

La **Elección**
Adecuada

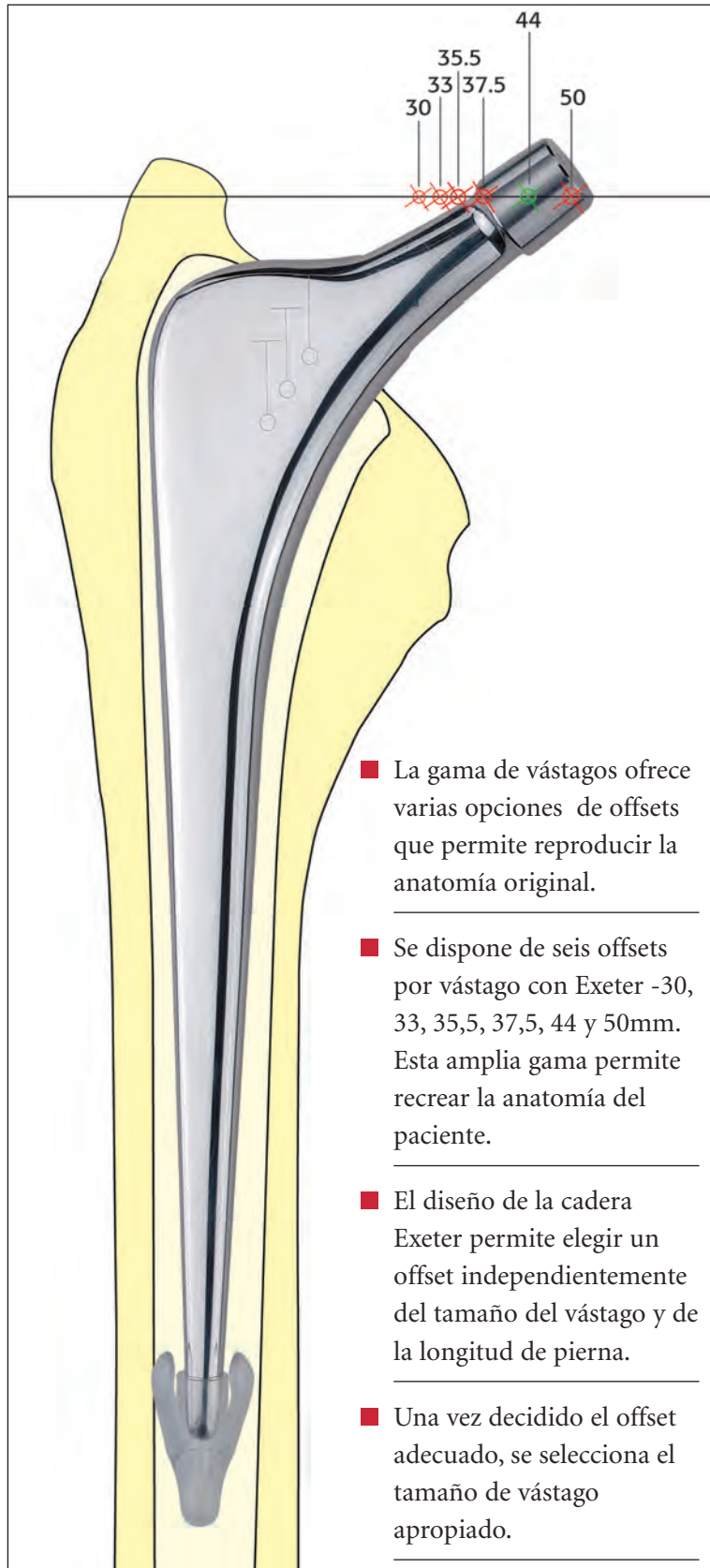


ExeterTM
sistema total

Soluciones Anatómicas

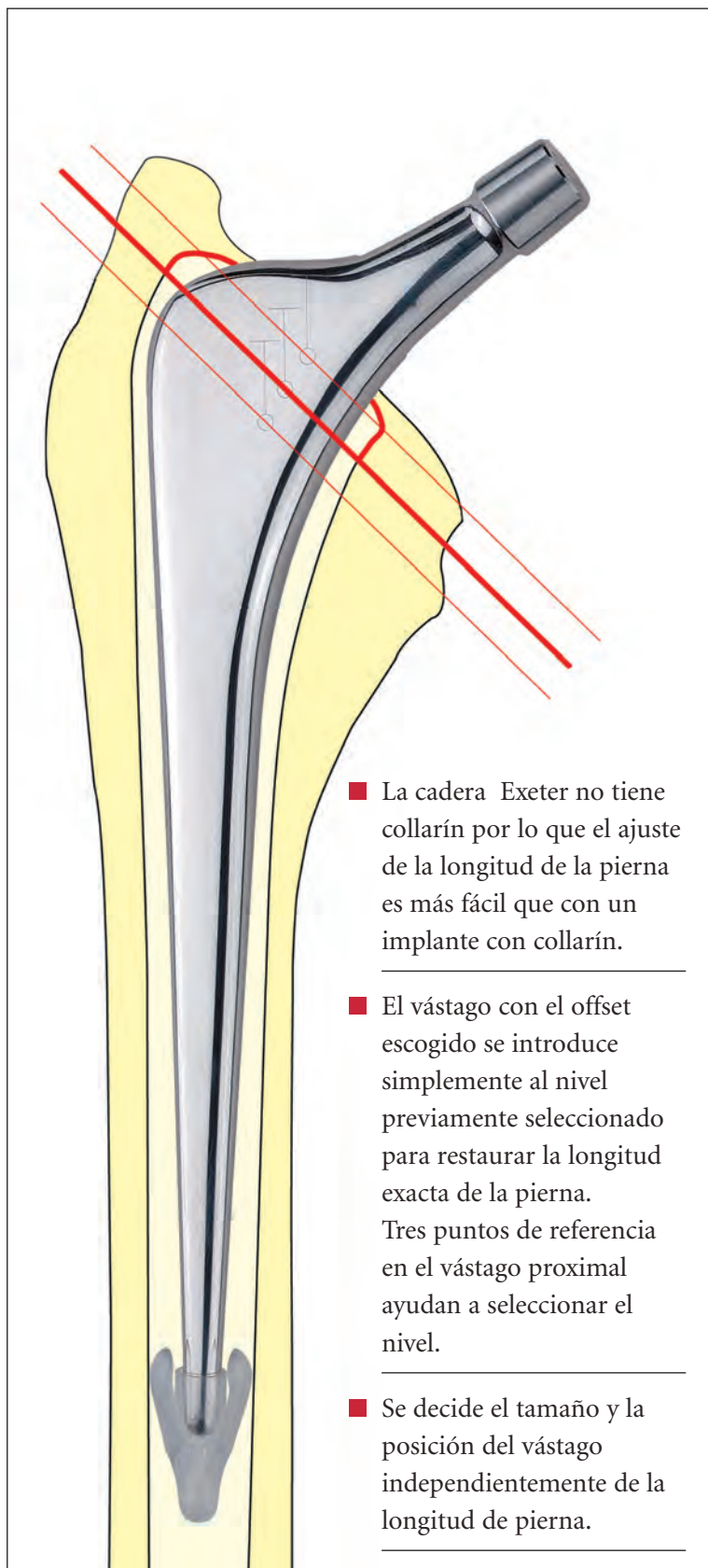
- Los objetivos de una prótesis total de cadera son:
 - Aliviar el dolor.
 - Aumentar la movilidad y la función.
- La consecución de una reconstrucción anatómica correcta permite optimizar estos objetivos.
- El diseño exclusivo de la cadera Exeter es de gran ayuda para restaurar la anatomía original correcta del paciente, porque ofrece tres opciones de cambio durante la intervención:
 - La longitud de la pierna.
 - El Offset.
 - La anteversión de vástago.Cada una de estas variables es independiente de las otras.
- Para minimizar el riesgo de dislocación, se pueden utilizar diferentes diámetros de cabeza. Cuando mayor es el tamaño de la cabeza, mayores son el arco de movimiento y la distancia de salto con menos pinzamiento y menos del riesgo de dislocación. “Las caderas totales de mayor diámetro son mas resistentes a la dislocación¹”.

