

# Tornier Flex

Sistema de hombro  
Artroplastia de hombro invertida

**Apéndice de la técnica  
quirúrgica**



# Exención de responsabilidad

Esta publicación explica en detalle los procedimientos recomendados para el uso de los dispositivos e instrumentos de Stryker. Ofrece orientación que el usuario debería seguir, pero, como con cualquier guía técnica de este tipo, cada cirujano debe considerar las necesidades particulares de cada paciente y hacer los ajustes adecuados cuando y según se necesite.

## Importante

Se debe advertir al paciente que el dispositivo no puede replicar y no replica un hueso sano normal, que puede romperse o dañarse como consecuencia de actividades enérgicas o traumatismos y que su vida útil esperada es limitada.

- Es posible que el dispositivo tenga que extraerse o revisarse en algún momento en el futuro.
- La información de limpieza y esterilización puede consultarse en las instrucciones de uso pertinentes.
- Los dispositivos no estériles, incluidos implantes e instrumentos, deben limpiarse y esterilizarse antes del uso, empleando métodos validados.
- Los dispositivos que puedan desmontarse deberán desmontarse antes del procesamiento en el punto de uso.
- Además, los dispositivos con componentes móviles que no faciliten el desmontaje deberán articularse manualmente durante el paso de procesamiento en el punto de uso para evacuar los residuos adicionales.
- Recuerde que la compatibilidad de sistemas de productos diferentes no se ha comprobado salvo disposición contraria en la documentación del producto.
- Consulte las instrucciones de uso (<https://ifu.wright.com>) para obtener una lista completa de posibles efectos y acontecimientos adversos, contraindicaciones, advertencias y precauciones.
- El cirujano debe advertir a los pacientes sobre los riesgos quirúrgicos, y poner en su conocimiento los efectos adversos y los tratamientos alternativos.
- Los implantes cuyo envase esté abierto o dañado, o cuya fecha de caducidad haya vencido, no deben utilizarse. Deben tomarse todas las precauciones necesarias para garantizar la esterilidad al abrir el envase del implante y durante la implantación.

# Tornier Flex

## Sistema de hombro

### Contenido

<b>1. Presentación .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Técnica quirúrgica .....</b>	<b>5</b>
Resección de la cabeza humeral .....	5
Escariado de incrustación .....	6
Punzón de inicio.....	7
Preparación distal.....	7
Determinación del tamaño de la cavidad medular.....	7
Preparación proximal .....	9
Perforación metafisaria guiada .....	9
Compactación metafisaria .....	10
Descripción general del compactador.....	10
Montaje del compactador.....	10
Compactación .....	11
Preparación invertida .....	12
Colocación de componentes invertidos de prueba.....	12
Bandeja invertida.....	12
Retirada de la estructura de prueba .....	13
Implantación final.....	14
Montaje en la mesa auxiliar .....	14
Montaje «in vivo» .....	16
Vástago humeral de PTC Flex.....	16
Vástago humeral cementado Flex.....	17
Consideraciones para la cirugía de revisión.....	17
<b>3. Componentes del sistema .....</b>	<b>18</b>

# Presentación

El sistema de hombro Tornier Flex ofrece multitud de opciones para la artroplastia de hombro invertida. A diferencia de otros sistemas de artroplastia de hombro invertida, el sistema de hombro Tornier Flex permite al cirujano controlar la lateralización global para equilibrar mejor la tensión de la articulación glenohumeral con varias opciones. El sistema de hombro Tornier Flex ofrece varios ángulos de vástago de cuello invertido, bandejas y grosores de polietileno e instrumental para ajustar el desplazamiento humeral.

El sistema de hombro Tornier Flex se desarrolló originalmente para lograr un ángulo de vástago de cuello invertido de 145° utilizando la técnica quirúrgica de superposición estándar.

Esta guía ofrece instrucciones para lograr un ángulo de vástago de cuello invertido de 135° o 140° y para utilizar las extensiones de la línea de instrumentos de incrustación para potenciar las opciones del sistema de hombro Tornier Flex.

Los ángulos de vástago de cuello invertido de 135°, 140° y 145° son compatibles con las técnicas quirúrgicas tanto de superposición como de incrustación.

