

stryker®

# ACCOLADE II

Sistema femoral de cadera

Técnica  
quirúrgica



## INDICACIONES

Las indicaciones de uso de las prótesis para reemplazo total de cadera incluyen:

- Artropatía degenerativa no inflamatoria, incluida la artrosis y la necrosis avascular;
- Artritis reumatoide;
- Corrección de deformidad funcional;
- Procedimientos de revisión donde otros tratamientos o dispositivos han fracasado; y
- Tratamiento de pseudoartrosis, fracturas del cuello femoral y fracturas trocantéricas del fémur proximal con afectación de la cabeza que no se puede tratar con otras técnicas.

*Indicación adicional específica para el uso de vástagos femorales ACCOLADE II con productos compatibles Howmedica Osteonics:*

- Cuando el vástago se va a usar con productos compatibles Howmedica Osteonics, el dispositivo está pensado para su uso en pacientes en cirugía primaria o de revisión con un elevado riesgo de luxación de cadera debido a una historia previa de luxación, pérdida ósea, laxitud del tejido blando, enfermedad neuromuscular o inestabilidad intraoperatoria.

Los vástagos femorales Accolade II están diseñados exclusivamente para un uso no cementado así como para procedimientos totales y de hemiartroplastia.

## CONTRAINDICACIONES

- Infección activa o infección latente en la articulación de la cadera o cerca de esta;
- Reserva ósea que resulta inadecuada para el soporte o la fijación de la prótesis;
- Inmadurez esquelética;
- Cualquier trastorno mental o neuromuscular que pueda generar un riesgo inaceptable de inestabilidad de la prótesis, fijación insuficiente de la prótesis o complicaciones en el cuidado posoperatorio.
- Obesidad. Un paciente obeso o con sobrepeso puede ocasionar cargas en el dispositivo que pueden provocar el fracaso de la fijación del dispositivo o el fallo del dispositivo mismo.

## ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES

Consulte el prospecto para obtener información acerca de las advertencias, las precauciones, los efectos secundarios y demás información esencial del producto.

Antes de usar el instrumental ACCOLADE II, compruebe que:

- El instrumental se ha desmontado correctamente antes de su limpieza y esterilización;
- El instrumental se ha montado debidamente después de esterilizarlo;
- El instrumental sigue manteniendo la integridad del diseño; y
- Están disponibles las configuraciones de tamaño adecuado.

## ÍNDICE

Planificación preoperatoria . . . . .	2
Resección del cuello femoral . . . . .	3
Preparación del canal femoral . . . . .	4-5
Fresado . . . . .	6-7
Reducción de prueba . . . . .	8-9
Implante del vástago . . . . .	10-11
Reducción final . . . . .	12
Información sobre el implante . . . . .	13
Instrumental . . . . .	14-17

*Para ver las instrucciones de limpieza y esterilización del instrumental quirúrgico, consulte el prospecto del instrumental.*

# ACCOLADE II

## Sistema femoral de cadera

El sistema femoral de cadera ACCOLADE II es un vástago femoral diseñado para su aplicación sin cementar de ajuste a presión. La región proximal del vástago está recubierta de PureFix HA sobre un sustrato de plasma spray de titanio comercialmente puro. La cuña morfométrica, una evolución del diseño en cuña, se caracteriza por su curvatura medial, variable y específica según el tamaño. El sistema femoral de cadera ACCOLADE II es adecuado para diferentes abordajes quirúrgicos, incluido el abordaje anterior directo.

El sistema completo incluye lo siguiente:

- 12 tamaños del 0 al 11
- Dos opciones de lateralización anatómica para cada tamaño

El vástago está diseñado para su uso con cabezas femorales Stryker V40 y sus componentes acetabulares compatibles.

El sistema de cadera ACCOLADE II incluye una instrumentación solo de fresas que se acomoda a todos los abordajes quirúrgicos y que se ha optimizado para su eficiencia quirúrgica.

## Técnica quirúrgica

Stryker Orthopaedics desea agradecer a los siguientes cirujanos ortopédicos por su apoyo en el desarrollo de las técnicas quirúrgicas del sistema ACCOLADE II:

Dr. Richard Rothman  
Dr. Dermot Collopy  
Dr. David Jacofsky  
Dr. Frank Kolisek  
Dr. Art Malkani

Esta publicación establece procedimientos recomendados detallados para utilizar los dispositivos e instrumentos de Stryker Orthopaedics. Ofrece directrices que debería tener en cuenta, pero como sucede con toda guía técnica de este tipo, cada cirujano debe considerar las necesidades especiales de cada paciente y realizar los ajustes adecuados cuando sea necesario y según corresponda.



# PASO 1

## PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA

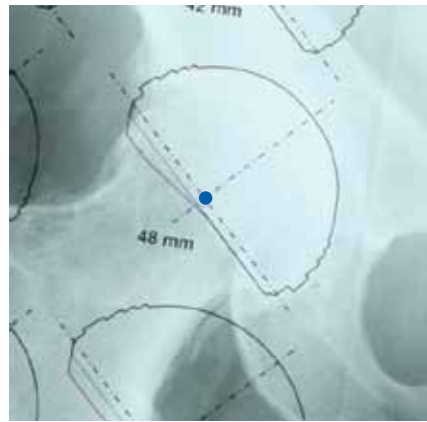


Figura 1

La planificación preoperatoria ayuda a determinar el estilo y el tamaño del implante. El proceso de planificación preoperatoria debe tener en cuenta factores cualitativos y cuantitativos (incluida la calidad, densidad y morfología óseas del paciente) para evaluar y seleccionar el instrumental y el sistema de implante adecuados para el paciente.