■ Offset

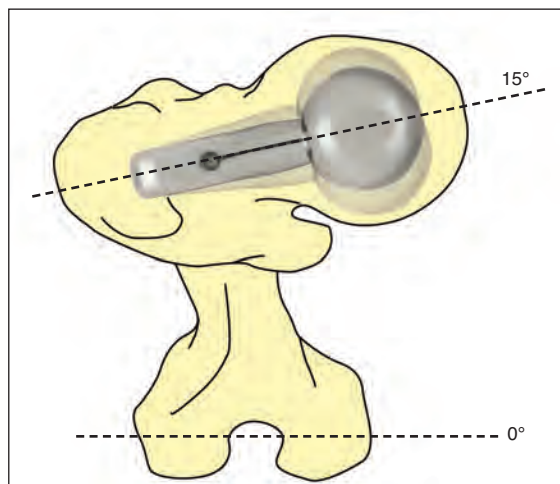


- La gama de vástagos ofrece varias opciones de offsets que permite reproducir la anatomía original.
- Se dispone de seis offsets por vástago con Exeter -30, 33, 35,5, 37,5, 44 y 50mm. Esta amplia gama permite recrear la anatomía del paciente.
- El diseño de la cadera Exeter permite elegir un offset independientemente del tamaño del vástago y de la longitud de pierna.
- Una vez decidido el offset adecuado, se selecciona el tamaño de vástago apropiado.

■ Longitud de pierna



■ Versión de vástago



- Se puede implantar la cadera Exeter en una anteversión natural (15 grados), en una anteversión superior o en retroversión según las indicaciones clínicas.
- Al tratarse de un implante cementado, la versión de vástago puede ser cambiada en el transcurso de la intervención, durante la preparación femoral y/o durante la implantación final.

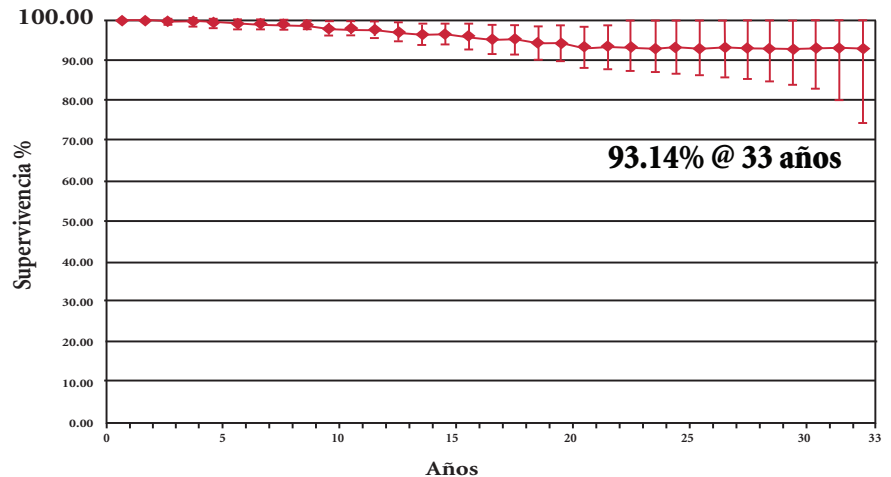
■ Estabilidad y tamaño de cabeza



- Se dispone de tamaños hasta 44 mm. de diámetro para utilizar con un cono V40™ con un mayor rango de movimiento y distancia de salto que así reducen la incidencia de luxación.