## Opciones de ángulo de vástago de cuello invertido para 135° y 140°

Estructura invertida	Vástago humeral		Inserto invertido	
	Inclinación	Ángulo	Inclinación	Ángulo
	135°	A	127,5°	C
	140°	A	127,5°	B
	140°	B	132,5°	C

## Opciones de ángulo de vástago de cuello invertido para 145°

Estructura invertida	Vástago humeral		Inserto invertido	
	Inclinación	Ángulo	Inclinación	Ángulo
	145°	A	127,5°	A
	145°	B	132,5°	B
	145°	C	137,5°	C

### AVISO

Para obtener más información sobre el producto y sobre la forma de lograr un ángulo de vástago de cuello invertido de 145° utilizando la técnica de superposición estándar, consulte la técnica quirúrgica estándar del sistema de hombro Tornier Flex.

# Técnica quirúrgica

## Resección de la cabeza humeral

La resección de la cabeza humeral se lleva a cabo a una inclinación fija de  $132,5^\circ$ . Hay disponible una guía de corte de resección para facilitar la resección de la cabeza humeral durante la artroplastia de hombro invertida.

La punta de la guía de corte invertida se inserta en línea con la apófisis humeral en el punto de articulación de la cabeza humeral. Esto deberá centrarse en el plano anterior/posterior. Haga avanzar la guía hasta que el aro quede asentado a ras de la cabeza humeral (fig. 1 y fig. 2).

Para definir la versión humeral adecuada antes de la resección de la cabeza humeral, puede colocarse una varilla de versión en el orificio de versión deseado a lo largo del eje de la guía de corte. A continuación, la guía se hace girar hasta que la varilla de versión esté alineada con el antebrazo del paciente. Con la guía alineada, a continuación se reseca la cabeza a la inclinación B  $132,5^\circ$  con una sierra oscilante por debajo del aro de la guía de corte.

Para lograr un ángulo de vástago de cuello invertido de  $135^\circ$ , la resección de la cabeza humeral se hace a  $127,5^\circ$ . Hay disponible una guía indicadora de ángulo extramedular para facilitar la resección de la cabeza humeral.



Fig. 1

### AVISO

Puede utilizarse un compactador fijado al ángulo A  $127,5^\circ$  como indicador de ángulo.

### AVISO

Para la implantación final de una estructura de superposición, consulte la técnica quirúrgica estándar del sistema de hombro Tornier Flex, teniendo en cuenta el ángulo de vástago de cuello invertido final deseado.



Fig. 2

### AVISO

Llegado este punto puede prepararse la cavidad glenoidea. Una vez instalado el implante en la cavidad glenoidea, puede comenzarse la preparación del húmero.

## Técnica quirúrgica

### Escariado de incrustación

Preparación de la superficie de la cabeza humeral reseca:

- Inserte el escariador de incrustación en el taladro quirúrgico o el mango en «T».
- Centre la punta del escariador de incrustación sobre la superficie de la cabeza humeral reseca. No fuerce la punta al interior de la superficie ósea reseca.
- Confirme circunferencialmente que no haya tejido blando tocando el escariador de incrustación.
- Accione con cuidado el escariador y aplique una fuerza mínima para escariar hasta que el cuello del escariador de incrustación esté nivelado con la superficie humeral reseca (fig. 3 y fig. 4).



Fig. 3



Fig. 4

#### AVISO

El escariador de incrustación tiene un diámetro de 40 mm. Antes de utilizar el escariador de incrustación, asegúrese de que la configuración anatómica del paciente sea lo suficientemente grande para colocar el instrumento.

#### AVISO

Al finalizar el escariado de incrustación habrá una preparación humeral de unos 7-10 mm de profundidad.

# Técnica quirúrgica

## Punzón de inicio

Utilizando el punzón de inicio, cree un orificio piloto en línea con el canal humeral en el punto de articulación de la resección (fig. 5).

El punzón de inicio deberá hacerse avanzar hasta que el diámetro acanalado grande esté justo por debajo del nivel de la resección. Esto proporcionará un orificio piloto para el primer sondador (fig. 6).



