

SHINE-C



Vástago Cementado Shine-C
Shine-C Cemented Stem



surgival
GRUPO COSÍAS

Características Técnicas *Technical Details*

- Cono 12/14
- Offset constante 41 mm.
- Eje cervicodiafisario de 130°
- 12/14 morse neck
- Unique offset 41 mm.
- 130° neck-shaft angle

Cotilos cementados *Cemented cups*



Con ceja de 15°
Antiluxation offset 15°



Standard plano
Standard flat cup



· Cabeza inox. 28 mm. Ø
· 28 mm. Ø Stainless-steel head



· Acero nitrogenado
· Nitrogen-steel



· C-Plug® Restrictor de cemento*
· C-Plug® Cement restrictor*

*Consultar referencias con el distribuidor o fabricante
*Consult your distributor or manufacturer for references

Artroplastia primaria cementada de cadera

El SHINE-C es un vástago femoral con la superficie externa finamente pulida y desprovisto de collar de apoyo en el calcar. Es generalmente reconocido que este tipo de vástagos disminuye el riesgo de aflojamiento. En las artroplastias primarias de cadera, estos tallos sin collar y pulidos, son la primera elección para la mayoría de cirujanos.

Las plantillas radiológicas proporcionales a los diferentes aumentos radiográficos suministradas por el fabricante, permiten la planificación preoperatoria, que es esencial para la obtención de unos buenos resultados. Mediante la utilización de las plantillas el cirujano debe conocer y anticipar:

- El tamaño del implante.
- El nivel de la osteotomía del cuello.
- La longitud del cuello de la cabeza femoral.



Fig. 1

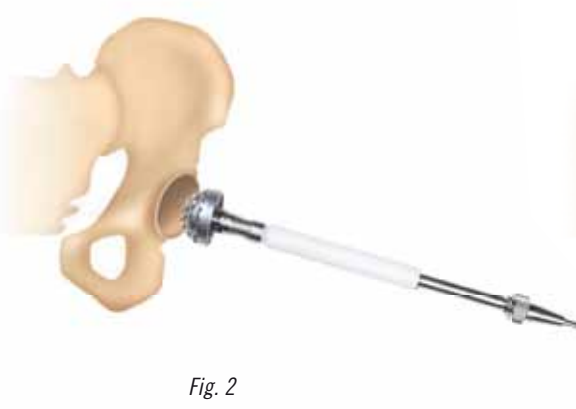


Fig. 2

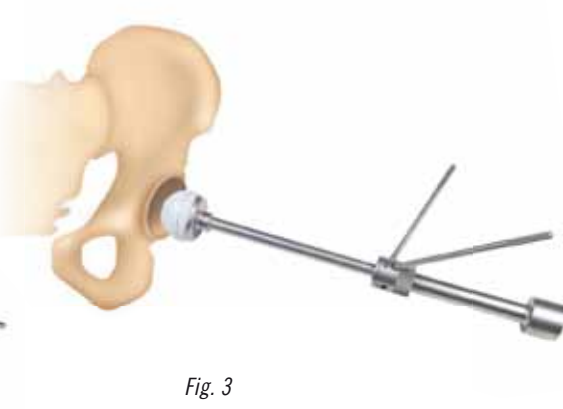


Fig. 3

1 · Colocación del paciente

El procedimiento quirúrgico se puede hacer con el paciente en decúbito lateral o en decúbito supino. La posición en decúbito lateral es la más indicada en los abordajes postero-laterales de la cadera en: pacientes obesos, en procedimientos de revisión y en artroplastias primarias difíciles, en las que es necesario realizar una osteotomía del trocánter.

1 · Patient positioning

The surgical procedure can be done with the patient in the lateral position, or in supine decubitus. The lateral position is better suited for the posterolateral approach, for obese patients, for revision procedures and for difficult primary procedures in which trochanteric osteotomy will be needed.

2 · Osteotomía del cuello femoral (Fig. 1)

Con la plantilla femoral sobre la radiografía preoperatoria, sabremos el nivel de la osteotomía del cuello, tomando como referencia el punto medio del trocánter menor.

