

**REUNION CONJUNTA AAOT y SOCIEDAD CHILENA
DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGÍA (SCHOT)**

Experiencia en artroplastia total de cadera*

Dr. ERNESTO MATURANA BASCOPE*

Desde 1970 iniciamos nuestra experiencia con mi maestro Dr. Hugo Max Grove F. en artroplastia total con los distintos modelos de prótesis cementada. En 1985 teníamos 600 prótesis cementadas colocadas. De 400 controladas con más de 10 años tuvimos 25 recambios, lo que significa un 6%.

En los últimos 15 años la búsqueda de la solución definitiva de los implantes al hueso ha generado dos grandes líneas de acción, una orientada al perfeccionamiento de la cementación y otra que busca el diseño de elementos protésicos no cementados.

Nosotros hemos seguido estas dos líneas, manteniendo la cementación en el vástago, combinándolo con cotilos no cementados, que es la prótesis más usada hoy en día.

En 1985, frente a la necesidad de enfrentar las reconstrucciones de caderas que habían tenido dos o más prótesis previas, comenzamos a utilizar la prótesis no cementada isoelástica de Robert Mathys.

Los primeros casos fueron reconstrucciones que demostraron remodelación e integración ósea, lo que nos alentó, basados en la experiencia a más largo plazo de Bombelli, Hierholzer y Pérez Feliú, a iniciar una experiencia en artroplastia primaria con esta prótesis. Hasta el año 1994 realizamos 394 prótesis; de ellas, 305 eran primarias y 89 recambios, (77 completos y 12 sólo de cotilos).

La infección fue de 0,33% en primarias y 2,25% en recambios, con una mortalidad del 0,25% (gangrena vesicular postoperatoria).

En el análisis de los resultados se consideran sólo casos con 5 a 9 años de evolución, con un promedio de 6,5.

En recambios, de un total de 33, dos fallecieron antes de los 5 años, por lo que se controlan sólo 31. Edad promedio: 62 años (29-86). El 55% está en perfectas condiciones clínicas y radiológicas; hay 10 casos de aflojamiento de diferente grado (sintomáticos o no), lo que significa 32,2%. Hay 4 fracasos (12,9%), de ellos 2 extracciones por infección tardía a los dos años (reactivación de antiguas infecciones previas) y dos recambios por aflojamientos asépticos (6,45%).

Se define como fracaso la necesidad de extraer o cambiar los componentes y como aflojamiento la presencia de zona radiolúcida mayor de 2 milímetros, progresiva, o el cambio de posición de los componentes.

Es importante hacer notar que en todos los casos de aflojamiento o fracasos asépticos no hay compromiso de la copa acetabular.

Cuando existen aflojamientos aislados del cotilo en prótesis cementada y con más de 10 años de evolución, hemos cambiado sólo el cotilo en 12 casos, y los resultados nos muestran hasta la fecha que no nos hemos equivocado en esta decisión.

Prótesis primaria

Seguimiento: 6,5 años. Número total: 100. Controladas y evaluadas: 64. Edad promedio: 60 años (32-87).

Resultados: Aflojamiento de vástagos: 9 (14%); de cotilo: 0. Fracaso por aflojamiento: 1 caso (1,5%). Uso de bastón en promedio de 7 meses. Dolor en el muslo, 25%, de grado variable, que tiende a desaparecer entre uno y dos años. Dolor tardío en relación con aflojamiento radiológico en el 10%.

* Resumen de la conferencia dictada en la reunión conjunta.

* Presidente de la Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología.

Si bien los resultados en la estadística no son malos, en prótesis primaria el vástago isoelástico a 6,5 años no ha mostrado ventajas significativas frente a vástagos cementados, y en cambio tiene como desventajas el mayor costo, la necesidad de descarga más prolongada, el dolor en el muslo por falta de fijación inicial en el 25% de los casos, o dolor tardío por aflojamiento en el 10% de los casos. El dolor no es invalidante, pero sí molesta al paciente. Por otro lado, estadísticas a 10 años de autores confiables muestran un 10% de fracasos contra el 6% de nuestra serie cementada y el 8,9% de fracasos en la serie de Charnley. Es por todo esto que hoy en día, desde hace dos años, no utilizamos más este vástago; el cotilo sí presenta etapas comparativas, ya que a 9 años no hemos visto ningún aflojamiento aséptico en los cotilos cuando éstos se colocaron en posición correcta con *press-fit* y con sus tornillos compresivos.

En la actualidad, los resultados de nuestras series nos han llevado a utilizar cada vez más, y en gran medida también por su costo, las prótesis híbridas con vástago cementado y cotilo isoelástico RM, prefiriendo las cabezas de 28 milímetros, en lo posible de cerámica.

Como prótesis no cementada estamos utilizando, desde hace 5 años, en una serie comparativa, la prótesis rígida de titanio de Spotorno, que tiene una fijación metafisaria, lo que para nosotros es clave, de acuerdo con nuestra experiencia de más de 30 años, con los vástagos no cementados de Austin Moore. Ini-

cialmente utilizábamos el vástago de Spotorno con el cotilo RM, pero desde hace 3 años hemos colocado el cotilo de expansión original de la prótesis. En recambios y reconstrucciones aún utilizamos en algunos casos la prótesis isoelástica, pero en la mayoría estamos prefiriendo la prótesis de Wagner y en muy pocos casos la recementación.

Esta es nuestra experiencia y pensamiento. Quisiera decir antes de terminar que la innovación de los modelos es más frecuente que la evaluación de los resultados clínicos, y por esto la tarea de elegir el mejor implante para el paciente es cada vez más difícil, por la falta de evaluaciones estadísticamente significativas.

Después de 25 años de experiencia en prótesis de cadera, y utilizando diferentes modelos de prótesis cementada y habiendo incursionado por más de 10 años en el campo de las prótesis no cementada, soy un convencido de que sigue siendo válido el viejo refrán: "El mejor lugar para la cabeza es el cuello de fémur y el mejor lugar para la prótesis sigue siendo el armario", y es por esto que debemos hacer todos los tratamientos posibles antes de caer en la prótesis. Por último quiero enfatizar que no debe haber una lucha entre el sistema cementado y el no cementado; yo creo que ambos tienen sus indicaciones. El cirujano tiene la obligación de conocer los diferentes sistemas y utilizar los que domina, y sobre todo de efectuar el seguimiento y evaluación de sus resultados.