

Taller de infiltraciones articulares (I)

Freiría Tato, M.J.¹; Eirea Eiras, C.²; Maestro Saavedra, F.J.³

1. Centro de salud de Fontiñas, Santiago de Compostela. 2. Centro de Salud de Bueu, Pontevedra. 3. Centro de Salud de Noia, A Coruña
Grupo de infiltraciones de la AGAMFEC.

CAD. ATEN. PRIMARIA 2005; 12: 157-159

ARTROCENTESIS, TERAPIA INTRAARTICULAR E INYECCIÓN EN TEJIDOS BLANDOS

La artrocentesis es un procedimiento relativamente sencillo y con escasos efectos secundarios que consiste en la punción articular y la evacuación de líquido articular con fines diagnósticos o terapéuticos.

La administración local intraarticular o en tejidos blandos de fármacos, sustancias químicas o radioisótopos es una de las modalidades terapéuticas de las enfermedades reumáticas, que produce en general un gran alivio de la sintomatología, con escasos efectos secundarios, y es en muchos de los casos el tratamiento de elección, fundamentalmente en procesos inflamatorios de tejidos blandos.

Los principales objetivos del taller son, por un lado, adquirir la capacidad de diagnosticar la patología inflamatoria periarticular o articular que sea subsidiaria de tratamiento local y, en segundo lugar, promover la adquisición de habilidades técnicas por el médico de atención primaria para poder realizar dicha modalidad terapéutica.

Existen diferentes motivos que justifican la realización de infiltraciones en el ámbito de la atención primaria, entre los que podríamos destacar:

- La técnica es sencilla, exigiendo un aprendizaje que se adquiere de forma rápida y sólo precisará de entrenamiento, práctica y prudencia por parte del clínico.
- Precisa de pocos recursos, asumibles en cualquier consultorio o centro de salud.
- Mayor accesibilidad para los pacientes respecto a la atención especializada.
- Resultados clínicos muy favorables y a corto plazo.
- Muy raras complicaciones.
- Aval de años de experiencia por parte de médicos de atención primaria.
- Motivación profesional: aprendizaje y resolución de problemas.

INDICACIONES GENERALES PARA LA INFILTRACIÓN CON CORTICOIDES

1. Patología inflamatoria monofocal u oligofocal articular o de tejidos blandos.

2. Patología inflamatoria polifocal, pero con mayor severidad monofocal u oligofocal.
3. Insuficiencia del tratamiento farmacológico y/o rehabilitador.
4. Cuando estén contraindicados otros tratamientos.
5. Necesidad de recuperación funcional rápida.

INDICACIONES PARA LA INFILTRACIÓN INTRAARTICULAR CON GLUCOCORTICOIDES

- Artritis Reumatoide (adulto y juvenil)
- Artropatías por depósito de microcristales (gota y pseudogota)
- Lupus eritematoso sistémico y otras conectivopatías
- Artritis traumática aguda
- Artrosis / Osteoartritis
- Artropatías inflamatorias de otro origen (Enfermedad inflamatoria intestinal, espondilitis anquilosante con participación periférica, artritis psoriásica, enfermedad de Reiter, etc.

INDICACIONES PARA LA INFILTRACIÓN PERIARTICULAR CON GLUCOCORTICOIDES

HOMBRO

- Tendinitis bicipital
- Bursitis subacromial
- Tendinitis del supraespinoso
- Capsulitis adhesiva

CODO

- Epicondilitis
- Epitrocleítis
- Bursitis olecraneana
- Síndrome del túnel cubital

CARPO Y MANO

- Ganglión
- Tenosinovitis de De Quervain
- Síndrome del túnel carpiano
- Dedo en gatillo

CADERA

- Bursitis trocantérea

RODILLA

- Bursitis anserina
- Bursitis prepatelar

PELVIS

- Bursitis isquiática
- Bursitis iliopectínea

PIE

- Tendinitis aquilea
- Bursitis aquilea
- Bursitis calcánea
- Neurinoma de Morton
- Síndrome del túnel del tarso
- Fascitis plantar
- Espolón calcáneo

ESQUEMA TERAPÉUTICO A SEGUIR:

- 1º) Reposo relativo
- 2º) Medidas locales
- 3º) AINES/Analgésicos (5-7 días)
- 4º) Valorar infiltración local

CONTRAINDICACIONES PARA LA INFILTRACIÓN CON GLUCOCORTICOIDES

1. Ausencia de diagnóstico preciso
2. Trastornos de la coagulación
3. Presencia de infección intraarticular o en tejidos periarticulares, o bien en caso de bacteriemia
4. Infiltraciones previas repetidas ineficaces
5. Reacción adversa medicamentosa en infiltración previa
6. Poliartritis crónica, como la artritis reumatoide con múltiples articulaciones activamente inflamadas

