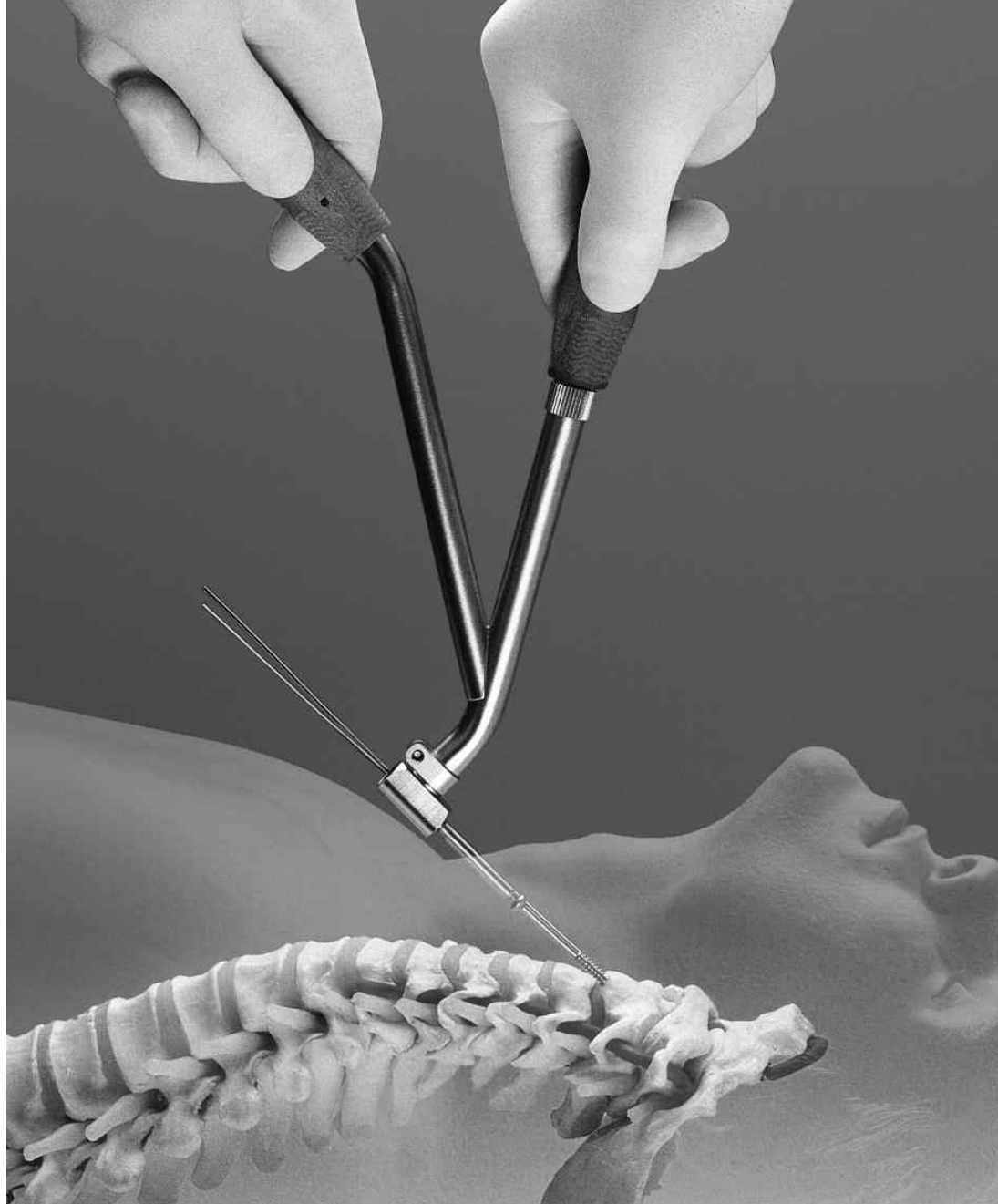


# DensAccess. Técnica de compresión anterior con tornillo de tracción para la fijación de fracturas de la apófisis odontoides y transversales.


Técnica quirúrgica



Esta publicación no ha sido concebida para su distribución en los EE. UU.

Instrumentos e implantes aprobados por la AO Foundation.

---

 Control radiológico con el intensificador de imágenes

**Advertencia**

Esta descripción no es suficiente para la aplicación clínica inmediata de los productos DePuy Synthes. Se recomienda encarecidamente el aprendizaje práctico del manejo de estos productos con un cirujano experimentado.