2 · Femoral neck osteotomy (Fig. 1)

With the femoral template on the preoperative X-ray, we will know the proper femoral-neck level of resection by measuring this distance from the lesser trochanter.

3 · Exposición y fresado del acetábulo (Fig. 2)

Para preparar correctamente el acetábulo (eliminación de todas las partes blandas, extirpación del cartílago articular y realizar perforaciones en el

hueso acetabular), es necesario tener una visión completa y amplia de esta cavidad. Colocando separadores de Hohmann sobre el borde anterior y posterior y por debajo de la escotadura acetabular, obtenemos una visión completa del mismo.

Utilizando fresas de tamaño progresivo eliminamos el cartílago acetabular hasta conseguir hueso subcondral sangrante.

3 · Acetabular exposure and reaming (Fig. 2)

A full, and wide view of the whole acetabulum, is essential to prepare it in the right way (removing the soft tissues, reaming the cartilage, drilling the holes into the cancellous bone), and to place correctly the acetabular cup. By placing Hohmann's retractors over the anterior pelvic brim, under the posterior acetabular wall and below the acetabular notch, we get a full view of the acetabulum.

Acetabular reamers in increasing size, are used to remove all the cartilage tissue and to obtain a raw bleeding bone.

4 · Perforaciones del acetábulo

Con ayuda de una broca con tope de seguridad, practicamos varias perforaciones en la superficie ósea acetabular. En estas perforaciones se introducirá posteriormente el cemento acrílico.

4 · Acetabular drilling

A stop-drill is then used to make several holes into the acetabular bone. These holes will later be filled with acrylic cement.

Cemented primary hip arthroplasty

The SHINE-C is a collarless and highly polished surface femoral stem. It is nowadays very well accepted that the collarless and polished stems minimizes the risk of stem loosening and of wear debris production. This type of stem is one of the first options in cases of primary hip arthroplasties.

Accurate preoperative planning is mandatory in order to obtain a successful result. By using the femoral templates provided by the manufacturer, the surgeon will know:

- The femoral stem size.
- The level of the neck osteotomy.
- The appropriate neck-length of the femoral head.

5 · Cementación del cotilo acetabular (Fig. 3)

Después del lavado y limpieza meticulosa del acetábulo, se introduce a presión en la cavidad una porción de cemento acrílico en estado pastoso. El cotilo acetabular de polietileno se monta en el orientador-impactor y se introduce con la inclinación y anteversión más apropiadas, presionando contra la pared ósea del acetábulo para expulsar el exceso de cemento. El orientador-impactor con el cotilo acetabular, se mantienen inmóviles hasta que el cemento ha fraguado.

El implante elegido debe tener un diámetro de 2 ó 4 mm. menor que el de la cavidad acetabular, para favorecer la obtención de una capa de cemento de grosor suficiente alrededor del mismo.

5 · Cementation of the acetabular cup (Fig. 3)

After thoroughly cleaning and rinsing the acetabular cavity, a portion of bone cement in doughy state is forcefully introduced into the acetabular cavity. The polyethylene cup is mounted into the acetabular introductory guide. The polyethylene cup is placed into the acetabular cavity with the appropriate inclination and anteversion angle. The acetabular cup guide is pushed forward to seat the cup against the acetabular bone wall and to remove the extra cement. The construct is kept in place until the cement is completely set.

The final polyethylene cup must be 2-3 mm. narrower than the acetabular cavity to get a proper cement wall thickness around it.



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9

6 · Preparación del fémur

A. Con un Osteotomo cuadrado o de caja (Fig. 4), mantenido en dirección paralela al eje femoral, se extirpa suficiente cantidad de la pared medial del trocánter mayor, para alcanzar su punta o borde supero-lateral.

B. Una vez extirpada esta porción ósea, se introduce manualmente la fresa (Fig. 5), en la posición más lateral posible y paralela al eje del fémur, para encontrar el canal femoral.

6 · Preparation of the femur

A. A Box Osteotome is hammered into the femoral neck osteotomy, parallel to the femoral canal (Fig. 4). Enough amount of the medial wall of the greater trochanter to reach its tip, is removed.

B. After removing this piece of bone, a straight and long hand-driven awl or reamer, is introduced as far lateral as possible, into the femoral canal to identify it (Fig 5).

