

PROTESIS OCULTA. INFORMACION GENERAL SOBRE
SU EMPLEO EN PADECIMIENTOS
DEL APARATO LOCOMOTOR *

ALEJANDRO VELASCO ZIMBRÓN
Académico de número

El uso de la prótesis oculta no es nada nuevo. Personalmente lo he practicado hace veintitrés años; pero si elegí este tema para presentar mi trabajo reglamentario a esta H. Corporación es con el deseo de que los señores Académicos tengan una información de lo que en México se hace actualmente con este procedimiento que ha adquirido nuevas orientaciones, de acuerdo con los materiales que han venido a enriquecer la bondad del método.

MATERIAL

Acrílico, dura-alumino, acero inoxidable, vitalium, en enfermos con los siguientes padecimientos: neoplasmas del maxilar y de la mandíbula, osteomielitis de la mandíbula, constricción permanente de la mandíbula, necrosis aséptica de la cabeza femoral, osteoartrosis de la cadera, osteoartrosis de la articulación coxofemoral, luxación congénita de la cadera, luxaciones traumáticas de la articulación coxofemoral no reducidas, fracturas recientes del cuello femoral, anquilosis bilateral de la articulación coxofemoral por coxotuberculosis, caderas flotantes por procesos destructivos tuberculosos o piógenos, osteoartrosis crónica, fracturas de cabeza de húmero con estallamiento e imposibilidad de rehacer la morfología mínima indispensable para un buen funcionamiento de la articulación escapulohumeral, pérdidas de sustancias en los huesos del cráneo.

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 3 de junio de 1953.

MÉTODO

Procurar en los diversos procedimientos usados tratar de restablecer la morfología de la región afectada, basándose, cuando es factible, en las medidas precisas de la región por reconstruir y, para ello, nos servimos de estudios radiográficos de la porción afectada, radiografías comparativas que nos ayuden a reconstruir la parte dañada.

El método a elección de seguridad en la prótesis es el de ajustarla a la parte ósea correspondiente, para que quede convenientemente fija, pero en algunas ocasiones, especialmente en el uso del vitalium, se recurre a fijez por medio de tornillos o por ligaduras hechas con alambre o material biológico reabsorbible. Esto sucede sobre todo en la prótesis de la mandíbula; no así en la articulación témporomaxilar o en la coxofemoral, que es donde tenemos más experiencia, y en las que su adaptación llega a ser suficientemente efectiva.

Las diversas incisiones que hemos realizado para este tipo de intervenciones carecen de modalidad especial y sólo he de informar que usamos las de rutina en los diferentes sectores topográficos.

RESULTADO

El uso del vitalium siempre ha sido bien tolerado por el organismo. Esta convicción la tenemos firme, pues día a día usamos tornillos de vitalium para otros procedimientos del aparato locomotor y existe de esta tolerancia una excelente estadística. Lo mismo podemos decir del dura-aluminio, del acrílico y del acero inoxidable.

En el hombro estamos satisfechos de su uso, pero hemos encontrado una reacción ósteroperióstica intensa en el lugar donde se ha puesto la prótesis de vitalium, sin que afecte en forma de tomar en cuenta estas grandes reacciones periósticas, pues la condición después de una prótesis de acrílico se puede catalogar como excelente.

De siete casos de dura-aluminio de cadera dos han presentado fenómenos parestésicos del ciático reversibles. También hemos usado el dura-aluminio con acero inoxidable con grandes extensiones por tratar y estamos satisfechos de los efectos finales de este procedimiento.

Las copas de vitalium ideadas originalmente por el doctor Smith Peterson han adquirido gran popularidad para las artroplastias en la articulación coxo-femoral.

En la témporomaxilar se ha usado en una ocasión de constricción permanente de la mandíbula, con consecuencia excelente. En el cráneo, para substituir pérdida de substancia por metralla o por procedimientos quirúrgicos, durante seis ocasiones ha habido oportunidad de realizar prótesis metálicas y podemos catalogar los resultados como excelentes, tanto en la tolerancia del organismo como en los efectos estéticos postquirúrgicos. En el maxilar hemos empleado acrílico en vitalium para reconstrucción de pérdidas de substancias postraumáticas, con resultados excelentes. Y en una ocasión el uso de la prótesis de acrílico en odontoma blando fué eficaz, sobre todo desde el punto de vista estético, pero se produjo una reproducción de la masa tumoral a los 18 meses de la intervención. En esta enferma, como en las de los tumores, en que se ha orientado el diagnóstico sobre la bondad de la radioterapia, se han hecho aplicaciones postquirúrgicas en número de erres adaptadas al padecimiento a indicación del experto en roentgenoterapia, con resultados mediatos excelentes. Sólo un caso está fuera de nuestro control, pero lo podemos catalogar como bueno, de acuerdo con los últimos controles radiográficos.