Estado clínico a 33 años

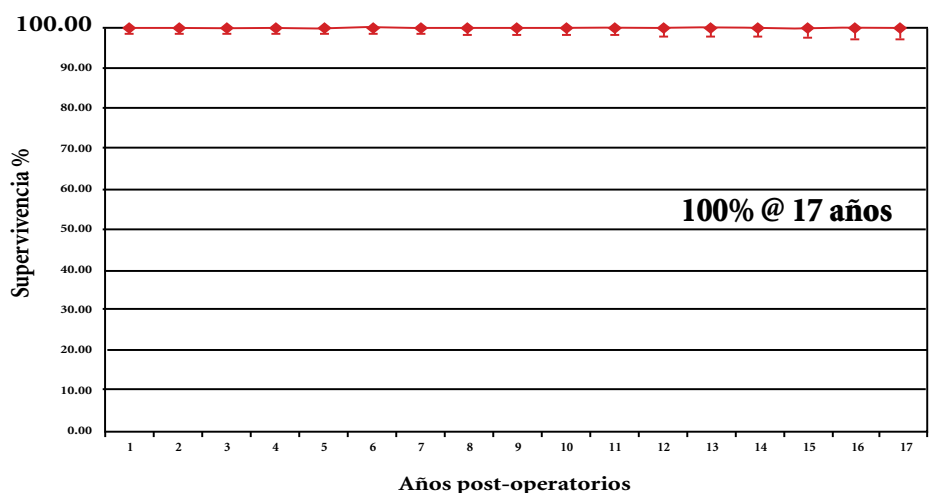
- De noviembre 1970 a finales de 1975, se implantaron 433 Caderas Exeter™ en el Hospital Ortopédico Princess Elizabeth en Exeter.
- El promedio de edad de los pacientes en el momento de la intervención fue 66,8 años. (de 30 a 84 años).
- De las 433 caderas, con revisión por aflojamiento aséptico del vástago, el índice de supervivencia después de 33 años de seguimiento es 93.14%².



**Vástagos pulidos originales Exeter™
Tasa de supervivencia sobre 33 años con revisión por
aflojamiento aséptico de vástago: (porcentaje)²**

Estado clínico a 17 años

- A los 17 años de seguimiento, el índice de supervivencia para los casos de revisión del componente femoral por aflojamiento aséptico fue 100%³.
- El seguimiento se hizo para todos los pacientes. Se supo el destino de cada implante.
- No fue una serie de un solo cirujano. Las intervenciones fueron realizadas por cirujanos con muy distintas experiencias.



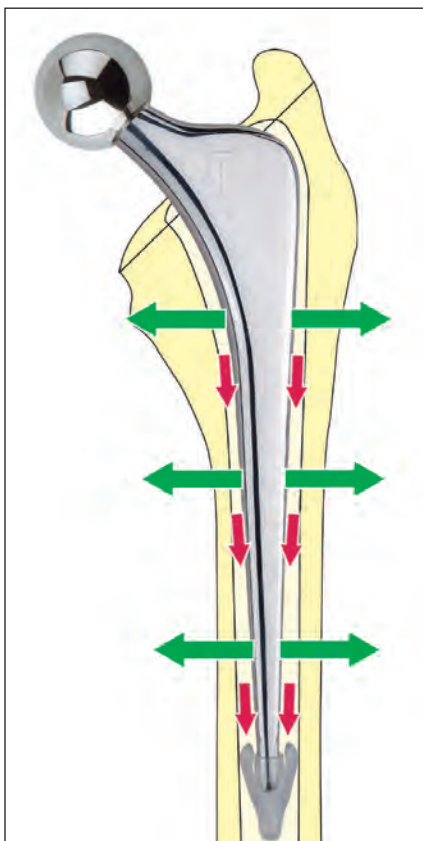
**Curva de supervivencia para una serie de 352 Caderas
Universales Exeter con revisión por aflojamiento aséptico³**

