

Integra®

EndoRelease™

Sistema endoscópico
de liberación de túnel cubital

TÉCNICA QUIRÚRGICA



MBA®

Técnica quirúrgica

Como fabricante de este dispositivo, Integra no ejerce la medicina ni recomienda el empleo de ésta o cualquier otra técnica quirúrgica en ningún paciente en particular. El cirujano que lleva a cabo la intervención es el responsable de la selección y aplicación de la técnica quirúrgica más idónea para cada paciente. Integra ha elaborado esta técnica quirúrgica para asegurarse de que este dispositivo sea utilizado de forma óptima en procedimientos quirúrgicos ordinarios.

Beneficios del sistema

- Técnica segura y fiable¹ – procedimiento endoscópico mediante una cánula diseñada específicamente para permitir la visualización permanente del campo quirúrgico en el momento de realizarse el corte selectivo de la fascia muscular.
- Rápida recuperación del paciente² – sistema mínimamente invasivo que provoca menos fibrosis y causa menos dolor postoperatorio.
- Menor tiempo quirúrgico – la cirugía mínimamente invasiva requiere menos tiempo de quirófano que la cirugía abierta.

Características del sistema

- Cánula de doble ranura cuya superficie inferior garantiza la constante visibilidad del tejido.
- La cánula incorpora un separador destinado a proteger los nervios superficiales.
- Incluye una hoja de corte desechable que se desliza por la ranura de la cánula mientras corta la fascia que rodea el nervio.



Indicaciones

El sistema endoscópico de liberación de túnel cubital EndoRelease™ permite el tratamiento endoscópico del síndrome de túnel cubital, liberando la fascia que rodea el nervio cubital.

Contraindicaciones

- Liberaciones secundarias del túnel cubital.
- Casos en que la anatomía se presenta distorsionada.
- Lesiones previas de las partes blandas en el lecho quirúrgico.

1. Tsai TM, Chen IC, Majd ME, Lim BH. : Cubital tunnel release with endoscopic assistance: results of a new technique. J Hand Surg [Am]. 1999 Jan;24(1):21-9.

2. Cobb TK.. Endoscopic cubital tunnel release. J Hand Surg Am. 2010 Oct;35(10):1690-7.

Paso 1 • Vía de abordaje

1-1 El paciente debe ser colocado en decúbito supino sobre la mesa de operaciones, posicionando la extremidad a operar en una mesa de mano. Levante el brazo del paciente lo suficiente para facilitar el acceso al túnel cubital. Identifique y marque el epicóndilo interno. Marque en la piel el trazo de la incisión a unos 2cm por encima del túnel cubital, posterior al epicóndilo interno (Figura 1-1). Realice la incisión a través de la dermis, asegurándose de que dicha incisión coincide con el pliegue cutáneo para minimizar el impacto estético.

1-2 Utilice tijeras y pinzas para realizar una disección de la zona, llegando hasta la fascia profunda y el epicóndilo interno (Figura 1-2). Proteja los nervios superficiales que encuentre.



Paso 2 • Exposición del túnel cubital

2-1 Utilizando las tijeras, levante el tejido subcutáneo y cree un espacio entre la fascia profunda y el tejido y nervios subcutáneos, tanto hacia proximal como hacia distal. Retraiga la piel utilizando separadores estándar (Figura 2-1).

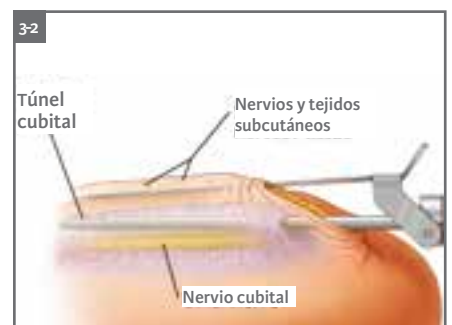
2-2 Use el epicóndilo interno como punto de referencia y palpe el túnel cubital y el nervio cubital. Levante el techo del túnel cubital con las pinzas y abra el túnel con una hoja del 15. Identifique y proteja el nervio cubital (Figura 2-2).

2-3 Con las tijeras, abra el túnel cubital unos cuantos centímetros. Puede utilizarse la espátula para facilitar el acceso al túnel cubital y separar con mayor facilidad el nervio cubital del techo del túnel (Figura 2-3). Deben extremarse las precauciones para mantenerse alejado del nervio. El túnel cubital debe abrirse lo suficiente para permitir la colocación atraumática de la cánula a lo largo de la trayectoria del nervio cubital.



