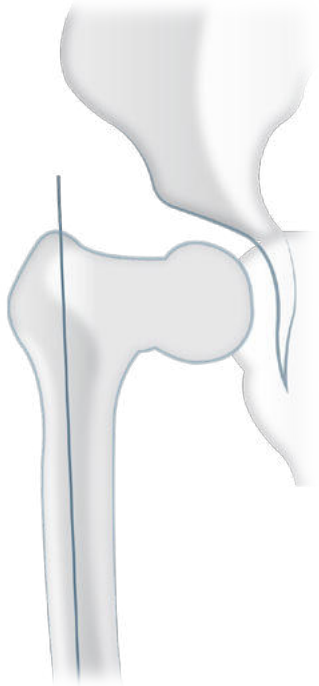
7.6. Medialización (si es necesario).



7. Técnica Quirúrgica

7.1. Determinación del ángulo de corrección.

Osteotomía Valguizante

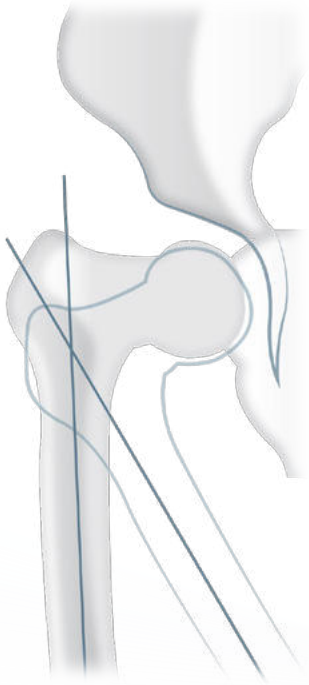


a. Aspecto funcional

La planificación funcional se basa en una radiografía AP de cadera despejada.

La creación de un plano de la porción proximal del fémur sobre la radiografía AP de cadera.

Rotación de este plano en torno al centro de la cabeza femoral hasta alcanzar una contención satisfactoria la diferencia entre los ejes en la radiografía AP y su eje anatómico en el plano radiográfico en torno al centro de la cabeza por otro nos dan el ángulo de corrección.



7. Técnica Quirúrgica

7.1. Determinación del ángulo de colocación o ángulo de ataque.

Osteotomía Valguizante

X= ángulo de ataque

Formula **X=** 150° - 30°

X= 120°

Aguja de colocación



Ángulo de ataque

Ángulo entre placa y tornillo 150°



ángulo de corrección *(determinado a partir de los aspectos funcional o anatómico)* este ángulo lo debe decir el especialista. *(ejemplo 30° para este caso).*

7. Técnica Quirúrgica

7.1. Determinación del ángulo de colocación o ángulo de ataque.

Osteotomía Varizante

Formula **X=** 110° + 30°

X= 140°

X= ángulo de ataque

Aguja de colocación



=

Ángulo entre placa y tornillo 110°



−

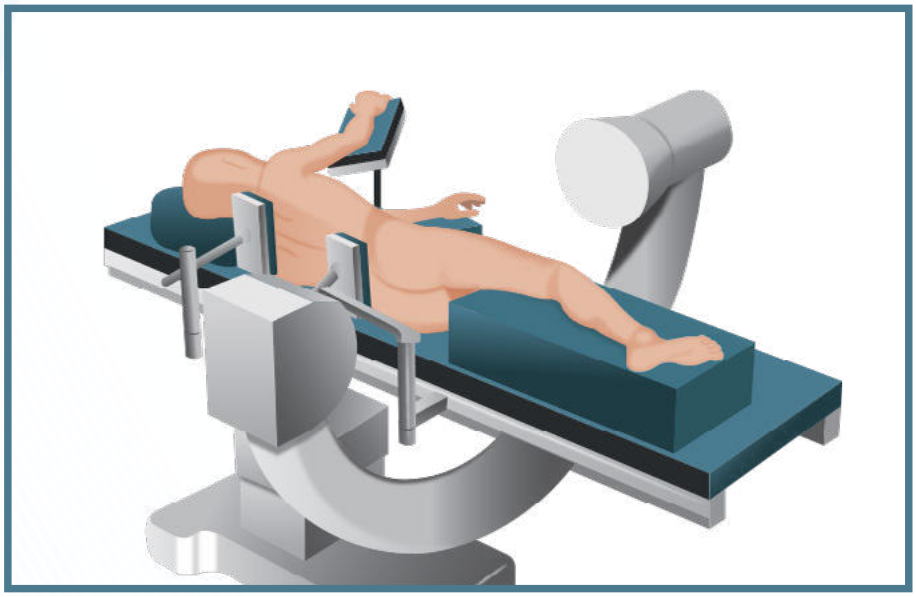
ángulo de corrección *(determinado a partir de los aspectos funcional o anatómico)* este ángulo lo debe decir el especialista. *(ejemplo 30° para este caso).*

