



Mútua Terrassa

INFILTRACIONS A ATENCIÓ PRIMÀRIA

Berta Bello R2 MFiC

Cristina Hidalgo EIR MFiC

Anna Tarragó R4 MFiC


Tutora: Mireia Campos

INDEX

- Generalitats
- Tècnica d'infiltració: mà
- Tècnica d'infiltració: espatlla
- Tècnica d'infiltració: maluc
- Tècnica d'infiltració: peu

GENERALITATS

Tècnica mínimament invasiva que consisteix en la injecció intra o periarticular d'un fàrmac amb efecte antiinflamatori i analgèsic



Disminuir inflamació
Aliviar dolor
Millorar imпотència funcional

Material

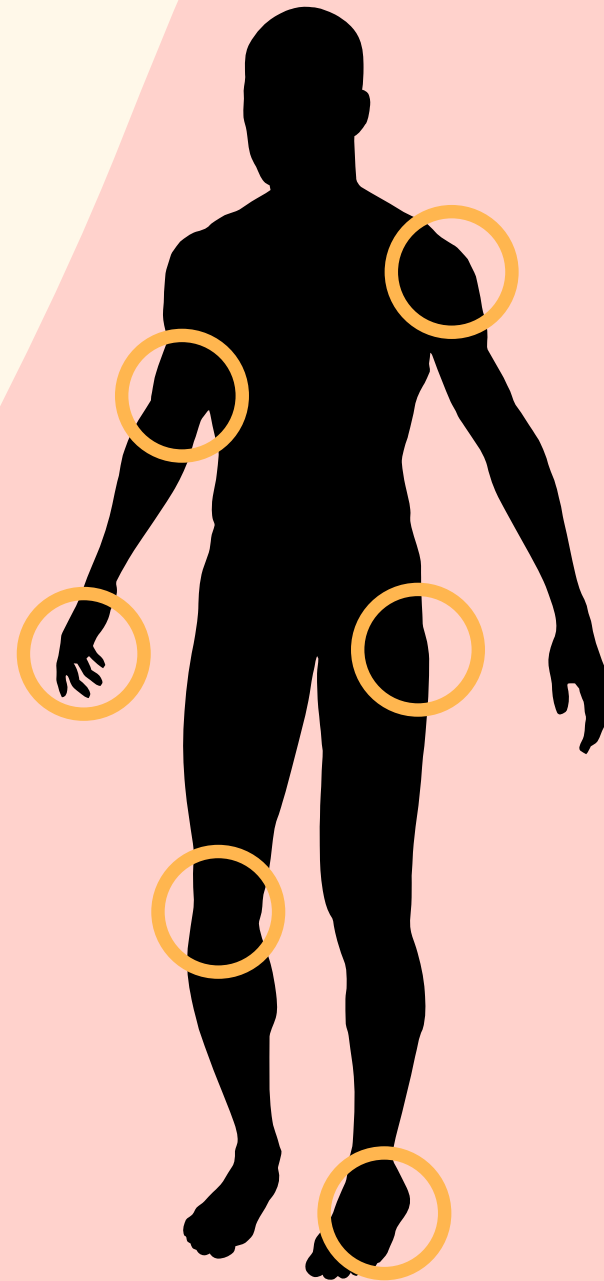
- Fàrmacs utilitzats **1:1**
 - Corticoides Depot:
 - Triamcinolona 40mg/ml (Trigon Depot®)
 - Betametasona 12mg/2ml (Celestone Cronodose®)
 - Anestèsics locals: Mepivacaina - Lidocaina
 - Viscosuplementació: àcid hialurònic
- Agulles 25G, 21G
- Xeringues 2ml, 5ml
- Antisèptic tòpic: povidona iodada, clorhexidina aquosa 2%
- Gasses estèrils
- Talla estèril

INDICACIONES

Epicondilitis lateral o colze de tenista
Epitrocleítis o colze del golfista
Bursitis Olecraneana.

Ganglions.
Dit en gatell
Tenosinovitis de Quervain.
Síndrome Túnel Carpià.
Rizartrosis del polze

Bursitis Anserina.
Bursitis Prepatelar.
Artrosis Femoro-patelar.



