

+ Reparo

da sindesmose do tornozelo

Um pequeno guia de técnica de articulação



INVISIKNOT 
Ankle Syndesmosis Repair Kit

Introdução

Este guia técnico fornece uma descrição completa do procedimento de reparo da sindesmose do tornozelo usando o Kit de Reparo da Sindesmose do Tornozelo Smith+Nephew. O kit foi desenvolvido para uso com uma placa na presença de fratura associada da fíbula.* O kit é composto por uma estrutura de botão de sutura e um pino de passagem com ponta de broca de 3,5 mm.

O pino de passagem com ponta de broca de 3,5 mm é fornecido para a preparação do túnel ósseo através da fíbula e da tibia. A construção do botão de sutura é composta por dois botões, medial e lateral, conectados por fita de sutura de polietileno de ultra-alto peso molecular (UHMWPE), chamada de sutura ULTRATAPE[®]. O botão medial tem 3,25 mm x 10 mm de comprimento e possui uma sutura de passagem anexada a ele. A sutura ULTRATAPE possui um nó deslizante unidirecional, que permite a redução do botão lateral sobre o córtex lateral da fíbula. Este nó deslizante é montado dentro do botão lateral. Para reparos de fraturas, o botão lateral (**Figura 1**) é um pino semelhante a um botão com uma parte superior redonda, projetado para se encaixar dentro do orifício (ou ranhura) na placa de fratura.

Técnica Cirúrgica

Lesões sindesmóticas envolvem a ruptura das estruturas ligamentares estabilizadoras entre a fíbula distal e a tibia, bem como a ruptura do ligamento deltoide medialmente. Podem ocorrer com ou sem fraturas no tornozelo. A rotação externa forçada e a abdução do tornozelo alargam a mortise do tornozelo. O tálus empurra a fíbula distal lateralmente, afastando-a de sua articulação com a tibia distal. O estiramento ou ruptura da sindesmose, do deltoide e das estruturas ligamentares associadas resulta em diástase. Uma fratura da fíbula (geralmente acima da linha da articulação do tornozelo) pode estar envolvida em lesões mais graves.¹

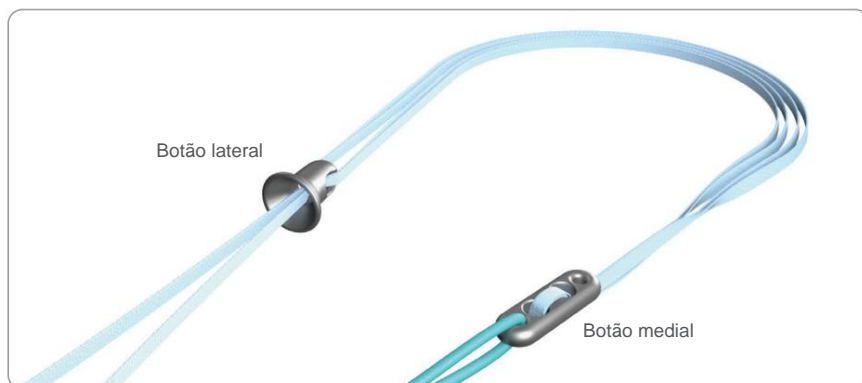


Figura 1. Construção INVISKNOT[®] : Fratura

O guia técnico a seguir foi elaborado em estreita colaboração com diversos médicos. Ele contém um resumo de técnicas e opiniões médicas com base em sua formação e experiência cirúrgica, juntamente com seu conhecimento do Sistema de Reparo de Sindesmose de Tornozelo INVISKNOT da Smith+Nephew.

A S+N não fornece aconselhamento médico e recomenda que os cirurgiões exerçam seu próprio julgamento profissional ao determinar o curso do tratamento de um paciente. Este guia é apresentado apenas para fins educacionais. **Para mais informações sobre os produtos desta técnica cirúrgica, incluindo indicações de uso, contraindicações, efeitos, precauções e advertências, consulte as Instruções de Uso (IFU) dos produtos.**

*O prato é adquirido separadamente, veja informações para pedidos.



