

# PROTESIS DE PIE PLANO

## CONIC®

### DESCRIPCIÓN

La Prótesis de Pie Plano CONIC® está constituida por la prótesis propiamente dicha o taco, fabricado en polietileno y por un tornillo autorroscante, fabricado en acero inoxidable, para expandir la prótesis.

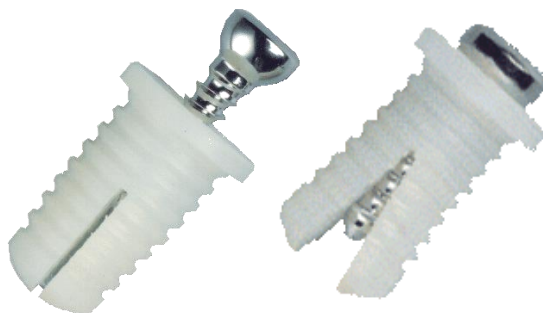
### INDICACIONES

Corrección del arco anteroposterior plantar.

- Edad: 9-12 años.
- Pie Plano Valgo tipo II-III.
- Asintomático y mínima sintomatología dolorosa.
- En tratamiento al menos 3 años (en la mayoría de los casos más de 5).

### IMPLANTES

REF.	DESCRIPCIÓN
PPM.900	Prótesis Pie Plano $\phi$ 6 x 12 mm.
PPM.901	Prótesis Pie Plano $\phi$ 8 x 15 mm.
PPM.902	Prótesis Pie Plano $\phi$ 10 x 18 mm.
PPM.903	Prótesis Pie Plano $\phi$ 12 x 20 mm.

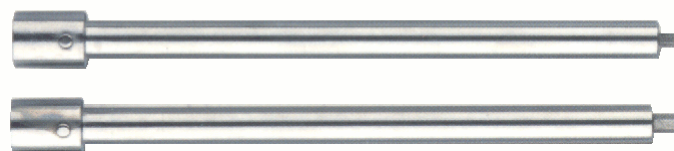


### INSTRUMENTAL

REF.	DESCRIPCIÓN
PPM.950	Dilatador 6 mm.
PPM.951	Dilatador 8 mm.
PPM.952	Dilatador 10 mm.
PPM.953	Dilatador 12 mm.



PPM.960	Destornillador Pequeño
PPM.961	Destornillador Grande



PPM.962	Mango Universal
---------	-----------------



# TÉCNICA OPERATORIA

## ORIENTACIÓN ANATÓMICA

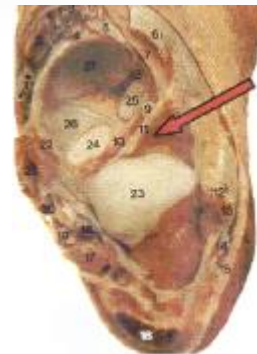
Delimitar el seno del tarso, ya que es la vía de entrada al conducto. Toma como referencia el borde anterior del maleolo peroneo, hacia arriba el borde inferior del cuello de astrágalo, abajo y adelante la apófisis anterior del calcáneo.



## INCISIÓN

Realizar una incisión de aproximadamente 5 mm., paralela al borde anterior del peroné con una dimensión de 1,5 cm. Únicamente sobre la piel. Evitar la sección del ligamento peroneoastragalino y del músculo pedio. Se inicia una disección roma con una pinza de Kelly con curvatura hacia atrás, en busca de la entrada del conducto del tarso. Es importante recordar que el conducto del tarso está orientado de adelante hacia atrás y de abajo hacia arriba.

La pinza debe introducirse prácticamente cerrada, haciendo pequeños movimientos circulares que permitan canalizar el conducto. *Es muy importante preservar intacto el tejido adiposo que rellena el seno del tarso, ya que eliminarlo o machacarlo podría propiciar la formación de un hematoma y posteriormente de una infección. Su destrucción también podría traer como consecuencia alteraciones propioceptivas del pie.*



## PREPARACIÓN DEL CONDUCTO

Iniciar la introducción de los dilatadores, empezando siempre por el nº 6 y cambiando de forma progresiva al 8, 10 ó 12, según se requiera. Debe evitarse la introducción forzada de los dilatadores más gruesos, ya que se corre peligro de reventar los ligamentos interóseos de la articulación subastragalina. **La estimación del grosor del dilatador ideal es arbitraria.** Durante este paso de la cirugía, se solicita al ayudante que haga un movimiento de inversión del pie, lo que abre lateralmente el conducto del tarso y facilita la entrada del dilatador. El cirujano determina la medida ideal al observar la corrección física de la pronación.



## INTRODUCCIÓN DEL IMPLANTE

Se colocan las primeras roscas del tornillo dentro del implante. Una vez se ha formado un módulo entre la prótesis y el tornillo, se toma el implante por su base con una pinza de Kelly, sin presionar para no dañarlo. Se procede a introducir la endortesis con movimientos semicirculares, hasta que se choque con el borde externo del conducto del tarso. La base del implante servirá de tope. Una vez que se tiene la seguridad de que el implante está ubicado en el conducto, se procede a introducir el tornillo hasta sentir que queda justo. No se debe forzar su roscado.

Se procede a suturar la piel con nylon 000 y se coloca un vendaje almohadillado o un enyesado durante quince días