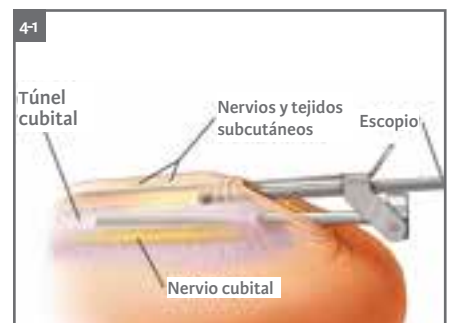
Paso 3 • Inserción de la cánula en dirección proximal

- 3-1 Conecte el obturador al mango de obturador (Figura 3-1) e insértelo dentro de la cánula, posicionando la lengüeta del obturador dentro de la ranura de la cánula.
- 3-2 Levante la piel y el tejido subcutáneo e inserte el montaje obturador-cánula dentro del túnel cubital e introdúzcalo en dirección proximal entre el nervio cubital y el techo del túnel cubital. (Figura 3-2). No emplee fuerza al insertar la cánula en el túnel cubital. A la vez que coloca la cánula en el túnel, introduzca el separador a lo largo de un plano más superficial que la fascia profunda y más profundo que los nervios y tejidos subcutáneos. Retire el obturador con su mango.



Paso 4 • Visualización endoscópica – Dirección proximal

- 4-1 Inserte el endoscopio entre la cánula y el separador (Figura 4-1).
- 4-2 Use el endoscopio para confirmar que la zona está libre de nervios superficiales que pudieran sufrir daños (Figura 4-2).
- 4-3 Inserte el endoscopio dentro de la cánula (Figura 4-3a). Mire a través de las ranuras dispuestas en la superficie inferior de la cánula para confirmar que el nervio cubital está situado directamente por debajo de ésta (Figura 4-3b). Podría ser necesario girar ligeramente la cánula para capturar el nervio, situado por debajo de la superficie plana de la misma. Utilice el endoscopio para visualizar la fascia, que habrá quedado estirada por encima de la cánula. Si no se consigue identificar el nervio con claridad, tire del endoscopio hasta que quede colocado en la porción abierta del campo quirúrgico e identifique el nervio, primero visualmente con una sonda a través de la incisión y, posteriormente, con el endoscopio. Seguidamente, siga el recorrido del nervio hacia proximal con el endoscopio. **Asegúrese de que el nervio esté por debajo de la cánula a lo largo de toda la extensión de ésta.**



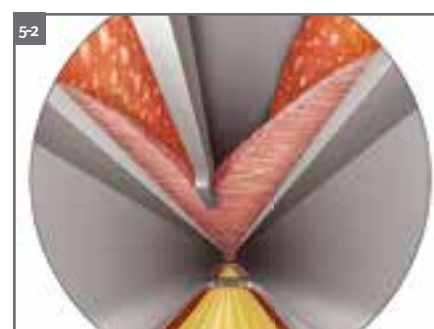
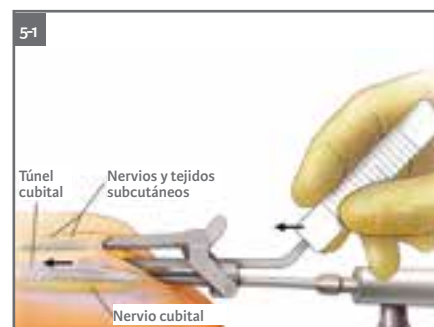
Paso 5 • Incisión de la fascia – Dirección proximal

- 5-1 Inserte la hoja de corte en la ranura de la cánula (Figura 5-1).
- 5-2 Use el endoscopio para visualizar la fascia y la hoja. Divida la fascia desplazando la hoja hacia proximal bajo visualización endoscópica directa (Figura 5-2).

Nota

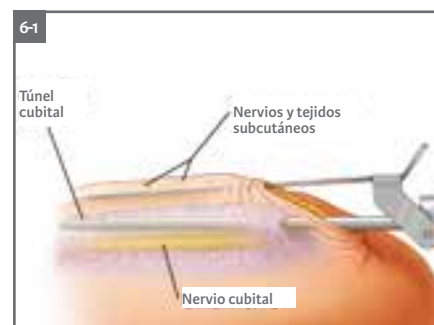
No divida la fascia a menos que el nervio cubital resulte visible a través de las ranuras dispuestas en la cara inferior de la cánula.

Extraiga la hoja de corte y confirme con el endoscopio que la fascia haya sido dividida a lo largo del túnel y que el nervio haya quedado completamente liberado. Retire el endoscopio y la cánula.