Ángulo de ataque

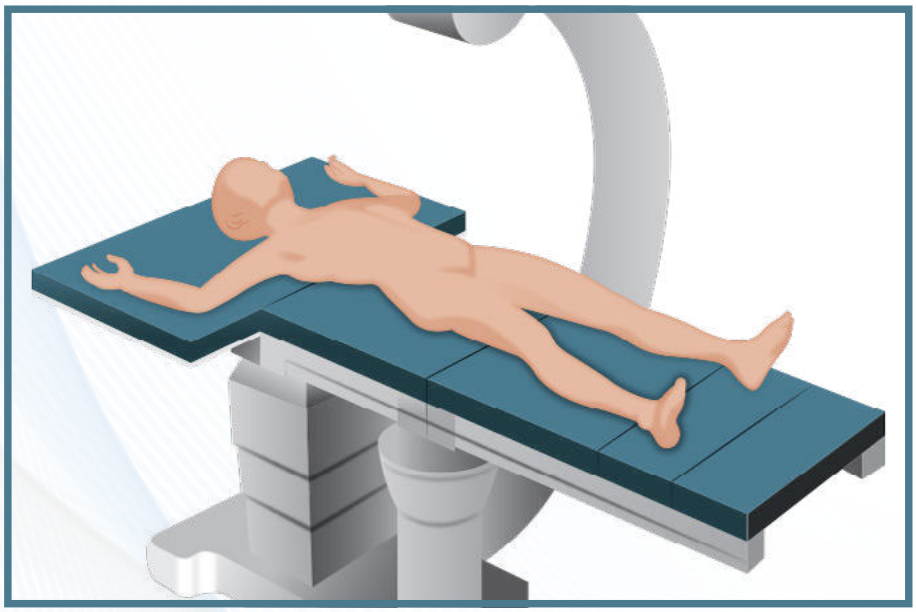
7. Técnica Quirúrgica

7.2. Colocación del paciente y abordaje

Posición y Abordaje



Coloque al paciente en decúbito supino o decúbito lateral. Para la posición en decúbito supino se recomienda utilizar una mesa radiotransparente.



Practique un abordaje lateral estándar a la porción proximal del fémur.

7. Técnica Quirúrgica

7.3. Inserción de agujas guía



a. Localización de la epífisis trocantérea y determinación de la antero - versión.

b. Inserción de la aguja guía de colocación.





7. Técnica Quirúrgica

7.3. Inserción de agujas guía

c. Inserción de las agujas guía para los tornillos proximales.





7. Técnica Quirúrgica

7.4. Osteotomía

OSTEOTOMÍA Valguizante:

Para las placas LCP 3.5: queda a 18 mm en sentido distal con respecto a las agujas guía.

Para placas LCP 5.0: La posición óptima de la osteotomía es a 23 mm en sentido distal con respecto a las agujas guía.



7. Técnica Quirúrgica

7.4. Osteotomía

OSTEOTOMÍA Varizante:

Para las placas LCP 3.5: queda a 10 mm en sentido distal con respecto a las agujas guía.

Para placas LCP 5.0: La posición óptima de la osteotomía queda a 13 mm en sentido distal con respecto a las agujas guía.



7. Técnica Quirúrgica

7.4. Osteotomía

OSTEOTOMÍA de Rotación o de desrotación:

Los patrones triangulares permiten ajustar el ángulo de corrección para rotación o desrotación.

Incluso sino tiene previsto realizar una rotación o desrotación, se recomienda insertar estas dos agujas Kirschner o hacer una marca en el hueso; de esta forma se garantiza que los dos fragmentos óseos queden fijados en la posición correcta.