En la articulación témporomaxilar por artroplastia en constricción permanente debemos agradecer la gentileza del doctor Alberto Palacio Gómez y la comunicación personal de resultados excelentes en casos por él operados.

En los que con más frecuencia hemos usado la prótesis oculta es en cadera, de los cuales tenemos los siguientes resultados:

Casos operados	53	
Con prótesis de acrílico	49	(92.4 %)
Con prótesis de aluminio	2	(3.8 %)
Con copa de vitalium	2	(3.8 %)
Mujeres	43	(81.13%)
Hombres	10	(18.87%)
Fracturas recientes cuello de fémur	26	(49.06%)
Pseudoartrosis	9	(16.98%)
Coxoartritis de diferente etiología	15	(28.30%)
Luxación congénita	2	(3.77%)
Luxación traumática antigua	1	(1.89%)
Buenas evoluciones	48	(90.57%)
Malas evoluciones	2	(3.77%)
No controladas	3	(5.66%)

COMENTARIOS

Me voy a permitir hacer comentarios de tipo general, ya que deseo hacer llegar a ustedes un concepto más exacto de la presente comunicación.

Desde luego, es obvio decir que este procedimiento debe ser usado por personas suficientemente entrenadas dentro de la especialidad de ortopedia y traumatología.

Las piezas de prótesis pueden ser fabricadas en México y hemos de hacer mención nuevamente en este capítulo, de la colaboración muy estimable del doctor Alberto Palacio Gómez, para la realización de los diferentes aparatos que necesitamos en nuestros tratamientos.

La fijeza de la prótesis la hemos efectuado con ajustes adecuados en la cadera, en el húmero, cráneo y mandíbula, empleando el instrumental del profesor Merle D'Aubigné, mediante planeamiento prequirúrgico y adaptaciones perfeccionadas durante el acto quirúrgico. En lo referente a articulación interdentomaxilar, por férulas de inmovilización que la conservan en oclusión central normal, tanto en el maxilar como en la mandíbula. Cuando se trata de procesos neoplásticos se practican, días antes de la intervención, las extracciones necesarias para que una vez terminado el proceso cicatrizal alveolodentario sea posible realizar la extirpación del segmento mandibular enfermo, fuera del contacto de la cavidad bucal, cosa ésta que asegura una mejor evolución. En el maxilar procuramos conservar la fibromucosa palatina, para poder aislar así el proceso protético de la cavidad bucal, con lo que se obtienen una condición estética y funcional muy superior a las técnicas habituales clásicas de la resección que se realizan en la actualidad.

Iniciada en Francia por Judée, reforzada por la enérgica actuación de Merle D'Aubigné, la prótesis con acrílico de la cadera ha adquirido día a día mayor número de satélites y, triste es decirlo, demasiado cirujanos, deslumbrados por esta nueva oportunidad de mejorar los padecimientos ósteoarticulares, han falseado las estadísticas, porque carecen de buena preparación, de instrumental adecuado, de control suficiente del enfermo y de recuperación conveniente postquirúrgica, lo que hace que este procedimiento, del que se obtiene un por ciento muy aceptable de éxitos, dé a veces resultados estadísticos no muy halagadores. De una manera general mencionaremos las estadísticas ajenas y la propia.

CONCLUSIONES

1. El uso de la prótesis oclusa, desde el advenimiento del vitalium y del acrílico, ha abierto nuevos horizontes en la técnica quirúrgica de los padecimientos del aparato locomotor.
2. El mejor procedimiento de fijeza es el del ajuste.

3. La recuperación funcional es condición *sine qua non* para un resultado final aceptable.

4. En prótesis del maxilar y la mandíbula, desde el punto de vista estético y funcional, es de tenerse muy en cuenta el procedimiento, pues el paciente puede conservar, aun frente a grandes resecciones, un aspecto estético de excelente condición.

RESUMEN

En el presente trabajo se mencionan los diferentes métodos y materiales que se usan en la prótesis oculta: vitalium, acrílico, durá-aluminio, acero inoxidable. Se mencionan, de manera general, los padecimientos en que se ha usado este procedimiento. Se informa de los resultados obtenidos y se establecen conclusiones en las que se insiste sobre la bondad del mismo sistema, con la salvedad de que debe ser realizado por manos suficientemente entrenadas y con los elementos indispensables para efectuarlo, incluyendo en ello la recuperación funcional del enfermo.

SUMMARY

The different methods and materials to use in occult prosthesis are mentioned in this paper: vitallium, acrylic, dur-alluminium and inoxidable steel. The condition in which such procedures are used, are also mentioned.

Results are reported and conclusions are arrived at, which point to the usefulness of the method, on the basis that it should be left to skilfull hands, and provided there are at hand the necessary elements, including the possibility of a functional reestablishment of the patient.