Tendinitis Manegot Rotadors.
Tendinitis Bicipital.
Bursitis Subacromial.
Capsulitis Adhesiva.
Artropaties Acromio-Claviculars.

Trocanteritis/Bursitis del trocanter

Fascitis plantar.
Espoló calcàni.
Neurinoma de Morton.

CONTRAINDICACIONS

Absolutes

- Hipersensibilitat o al·lèrgia a qualsevol dels components utilitzats.
- Sospita d'infecció intrarticular o a la zona periarticular
- Presència de fractura intrarticular.
- Falta de resposta favorable a infiltracions prèvies.

Relatives

- Tractament amb anticoagulants orals o trastorns de la coagulació.
- Diabetes mellitus mal controlada
- Pacients immunodeprimits

COMPLICACIONES



- Dolor local: efecte més freqüent (5%)
- Infecció articular
- Despigmentació de la pell
- Trencament tendinós
- Artritis postinjecció o sinovitis reactiva: secundaria a la cristalització del corticoide
- Neuropatia
- Injecció intravascular
- Hematoma superficial
- Reacció nitroide: molt rara (cefalea, eritema i sudoració de la cara i tòrax, poc després de la infiltració)
- Reacció al·lèrgica

ASPECTES A CONSIDERAR

És efectiva l'administració de diverses infiltracions en una mateixa articulació.



No infiltrar

Mateixa articulació

>4 vegades/any.

Mateixa articulació en

<21 dies

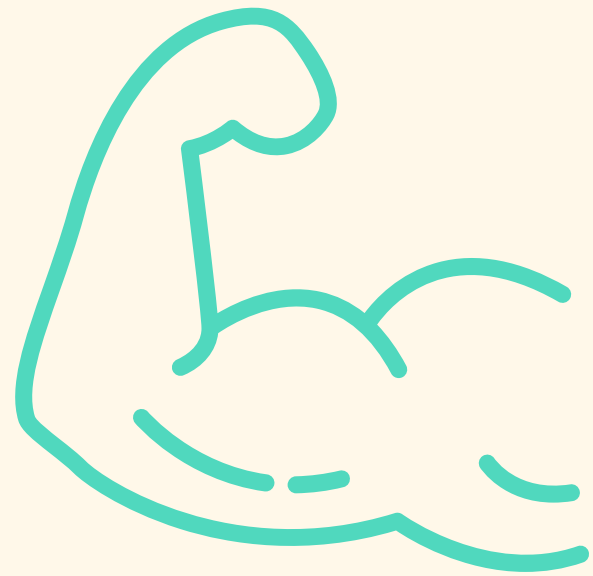
>2-3 infiltracions/sessió.



Repòs relatiu 24-48h

Valorar pacient entre els 2 i 7 dies
després de la infiltració

ESPATLLA



Dolor maniobres contraresistència

Extracapsular

Manegot dels rotadors

Bursitis

Tendinitis bicipital

Intracapsular

Capsulitis adhesiva

Articulació acromio clavicular

Articulació glenohumeral

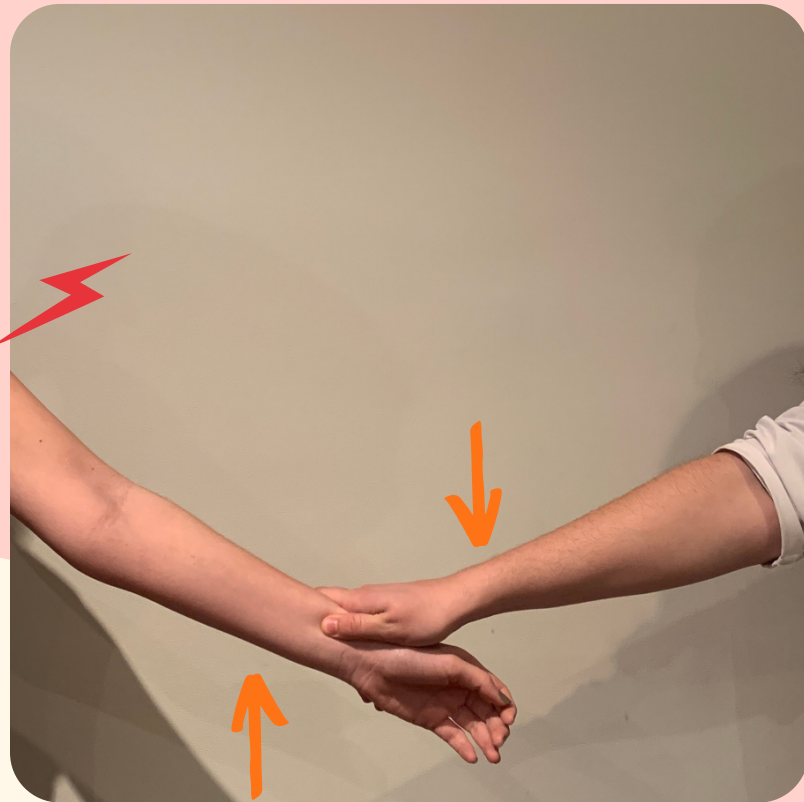
65% dels dolor d'espatlla
Dolor mecànic
Habitualment relacionat
amb un sobreesforç