Fig. 5



Fig. 6

## Preparación distal

### Determinación del tamaño de la cavidad medular

Los sondadores (tamaños: 1-2, 3-4, 5-6 y 7-8) se utilizan para determinar el límite de tamaño superior del vástago humeral. Los sondadores están diseñados para compactar hueso que crea un lecho óseo denso para el implante final. Cada sondador está codificado con color correspondientemente con el instrumental que ha de utilizarse en los pasos posteriores. Se han incorporado orificios de versión en el vástago proximal de cada sondador. Puede colocarse una varilla de versión en el orificio adecuado para asegurar que los sondadores se utilizan en la misma versión humeral establecida durante la resección de la cabeza humeral original (fig. 7).



Fig. 7

## Técnica quirúrgica

Para comenzar a sondar, inserte los sondadores a través del orificio piloto comenzando con el tamaño 1-2 y aumentando progresivamente hasta que se haga contacto con la pared cortical del canal humeral. Es importante orientar los sondadores de manera que las superficies planas oblongas del sondador queden alineadas con el plano de la resección. Estas superficies planas alinean las acanaladuras de los sondadores con la parte distal de la configuración geométrica del implante humeral anatómico. Esto también sirve como indicador de tope de profundidad e identifica el umbral para la determinación del tamaño del implante humeral (fig. 8).

Cuando el sondador alcance la pared cortical y quede bien fijado, deténgase y lea el número más cercano a la resección. Dicho número indicará el vástago del tamaño más grande que puede implantarse de manera segura. Si el sondador queda asentado entre dos tamaños, seleccione el número más bajo. En este momento es importante dejar el sondador colocado (fig. 9).



Fig. 8



Fig. 9

### AVISO

Los sondadores no están indicados para cortar hueso cortical. Por tanto, no debe utilizarse un movimiento de escariado cuando se entre en contacto con la corteza.

### ⚠ PRECAUCIÓN

No impacte el sondador.

# Técnica quirúrgica

## Preparación proximal

### AVISO

Antes de finalizar la perforación medial, observe la ubicación de la plantilla de perforación para asegurarse de que no haya contacto con la corteza medial. Si se nota contacto, retire la plantilla de perforación y utilice una plantilla de perforación más pequeña, o retire el sondador y vaya directamente al paso de compactación.



Fig. 10

## Perforación metafisaria guiada

Con el sondador final colocado, seleccione la plantilla de perforación correspondiente. Como verificación, asegúrese de que el color de la plantilla de perforación coincida con el del sondador (fig. 10).

Acople la plantilla de perforación al sondador mediante las ranuras axiales y deslícela hacia abajo por el sondador hasta que la plantilla descansa plana sobre la resección. Coloque el perforador correspondiente en la plantilla e impacte el perforador hasta que salga por el fondo de la plantilla (fig. 11).

El hueso desprendido debe retirarse tirando recto del sondador, el perforador y la plantilla de perforación hasta sacarlos del húmero proximal.



Fig. 11

# Técnica quirúrgica

## Compactación metafisaria

### Descripción general del compactador

El sistema de hombro Tornier Flex ofrece vástagos tanto cortos como largos y, por consiguiente, ofrece también compactadores cortos y largos.

Los vástagos cortos se ofrecen en tres ángulos (A 127,5°, B 132,5° y C 137,5°) y están indicados para utilizarse como implante tanto anatómico como invertido. Cuando se utilicen en la configuración invertida, seleccione el ángulo A 127,5° o B 132,5°. Los vástagos largos se ofrecen solamente en el ángulo B 132,5° y están indicados para utilizarse como implante invertido o de revisión.

Los compactadores cortos y largos están diseñados con un cuerpo proximal que pivota sobre el punto medio, lo que permite ajustar un único compactador a los tres ángulos de vástago para optimizar el proceso de preparación. El cuerpo proximal se fija en posición mediante un tornillo de fijación situado en la parte inferior del cono que se manipula con el destornillador de inclinación de fijación de 2,5 mm.

## Montaje del compactador

Al hacer los preparativos para un implante invertido, se recomienda fijar el cuerpo proximal del compactador al ángulo deseado A 127,5° o B 132,5° antes de la impactación. Este ángulo puede leerse en la parte trasera del compactador.

Para montar el compactador al mango insertador, asegúrese de que el mango del mango insertador esté en la posición totalmente desbloqueada y coloque las patas de la pinza del mango insertador en las ranuras medial y lateral del compactador. A continuación, apriete y bloquee el mango para fijar el conjunto. Hay un tope de profundidad opcional que se acopla al mango insertador para asegurarse de que el vástago descansa a ras de la superficie de resección.