NORMAS GENERALES PARA LA INFILTRACIÓN CON GLUCOCORTICOIDES

1. Realización por personal entrenado
2. Conocimiento anatómico de las estructuras articulares y de los tejidos blandos a infiltrar
3. Elegir la vía de acceso más cómoda y segura, marcando si es preciso el punto de entrada
4. Tener siempre todo el material preparado antes de comenzar la técnica
5. Seguir siempre una rigurosa asepsia
6. Elegir la aguja adecuada a casa articulación o tejido blando
7. Introducir la aguja de manera suave, sin brusquedad, sin realizar movimientos extemporáneos o multidireccionales sin necesidad
8. No vencer resistencias inesperadas a la introducción de la aguja
9. Si se está en la cavidad articular, aspirar antes todo el líquido sinovial que pueda haber

10. Antes de inyectar el fármaco, cerciorarse mediante aspiración de que no se está en la vía vascular
11. Si se infiltra con proximidad a tejido nervioso, preguntar al paciente si nota parestesias o dolores lancinantes, para evitar lesionarlo
12. Administrar el volumen no superior al que admita cada articulación
13. Tras la infiltración, retirar la aguja con cuidado y proteger con un apósito el sitio de punción
14. Recomendar el reposo de la articulación durante las 24-48 horas siguientes a la infiltración

INSTRUMENTAL NECESARIO PARA REALIZAR INFILTRACIONES

Utilizar siempre material estéril desechable de un sólo uso. Se precisa:

1. Agujas desechables, varios modelos según localización y patología
2. Jeringas desechables
3. Gasas estériles
4. Paños estériles de campo quirúrgico
5. Guantes estériles
6. Antisépticos

FÁRMACOS EMPLEADOS EN LAS INFILTRACIONES**CORTICOIDES**

La aplicación de corticoides por vía intraarticular o en tejidos blandos requiere formulaciones retardadas o de depósito, en forma de ésteres en suspensión cristalina, que les confieren una menor solubilidad y una mayor persistencia y duración del efecto local, necesarias para conseguir la eficacia clínica.

Existen diversos análogos sintéticos, con potencia diferente aunque eficacia similar como son acetato de betametasona y fosfato sódico de betametasona (celestone cronodose), acetato de parametasona (cortidene depot) y acetónido de triamcinolona (trigón depot); probablemente este último es el que mejor resultado ha aportado, probablemente por su menor solubilidad y una duración del efecto local más prolongado. Algunos autores recomiendan formulaciones mixtas como la del celestone cronodose (corticoides poco solubles –retardados- con corticoides solubles –acción rápida-.)

ANESTÉSICOS LOCALES

Se pueden utilizar solos o mezclados con corticoides cuando infiltramos tejidos blandos. También es posible que las mez-

clas de ambos en las infiltraciones intraarticulares disminuyan la frecuencia de artritis por microcristales de corticoides, dado que disminuye su concentración. Ejemplos de anestésicos locales a utilizar son: mepivacaína, lidocaína, xilocaína.

EFFECTOS ADVERSOS DE LA INFILTRACIÓN CON GLUCOCORTICOIDES

1. Infección articular: es la complicación más grave. Ocurre aproximadamente en 1/10.000 infiltraciones.
2. Artritis postinyección (artritis por microcristales de corticoides). Ocurre en el 1-3% de los casos y se caracteriza por una artritis aguda en las 48 horas siguientes a la infiltración.
3. Roturas tendinosas: no se deben hacer infiltraciones intratendinosas.
4. Artropatía corticoidea: la infiltración repetida de una misma articulación puede producir una artropatía semejante a una artropatía neuropática.

5. Síncope vasovagal, por dolor intenso durante la técnica o en personas predispuestas o aprensivas.
6. Hematoma en la zona infiltrada.
7. Los efectos adversos derivados de su difusión a la circulación sistémica.

¿CUÁNTAS INFILTRACIONES SE PUEDEN REALIZAR ANTE LA MISMA PATOLOGÍA?

Las pautas de utilización, relativamente arbitrarias, recomiendan:

1. Espaciar las infiltraciones entre 7 días y 1 mes.
2. No infiltrar una misma articulación más de 4 veces al año, ni más de 2 consecutivas si son ineficaces.
3. No infiltrar más de 3 articulaciones en una misma sesión.
4. Mantener la articulación infiltrada en reposo 24-48 horas.
5. No administrar en patologías acompañantes que puedan agravarse (p.e: diabetes)