Coloque la plantilla del acetábulo sobre la radiografía (Figura 1). Asegúrese de que el cotilo está bien centrado dentro del acetábulo y que el tamaño es el correcto entre la lágrima y el borde superior. Después de realizar la medición en el acetábulo, marque el centro de rotación (representado por un punto azul).



### Consejo

**Dr. Richard Rothman**  
La medición es un aspecto importante de la planificación preoperatoria, pero solo debe servir de guía. La decisión final sobre el ajuste, el tamaño y la tensión del tejido blando se debe tomar en el quirófano.



Figura 2

El ACCOLADE II tiene dos opciones de lateralización: la lateralización estándar del ángulo de cuello de 132° y la lateralización alta del ángulo de cuello de 127°. Elija la plantilla ACCOLADE II para la que el vástago logra la implicación cortical medio-lateral en los dos tercios proximales del vástago y recree la longitud de pierna y la lateralización deseadas (Figura 2). Para ambas opciones de lateralización 132° y 127°, la plantilla tiene marcas que indican el centro de la cabeza del fémur para distintas opciones de lateralización de cabeza.

El cambio previsto en la lateralización y la longitud de la pierna se determina en función de la posición relativa a las marcas del centro de rotación de los componentes femoral y acetabular. Por ejemplo, si una determinada marca de centro de rotación del componente femoral es superior a la marca del centro de rotación del componente acetabular, se hace una estimación de cuál será el alargamiento de la pierna. El cambio que se desea en la longitud de la pierna viene determinado por la desigualdad en la longitud radiográfica de la pierna que se determinó previamente. Si se requiere un alargamiento de la pierna de 8 mm para igualar la longitud de las piernas, la marca del centro de rotación del componente femoral debería estar posicionada 8 mm por encima de la marca del centro de rotación del componente acetabular.



Figura 3

Se opta por el tamaño del vástago y la lateralización de la cabeza que más se aproxime a este objetivo. El cambio previsto en la lateralización también se tiene en cuenta al comparar la posición medial/lateral relativa de las marcas del centro de rotación de los componentes femoral y acetabular. La plantilla se debe usar para estimar los componentes finales que más fielmente restauren la lateralización normal de la cadera del paciente.

Una vez estimado el tamaño final del vástago y determinada su posición, el nivel de resección del cuello se debe anotar (Figura 3). Esto se utilizará como referencia durante la resección intraoperatoria del cuello.



### Consejo

**Dr. David Jacofsky**  
Es posible que tenga que ajustar el tamaño del vástago obtenido mediante la plantilla y el nivel de resección del cuello si la longitud de la pierna no se puede realizar únicamente cambiando la lateralización de la cabeza o el ángulo del cuello.



### Plantillas

**ACCOLADE II**  
Plantillas de acetábulo  
Lit# LTEM105



Las plantillas de acetábulo incluyen una ampliación del 20%.

# PASO 2

## RESECCIÓN DEL CUELLO FEMORAL



Figura 4

Un nivel de resección adecuado afecta directamente a la colocación final del vástago femoral. Al usar las marcas anatómicas utilizadas como referencia durante la planificación radiológica preoperatoria, la resección de cuello planificada previamente se realiza con una sierra oscilante y con ayuda de la Guía de resección de cuello. La guía ayuda al cirujano a determinar la orientación y la colocación correcta del vástago. Una vez realizada la planificación preoperatoria, la guía se coloca en la cara anterior/posterior del fémur proximal expuesto y el corte femoral planificado se marca usando el instrumental que elija. Se debe tener cuidado de alinear el cuerpo de la guía con el eje del canal femoral (Figura 4).



### Instrumental

Guía de resección del cuello  
1020-1100



# PASO 3

## PREPARACIÓN DEL CANAL FEMORAL

Para ayudar a garantizar la orientación final del vástago, es preferible el sesgo lateral durante la preparación del implante. La retracción del glúteo medio y la extracción del hueso cortical lateral en la inserción piramidal permitirá una introducción axial real del instrumental y el implante. Se puede usar un osteótomo o una gubia para extraer el hueso de esta zona (Figura 5).

Figura 5



### Consejo

**Dr. Art Malkani**  
Extraiga el hueso lateral cortical en la fosa piriforme para obtener el ajuste proximal ideal y minimizar el riesgo de que el tamaño sea insuficiente o la colocación del varo del componente femoral.



Figura 6

El sistema de cadera ACCOLADE II es un sistema solamente de fresado. Mientras que es necesario el uso de una fresa iniciadora axial, no es necesario utilizar una fresa cilíndrica para preparar el canal femoral. La fresa iniciadora axial se usa con el mango en "T" para abrir el canal femoral y ayudar a determinar la orientación del eje femoral. El diseño cónico permite acceder al canal y se gradúa a lo largo de las estrías, que ayudan a tener una referencia durante la inserción en el canal. Haga avanzar la fresa iniciadora axial en el canal femoral hasta una profundidad en la que la primera marca de graduación está alineada con la cara medial de la resección de cuello (Figura 6).

Una ligera presión lateral en la fresa durante la operación ayudará a preparar el canal femoral en la orientación neutral del implante.



### Nota

Se debe tener cuidado de no hundir la fresa iniciadora por debajo de la primera marca de graduación, con el fin de permitir la presión adecuada de ajuste del implante.



### Instrumental

**Osteótomo**  
1601-1210



**Mango modular ortonómico**  
1020-2900



**Martillo**  
1120-1000



**Fresa axial de inicio**  
1020-1200



**Mango en "T" ortonómico**  
1101-2200



# PASO 4

## FRESADO



Figura 7

A continuación, el fresado se lleva a cabo empezando por la fresa de tamaño 0. La fresa se debe orientar hacia lo largo del eje en la forma oblonga creada por la resección del cuello (Figura 7).