Dolor mobilitat activa i passiva

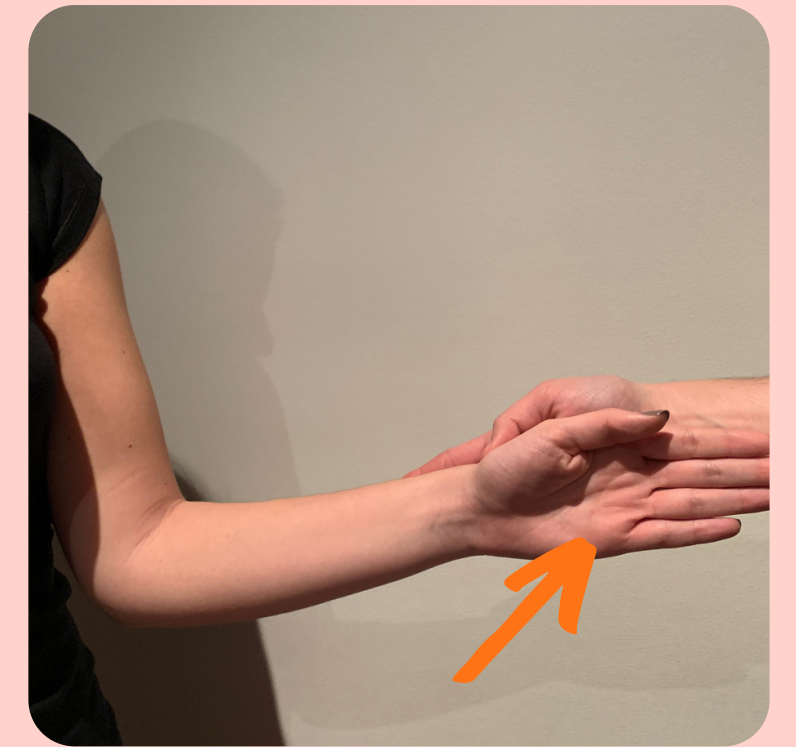
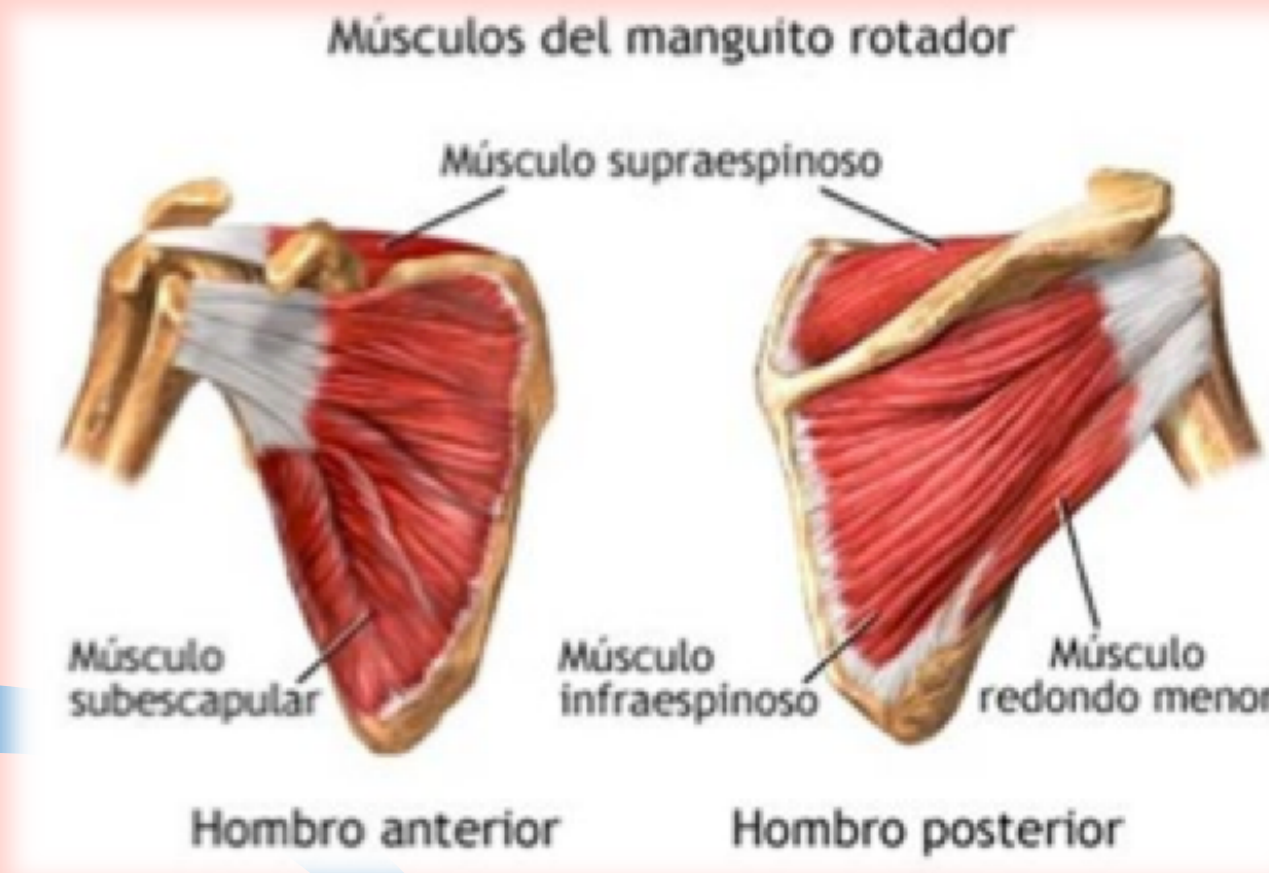
ESPATLLA