**Procesamiento, reprocesamiento, cuidado y mantenimiento**

Si desea más información sobre directivas generales, control de la función o desmontaje de instrumental de múltiples piezas, así como las instrucciones de procesamiento para implantes, póngase en contacto con su representante local o visite: <http://emea.depuyssynthes.com/hcp/reprocessing-care-maintenance>

Si necesita información general sobre el reprocesamiento, el cuidado y el mantenimiento de las cajas y bandejas de instrumentos y los productos reutilizables de Synthes, así como el procesamiento de los implantes no estériles de Synthes, consulte el folleto «Información importante» (SE\_023827) o visite: <http://emea.depuyssynthes.com/hcp/reprocessing-care-maintenance>

---

<b>Introducción</b>	DensAccess	2
	Descripción general del sistema	3
<hr/>		
<b>Técnica quirúrgica</b>		4

**DensAccess.** Técnica de compresión anterior con tornillo de tracción para la fijación de fracturas de la apófisis odontoides y transversales.

---

### Indicaciones

La técnica de compresión anterior con tornillo de tracción DensAccess únicamente está indicada para fracturas odontoideas de tipo II y superficiales de tipo III, según la clasificación de Anderson y D'Alonzo (1974).

### Contraindicaciones

En las fracturas oblicuas por flexión, el fragmento inferior del cuerpo vertebral C2 es demasiado pequeño para su adecuada fijación con tornillo, y la línea de fractura impide la adecuada compresión a través de la fractura.

Técnicamente resulta difícil o imposible llevar a cabo este procedimiento en pacientes de cuello corto, pacientes obesos, pacientes con escasa movilidad de la columna cervical y en pacientes con cifosis importante de la columna cervical.

Esta técnica está contraindicada en caso de estenosis de la columna cervical, por el peligro de que la médula espinal resulte dañada con la hiperextensión del cuello.



Fijación de fractura odontoidea (tipo III según Anderson y D'Alonzo, 1974) en un varón de 28 años.

# Descripción general del sistema

## Composición del set

Ref.		Unidades
187.030	DensAccess en Vario Case™	
292.020	Aguja guía de Ø 1.25 mm con punta de trocar, longitud 200 mm, para atornillado de la apófisis odontoides, acero	10
312.160	Guía de broca 1.25, con mango largo	1
319.380	Aguja de limpieza de Ø 1.25 mm, para instrumentos canulados	1
319.970	Pinzas portatornillos, autosujetantes	1
387.550	Indicador de la longitud del tornillo para la fijación del tornillo Dens, longitud 190 mm	1
387.570	Avellanador canulado corto, para tornillos canulados de Ø 3.5 mm	1
387.580	Separador de Hohmann con doble punta, radiotransparente, anchura 30 mm, longitud 290 mm	1
395.330	Destornillador de engranaje canulado, angulado, para tornillos canulados de Ø 3.5 mm	1



Separador de Hohmann radiotransparente

## Tornillos canulados para DensAccess, autoperforantes, con rosca corta (12 mm), aleación de titanio (TAN)

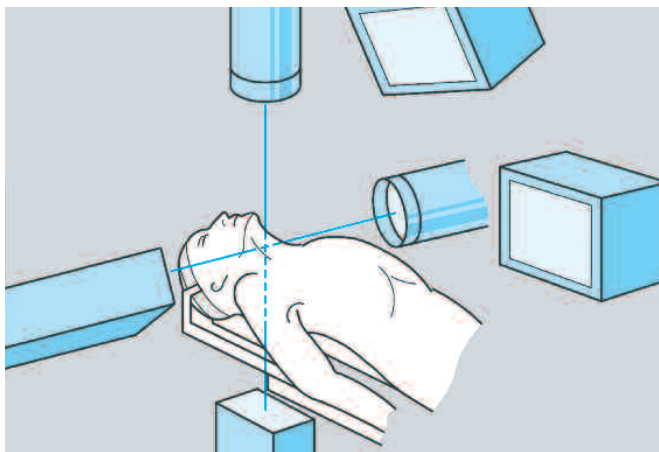
Ref.	Longitud total
405.428	28 mm
405.430	30 mm
405.432	32 mm
405.434	34 mm
405.436	36 mm
405.438	38 mm
405.440	40 mm
405.442	42 mm
405.444	44 mm
405.446	46 mm
405.448	48 mm
405.450	50 mm

## 1

### Identificación de la apófisis odontoides

El paciente está colocado en decúbito supino.

- Hacen falta dos intensificadores de imágenes para identificar la apófisis odontoides en las proyecciones anteroposterior y lateral.

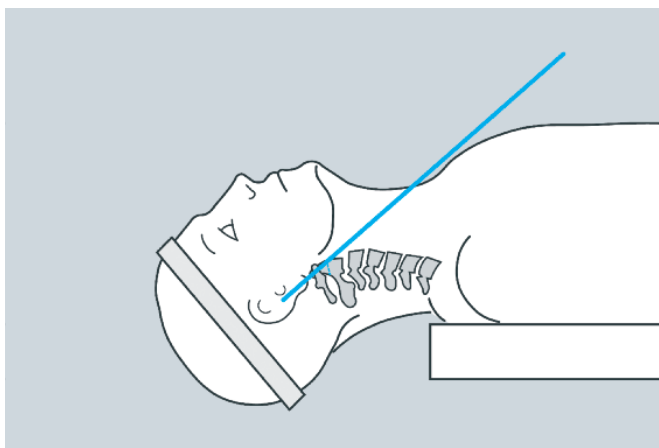


## 2

### Determinación del lugar de la incisión

Coloque la cabeza del paciente en extensión para reducir la fractura y facilitar la inserción de los tornillos.