### Nota

Las fresas del sistema ACCOLADE II se pueden identificar de manera correcta de varios modos.

- 1) El tamaño de la fresa está grabado en los lados anterior y posterior.
- 2) El tamaño viene marcado en la parte superior del tetón de la fresa.
- 3) La punta lateral distal de la fresa está pulida.
- 4) Número de referencia 1020-52xx



### Nota

Las fresas Accolade y ACCOLADE II no se pueden usar indistintamente.



### Consejo

**Dr. Art Malkani**  
Durante el fresado, incline lateralmente la fresa para llenar el fémur proximal y minimizar las consecuencias de que el implante sea de un tamaño insuficiente.



Figura 8

Raspe de manera secuencial hacia arriba en la zona indicada hasta lograr el tamaño adecuado. Los indicios del cirujano para una fijación firme y el tamaño final incluyen 1.) modificación en el aumento del tono del sonido a través de los golpes en el mango de la fresa, 2.) un aumento en la resistencia al avance y 3.) la ausencia de más movimiento.

Dos ranuras en las superficies anterior y posterior del fémur actúan como punto de referencia para ayudar al cirujano a visualizar el avance de la fresa hacia el fémur (Figura 8).

Confiar únicamente en la altura de la resección del cuello para determinar la altura final de asentamiento puede conducir a determinar el tamaño de forma incorrecta, así como a una fijación inadecuada de los componentes.

La fresa final debe asentarse con firmeza contra el hueso cortical medial y lateral (Figura 9).



### Consejo

**Dr. Art Malkani**  
La estabilidad rotacional se debe evaluar en este momento aplicando fuerza de torsión al mango de la fresa. Si existe movimiento de torsión, la fresa se debe asentar aún más o se debe optar por la fresa del siguiente tamaño más grande.



### Consejo

**Dr. Frank Kolisek**  
Si la fresa o el vástago se detienen por encima o por debajo de la resección de cuello original, la longitud de la pierna y la tensión del tejido blando se deben volver a evaluar durante las pruebas intraoperatorias. No fuerce la fresa ni el vástago al nivel de resección. Esto aumentaría el riesgo de fractura del fémur proximal.

En general, si una fresa se hunde por debajo del nivel de resección del cuello, continúe con la fresa siguiente más grande. Si la resección del cuello se considera más alta de lo que cabía desear, quite la fresa y realice una nueva resección a menos altura.



Figura 9

Para lograr la fijación adecuada del implante, es imprescindible mantener la alineación axial de la fresa en el canal en todo momento. Por lo general, la rotación de la fresa se alinea de forma automática.

Una vez llegue al tamaño y la profundidad finales de la fresa, desacople la fresa del mango, de modo que la fresa quede totalmente asentada en el canal femoral.



### Consejo

**Dr. Frank Kolisek**  
La creación de plantillas preoperatorias sirve como guía. No siga golpeando la fresa más fuerte solo porque no haya alcanzado el tamaño de la plantilla que se creó.

## PASO OPCIONAL



Figura 10A

Monte el alisador del calcar en el adaptador del motor de la fresa. Guíe el alisador del calcar sobre el tetón de la fresa asegurándose de que el alisador del calcar está alineado en el plano axial con el tetón, además de estar estable. Ponga en marcha el motor antes de entrar en contacto con el fémur y haga avanzar lentamente el alisador del calcar hacia la fresa utilizando una alimentación continua hasta que el tope positivo del alisador de calcar entre en contacto con la superficie de la fresa y se extraiga el hueso (Figura 10A). Si no acciona el alisador del calcar de acuerdo con las instrucciones mencionadas puede provocar lesiones al fémur.



Figura 10B

En el caso de que el alisador del calcar no pueda acoplarse totalmente al tetón de la fresa (Figura 10B), quite la fresa y lleve a cabo una nueva resección a un nivel inferior. Otra alternativa es sopesar la posibilidad de usar una fresa de mayor tamaño.



### Instrumental

Porta fresas  
1020-1460



FRESA ACCOLADE II  
Tamaño 0-11  
1020-52xx



Martillo  
1120-1000



Alisador del calcar - Estándar  
1020-1111



# PASO 5

## REDUCCIÓN DE PRUEBA

### CONSEJO

**Dr. Richard Rothman**  
Empiece con un cuello de prueba de lateralización estándar (132°). Si las longitudes de las piernas son iguales, los tejidos blandos están laxos, pase a un cuello de prueba de 127° grados.

Seleccione un cuello de prueba que tenga la misma longitud de cuello y el mismo ángulo que el tamaño del implante planificado. Esto se puede determinar de dos maneras.

- Haga coincidir el indicador de color situado en la parte superior del cono del cuello de prueba con el indicador de color de la parte superior de la fresa (Figura 11).
- La tabla siguiente indica la longitud correcta del cuello para cada tamaño de vástago y el código de color correspondiente. El tamaño de la fresa corresponde directamente al tamaño del implante.

TAMAÑO DEL VÁSTAGO	LONGITUD/COLOR DEL CUELLO DE PRUEBA
0, 1	27 mm/amarillo
2, 3	30 mm/azul
4, 5, 6	35 mm/verde
7, 8, 9	37 mm/negro
10, 11	40 mm/rojo



Figura 11

### Instrumental

Cuello de prueba de 132°  
1020-32xx



Cuello de prueba de 127°  
1020-27xx



Fresa ACCOLADE II de tamaño 0-11  
1020-52xx



Cabeza de prueba  
V40 6264-x-xxxR



Figura 12

Monte el cuello de prueba en la fresa. A continuación monte una cabeza de prueba V40 en el cuello de prueba (Figura 12). Las cabezas de fémur vienen con múltiples lateralizaciones siendo distintas dependiendo del material de cada cabeza del fémur (consulte la tabla de la derecha). Por este motivo, se debe elegir el material de la cabeza final antes de realizar la reducción de prueba. Las lateralizaciones se suman o restan a la longitud del cuello del implante y ayudan a lograr la longitud de pierna y la lateralización deseados.