Una base de diseño exitosa

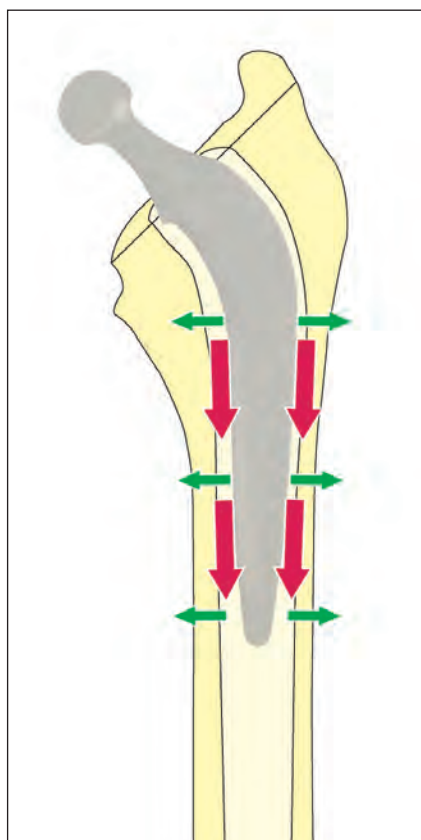
- El vástago pulido de doble cuña Exeter crea cargas de **compresión** radial como principal fuerza, a diferencia de un vástago no cuneiforme, con superficie no pulida, que crea una mayor fuerza de **cizallamiento** en su migración distal.
- Con una tasa de aflojamiento aséptico de sólo 0,5% a los 13-18 años⁴ de seguimiento, el éxito de la Exeter puede atribuirse al “principio de deslizamiento cónico”, resultado de la combinación del diseño cuneiforme y del acabado pulido de la superficie del vástago que permite el hundimiento de este ⁵.

- El Análisis Estereofotogramétrico Roentgen (RSA) mostró que el vástago pulido Exeter presentaba una migración distal en la interfaz cemento-implante distal. El diseño no pulido no solo migraba en la interfaz cemento-implante, sino también en la interfaz cemento-hueso. Una migración en la interfaz cemento-hueso puede interferir en la fijación de la prótesis ⁶.

- Los estudios RSA mostraron también unas diferencias significativas en una migración posterior de la cabeza más rápida en la prótesis pulida Exeter que en las de diseño no-pulido. El hundimiento del vástago cónico, pulido y sin collarín dentro del manto de cemento comprime las interfaces y las hace más resistentes a las fuerzas de cizallamiento generadas por las cargas directas aplicadas sobre la cabeza femoral. Los vástagos cónicos, pulidos y sin collarín son más versátiles que los diseños convencionales⁷.