El mango insertador tiene orificios de versión opcionales pensados para permitir el paso de la varilla de versión para facilitar la orientación de los compactadores a la versión determinada previamente. Si se utiliza la varilla de versión, asegúrese de que esta se coloque en el lado del mango insertador que se corresponda con el lado operatorio del paciente (izquierdo o derecho). Se recomienda retirar la varilla de versión antes de la extracción.

# Técnica quirúrgica

## Compactación

Se recomienda empezar con el compactador del tamaño 1 y compactar secuencialmente hasta lograr una fijación satisfactoria. Para comprobar si la fijación es satisfactoria, aplique un ligero movimiento de torsión al mango insertador. El compactador no deberá moverse dentro del húmero durante esta prueba.

Coloque la punta del compactador en el orificio piloto creado por los sondadores y oriente el conjunto en la versión preseleccionada. Esto asegurará que la versión creada con la resección se mantenga durante el paso de compactación. El compactador también puede orientarse a la versión deseada utilizando la varilla de versión opcional descrita más arriba en referencia al antebrazo (fig. 12).

Haga avanzar el compactador hasta que descansa a ras de la superficie reseçada del húmero. Continúe con la compactación progresiva hasta lograr el ajuste satisfactorio descrito más arriba (fig. 13).



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14

### AVISO

Cuanto no utilice el tope de profundidad, es importante no impactar el compactador más allá del nivel de la superficie reseçada.

Afloje el mango del mango insertador y deje el compactador dentro del húmero como implante de prueba.

Puede ser aconsejable volver a apretar el tornillo de fijación antes de retirar el mango (fig. 14).

### AVISO

Compactación metafisaria para vástagos cementados. Al implantar un vástago cementado, tenga en cuenta que los vástagos están infradimensionados con respecto a los compactadores.

### AVISO

Es importante no utilizar un compactador más grande que el tamaño medido por el sondador para evitar el riesgo de fractura humeral.

# Técnica quirúrgica

## Preparación invertida

### Colocación de componentes invertidos de prueba

La colocación del componente invertido de prueba es fundamental para asegurar un resultado clínico satisfactorio.

Los componentes invertidos del sistema de hombro Tornier Flex están compuestos por bandejas invertidas que se colocan sobre el vástago humeral e insertos invertidos que se encajan en la bandeja invertida y la recubren (fig. 15). Una vez montados, estos dos componentes constituyen conjuntamente lo que se denomina «adaptador invertido».



Fig. 15

### Bandeja invertida

El sistema de hombro Tornier Flex incluye varias bandejas invertidas.

#### AVISO

Consulte en la técnica quirúrgica estándar del sistema de hombro Tornier Flex todas las opciones de bandeja invertida.

#### AVISO

En los casos de inestabilidad pueden encargarse insertos adicionales.

Elija el desplazamiento de bandeja invertida que cubra toda la superficie humeral de «incrustación» cuando se coloque sobre el compactador. Seleccione el componente de prueba +0 de ese desplazamiento particular. Inserte las puntas de la pinza de prueba en los orificios situados en los lados del componente de prueba. A continuación, el componente de prueba puede colocarse sobre el compactador y girarse hasta la ubicación deseada



Fig. 16

#### AVISO

Si la bandeja no encaja de la manera deseada, puede ser necesario utilizar unas pinzas gubias para retirar el hueso sobrante.

Con el componente de prueba colocado en la ubicación deseada, inserte el destornillador de retención de 3,5 mm en el tornillo de la bandeja invertida de prueba y haga avanzar el tornillo para fijar en posición el componente de prueba (fig. 16).



Fig. 17

A continuación, seleccione el inserto invertido de prueba +6 que coincida con el diámetro de la esfera glenoidea. Oriente el inserto de prueba de manera que la marca de láser esté colocada en la posición más lateral del húmero. Como comprobación, la parte más fina del inserto de prueba debe estar en posición lateral (superior) y la parte más gruesa, en posición medial (inferior) (fig.17).

## Técnica quirúrgica

A continuación, el conjunto humeral de prueba se reduce dentro de la articulación para comprobar la tensión deltoidea, la estabilidad, la amplitud de movimiento y la compresión. Si es necesario, el grosor del implante de prueba puede ajustarse para lograr una tensión deltoidea óptima.