Figura 2. Furo perfurado com pino de passagem de ponta de broca de 3,5 mm

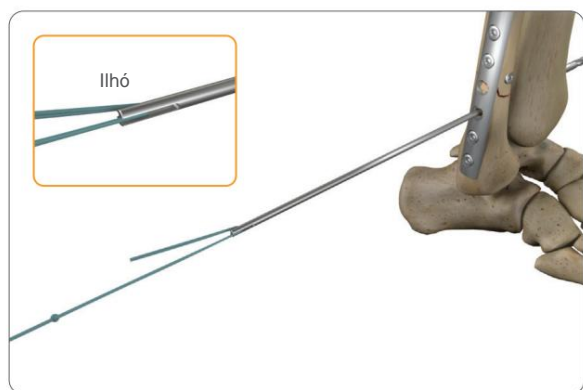


Figura 3. Passagem do conjunto de sutura no olhal do pino de passagem de 3,5 mm

Técnica

OBSERVAÇÃO: Ao tratar uma lesão sindesmótica com fratura fibular, a fratura deve ser fixada primeiro. Sempre que aplicável, utilize orientação fluoroscópica para garantir o posicionamento preciso do dispositivo e uma fixação estável.

1. Aproximadamente 3 a 4 cm acima da linha articular, use uma furadeira elétrica para avançar o pino de passagem da ponta da broca de 3,5 mm através de um ponto ligeiramente posterior ao ponto médio da fíbula no plano AP, visando o centro da tíbia (aproximadamente 30° anterior ao plano coronal) (**Figura 2**). Avance a broca até que a pele esteja tensionada na face medial da tíbia. Tome cuidado para evitar danos às estruturas neurovasculares ao passar o pino de passagem da ponta da broca.
2. Avance o pino de passagem através do orifício que está aproximadamente 4 cm acima da linha de articulação na placa de fratura Smith+Nephew. Certifique-se de que a localização da placa permita o reparo sindesmótico (**Figura 2**).
3. Faça um corte na pele com um bisturi para permitir a saída do pino de passagem. Desconecte a furadeira do pino de passagem.
4. Insira a sutura de passagem através do orifício no 3,5 mm pino de passagem da ponta da broca (**Figura 3**). Avance o pino de passagem da ponta da broca através da fíbula e da tíbia e recupere a sutura de passagem no lado medial da tíbia.

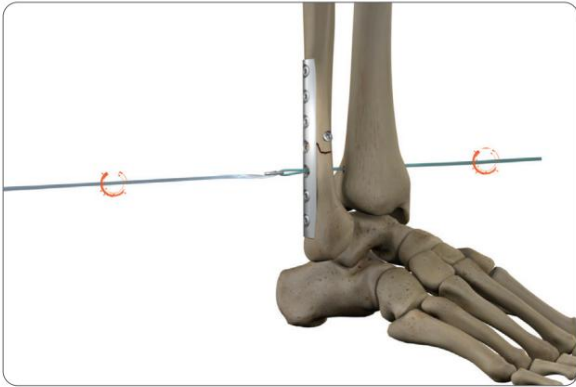


Figura 4. Estabeleça a tensão lateral segurando nos locais indicados



Figura 5. Imagem mostrando o botão medial posicionado nivelado no lado medial

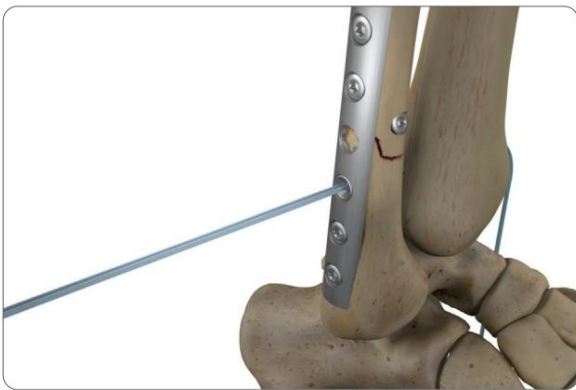


Figura 6. Botão lateral após redução

5. Estabeleça tensão segurando a fita de sutura entre os botões lateral e medial (**Figura 4**). Em um movimento contínuo, puxe a sutura de passagem medialmente para avançar o botão medial até que ele saia da tibia.
6. Gire o botão medial para colocá-lo nivelado com o córtex medial. Solte a sutura de passagem e puxe a fita de sutura no botão lateral (**Figura 5**). Confirme a posição e a orientação do botão.
7. Mantendo a tensão lateral na fita de sutura, puxe as pontas livres alternadamente para reduzir o conjunto até que o botão lateral esteja totalmente encaixado (**Figura 6**). Isso evitará o enrugamento da fita. Ajuste a tensão desejada.



Figura 7. Lado lateral mostrando o reparo concluído

8. Dê dois nós cirúrgicos para prender o botão lateral. Certifique-se de que os nós se encaixem dentro do canal do botão lateral.
9. Corte a fita de sutura. **A Figura 7** mostra o reparo concluído.
10. Corte e remova a sutura de passagem do botão medial.
11. Se for necessária a remoção do implante, corte a fita de sutura sobre o botão medial (isso não pode ser feito no botão lateral). Os botões e a fita podem ser removidos separadamente.