Pulido



No pulido

Exeter™

La Elección
Adecuada

CÓTILO EXETER™ ▶



**CÓTILO CON REBORDE
◀ CONTEMPORARY™**

**CÓTILO CON ALETA
CONTEMPORARY™ ▶**



**CÓTILO CEMENTADO
RETENTIVO ▶**



Soluciones Acetabulares

MITCH TRH™

- CABEZA MODULAR DE GRAN DIÁMETRO
- CÓTILO DE RESURFACING ▶



CÓTILO TRIDENT® CON REVESTIMIENTO HA - INSERTO X3™ ▶



CÓTILO TRIDENT® CON REVESTIMIENTO HA - INSERTO DE CERÁMICA ▼

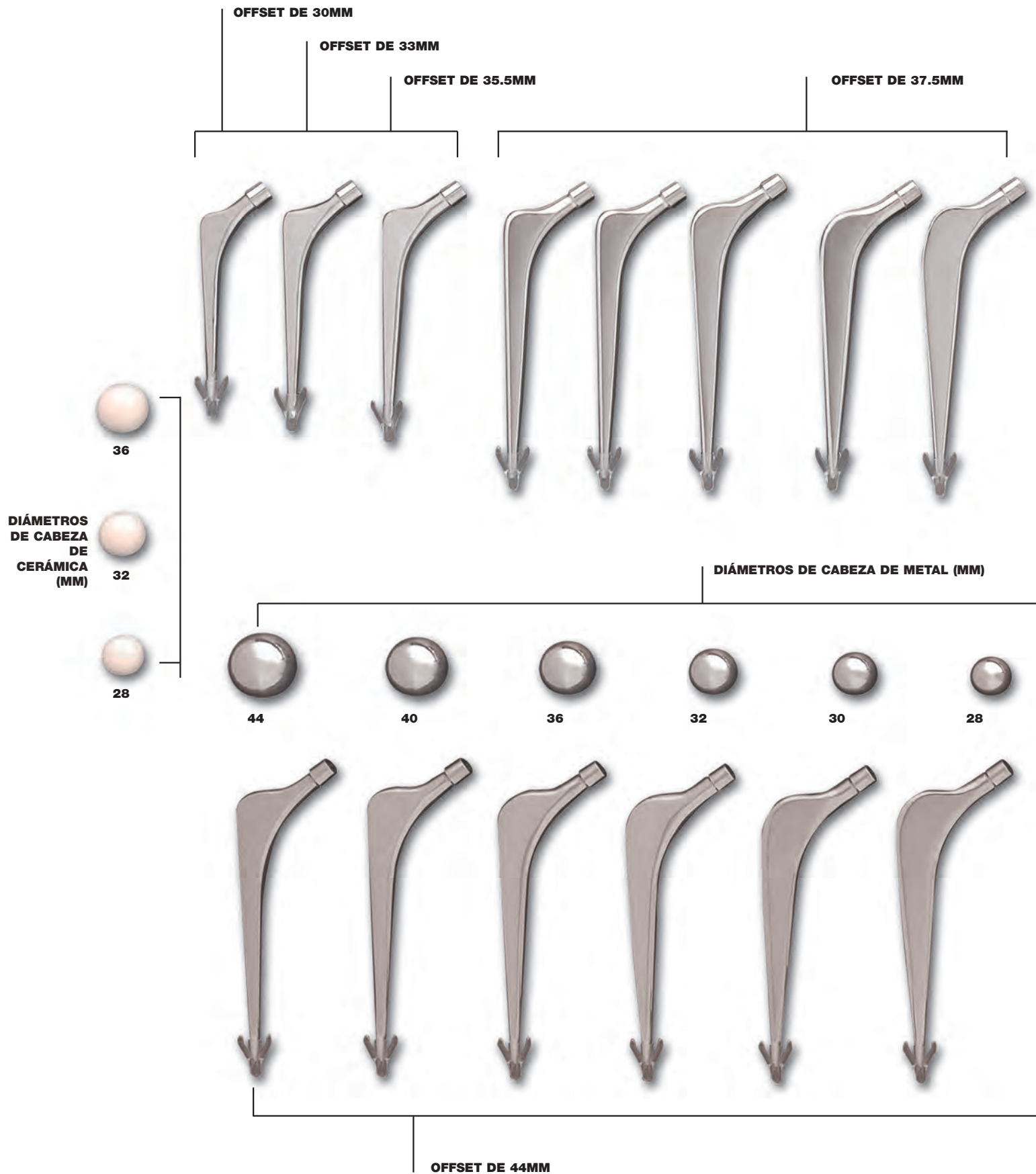


CÓTILO ABG®II CON REVESTIMIENTO HA - INSERTO DE CERÁMICA ▼



Exeter™

La Elección Adecuada



Soluciones Femorales

VÁSTAGO DE REVISIÓN CORTO

OFFSET DE 44MM



VÁSTAGO DE REVISIÓN LARGO TOTALMENTE CÓNICO

**205MM
OFFSET DE 37.5MM
OFFSET DE 44MM**



OPCIONES DE VÁSTAGO LARGO OFFSET DE 44MM

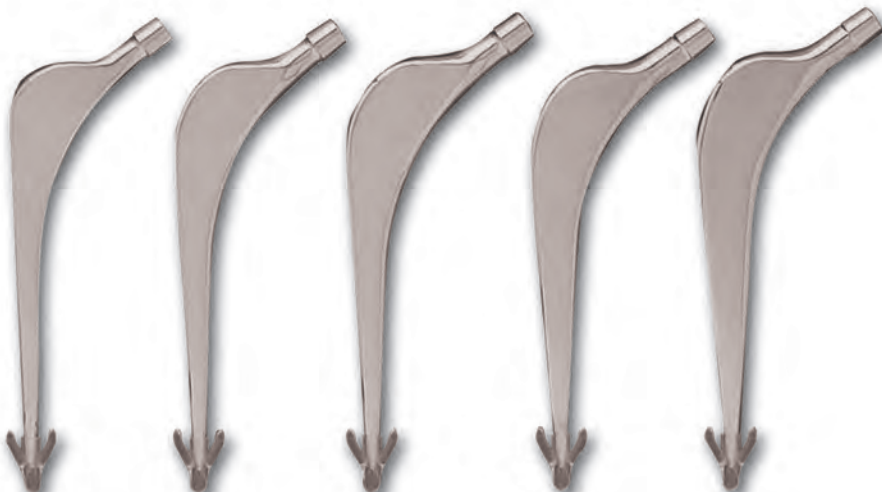