Maniobra de GERBER
Rotació Interna (Subescapular)



Maniobra JOBE
abducció (Supraespinós)



Maniobra de Patte
Rotació externa
(Infraespinós)

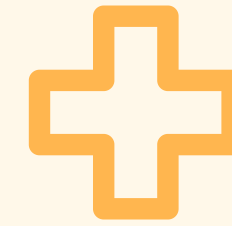
ESPATLLA



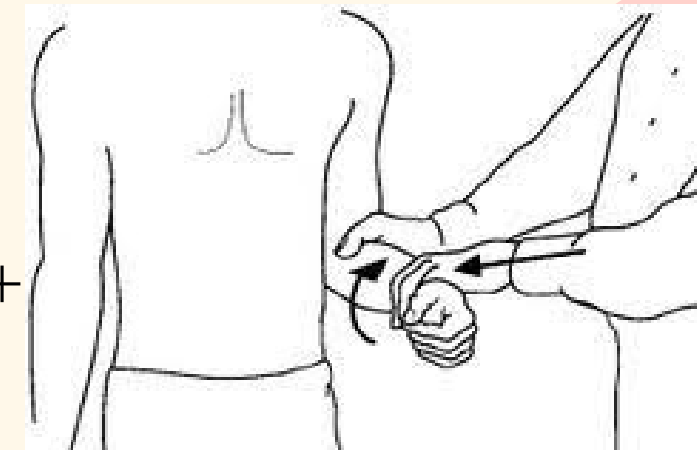
Posició pacient:
assegut, braç flexionat
i metge al darrere.