### Retirada de la estructura de prueba

Una vez confirmados los componentes invertidos de prueba, disloque el hombro y retire la estructura de prueba. (Es importante dejar montada la estructura de prueba y retirarla como una sola pieza, ya que esto proporcionará la información necesaria para montar el implante final).

Para retirar la estructura de prueba, inserte la punta del percutor de prueba (con el mango totalmente introducido hasta la parte inferior para estabilizar la punta) en las roscas situadas en la cabeza del tornillo de la bandeja invertida de prueba.

#### AVISO

Es importante no apretar demasiado las roscas del conjunto de prueba (fig. 18).

A continuación, deslice el mango del percutor de prueba alejándolo del componente de prueba. Esto liberará la articulación pivotante, lo que permitirá que el mango pueda moverse en cualquier dirección. Oriente el mango en una posición superior y, con golpecitos posteriores incrementales, retire la estructura de prueba (fig. 19 y fig. 20).



Fig. 18

Tras retirar la estructura de prueba, desprenda el percutor de prueba. Si se utilizó una bandeja desplazada, determine la rotación orientando la estructura de prueba de forma que la parte inferior de la bandeja invertida de prueba esté visible.

En la parte inferior de las bandejas desplazadas hay marcada una cara de tipo reloj con números del 1 al 12. Tome nota del número situado más cerca del borde más lateral del compactador. Este número determinará la posición de la bandeja invertida final en relación con la muesca del borde lateral del vástago final.



Fig. 19



Fig. 20

# Técnica quirúrgica

## Implantación final

### AVISO

Antes del montaje, el cirujano debe inspeccionar los conos del implante y las superficies coincidentes para ver si hay restos de suciedad o defectos.

Los conos deben estar limpios y secos para el montaje. Los implantes deben montarse con guantes limpios. El implante final puede montarse en la mesa auxiliar o «in vivo».

## Montaje en la mesa auxiliar

Coloque el vástago humeral definitivo elegido (respetando el tamaño y el ángulo del componente de prueba) en la ranura adecuada del soporte de impactación. Las ranuras del vástago estándar se encuentran en un lado del bloque de impactación, y las ranuras del vástago largo, directamente frente a las ranuras del vástago estándar. A continuación, cada lado del bloque de impactación se divide en dos secciones, dependiendo del tamaño (1-4, 5-8) (fig. 21 y fig. 22).

Con el vástago definitivo en la mano, oriente la bandeja invertida seleccionada a la posición determinada previamente. Hecho esto, coloque el conjunto del implante en la ranura adecuada del bloque de impactación. Utilizando el mango de impactador con la punta de impactador de cabeza/bandeja, asiente el cono (fig. 23).

Aplique la placa de sujeción a la bandeja colocada en la orientación arriba/abajo correcta, y conecte el mango insertador (fig. 24).

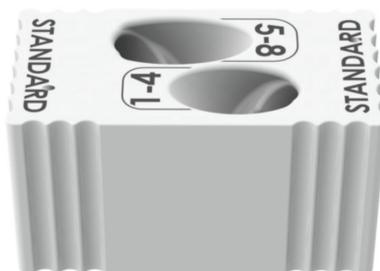


Fig. 21

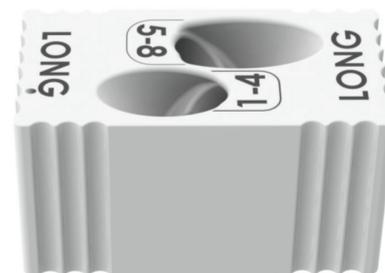


Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24

# Técnica quirúrgica

Coloque el implante humeral definitivo en el canal humeral preparado e impacte hasta que la profundidad determinada previamente de la bandeja de incrustación esté a ras con el húmero preparado. Tenga cuidado para mantener la versión preseleccionada (utilice la varilla de versión si es necesario) y no inserte la bandeja a más profundidad que el componente de prueba previo (fig. 25 y fig. 26). Coloque el polietileno definitivo, impáctelo en posición utilizando el mango de impactador con la punta de impactador de cabeza/bandeja y reduzca el implante humeral (fig. 27).