Realice una reducción de prueba de la cadera. Una vez confirmados los componentes seleccionados, retire la cabeza de prueba y el cuello de prueba y vuelva a montar el porta fresa en la fresa. Quite la fresa del canal del fémur. El tamaño final de la fresa determina el tamaño correcto del implante.

### Nota

Las cabezas de prueba con el sufijo "R" están fabricadas con material radiopaco, lo que las hace invisibles en una evaluación radiológica.

### Consejo

**Dr. Richard Rothman**  
Recuerde, la creación de plantillas preoperatorias solo sirve como guía. La determinación final del tamaño, la longitud de la pierna y la lateralización se determinan durante la operación.

### Consejo

**Dr. Dermot Collopy**  
Después de la reducción de prueba y antes de retirar la fresa, golpee la fresa unas pocas veces más para ver si avanza. Debido a las propiedades viscoelásticas del hueso, el hueso podría relajarse durante el proceso de prueba. Si la fresa avanza, vuelva a realizar la prueba y realice los ajustes necesarios.



CABEZA	TAMAÑO DE LA CABEZA	LATERALIZACIONES DE LA CABEZA
Cr. Co V40	22	+0, +3, +8
	26	-3, +0, +4, +8, +12
	28	-4, +0, +4, +8, +12
	32	-4, +0, +4, +8, +12
	36	-5, +0, +5, +10
	40	-4, +0, +4, +8, +12
	44	-4, +0, +4, +8, +12
Alúmina V40	28	-2,7, +0, +4
	32	-4, +0, +4
	36	-5, +0, +5
Cono C de alúmina (cuando se usa con el manguito adaptador cónico C; n.º de catálogo 17-0000E)	28	-2,5, +0, +5
	32	-2,5, +0, +5
	36	-5, +0, +5
Delta BIOLOX V40	28	-4, -2,7, +0, +4
	32	-4, +0, +4
	36	-5, -2,5, +0, +2,5, +5, +7,5
Cono C delta BIOLOX (cuando se usa con el manguito cónico C - n.º de catálogo 17-000E)	28	-2,5, +0, +2,5, +5
	32	-2,5, +0, +2,5, +5
	36	-5, -2,5, +0, +2,5, +5, +7,5
Cono universal delta BIOLOX (cuando se usa con el manguito cónico universal - n.º de catálogo 6519-T-XXX)	28	-2,5, +0, +4
	32	-2,5, +0, +4
	36	-2,5, +0, +4
	40	-2,5, +0, +4
	44	-2,5, +0, +4

# PASO 6

## IMPLANTE DEL VÁSTAGO

### OPCIÓN 1

Enrosque el introductor roscado del vástago en el orificio del vástago que se encuentra en la cara proximal del vástago (Figura 13). El introductor debe estar completamente roscado y seguro en el vástago antes del impacto para evitar daños en las roscas del implante o en el instrumental. Por medio del introductor, el vástago se debe introducir en el canal femoral hasta que se detenga.



Figura 13



### Consejo

**Dr. Dermot Collopy**

Si el vástago cuelga debido al pinzamiento del introductor modular roscado del vástago contra la punta que cuelga del trocánter mayor, quite el introductor roscado del vástago dejando el vástago en su sitio y utilice el impactor del vástago para que el vástago quede totalmente asentado.

### OPCIÓN 2

El vástago femoral ACCOLADE II también se puede introducir utilizando el introductor curvo del vástago de conexión rápida. Coloque la punta del introductor en el orificio del vástago con cuidado de alinear la pestaña de versión del introductor con la ranura del vástago (Figura 14).

El diseño de conexión rápida le proporciona al introductor una conexión estable, pero no proporciona un bloqueo mecánico. Por lo tanto, este montaje debe realizarse con cuidado, puesto que una sacudida o un movimiento excesivos pueden separar el vástago del introductor.

**Nota:** El introductor curvo del vástago de conexión rápida no se puede usar con los tamaños 0 y 1 de ACCOLADE II. Su uso inadecuado puede provocar el fallo del instrumental.

### OPCIÓN 3

El vástago femoral ACCOLADE II también se puede introducir manualmente y, después, hacer que impacte con el hueso utilizando el impactor del vástago. El impactor del vástago tiene una punta esférica, que se coloca en el orificio del vástago. El instrumental permite un impacto del vástago fuera del eje. El impactor del vástago no conecta con el vástago y, por lo tanto, solo se puede usar para el impacto final del vástago.

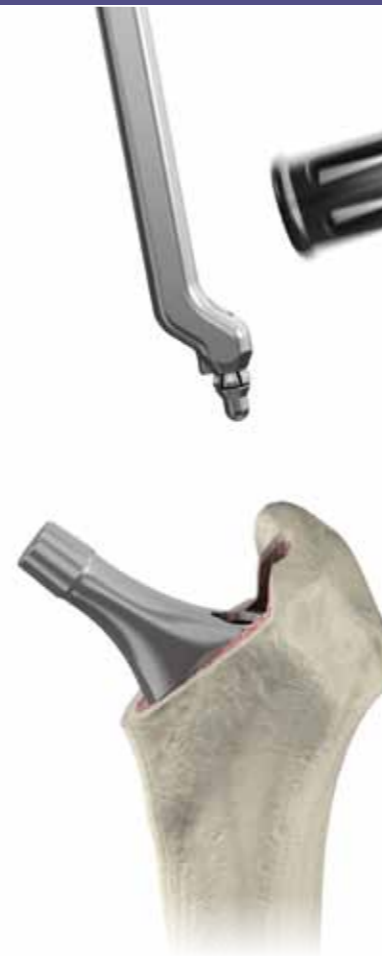


Figura 14



Figura 15

Luego se utiliza un martillo para asentar el vástago en el canal (Figura 15).

