

## Andar con ollo é mellor que a cegas: Infiltración Eco-dirixida

Xoán Antón Ricoy Lago

Médico de familia da U.A.P. de Aldán, pertencente ao Servizo de A.P. de Cangas do Morrazo, Pontevedra.

Cad Aten Primaria  
Ano 2011  
Volume 18  
Páx. 32-33

As causas e motivacións polos que a resolución de problemas médicos avanza poden ser do máis variado. A implicación do profesional por un caso particular é un deses motivos, e serva de exemplo introdutorio ao tema o seguinte:

Unha muller de 48 anos sen outros antecedentes persoais de importancia, e que fai deporte de xeito regular, presenta un cadro de trocanterite crónica recorrente, cuxa patoxénese despois de descartar as diferentes causas, relacionase coa súa práctica deportiva. Resumidamente, dicir que no seu tratamento se incluíron varias pautas ao longo dun ano, combinando dende AINES illados e asociados a dúas infiltracións a cegas, e todos eles seguidos sempre de rehabilitación con fisioterapia regrada e/ou domiciliaria, con resultados parciais, nos que se alternaban períodos de alivio temporal (as infiltracións a cegas producían un alivio máis importante comparados cos AINES), coas distintas recorrencias e novas aplicacións terapéuticas. Nese intervalo foi visto por dous especialistas (trauma e reumatólogo) que subliñaron o diagnóstico, tamén reforzado pola realización de probas coma radioloxía simple e unha RMN que descartaban lesión articular, e na que só se apreciaban calcificacións a nivel adxacente a articulación. As ecografías de primaria e especializada foron coincidentes e máis resolutivas, e nas que apreciábase unha zona hipoeoxénica intratendinosa no gluteo medio con pequenas calcificacións na bursa subxacente.

Con certa sensación de frustración polo fracaso terapéutico e ás portas de considerar seriamente o tratamento cirúrxico, e tras horas de estudo sobre o tema, propónselle unha nova infiltración esta vez eco-dirixida<sup>1</sup>.

Durante a realización da mesma, a primeira que realizaba, decateime que a entrada da agulla no tendón transmitía unha singular crepitação ao tempo que exercía unha resistencia intensa, o que sumado á pequena dimensión da bursa (3 mm), me reforzou máis a idea do complicado que é acertar nesta zona a cegas (dificultade recollida en estudos<sup>2</sup>), e o fácil que é confundir o propio tendón que está sobre o trocánter maior coa superficie deste, ademais da posibilidade de infiltrar o tendón e danalo, como é sabido.

Finalizada a infiltración, doutra volta “moito menos molesta cas anteriores” en palabras da doente, conséguese un alivio practicamente completo e continuo ate dous meses e medio despois, e que tras unha nova recidiva sintomática de menor intensidade, aínda que con mellor aspecto ecográfico da lesión do tendón, vólvese a infiltrar permanecendo asintomática ata este intre.

Este caso e todo o que conlevou de estudo e preparación alertoume das distintas dúbidas que existen nesta arma terapéutica que é a infiltración. A pesar dunha extensa investigación, a evidencia da efectividade das inxeccións de corticoides na patoloxía extra articular non é plenamente convincente<sup>3,4,5</sup>. As conclusións das revisións sistemáticas e meta-análises son inconsistentes e obstaculizadas polos tamaños de mostra pequenos, a calidade metodolóxica variable, a heteroxeneidade dos estudos incluídos, e a falta de precisión diagnóstica que acompaña aos síndromes clínicos que son subsidiarios. Neste momento achei un so estudo con esta técnica comparándoa coa aplicación de corticoides sistémicos na patoloxía do manguíño dos rotadores<sup>6</sup>. Cunha boa metodoloxía na realización, o traballo de Ekeberg conclúe que en patoloxía de ombro a infiltración con corticoides eco dirixida aínda que máis aliviadora sintomaticamente (sen significación estatística) acadaba os mesmos resultados funcionais que estes. Ao traballo pódesele obxectar o curto tempo de seguimento dos casos (revisión a só 6 semanas) e a pouca definición diagnóstica dos grupos, polo que as súas conclusións son limitadas.

### Correspondencia

Xoán Antón Ricoy Lago  
Email: [xoananton.ricoy.lago@sergas.es](mailto:xoananton.ricoy.lago@sergas.es)

A infiltración eco-dirixida é unha técnica que aporta varias virtudes: a primeira é a da definición da lesión estrutural que acompaña ao cadro sintomático polo que o doente consulta, e por exemplo, podemos concluír cunha trocanterite "xenérica" é neste caso concreto, un subtipo caracterizado por dúas lesións; unha tendinose do glúteo medio asociado a unha bursite calcificada.