- Para determinar el lugar de la incisión, coloque junto al cuello una aguja guía larga en la dirección prevista para el tornillo, bajo control radiológico con el intensificador de imágenes.



## 3

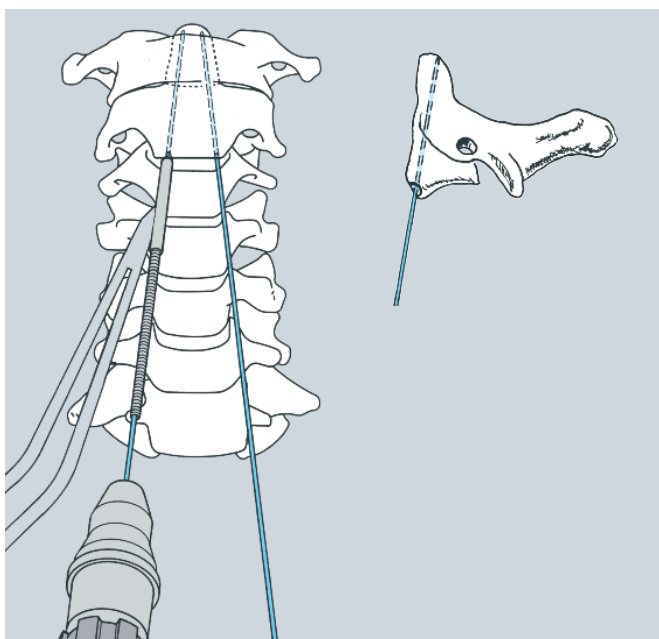
### Inserción de las agujas guía

Identifique el borde inferior del cuerpo de la segunda vértebra cervical (C2).

**Nota:** Es imprescindible utilizar protectores de tejidos durante la perforación y terrajado para evitar daños a las estructuras vitales. Puede usarse un motor oscilante.

Inserte dos agujas guía de  $\varnothing$  1.25 mm de 200 mm de longitud. En el plano frontal, incline ambas agujas unos  $5^\circ$  hacia la línea media.

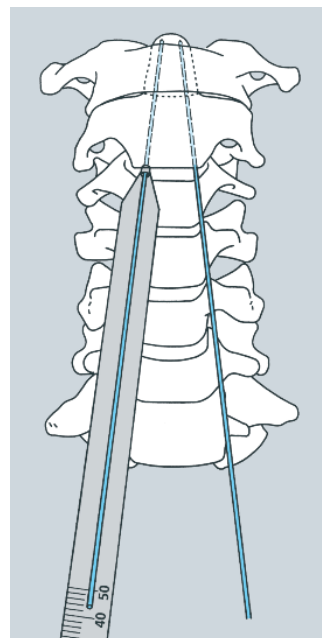
**Nota:** En el plano sagital, incline las agujas ligeramente en sentido posterior para penetrar la mitad posterior de la punta de la apófisis odontoides.



## 4

### Determinación de la longitud del tornillo

Determine la longitud del tornillo calculando la longitud que sobresale del alambre guía con el indicador de la longitud del tornillo.

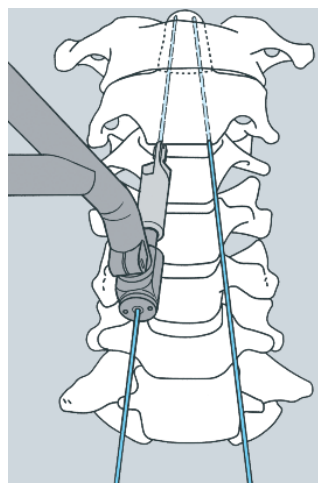


## 5

### Apertura de la cortical con el avellanador

Monte el avellanador canulado en el destornillador canulado angulado y deslice el conjunto sobre la aguja guía.

El avellanador atraviesa la cortical en el borde anteroinferior del cuerpo vertebral C2.



## 6

### Inserción del tornillo DensAccess

Sostenga el extremo sobresaliente de la aguja guía para evitar que la aguja se desplace en sentido proximal, hacia el foramen magno, durante los procesos de avellanado e inserción del tornillo.

- Es fundamental supervisar estos procedimientos con el intensificador de imágenes en proyección lateral para asegurarse de que la aguja guía no avance en sentido craneal.

Inserte el tornillo de la longitud correcta con ayuda del destornillador canulado angulado.

**Nota:** Supervise el avance del tornillo con el intensificador de imágenes.