OBSERVAÇÃO: Não use o kit de fratura INVISIKNOT[®] sem a placa de fratura.

Cuidados pós-operatórios*

Imobilize o tornozelo com uma tala posterior ou gesso em posição neutra. O paciente pode ficar sem apoio de peso por 4 a 8 semanas, conforme o protocolo do cirurgião.

*As opiniões e pontos de vista expressos sobre cuidados pós-operatórios são exclusivamente dos cirurgiões e não refletem os pontos de vista da Smith & Nephew, Inc. Em nenhuma hipótese a Smith & Nephew, Inc. será responsável por quaisquer danos (incluindo, sem limitação, danos por perda de lucros comerciais, interrupção de negócios, perda de informações comerciais ou outras perdas pecuniárias) decorrentes do uso ou da incapacidade de usar as opiniões expressas.

Informações sobre pedidos

| Construções de sutura e botão de sindesmose do tornozelo | |
|--|---|
| Referência # | Descrição |
| 72204834 | INVISIKNOT [®] Kit de reparo da sindesmose do tornozelo, Fratura |

Placas de fratura disponíveis para uso com esta técnica*

| Sistema de revestimento de membros inferiores EVOS [®] SMALL | |
|---|--|
| Placas de compressão de travamento EVOS de 3,5 mm | |
| Placas de Reconhecimento de Bloqueio EVOS de 3,5 mm | |
| Placas de Reconhecimento EVOS de 3,5 mm | |
| Placas tubulares EVOS 3,5 mm com trava 1/3 | |
| Placas tubulares EVOS 3,5 mm 1/3 | |
| Placas de fíbula lateral distal EVOS 2,7/3,5 mm | |
| Placas EVOS de 3,5 mm para fíbula distal lateral | |

| |
|---|
| Placas EVOS PosteroLateral Distal de Fíbula** |
| Placas antiderrapantes EVOS PosteroLateral Distal Fibular |
| Arruela Dupla EVOS – Parafusos de 3,5 mm |
| Arruela EVOS – Parafusos de 3,5 mm |

Sistema de galvanoplastia travada de ângulo variável PERI-LOC VLP[®]

| |
|--|
| Placas de bloqueio posterolateral distal de fíbula PERI-LOC VLP 3,5 mm |
| Placas de bloqueio lateral distal da fíbula PERI-LOC VLP 3,5 mm |
| Placas tubulares de travamento de um terço PERI-LOC VLP de 3,5 mm |
| Arruela PERI-LOC VLP, diâmetro externo de 7,0 mm |

*Entre em contato com seu representante Smith+Nephew para obter informações sobre encomendar estes produtos.

**A placa foi projetada para ficar na parte posterior da fíbula distalmente e tem um contorno gradual que o posiciona na face lateral da fíbula, mais proximalmente. A face posterolateral da fíbula deve ser dissecada até o ponto em que o tendão peroneal possa ser identificado na extremidade distal da fíbula.

OBSERVAÇÃO: Devido a variações na anatomia do paciente e no contorno das placas EVOS Posterolateral Distal Fibular, o posicionamento correto do INVISIKNOT pode não se alinhar com nenhuma das opções de parafusos de 3,5 mm dentro da placa.

Instruções adicionais

Para encomendar os instrumentos utilizados nesta técnica, ligue para **+1 800 343 5717** nos EUA ou entre em contato com um representante autorizado da Smith+Nephew. Antes de realizar esta técnica, consulte a documentação de Instruções de Uso fornecida com cada componente – incluindo indicações, contraindicações, advertências, cuidados e instruções.

CUIDADO: A lei federal dos EUA restringe a venda deste dispositivo a médicos ou mediante prescrição médica.

Saiba mais em smith-nephew.com



Endoscopia
Smith & Nephew, Inc.
150 Minuteman Road
Andover, MA 01810

www.smith-nephew.com
Telefone +978 749 1000
Atendimento ao cliente nos
EUA: +1 800 343 5717

ªMarca registrada da Smith+Nephew.
Todas as marcas registradas são
reconhecidas. ©2021 Smith+Nephew. Todos os direitos reservados.
06082 V5 06/21

Referências

1. Porter, D. Avaliação e Tratamento de Lesões da Sindesmose do Tornozelo. Aulas do Curso Instrucional da AAOS. 2009; 58; 575-581.