

## TALLER DE INFILTRACIONES ARTICULARES. INFILTRACIÓN DE BURSITIS

### UN METODO SENCILLO PARA REALIZAR INFILTRACIONES

Nosotros proponemos en este taller englobar las infiltraciones, no por patología, sino por el método base para realizar la infiltración y para ello agrupamos las infiltraciones en cuatro categorías.

- ✓ **INFILTRACIÓN DE TENDINITIS**
- ✓ **INFILTRACIÓN DE BURSITIS**
- ✓ **INFILTRACIÓN DE ESTRUCTURAS ARTICULARES**
- ✓ **E INFILTRACIÓN DE PUNTOS DOLOROSOS**

### INFILTRACIÓN DE BURSITIS

Podemos utilizar esta técnica para realizar la infiltración de los siguientes tipos de alteraciones:

#### Codo:

- ✓ Bursitis olecraniana

#### Mano y muñeca:

- ✓ Ganglión

#### Cadera:

- ✓ Bursitis trocantérea

#### Rodilla:

- ✓ Bursitis prepatelar

#### Pie:

- ✓ Bursitis aquilea

### Descripción de la técnica:

- 1.- **Asepsia con Betadine**, con la técnica de ampliación centrifuga del círculo, **en la zona elegida para el drenaje o la infiltración**.
- 2.- **Anestesia puntual con anestésico**, usando una jeringa de insulina cargada con anestésico.  
**Con aspiración previa** a infiltrar para evitar punciones sanguíneas.
- 3.- **Drenaje**, si es posible, del contenido de la bursa **con una aguja intramuscular**. En caso de llenar **la jeringa**, se cambia esta, las veces que sean necesarias, sin retirar la aguja del interior de la bursa.  
Suele ser necesario, en las bursitis superficiales, **comprimir la bursa** para el correcto drenaje.
- 4.- **Tras retirar la aguja de drenaje**, por el mismo punto, **se realiza una nueva punción con una aguja nueva**, para mantener la asepsia, y **se inyecta la mezcla de infiltración** (anestésico y corticoide de depósito en proporción 1:1).
- 5.- **Es esencial un vendaje compresivo elástico no inmovilizador**, en las bursitis superficiales, para permitir el **contacto de la mezcla de infiltración con toda la superficie de la cápsula de la bursa**, debido a la diferencia entre el contenido extraído (que puede llegar a ser de + de 20 cc) y el inyectado (que en el caso máximo es de 4 cc)

### Material utilizado en la infiltración de las bursitis

Aguja de 0,8 x 40 mm (Verde, intramuscular)

Jeringa de 10 ó 20 ml.

Anestésico para anestesia en piel

Mezcla de infiltración: Corticoide de depósito y líquido anestésico en proporción 1:1

## **LA INFILTRACIÓN**

### **CARACTERÍSTICAS GENERALES**

La infiltración consiste en la inyección, intraarticular o en elementos no articulares, de sustancias con efecto antiinflamatorio que tratan de alcanzar efectos perezcosos o definitivos en la mejoría de procesos que afectan al aparato locomotor.

Los motivos que justifican la realización de infiltraciones en el ámbito de la Atención Primaria:

- ✓ 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.
- ✓ Disminuyen el dolor y la inflamación permitiendo una recuperación más rápida de la funcionalidad, al tiempo de detener el deterioro funcional que acarrea la inmovilización prolongada.
- ✓ Muy raras complicaciones.

### **INDICACIONES GENERALES PARA LA INFILTRACIÓN CON CORTICOIDES**

- ✓ Patología inflamatoria monofocal u oligofocal articular o de tejidos blandos.
- ✓ Patología inflamatoria polifocal, pero con mayor severidad monofocal u oligofocal.
- ✓ Insuficiencia del tratamiento farmacológico y/o rehabilitador.
- ✓ Cuando estén contraindicados otros tratamientos.