7 · Inserción de las raspas

A. Las raspas SHINE-C se montan sobre su mango (Fig. 6). Es aconsejable iniciar el raspado con uno o dos tamaños inferiores al elegido con las plantillas en el preoperatorio. Para reproducir la anteversión previa del fémur es aconsejable mantener la raspa paralela a las corticales anterior y posterior del cuello. El tamaño de las raspas se va aumentando de forma progresiva hasta notar contacto cortical. El extremo superior de las raspas muestra tres marcas paralelas, para conocer la profundidad de inserción de las mismas. Cuando la raspa está introducida en la

profundidad deseada, podemos proceder a la reducción inicial de prueba.

B. Las cabezas de prueba con diferentes longitudes de cuello se introducen en el cuello de la raspa (Fig. 7), se hace una reducción de prueba y en este momento se comprueba la estabilidad de la reducción, la tensión muscular y la longitud de la extremidad. Si estamos satisfechos con los resultados, retiramos la raspa y el canal femoral se prepara para la cementación.

Se recomienda colocar un tapón distal para obtener el canal medular, que facilita la presurización del cemento. El tapón se introduce unos 2 cm. por debajo de la punta del vástago. Según la preferencia del cirujano el cemento se puede introducir a mano o a pistola.

7 · Rasp insertion

A. The SHINE-C rasps are mounted on the rasp-handle (Fig. 6). It is advisable to start the rasping with one or two sizes smaller than the size selected during the templating. The rasp is kept parallel to the anterior and posterior neck cortices, to reproduce the previous neck anteversion. The size of the rasps are sequentially increased until cortical chatter is found. The upper end of the rasps show three visible lines to know the depth of insertion. Once the proper depth is obtained, we are ready to make the first trial reduction.

B. Trial heads with different neck lengths are fitted over the rasp neck (Fig. 7). A trial reduction is made. Joint stability, muscle tightness and leg length are tested.

If we are satisfied with the head-neck-length selected, the rasp is removed and the femoral canal is prepared for cementing. It is recommended to plug distally the femoral canal with a cement restrictor to pressurize the cement. This plug is located 2 cm. distally to the tip of the femoral stem. The cement can be introduced into the femoral canal by hand or using a cement gun.

8 · Inserción del componente femoral

El vástago del tamaño seleccionado, se monta sobre su mango (Fig. 8) y se introduce dentro del canal ya cementado, hasta la profundidad deseada.

Cuando el cemento óseo esta fraguado, podemos hacer una segunda reducción con las cabezas femorales de prueba montadas sobre el cuello del tallo femoral definitivo (Fig. 9).

Si estamos satisfechos con la longitud de la cabeza escogida, fijamos la cabeza definitiva sobre el cuello del vástago impactándola.

8 · Femoral component insertion

The femoral component of the selected size is mounted over its handle (Fig. 8). The femoral stem is manually introduced into the cemented femoral canal until the desired depth.

When the bone cement is set, we can make a second head-neck size trial reduction by fitting the different trial head-necks over the neck of the cemented stem. (Fig. 9).

If we are satisfied with the head-neck length chosen, the final head is sharply tapped over the stem neck. The hip joint is reduced.

Instrumental Instruments

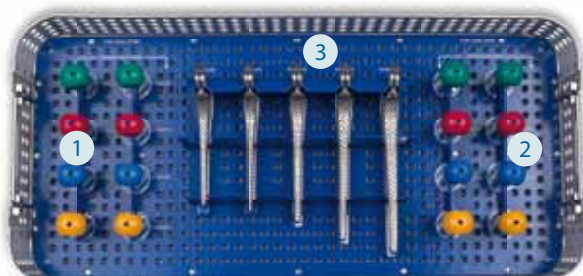
Set instrumental vástago SHINE-C
SHINE-C Stem instrumentation set

Ref. A2702000

1 Cabezales femorales de prueba para vástagos Femoral trial heads for stems

Ref. A1536040	Ø 28 C/C	Short Neck
Ref. A1536041	Ø 28 C/M	Medium Neck
Ref. A1536042	Ø 28 C/L	Long Neck
Ref. A1536043	Ø 28 C/XXL	Extra Long Neck
Ref. A1536050	Ø 26 C/C	Short Neck
Ref. A1536051	Ø 26 C/M	Medium Neck
Ref. A1536052	Ø 26 C/L	Long Neck
Ref. A1536053	Ø 26 C/XL	Extra Long Neck