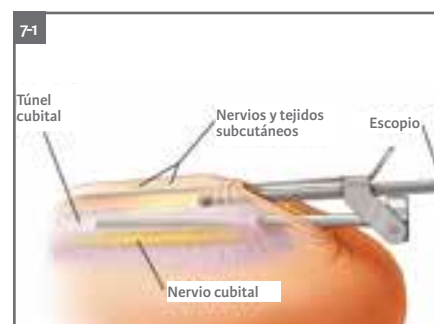
Paso 6 • Inserción de la cánula hacia distal

- 6-1 Establezca un acceso al túnel cubital en la porción distal de la incisión e identifique el nervio cubital. Puede usarse la espátula para abrir un espacio entre el nervio cubital y el techo del túnel cubital. Extreme las precauciones para mantenerse alejado del nervio. Inserte el obturador con su mango dentro de la cánula. Levante la piel y el tejido subcutáneo e inserte la cánula y el obturador dentro del túnel cubital en dirección distal (Figura 6-1). **No emplee fuerza al introducir la cánula en el túnel cubital.** Al mismo tiempo, introduzca el separador permaneciendo fuera del túnel cubital pero por debajo de los nervios y tejidos subcutáneos. Retire el obturador con su mango.



Paso 7 • Visualización endoscópica – Dirección distal

- 7-1 Introduzca el endoscopio entre la cánula y el separador para confirmar que la zona está libre de nervios superficiales que pudieran sufrir daños. (Figura 7-1).
- 7-2 Inserte el endoscopio dentro de la cánula. A través de las ranuras dispuestas en la superficie inferior de la cánula confirme que el nervio cubital está situado directamente por debajo de ésta (Figura 7-2). Podría ser necesario girar ligeramente la cánula para capturar el nervio, situado por debajo de la superficie plana de la misma. Confirme que el nervio cubital esté por debajo de la cánula a lo largo de toda la extensión de ésta. Utilice el endoscopio para visualizar la fascia, que habrá quedado estirada por encima de la cánula.



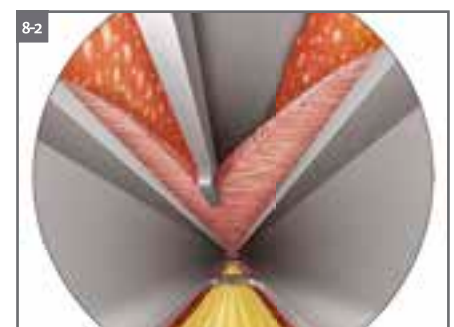
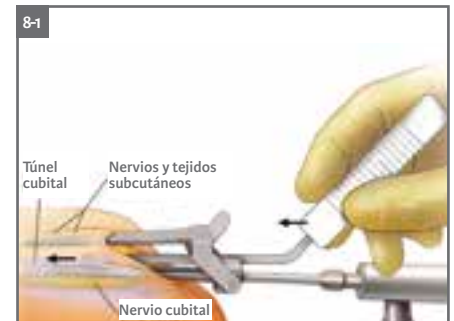
Paso 8 • Incisión de la fascia – Dirección distal

- 8-1** Introduzca la hoja de corte en la ranura de la cánula (Figura 8-1).
- 8-2** Use el endoscopio para visualizar la fascia y la hoja. Divida la fascia introduciendo cuidadosamente la hoja en dirección distal bajo visualización endoscópica directa. (Figura 8-2).

Nota

No divida la fascia a menos que el nervio cubital resulte claramente visible a través de las ranuras dispuestas en la cara inferior de la cánula.

Extraiga la hoja de corte y confirme con el endoscopio que la fascia haya sido dividida a lo largo del túnel y que el nervio haya quedado completamente liberado. Retire el endoscopio y la cánula.



Paso 9 • Cierre de la herida

- 4-3** Libere el manguito de isquemia y restablezca la hemostasia mediante un breve período de compresión. Si se requiere cauterización bipolar, ésta puede llevarse a cabo con retracción de la piel y el tejido subcutáneo y visualización endoscópica. Una vez obtenida la hemostasia, levante la piel e inserte un catéter Angiocath™ de 20 G dentro de la herida bajo visualización directa, extremando las precauciones para no dañar el nervio cubital. Extraiga la aguja del catéter Angiocath™ (dejando el catéter Angiocath™ in situ) y cierre la piel firmemente con suturas subcuticulares absorbibles primero y con tiritas Steri-Strip después. Es necesario que el cierre sea lo más firme posible debido a las solicitudes a las que será sometida la incisión durante la realización de los ejercicios de movilidad postoperatorios. Tras el cierre, coloque (si no está contraindicado) 15-20 cc de marcaína al 0.25% con epinefrina en el catéter Angiocath™ que, a continuación, debe ser extraído. Aplique un apósito postoperatorio suave con un vendaje elástico Ace™.