**200MM
220MM
240MM
260MM**



26



22



OFFSET DE 50MM

X-change®

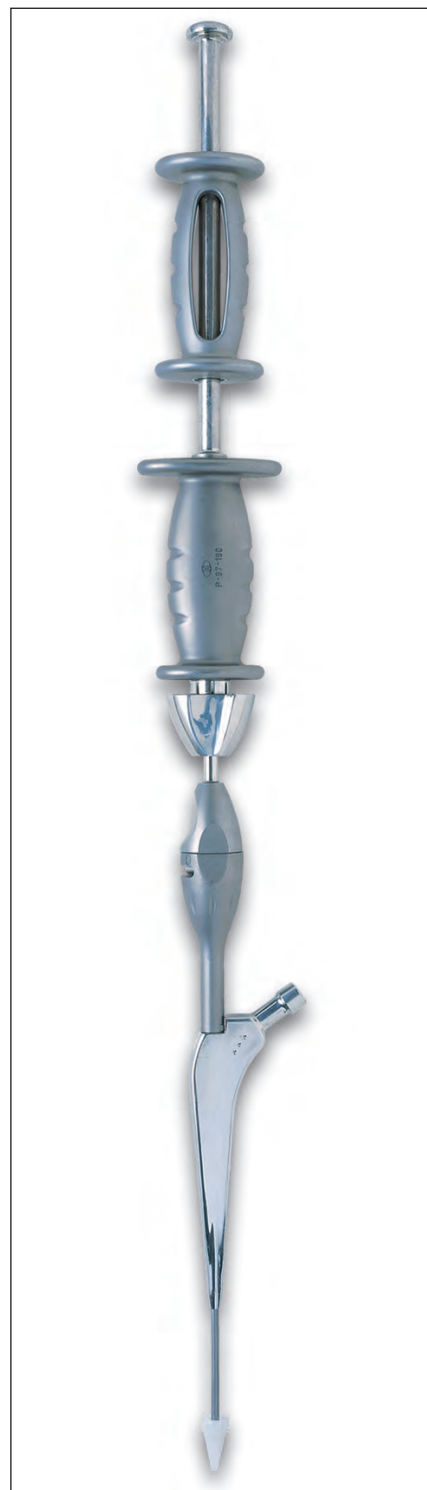
sistema de instrumentación de revisión

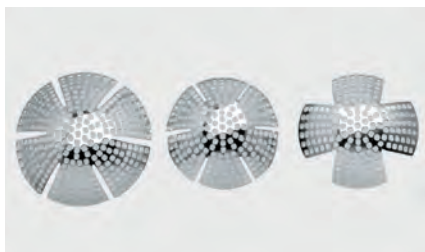
■ El sistema de instrumentación de revisión X-change®, diseñado para restaurar el stock óseo con la utilización de aloinjertos permite:

- la creación controlada de una cavidad femoral cónica
- la creación controlada de una cavidad acetabular
- la creación controlada de un manto completo de cemento

■ El resultado histológico de unos estudios post-mortem en pacientes en los que fue impactado injerto óseo muestra que una gran parte del injerto es sustituido por hueso vivo con un contacto directo entre el hueso y el cemento acrílico, sin la interposición de membrana fibrosa⁸.