El cirujano NO debe intentar seguir impactando en el componente femoral si los indicios visuales o auditivos indican que el vástago se ha asentado firmemente en el canal. Estos indicios, en lugar del nivel de asentamiento de la fresa, son los que se deben usar para determinar la altura final del asiento del implante. Los impactos agresivos continuos pueden provocar una fractura del fémur. En el caso de que durante la cirugía encuentre hueso denso y factores anatómicos añadidos, es posible que el asiento del implante no sea coherente con el nivel de fresado debido a la naturaleza viscoelástica del hueso femoral.\* Si la altura final del asiento no es la deseable, puede quitar el implante y realizar un nuevo fresado. Si el introductor del vástago está en contacto con el trocánter mayor durante la introducción, un impacto continuado podría producir una fractura.



### Consejo

**Dr. Frank Kolisek**

Antes de realizar ningún impacto con el martillo, siempre se debe introducir el implante en el canal femoral hasta que se detenga. Esto ayuda a posicionar el implante con la misma orientación que el fresado, con lo que se evita tener que forzar el vástago en una posición distinta.



### Instrumental

**Introductor roscado del vástago**  
1020-1800



**Introductor curvo del vástago de conexión rápida**  
1020-1860



**Impactor del vástago**  
1020-1870



**Mango ortonómico**  
1020-2900



**Martillo**  
1120-1000



# PASO 7

## REDUCCIÓN FINAL



Figura 16

Antes del montaje final de la cabeza, puede volver a evaluar la selección de la longitud de cuello/lateralización de la cabeza con una cabeza de prueba V40. Coloque la cabeza de prueba en el cono del cuello del vástago y reduzca la cadera. Se evalúa que la longitud de las piernas sea la misma y una adecuada tensión del tejido blando. Retire la cabeza de prueba y seque el cono del implante con una esponja de laparotomía o gasa estéril.

Seleccione una cabeza femoral V-40 (Cr. Co, cerámica alúmina, cerámica BIOLOX delta) o un manguito apropiado y colóquelo sobre el cono seco del vástago femoral con un leve giro. Golpee la cabeza dos veces de forma moderada utilizando el impactor modular de cabeza (Figura 16).

Verifique que la cabeza está segura sobre el cono después de la impactación de la misma, aplicando tracción a la cabeza y confirmando su estabilidad en el cono. Si fuera necesario, puede quitar la cabeza utilizando el instrumental de desmontaje.\*

Vuelva a colocar la cabeza del fémur en el cotilo acetabular y vuelva a comprobar la biomecánica de la cadera. Se procede al cierre de la incisión de acuerdo con las preferencias del cirujano.

\* Si se coloca una cabeza de cerámica en el cono y luego se retira, debe ser sustituida por una cabeza de cromo cobalto V40 o un manguito adaptador de titanio V40 (17-0000E) con una cabeza de cerámica de Cono C.

Si fuera necesario quitar el vástago, utilice el introductor modular roscado del vástago.

### PASO OPCIONAL

Al seleccionar una cabeza femoral de cerámica de cono universal BIOLOX delta (6519-1-0xx) para el implante, es necesario utilizar un manguito adaptador universal.

N.º de catálogo	Lateralización (mm)	Cono
6519-T-025	-2,5	V40
6519-T-100	+0	V40
6519-T-204	+4	V40

Una vez completado el proceso de prueba, realice el montaje del manguito adaptador al vástago femoral manualmente durante la operación. El manguito adaptador universal debe asentarse completamente en el cono del vástago antes de realizar el montaje de la cabeza.



### Nota

En ningún caso se debe realizar ningún intento por montar previamente el manguito adaptador dentro de la cabeza de cerámica universal BIOLOX delta.

Durante la cirugía, realice el montaje de la cabeza de cerámica cónica universal BIOLOX delta en el vástago femoral con manguito y ajústela con dos golpes moderados utilizando el impactor de cabeza (6626-0-140). Se debe tener mucho cuidado para evitar fuerzas de impacto excesivas cuando se realiza el montaje de la cabeza de cerámica en el componente femoral con el manguito.