Paso 10 • Cuidados postoperatorios

- 4-3** Antes de la cirugía, es preciso instruir al paciente acerca de los ejercicios de movilidad activa y pasiva del codo a realizar en el postoperatorio. El objetivo es que en la primera visita tras la cirugía, que normalmente se produce transcurridos de 7 a 10 días, el paciente haya alcanzado un arco de movimiento completo. El paciente deberá aligerar el vendaje de manera que le permita plena movilidad del codo. Podrá reanudar todas sus actividades habituales según tolerancia; muchos lo consiguen al final de la primera semana.

Sistema EndoRelease – Bandeja de instrumental

- 1 Mango de obturador
- 2 Cánula pequeña (endoscopio de 2,7mm)
- 3 Obturador de bloqueo pequeño
- 4 Cánula grande (endoscopio de 4,0mm)
- 5 Obturador de bloqueo grande
- 6 Espátula de 7mm
- 7 Espátula de 5mm



Instrumental

Sistema EndoRelease

Nº de referencia	Descripción
09-2000	Bandeja para instrumental
09-5160	Obturador de bloqueo pequeño
09-5250	Obturador de bloqueo grande
21-1700	Mango de obturador
09-5070	Espátula de 5mm
09-5080	Espátula de 7mm
09-5090	Cánula pequeña (endoscopio de 2.7mm)
09-6020	Cánula grande (endoscopio de 4.0mm)

Hojas de corte

Sistema EndoRelease

Nº de referencia	Descripción
09-6000	Hoja de corte EndoRelease



OFICINAS CENTRALES

Avda. Jardín Botánico 1345, Silos del Intra
33203 Gijón, Asturias, España
T: +34 985 195 505 F: +34 985 373 452
info@mba.eu www.mba.eu



DISTRIBUCIÓN España

DELEGACIÓN ANDALUCÍA

Juan Gris 16. 29006 Málaga
T: +34 952 040 300 F: +34 952 316 016

DELEGACIÓN ARAGÓN

Avd. Las Torres 24, planta 1ª, oficinas 3 y 4.
50008 Zaragoza
T: +34 976 461 092 F: +34 976 461 093

DELEGACIÓN ASTURIAS Y LEÓN

Avda. Jardín Botánico 1345. Silos del Intra
33203 Gijón, Asturias
T: +34 985 195 505 F: +34 985 373 452

DELEGACIÓN BALEARES

Carles Riba 1. 07004 Palma de Mallorca
T: +34 971 292 561 F: +34 971 298 601

DELEGACIÓN CANARIAS

León y Castillo 42, 5º B.
35003 Las Palmas de Gran Canaria
T: +34 928 431 176 F: +34 928 380 060

DELEGACIÓN CASTILLA LA MANCHA

Santa Bárbara, Local 2-4. 13003 Ciudad Real
T: +34 926 274 820 F: +34 926 230 552

DELEGACIÓN CASTILLA Y LEÓN

Democracia 1, bajo. 47011 Valladolid
T: +34 983 320 043 F: +34 983 267 646

DELEGACIÓN CATALUÑA

Sardenya 48, bajo 4. 08005 Barcelona
T: +34 93 224 70 25 F: +34 93 221 31 37

DELEGACIÓN COMUNIDAD VALENCIANA

Alberique 27, esc. izq. 1º, puerta 3. 46008 Valencia
T: +34 96 382 66 02 F: +34 96 385 98 56

DELEGACIÓN EXTREMADURA

Francisco Guerra 14. 06011 Badajoz
T: +34 924 207 208 F: +34 924 242 557

DELEGACIÓN GALICIA

Gran Vía 161, 1º C. 36210 Vigo
T: +34 986 484 400 F: +34 986 494 804

DELEGACIÓN MADRID

Calle Cronos 63, 1º, 1. 28037 Madrid
T: +34 91 434 05 30 F: +34 91 433 76 99

DELEGACIÓN NORTECENTRO

(País Vasco, Cantabria, Navarra y La Rioja)
Músico Sarasate 2-4, bajo. 48014 Bilbao
T: +34 944 396 432 F: +34 944 271 382

DISTRIBUCIÓN Italia

GALLARATE

Via Amatore Sciesa 40A
21013 Gallarte (VA) Italia
T: +39 0331 777312 F: +39 0331 777248

DISTRIBUCIÓN Portugal

Rua Manuel Pinto Azevedo 74, 2º A. 4100 320 Porto
T: +351 226 166 060 F: +351 226 166 069