Bandeja superior Upper tray



2 Cabezales femorales de prueba para rasps Femoral trial heads for rasps

Ref. A1550040	Ø 28 C/C	Short Neck
Ref. A1550041	Ø 28 C/M	Medium Neck
Ref. A1550042	Ø 28 C/L	Long Neck
Ref. A1550043	Ø 28 C/XXL	Extra Long Neck
Ref. A1550050	Ø 26 C/C	Short Neck
Ref. A1550051	Ø 26 C/M	Medium Neck
Ref. A1550052	Ø 26 C/L	Long Neck
Ref. A1550053	Ø 26 C/XL	Extra Long Neck

3 Rasps SHINE-C SHINE-C Rasps

Ref. A2700200	Número 0	Number 0
Ref. A2700201	Número 1	Number 1
Ref. A2700202	Número 2	Number 2
Ref. A2700203	Número 3	Number 3
Ref. A2700204	Número 4	Number 4

1 Impactador reductor Impactor-reducer

Ref. A2700375

2 Fresa iniciadora Initiator reamer

Ref. A2700600

3 Cíncel hueco Hollow box chisel

Ref. A2300805

4 Extractor para cabeza femoral Femoral head extractor

Ref. A1150010

Bandeja inferior Lower tray



5 Impactador final SHINE-C SHINE-C Final impactor

Ref. A2700350

6 Impactador vástago SHINE-C SHINE-C Stem impactor

Ref. A2700300

7 Varilla para mango de raspa Tommy bar for rasp handle

Ref. A1530101

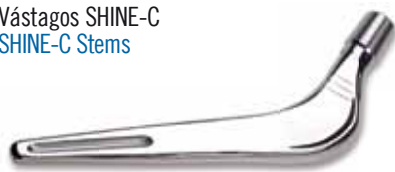
8 Mango automático para rasps Automatic handles for rasps

Ref. A1555005

2 unidades 2 units

Implantes Implants

Vástagos SHINE-C SHINE-C Stems



Ref. A2700000E	Número 0	Number 0
Ref. A2700001E	Número 1	Number 1
Ref. A2700002E	Número 2	Number 2
Ref. A2700003E	Número 3	Number 3
Ref. A2700004E	Número 4	Number 4

Cabezales femorales acero inoxidable Stainless-steel femoral heads



Ref. A1509040E	Ø 28 C/C	Short Neck
Ref. A1509041E	Ø 28 C/M	Medium Neck
Ref. A1509042E	Ø 28 C/L	Long Neck
Ref. A1509043E	Ø 28 C/XL	Extra Long Neck

Cotillos cementados Cemented cups



	15°	mm. Ø	Standard
Ref. A1512244E	28 x 44		Ref. A1511244E
Ref. A1512246E	28 x 46		Ref. A1511246E
Ref. A1512248E	28 x 48		Ref. A1511248E
Ref. A1512250E	28 x 50		Ref. A1511250E
Ref. A1512252E	28 x 52		Ref. A1511252E
Ref. A1512254E	28 x 54		Ref. A1511254E
Ref. A1512256E	28 x 56		Ref. A1511256E
Ref. A1512258E	28 x 58		Ref. A1511258E



Tecnología Europea de Vanguardia
Advanced European Technology

Distribuido por:

Distributed by:



SURGIVAL COMERCIAL

C/Ignacio Iglesias, 70
08950 Esplugues de Llobregat · Barcelona · España
Tel: (+34) 93 480 92 22 · Fax: (+34) 93 480 92 23
e-mail: orbimed@surgival.com

FÁBRICA / DEPARTAMENTO INTERNACIONAL

Parque Tecnológico
C/ Leonardo Da Vinci, 12-14 · 46980 Paterna · Valencia · España
Tel: (+34) 96 131 80 50 · Fax: (+34) 96 131 80 95
e-mail: surgival@surgival.com

www.surgival.com