### Instrumental

Cabeza de prueba V40  
6264-x-xxxR



Impactor de cabeza  
1601-1700

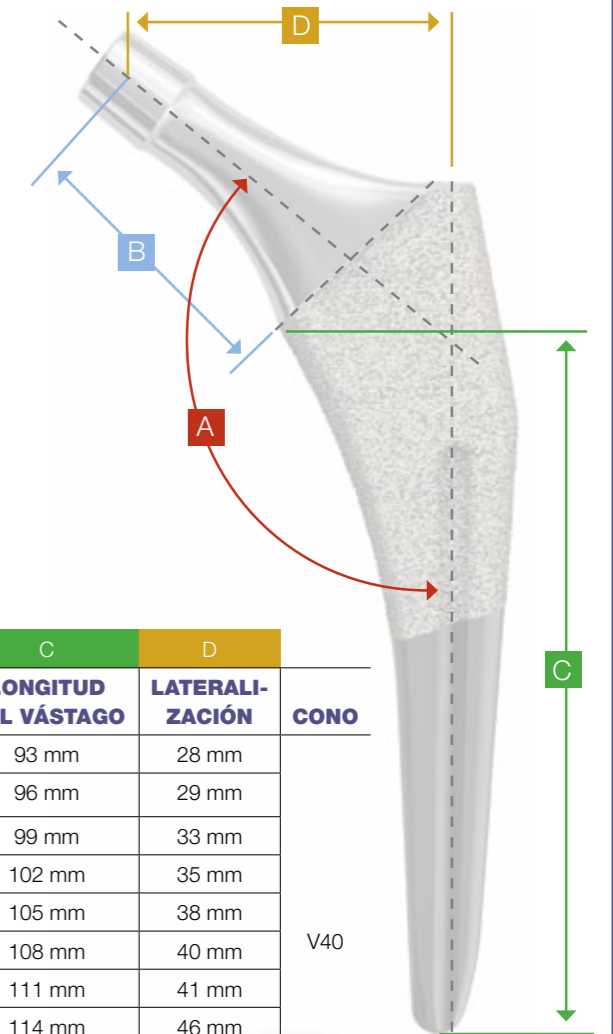


Mango ortonómico  
1020-2900



# ACCOLADE II

## INFORMACIÓN SOBRE EL IMPLANTE



NÚMERO DE REFERENCIA	TAMAÑO	ÁNGULO DE CUELLO	LONGITUD DEL CUELLO	LONGITUD DEL VÁSTAGO	LATERALIZACIÓN	CONO
6720-0027	0	132°	27 mm	93 mm	28 mm	V40
6720-0127	1		27 mm	96 mm	29 mm	
6720-0230	2		30 mm	99 mm	33 mm	
6720-0330	3		30 mm	102 mm	35 mm	
6720-0435	4		35 mm	105 mm	38 mm	
6720-0535	5		35 mm	108 mm	40 mm	
6720-0635	6		35 mm	111 mm	41 mm	
6720-0737	7		37 mm	114 mm	46 mm	
6720-0837	8		37 mm	117 mm	47 mm	
6720-0937	9		37 mm	120 mm	49 mm	
6720-1040	10		40 mm	123 mm	51 mm	
6720-1140	11	40 mm	126 mm	53 mm		

6721-0027	0	127°	27 mm	93 mm	32 mm	V40
6721-0127	1		27 mm	96 mm	34 mm	
6721-0230	2		30 mm	99 mm	37 mm	
6721-0330	3		30 mm	102 mm	38 mm	
6721-0435	4		35 mm	105 mm	42 mm	
6721-0535	5		35 mm	108 mm	44 mm	
6721-0635	6		35 mm	111 mm	45 mm	
6721-0737	7		37 mm	114 mm	50 mm	
6721-0837	8		37 mm	117 mm	51 mm	
6721-0937	9		37 mm	120 mm	53 mm	
6721-1040	10		40 mm	123 mm	57 mm	
6721-1140	11	40 mm	126 mm	58 mm		