### **ESQUEMA TERAPÉUTICO A UTILIZAR**

- ✓ Primer escalón: Reposo relativo. Medidas locales y ejercicio de rehabilitación. AINES/Analgésicos (5-7 días).
- ✓ Segundo escalón: Valorar infiltración local (que supone la colocación de una sustancia antiinflamatoria esteroidea, de depósito, en el punto de inflamación o dolor).
- ✓ En caso de no ser efectiva puede ser necesaria la cirugía.

### **CONTRAINDICACIONES PARA LA INFILTRACIÓN CON GLUCOCORTICOIDES**

- ✓ Ausencia de diagnóstico preciso.
- ✓ Trastornos de la coagulación.
- ✓ Presencia de infección intraarticular o en tejidos periarticulares, o bien en caso de bacteriemia.
- ✓ Infiltraciones previas repetidas ineficaces o con Reacción adversa medicamentosa
- ✓ Poliartritis crónica, como la artritis reumatoide con múltiples articulaciones activamente inflamadas.

### **NORMAS GENERALES PARA LA INFILTRACIÓN CON GLUCOCORTICOIDES**

- ✓ Conocimiento anatómico de las estructuras articulares y de los tejidos blandos a infiltrar.
- ✓ Elegir la vía de acceso más cómoda y segura, marcando si es preciso el punto de entrada.
- ✓ Tener siempre todo el material preparado antes de comenzar la técnica.
- ✓ Seguir siempre una rigurosa asepsia.
- ✓ Elegir la aguja adecuada a casa articulación o tejido blando.

- ✓ Introducir la aguja de manera suave, sin brusquedad, sin realizar movimientos extemporáneos o multidireccionales sin necesidad.
- ✓ No vencer resistencias inesperadas a la introducción de la aguja.
- ✓ Si se está en la cavidad articular, aspirar antes todo el líquido sinovial que pueda haber.
- ✓ Antes de inyectar el fármaco, cerciorarse mediante aspiración de que no se está en la vía vascular.
- ✓ Si se infiltra con proximidad a tejido nervioso, preguntar al paciente si nota parestesias o dolores lancinantes, para evitar lesionarlo.
- ✓ Administrar el volumen no superior al que admita cada articulación. Como indicación:
  - 0,5 – 1,5 ml en articulaciones pequeñas
  - 0,25 – 1 ml en vainas tendinosas.
  - 0,5 ml en articulaciones pequeñas
  - 3ml en articulaciones medianas
  - 5 a 10 ml en articulaciones grandes
- ✓ Tras la infiltración, retirar la aguja con cuidado y proteger con un apósito el sitio de punción.
- ✓ Recomendar el reposo de la articulación durante las 24-48 horas siguientes a la infiltración.

## FÁRMACOS EMPLEADOS EN LAS INFILTRACIONES

### CORTICOIDES

La aplicación de corticoides para la infiltración requiere formulaciones 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<sup>®</sup>**),
- ✓ Acetónido de triamcinolona (**Kenalog<sup>®</sup>**).

### ANESTÉSICOS LOCALES

Su utilidad es doble:

Sirven para anestesiar en el punto donde realizaremos la infiltración

Y forman parte de la mezcla de infiltración, Que no produce anestesia per se, sino que actúa como diluyente del corticoide, mejorando su difusión, disminuyendo el riesgo de atrofia de los tejidos bañados y disminuyendo la frecuencia de artritis por microcristales de corticoides.

La dilución utilizada en la mezcla de infiltración es **1:1** (1 mililitro de anestésico por cada mililitro de corticoide).

## EFFECTOS ADVERSOS DE LA INFILTRACIÓN CON GLUCOCORTICOIDES

- ✓ 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.
- ✓ Roturas tendinosas: no se deben hacer infiltraciones intratendinosas.

- ✓ Artropatía corticoidea: la infiltración repetida de una misma articulación puede producir una artropatía semejante a una artropatía neuropática
- ✓ Hematoma en la zona infiltrada. Ver Imagen adjunta.
- ✓ Despigmentación de la zona infiltrada
- ✓ Infección articular

### **¿CUÁNTAS INFILTRACIONES SE PUEDEN REALIZAR ANTE LA MISMA PATOLOGÍA?**

Las pautas de utilización, relativamente arbitrarias, recomiendan:

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