**Fig. 25**



**Fig. 26**



**Fig. 27**

## Técnica quirúrgica

### Montaje «in vivo»

No es aconsejable utilizar la técnica «in vivo» en pacientes con calidad ósea deficiente.

Monte el vástago final sobre el mango insertador, asegúrese de que el mango del mango insertador esté en la posición totalmente desbloqueada y coloque las patas de la pinza del mango insertador en las ranuras medial y lateral del vástago final. A continuación, apriete y bloquee el mango para fijar el conjunto. Si se utiliza la varilla de versión, asegúrese de que esta se coloque en el lado del mango insertador que se corresponda con el lado operatorio del paciente (izquierdo o derecho).



Fig. 28



Fig. 29

### Vástago humeral de PTC Flex

#### AVISO

Se recomienda utilizar el montaje «in vivo» para el vástago cementado.

Para implantar un vástago humeral de PTC Flex, inserte el vástago en el húmero preparado, teniendo cuidado para mantener la versión de la resección.

Impacte el vástago hasta que su parte superior esté a ras de la superficie reseca del húmero (fig. 28 y fig. 29). Retire el mango insertador y oriente la bandeja invertida seleccionada a la ubicación deseada. Asiente el cono utilizando el mango de impactador con la punta de impactador de cabeza/bandeja, siga impactando hasta que la parte inferior de la bandeja invertida quede a ras con el corte y compruebe la estabilidad del implante. (fig. 30, fig. 31 y fig. 32).



Fig. 30



Fig. 31



Fig. 32

## Técnica quirúrgica

### Vástago humeral cementado Flex

Para implantar un vástago humeral cementado Flex, irrigue y seque el canal humeral; a continuación, inserte un limitador de cemento. Inyecte cemento en la cavidad medular utilizando una técnica de cementación estándar e inserte el vástago en el canal humeral. Haga avanzar el vástago hasta que su parte superior esté a ras con la superficie reseca del húmero, con cuidado de no avellanar el implante.

Retire el mango insertador y el cemento sobrante que pueda haber. Limpie y seque el cono del vástago. Oriente la bandeja invertida del tamaño seleccionado a la posición deseada. Asiente el cono utilizando el mango de impactador con la punta de impactador de cabeza/bandeja. Para colocar el inserto, seleccione el tamaño y el grosor determinados durante el paso de colocación del componente de prueba y oriente el inserto de manera que la marca de láser esté alineada con la cara más lateral de la bandeja. Como comprobación, la parte más fina del inserto debe estar en posición lateral y la parte más gruesa, en posición medial. Con el inserto alineado, utilice el mango del impactador con la punta del impactador de insertos para asentar el inserto en la bandeja.

### Consideraciones para la cirugía de revisión

Al revisar una incrustación, puede ser necesario hacer una ventana ósea en el húmero proximal para acceder al cono del inserto de bandeja invertida. Para ello, utilice un osteótomo o unas pinzas gubias para retirar una pequeña sección de hueso cerca de la bandeja invertida. Ahora que puede accederse al cono, encaje el distractor de cabeza entre el cono y el vástago humeral y utilice un mazo para desprender aún más el cono (fig. 33 y fig. 34).

