

## Técnicas de infiltración

Francisco Javier Artázcoz Iribarren.

Médico Adjunto del S. de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital García Orcoyen de Estella .

Las infiltraciones consisten en la introducción de una sustancia antiinflamatoria esteroidea de depósito ( generalmente asociada a un anestésico local ) para el tratamiento de una patología inflamatoria articular o de tejidos blandos con el objetivo de aliviar o suprimir el dolor y las manifestaciones inflamatorias, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos. Se trata de una técnica sencilla exigiendo un aprendizaje que se obtiene de forma rápida ( precisará entrenamiento , práctica y ante todo prudencia ).

Indicaciones generales de la infiltración con corticoides:

- 1- Patología inflamatoria articular o de tejidos blandos.
- 2- Insuficiencia del tto. farmacológico o rehabilitador.
- 3- Cuando estén contraindicados otros tratamientos.
- 4- Necesidad de recuperación funcional rápida.

Contraindicaciones para la infiltración con glucocorticoides:

- 1- Ausencia de diagnóstico preciso.
- 2- Trastornos de coagulación.
- 3- Presencia de infección articular o periarticular.
- 4- Reacción adversa medicamentosa a infiltración previa.

Efectos secundarios:

- 1- Alergias a la medicación
- 2- Lesión de vasos o nervios adyacentes.
- 3- Lesiones tendinosas.
- 4- Infección en zona del pinchazo.
- 5- Irritación de la articulación.
- 6- Descompensación de diabetes, HTA.
- 7- Atrofia cutánea en zona del pinchazo.

Normas generales para la infiltración:

- 1- Realización por personal entrenado.
- 2- Conocimiento de la anatomía.
- 3- Medidas de asepsia rigurosa.
- 4- Material adecuado en cada caso ( agujas y cantidades adecuadas ).
- 5- Antes de inyectar cerciorarse de no estar en vía vascular.

Después de exponer estos conceptos generales, a tener en cuenta antes de realizar una infiltración, vamos a exponer de manera breve las patologías más habituales susceptibles de dicho tratamiento individualizándolas por regiones anatómicas .

### **HOMBRO:**

- 1- Patologías: Capsulitis adhesiva, tendinitis del supraespinoso, bursitis subacromial, tendinitis del bicipital, artritis gleno-humeral.
- 2- Material: Aguja de 0.8x40mm. (verde, i.m.)  
Jeringa de 5 ml.  
Corticoide depot 2 ml.( Triancinolona , Betametasona , Parametasona )  
Anestésico local 2 ml. ( Mepivacaína sin vasoconstrictor )
- 3- Vías de acceso : **Posterior** : 1 cm. por debajo del borde externo de la espina de la escápula en la cara posterior en dirección a la apófisis coracoides que se palpa por delante.



**Anterior:** localización de la articulación gleno-humeral.  
entre la apófisis coracoides y la cabeza humeral .



Las vías anterior y posterior para infiltraciones articulares, capsulitis adhesiva, artritis.

**Lateral:** entre el acromion y la cabeza humeral,  
aguja perpendicular a la piel. Tendinitis de manguito  
rotador , bursitis subacromial.



#### **CODO:**

1- Patologías : Epicondilitis , epitrocleitis , bursitis olecraniana.

2- Material : Aguja de 0.5x16 mm. ( naranja , subcutánea ).

Jeringa de 2 a 5 ml.

Corticoide depot 1 ml.

Anestésico local 1 ml.

3- Vías de acceso:

**Epicondilitis:** codo del tenista , dolor por debajo del epicóndilo  
donde se insertan músculos extensores y supinadores.  
Infiltración en abanico sobre punto de máxima sensibilidad.



**Epitrocleitis:** codo de golf , dolor en epitróclea, inserción de flexor  
común de dedos. Infiltración en abanico, cuidado con  
el nervio cubital que discurre por detrás de la epitróclea.



**Bursitis olecraniana :** Se pincha en bursa extrayendo el contenido,  
una vez descartada la infección se inyecta el corticoide.

#### **MUÑECA:**

1- Patologías: Tenosinovitis de D´Quervain, rizartrosis, artritis de articulaciones de  
muñeca y dedos, tendinitis de inserción (flexores-extensores ).

2- Material : Aguja naranja ,sbc.; corticoide depot 0.5-1 ml.  
anestésico local 0.5-1 ml.

3- Vías de acceso :

**Tenosinovitis de D´Quervain.** Inflamación a nivel de estiloides  
radial de t. extensor corto y abductor largo del pulgar.  
Infiltración en zona de más dolor en trayecto de tendones,  
aguja casi paralela a la piel.



**Rizartrosis:** Artrosis de la articulación trapecio-metacarpiana  
Infiltración en articulación por vía dorsal.



#### **RODILLA:**

1- **Patologías intraarticulares** ( AR, artritis por microcristales, artrosis ).

Material : Aguja 0.8x40 ( verde, im.), corticoide depot 2 ml.,  
anestésico local 2 ml.

Vías de acceso: **Suprapatelar lateral** ( a nivel de polo superior de rótula  
1cm. por debajo del reborde externo de la misma aguja  
perpendicular a la piel y paralela al plano de la camilla ).



**Lateral subrotuliana** ( por debajo del alerón rotuliano  
externo a nivel de interlínea femoro-tibial, perpendicular  
A la piel y paralelo al plano de la camilla).

La extracción de líquido articular se realizará con fines diagnósticos y terapéuticos, una vez  
evacuado el derrame y descartada la infección podemos administrar la infiltración.

- 2- **Patologías extraarticulares** (bursitis prepatelar, tendinitis pata de ganso).  
Vías de acceso: **Bursitis prepatelar** ( cara anterior de rótula, porción externa, oblicua a la piel y en dirección medial ; infiltrar en abanico ya que tiende a tabicarse ).

**Tendinitis pata de ganso** : dolor en cara interna de región proximal de tibia ( inserción distal de semitendinoso, sartorio y recto interno ).Infiltrar en abanico en punto de máximo dolor.



**PIE:**

- 1- Patologías : talalgias, fascitis plantar, metatarsalgia, neuroma de Morton, tendinitis de inserción.
- 2- Material: Agujas 0.8x40 (verde) en talalgias y fascitis ; 0.5x16 (naranja) en el resto.  
Corticoide depot 1-2 ml. , anestésico local 1-2 ml.
- 3- Vías de acceso: **Talalgia , fascitis plantar** ( borde antero-interno del talón próximo a la zona de apoyo ).



**Neuroma de Morton** (neuropatía por atrapamiento de nervios en espacios intermetatarsianos; dolor lancinante con disestesis en dedos contiguos ).  
Infiltración en espacio intermetatarsal afectado.



**BIBLIOGRAFÍA:**

- 1- Mazzucheli R, Quiros J, Zarco P. Urgencias en el aparato Locomotor II : Dolor en partes blandas. Medicine 2001; 8(35): 1832-1839.
- 2- Ferández A, Povedano J, Campos S, García A. Eficacia clínica de las infiltraciones con esteroides. Rev Esp Reumatol 1998; 25: 361-370.
- 3- Benito S, López JA. Técnicas de artrocentesis e inyección local. En Eliseo Pascual, Vicente Rodríguez, Jordi Carbonell, Juan J. Gómez-Reino. Tratado de Reumatología Vol II. Madrid: Aran;1998: 2447-2453.
- 4- Torres LM, Elorza J. Pain Medicine. Ed Masson, S.A. 1997 Spain.