# ACCOLADE II

## INSTRUMENTAL

1020-9001 **Bandeja básica**  
1020-9000 Funda de una sola bandeja

1101-2200  
Mango en "T" ortonómico

1020-2727  
127°, cuello de prueba de 27 mm

1020-2730  
127°, cuello de prueba de 30 mm

1020-2735  
127°, cuello de prueba de 35 mm

1020-2737  
127°, cuello de prueba de 37 mm

1020-2740  
127°, cuello de prueba de 40 mm

1020-3227  
132°, cuello de prueba de 27 mm

1020-3230  
132°, cuello de prueba de 30 mm

1020-3235  
132°, cuello de prueba de 35 mm

1020-3237  
132°, cuello de prueba de 37 mm

1020-3240  
132°, cuello de prueba de 40 mm

6264-8-028R  
Cabeza de prueba V40 28 mm -4 mm

6264-8-928R  
Cabeza de prueba V40 28 mm -2,7 mm

6264-8-128R  
Cabeza de prueba V40 28 mm +0 mm

6264-8-228R  
Cabeza de prueba V40 28 mm +4 mm

6264-8-328R  
Cabeza de prueba V40 28 mm +8 mm

6264-8-428R  
Cabeza de prueba V40 28 mm +12 mm

6264-8-032R  
Cabeza de prueba V40 32 mm -4 mm

6264-8-632R  
Cabeza de prueba V40 32 mm -2,5 mm

6264-8-132R  
Cabeza de prueba V40 32 mm +0 mm

6264-8-232R  
Cabeza de prueba V40 32 mm +4 mm

6264-8-332R  
Cabeza de prueba V40 32 mm +8 mm

6264-8-432R  
Cabeza de prueba V40 32 mm +12 mm

6264-8-036R  
Cabeza de prueba V40 36 mm -5 mm

6264-8-436R  
Cabeza de prueba V40 36 mm -2,5 mm

6264-8-136R  
Cabeza de prueba V40 36 mm +0 mm

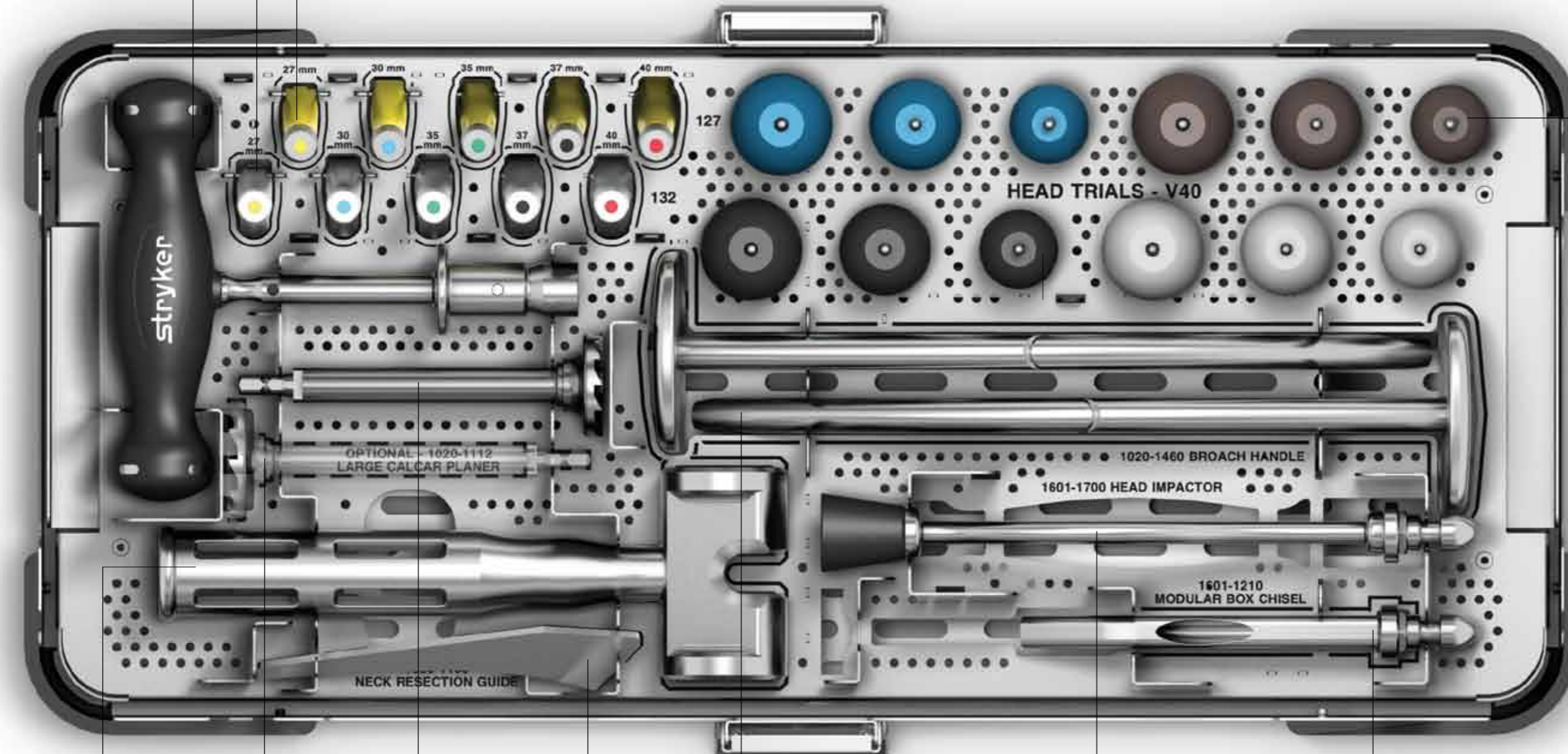
6264-8-536R  
Cabeza de prueba V40 36 mm +2,5 mm