A segunda é a precisión, milimétrica, na zona de diana terapéutica, que permite infiltrar no espazo dunha bursa de 2-3 mm de largura, e unha vez que estamos aí, ao non requirir a técnica de infiltración en abano, resulta máis confortábel para o doente. E por último, a corroboración diagnóstica practicamente inmediata que produce o alivio sintomático trala mesma.

Mais, ¿cal é o prezo que temos que pagar por esta técnica?. Obviando a necesidade dun ecógrafo con sonda lineal de frecuencias entre 7 e 15 MHz., a técnica e máis laboriosa de facer que "a cegas", require dun período de aprendizaxe coma calquera nova habilidade manual (que podemos realizar nun modelo animal- zanco de polo), e cumpre un bo coñecemento da anatomía ecográfica da zona e dos patróns eco-patolóxicos.

En xeral podémola realizar coas agullas IM correntes (marelas, e verdes) mais ocasionalmente e segundo a localización e envergadura da persoa, precisaremos agullas longas coma as usadas na punción lumbar (hai que contar cun aumento da distancia ao punto de infiltración xa que traballamos entrando por fora da sonda ecográfica). Existen ademais agullas especiais eco refrincentes que melloran a visualización a conta dun desembolso maior.

Finalmente, é conveniente ter axuda para a preparación e desinfección da zona por un auxiliar xa que o operador ten as dúas mans ocupadas unha coa sonda e outra coa agulla (utilizamos luvas estériles). O custe-eficacia da técnica precisa estudos comparativos.

Despois da pequena experiencia do noso equipo cunha serie de 34 casos máis, que incluíron trocanterite, bursite anserina, síndrome de compresión acromial por tendinopatía dos rotadores, cun resultado excelente, aínda que cunha perspectiva curta de tempo (2 semanas) coma para tirar conclusións definitivas, pensamos que a técnica non ofrece competencia polo demostrativa que é para identificar a/as lesión/s, a precisión terapéutica e o confort para o doente.

O resultado que presentei con este caso inicial, demostra que a infiltración eco dirixida non é a panacea terapéutica, mais témola á nosa disposición (mesmo na atención primaria), como unha ferramenta que mellora as posibilidades diagnósticas e terapéuticas, abrindo novos vieiros de estudo dos síndromes na patoloxía extra articular, entrándonos nun amplo campo no que **ANDAR CON OLLO É MELLOR QUE A CEGAS.**

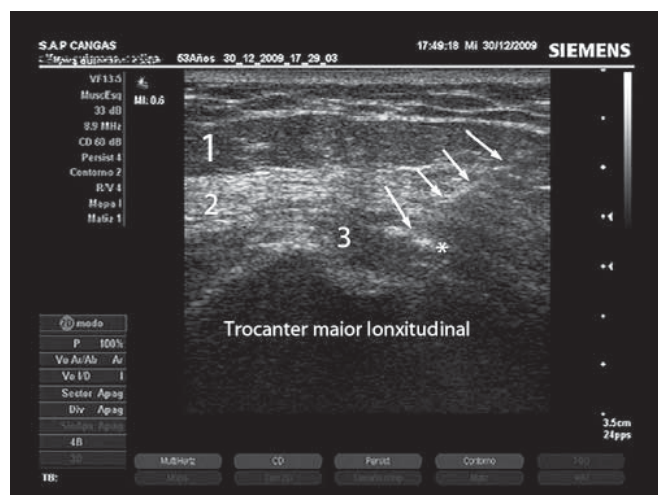


FIGURA 1

Visión nun plano lonxitudinal a nivel do trocanter maior no que vemos as frechas sinalando unha sombra lineal hiper ecoxénica con sombra posterior, que corresponde a agulla de infiltración que pasa a través dunha calcificación (\*) que deixa sombra posterior, localizada na (3) bursa do tendón do glúteo medio. (1) m.glúteo maior. (2) tendón do glúteo medio ).

## BIBLIOGRAFÍA

1. McNally. Ultrasonografía musculoesquelética. Editorial Marban
2. Henkus HE, Cobben LP, Coerkamp EG, Nelissen RG, van Arkel ER. The accuracy of subacromial injections: a prospective randomized magnetic resonance imaging study. *Arthroscopy* 2006;22:277-82.
3. Buchbinder R, Green S, Youd JM. Corticosteroid injections for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003(1):CD004016.
4. Koester MC, Dunn WR, Kuhn JE, Spindler KP. The efficacy of subacromial corticosteroid injection in the treatment of rotator cuff disease: a systematic review. *J Am Acad Orthop Surg* 2007;15:3-11.
5. Arroll B, Goodyear-Smith F. Corticosteroid injections for painful shoulder: a meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55:224-8.
6. Ole M Ekeberg, Erik Bautz-Holter, Einar K Tveit, Niels G Juel, Synnøve Kvalheim, Jens I Brox. Subacromial ultrasound guided or systemic steroid injection for rotator cuff disease: randomised double blind study. *BMJ* 2009;338:a3112