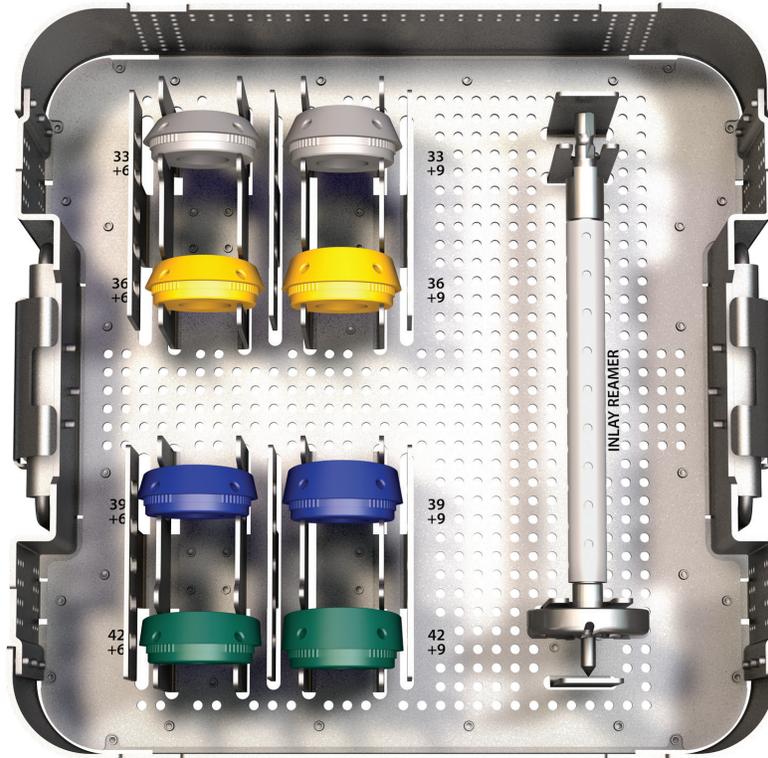


Fig. 33



Fig. 34

## Componentes del sistema



### Instrumentos invertidos de 135° del sistema de hombro Tornier Flex (YKAD135)\*

N.º de ref.	Descripción	Diámetro	Grosor	Ángulo
MWF356C	Inserto invertido de prueba	33 mm	+6	C 7,5°
MWF357C	Inserto invertido de prueba	33 mm	+9	C 7,5°
MWF361C	Inserto invertido de prueba	36 mm	+6	C 7,5°
MWF362C	Inserto invertido de prueba	36 mm	+9	C 7,5°
MWF391C	Inserto invertido de prueba	39 mm	+6	C 7,5°
MWF392C	Inserto invertido de prueba	39 mm	+9	C 7,5°
MWF421C	Inserto invertido de prueba	42 mm	+6	C 7,5°
MWF422C	Inserto invertido de prueba	42 mm	+9	C 7,5°
**ARS742900	Escariador de incrustación			

#### \*\*FABRICANTE LEGAL

Tornier, Inc.  
10801 Nesbitt Avenue South,  
Bloomington, MN 55437, EE. UU.  
Tel.: +1 952 921 7100  
Fax: +1 952-236-4007

#### REPRESENTANTE AUTORIZADO

Tornier SAS  
161 Rue Lavoisier  
38330 Montbonnot Saint Martin  
Francia  
+33 (0)4 76 61 35 00



\*Este conjunto solamente está disponible por encargo y es necesario lograr un ángulo de vástago de cuello invertido de 135°.

# Notas

Este documento está dirigido únicamente al uso por parte de profesionales de la salud. El cirujano o la cirujana debe confiar siempre en su criterio profesional a la hora de decidir si usar un producto en particular para tratar a un paciente en concreto. Stryker no ofrece consejos médicos y recomienda que los cirujanos reciban formación en el uso de cualquier producto concreto antes de usarlo en cirugía.

La información aquí recogida pretende presentar un producto de Stryker. El cirujano debe consultar siempre el prospecto o las instrucciones de uso, incluidas las instrucciones de limpieza y esterilización (si procede), antes de usar cualquier producto de Stryker. Algunos productos pueden no estar disponibles en todos los mercados, ya que la disponibilidad depende de las prácticas reglamentarias o médicas de cada mercado. Contacte con su representante de Stryker si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de productos de Stryker en su zona.

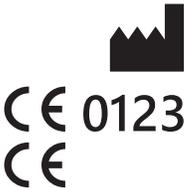
Las instrucciones de uso, las técnicas quirúrgicas, las instrucciones de limpieza, las hojas de información del paciente y otra documentación asociada pueden solicitarse en línea en <http://ifu.wright.com>. Si va a guardar las instrucciones de uso, las técnicas quirúrgicas o las instrucciones de limpieza de los sitios web anteriormente mencionados, asegúrese de tener siempre la versión más actualizada antes del uso.

Stryker Corporation o sus divisiones u otras entidades empresariales afiliadas poseen, usan o han aplicado las siguientes marcas comerciales o marcas de servicio: Stryker, Tornier. Todas las demás marcas registradas son propiedad de sus respectivos dueños o consignatarios.

Los productos de las listas anteriores tienen la marca CE.

ID de contenido: AP-011470B-ES, 11-2021

Copyright © 2021 Stryker

 Fabricante:  
**Tornier SAS**  
161 Rue Lavoisier  
38330 Montbonnot  
Saint Martin  
Francia  
+33 (0)4 76 61 35 00