6264-3-236R  
Cabeza de prueba V40 36 mm +4 mm

6264-8-236R  
Cabeza de prueba V40 36 mm +5 mm

6264-8-736R  
Cabeza de prueba V40 36 mm +7,5 mm

6264-8-336R  
Cabeza de prueba V40 36 mm +10 mm



1120-1000  
Martillo

Opcional  
1020-1112  
Alisador del calcar - Grande

1020-1111  
Alisador del calcar - Estándar

1020-1100  
Guía de resección del cuello

1020-1460  
2 mangos offset de la fresa

Opcional  
1440-1460  
2 mangos rectos de la fresa

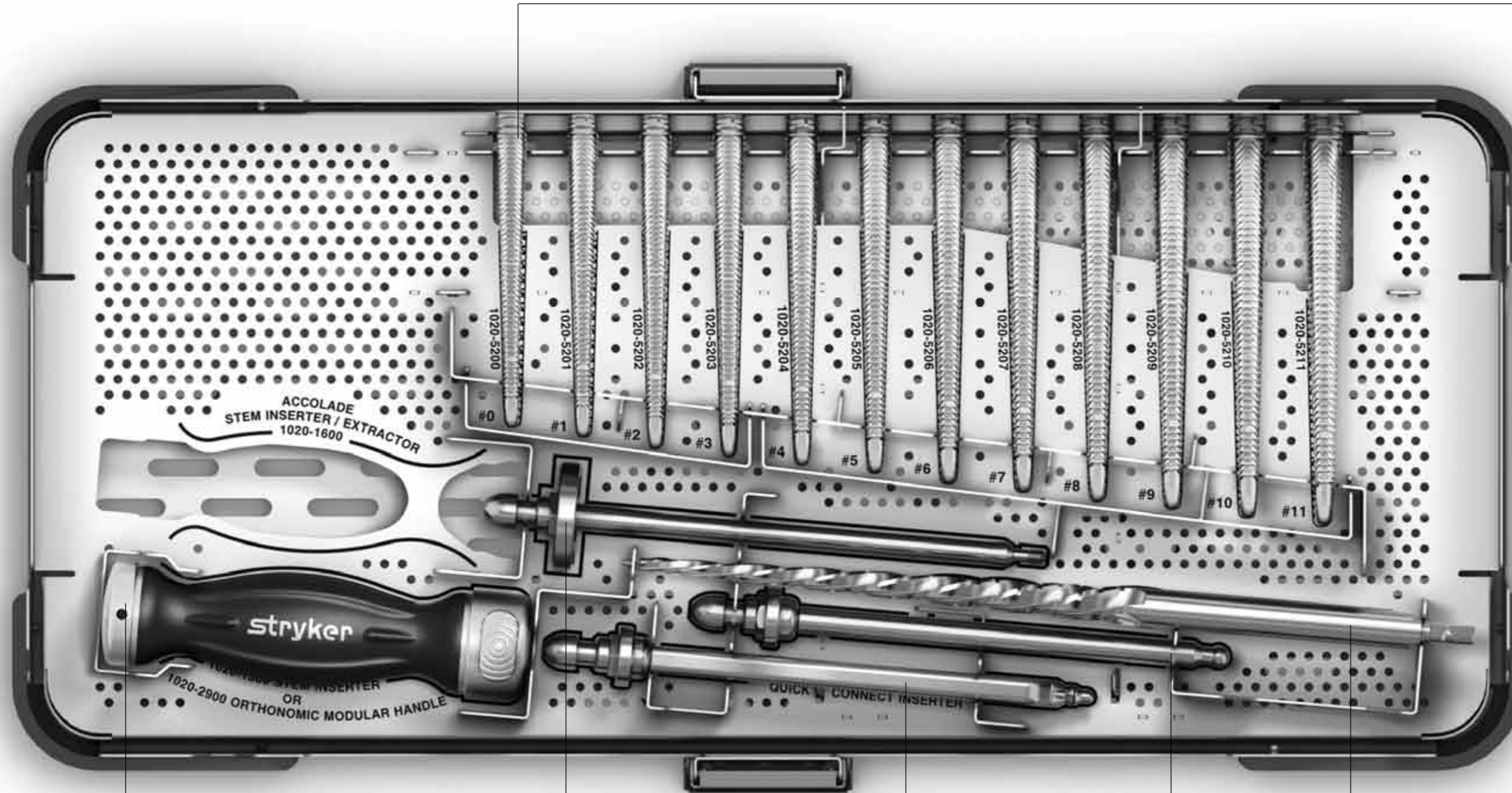
1601-1700  
Impactor modular de cabeza

1601-1210  
Osteótomo de caja modular

# ACCOLADE II

## INSTRUMENTAL

1020-9002 **Bandeja para fresas ACCOLADE II**  
1020-9000 Funda de una sola bandeja



- 1020-5200  
Fresa ACCOLADE II de tamaño 0
- 1020-5201  
Fresa ACCOLADE II de tamaño 1
- 1020-5202  
Fresa ACCOLADE II de tamaño 2
- 1020-5203  
Fresa ACCOLADE II de tamaño 3
- 1020-5204  
Fresa ACCOLADE II de tamaño 4
- 1020-5205  
Fresa ACCOLADE II de tamaño 5
- 1020-5206  
Fresa ACCOLADE II de tamaño 6
- 1020-5207  
Fresa ACCOLADE II de tamaño 7
- 1020-5208  
Fresa ACCOLADE II de tamaño 8
- 1020-5209  
Fresa ACCOLADE II de tamaño 9
- 1020-5210  
Fresa ACCOLADE II de tamaño 10
- 1020-5211  
Fresa ACCOLADE II de tamaño 11

1020-2900  
Mango ortonómico

1020-1800  
Introductor roscado del vástago

1020-1860  
Introductor del vástago de conexión  
rápida de lateralización

1020-1870  
Impactor del vástago

1020-1200  
Fresa axial de inicio

## Cirugía reconstructiva

---

Caderas  
Rodillas  
Trauma y extremidades  
Conservación de la articulación  
Ortobiología

## Médica y quirúrgica

---

Motores y accesorios quirúrgicos  
Navegación guiada por imagen  
Endoscopia y artroscopia  
Comunicaciones integradas  
Camas, camillas, y servicios médicos de emergencia  
Soluciones de sostenibilidad

## Neurotecnología y columna

---

Craniomaxilofacial  
Tratamiento intervencionista de columna  
Neuroquirúrgico, columna y ORL  
Neurovascular  
Implantes de columna

Stryker Iberia, S.L.  
C/Sepúlveda, 17 - 28108  
Alcobendas, Madrid  
España

t: +34 91 728 35 00  
f: +34 91 358 07 48

[www.stryker.es](http://www.stryker.es)

Este documento es solo para uso de profesionales sanitarios.

Un profesional médico debe siempre basarse en su propia opinión clínica y profesional a la hora de decidir si utilizar un producto determinado para tratar a un paciente particular. Stryker no ofrece asesoramiento médico y recomienda a los cirujanos que se entrenen en el uso de cualquier producto antes de utilizarlo en cirugía.

La información presentada tiene como objetivo demostrar la amplitud de la gama de productos Stryker. Antes de utilizar un producto de Stryker, los cirujanos deben consultar siempre el folleto incluido, la etiqueta del producto y las instrucciones de uso.

Es posible que no todos los productos Stryker estén disponibles en todos los mercados debido a que dicha disponibilidad se basa en las prácticas médicas o regulatorias de cada mercado. Póngase en contacto con su representante de Stryker si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los productos Stryker en su zona.

Stryker corporation o sus divisiones u otras entidades corporativas afiliadas poseen, utilizan o aplican las siguientes marcas comerciales o marcas de servicio: Accolade, Howmedica, Osteonics, PureFix, SOMA, Stryker y V40. Todas las demás marcas comerciales son marcas de sus dueños o titulares respectivos.

BILOX delta es una marca comercial registrada de Ceramtec Ag.

Los productos detallados arriba llevan la marca CE de acuerdo con la Directiva N.º 93/42/CEE con respecto a instrumentos médicos.



Número de documento: MTXLSP76ES Rev. 2  
MTX-RRD/GS 03/12