■ El sistema X-change ha sido diseñado específicamente para ser utilizado con la cadera EXETER® y presenta una gama completa y sofisticada de instrumental femoral y acetabular.





■ MALLA DE PARED MEDIAL

El diseño en forma de 'Pétalo' permite constreñir el injerto en el acetábulo. Los pétalos pueden ser recortados para obtener la forma deseada.



■ MALLA PARA BORDE ACETABULAR

Se dispone de tres tamaños para reforzar los bordes del acetábulo.



■ MALLA FEMORAL

Permite al cirujano reforzar el fémur antes de impactar el injerto.

■ MALLA FEMORAL ANATÓMICA

Permite reconstruir la zona calcar. Esta diseñada para reforzar la parte proximal del fémur en su totalidad.



■ MALLA PLANA

Puede ser utilizada siempre y cuando se necesite reforzar el hueso. La malla puede ser recortada al tamaño deseado.



■ TORNILLOS X-CHANGE®

Se dispone de estos tornillos autorroscantes para fijar la malla al hueso. Existen en 6 longitudes (de 10 a 35 mm.)

1. Large versus Small Head in MOM THA
J M Cuckler et al; J Arth Vol 19, No 8, Suppl 3, 2004.
2. History and Development of the Exeter Hip, 2nd Edition,
by Professor R S M Ling.
3. Exeter Universal Cemented Femoral Component at 14 to 17 Years:
An Update on the First 325 Hips. Presentation at British Hip Society,
March 2006 N Carrington, R Sierra, G A Gie, A J Timperley,
M W Hubble, R S M Ling and J R Howell.
4. Experience with the Exeter Total Hip Replacement since 1970. JL
Fowler, GA Gie, AJC Lee, RSM Ling. Orthopaedic Clinics of Nth
America 1988; 19:477-489.
5. Femoral Stem Fixation. An engineering interpretation of the long-
term outcome of Charnley and Exeter stems. G Shen. J Bone Joint
Surg(Br) 1998;80-B:754-6.
6. Cement migration after THR. A comparison of Charnley Elite and
Exeter femoral stems using RSA. Alfaro-Adrian, HS Gill, DW
Murray. J Bone Joint Surg(Br) 1999;81-B:130-4.
7. Should Total Hip Arthroplasty Femoral Components be Designed to
Subside? A Radiostereometric Analysis of the Charnley Elite and
Exeter Stems. J Arthroplasty 2001, Vol 16, No 5 598-606.
8. Histology of Cancellous Impaction Grafting in the Femur. RSM Ling,
AJ Timperley, L Linder. J Bone Joint Surg(Br) 1993;75-B:693-6.

Joint Replacements

Trauma

Spine

Micro Implants

Orthobiologics

Instruments

Interventional Pain

Navigation

Endoscopy

Communications

Patient Handling Equipment

EMS Equipment

Stryker Iberia, S.L.

Oficina Central:
Manuel Tovar, 35
28034 Madrid - España
Tel.: +34 917 283 500 Fax: +34 913 580 748

Delegación Barcelona:
Aragó, 208-210
08011 Barcelona - España
Tel.: +34 934 527 440 Fax: +34 934 527 442

www.stryker.es

La información de este folleto presenta un producto STRYKER. Antes de utilizar cualquier producto STRYKER debe leer la información de acompañamiento del embalaje, las instrucciones de uso y el etiquetado del producto. Si no se siguen, STRYKER no se hace responsable de las consecuencias que pudieran derivarse. La disponibilidad de los productos en los diferentes mercados depende de las regulaciones y prácticas médicas existentes. Póngase en contacto con STRYKER Iberia, S.L. para cualquier pregunta referente a la disponibilidad de productos en su área.

STRYKER se reserva el derecho a introducir modificaciones técnicas. Este folleto debe ser exclusivamente para la oferta y compraventa de nuestros productos. Está prohibida la reimpresión completa o parcial. En caso de uso indebido nos reservamos el derecho a tomar las medidas legales oportunas.

Los productos marcados [™] son marca STRYKER.
Los productos marcados [®] son marca registrada STRYKER.