

**DISCUSION Y CIERRE DE DISCUSION
DE TRABAJOS ANTERIORES**

Endoprótesis no convencionales Fabroni. Actualización de indicación y selección del implante

(Dres. Roberto H. Fabroni y Antonio L. Aguilera, Vol. 54, Nº 4, págs. 563-576)

DISCUSION

Dr. Fernando S. Silberman: En 1976 hicimos el primer reemplazo total de fémur en un caso de osteosarcoma, con una prótesis diseñada por el Dr. Fabroni, con un resultado que a la distancia opino ha sido ampliamente satisfactorio.

A raíz de una comunicación a la entonces Sociedad Argentina de Ortopedia y Traumatología del Dr. Fabroni y colaboradores, ese mismo año, titulada "Endoprótesis no convencional: Técnica del reemplazo total de fémur", el Dr. Limousin solicitó que quedara abierta la discusión y el entonces Presidente de la Sociedad, el Dr. Comolli, dijo que sólo se podían hacer preguntas, que fueron: ¿por qué utilizó esa técnica? (Dr. Blumenfeld), ¿cuál fue el resultado? (Dr. Japas) y ¿por qué no había conclusiones? (Dr. Cambiaggi Almada).

En la discusión de la sesión siguiente intervine y dije que hubiera preferido no terciar por el momento hasta contar con mayor experiencia y sólo mi limité a aportar información bibliográfica. Pero ahora han transcurrido 14 años y he utilizado las endoprótesis no convencionales Fabroni en numerosas oportunidades, en casos todos ellos muy seleccionados, con resultados muy buenos, hasta tal punto que a veces el propio Dr. Fabroni me ha puesto reparos a algunas indicaciones.

La utilización de las EPNCF en el tra-

tamiento quirúrgico de los tumores malignos ya tiene un lugar definido e indicaciones en el tratamiento del "confort".

Es mi deseo contribuir a este importante trabajo, señalando entonces que lo que hace 14 años me hizo decir que prefería esperar acumular mayor experiencia, me permite afirmar que ésta ha sido muy favorable cuando los casos han sido cuidadosamente estudiados y seleccionados.

Deseo preguntar a los autores qué opinan respecto de las modificaciones que habitualmente observo en las endoprótesis de la extremidad proximal del fémur.

Pueden llegar a ser regeneraciones femorales, o más gráficamente diríamos enclausuramientos o involucros, desde luego asepticos, de la prótesis. Clínicamente tenemos la impresión de que aumentan y aseguran la estabilidad de la prótesis.

Felicito a los autores, quienes han hecho un aporte que, si bien se presta a la discusión, es un recurso que, en manos experimentadas —me refiero no sólo a la técnica sino también a la táctica— puede significar una respuesta a difíciles problemas aún no del todo resueltos.

CIERRE DE DISCUSION

Dres. Roberto H. Fabroni y Antonio L.

Aguilera: Agradecemos al Dr. Silberman esta valiosa y elogiosa contribución. Hemos tenido la posibilidad de seguir al paciente que presentó, con un reemplazo total de fémur, por intermedio del Servicio de Oncología del Hospital Militar Central. Este paciente, ya fallecido, tuvo una sobrevida normal, continuando con sus tareas habituales de ingeniero hasta los últimos estadios de su enfermedad.

Respondiendo a la pregunta del Dr. Silberman con respecto a las calcificaciones periprotésicas, a las que llamamos "involucro", las hemos observado en muchos pacientes con sobrevidas prolongadas y pensamos que desde el punto de vista biomecánico es contraproducente para la ENCF, ya que estas endoprótesis poseen una zona de polietileno que separa el vástago de inserción femoral, en el caso de las proximales de fémur, con el vástago donde se coloca la cabeza del reemplazo de cadera, dándole una zona de transición que absorbe las distintas fuerzas que ac-

túan sobre la prótesis evitando la ruptura de la misma.

El involucro protésico, al ser rígido, disminuiría la acción amortiguadora del polietileno en la zona de transición.

Con respecto a las indicaciones no-tumorales de las ENCF, a las que hizo mención el Dr. Silberman, seguimos siendo cautos en su indicación; pero queríamos aclarar que día a día aumenta el número de casos en los cuales se utilizan las ENCF cuando existe una pérdida importante de "stock óseo", como ocurren en los reemplazos totales de cadera complicados, como nos mostró el Dr. Silberman, que generalmente son pacientes con edad avanzada y requieren una rehabilitación rápida. Agradecemos nuevamente su colaboración.

Reiteramos nuestro agradecimiento al Dr. Castagno por su comentario y el recordatorio de una solución tan importante como es la del "muñón protésico de amputación", que mencionamos en nuestra bibliografía.