Punció: Vora inferior
acromion a la línia
axilar posterior

TENDINITIS PL BICEPS



Dolor a la flexió i supinació
contraresistència YERGASON +



Primer tractament conservador

Posició pacient: assegut, colze
semiflexionat

Punció: Corredera bicipital, solc al
realitzar RI i RE. entrar 30^a

EPICONDILITIS

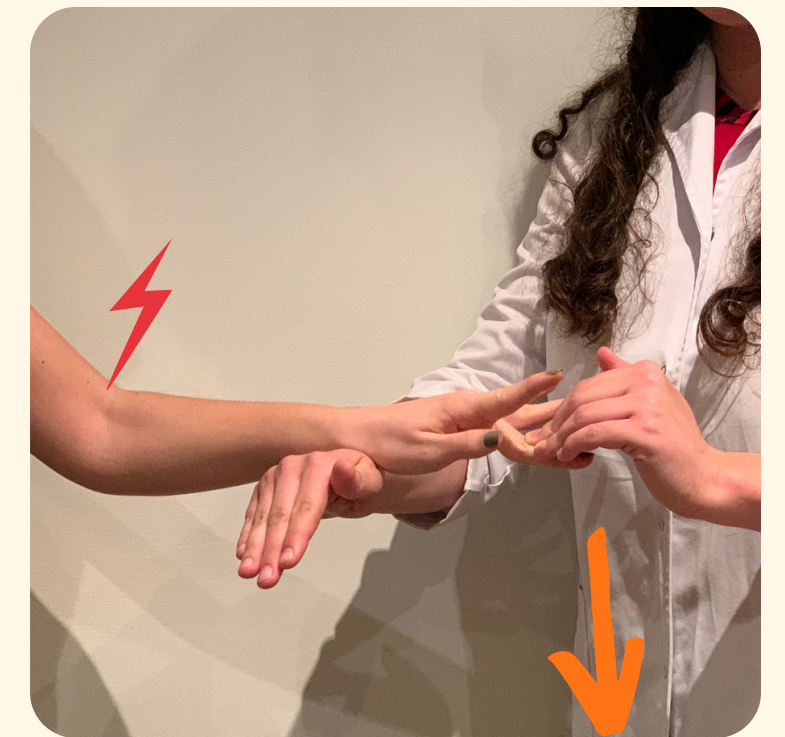
Afectació compartiment extern del colze, provocant dolor i impotència funcional.
És l'afectació més freqüent del colze: sobrecàrrega extensors, microtraumatismes
Dolor localitzat a epicòndil que es pot irradiar cap avantbraç i 3er o 4rt dit.
Tractament conservador incialment recomanat.
Infiltracions efecte transitori 2-6 setmanes.



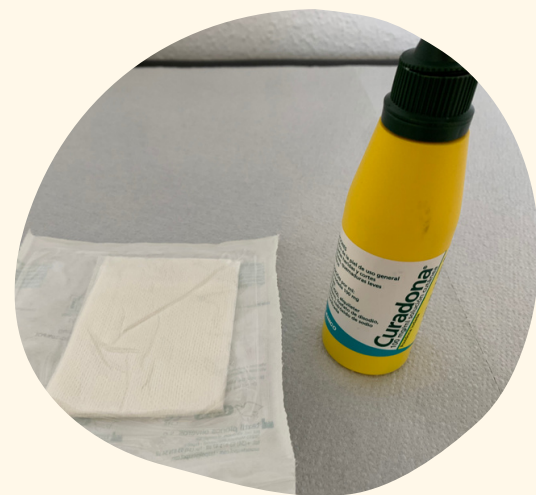
Dolor digitopressió



Dolor extensió
contraresistència canell



Dolor extensió
contraresistència 3er dit



Posició pacient:

assegut, colze en flexió 90°, rotació interna i pronació completa.

Punció: punt de màxim dolor a nivel del epicondíl o proximitat.

CAS CLÍNIC

Home de 49 anys d'edat, ens consulta per dolor i tumefacció a nivel de colze esquerre de 3 dies d'evolució amb discreta impotencia funcional. Nega febre o sensació distèrmica.

Antecedents: No alèrgies medicamentoses conegudes. No medicacions antiagregants ni anticoagulants. HTA en tractament amb Lisinopril.

EF: Afebril, BEG. Tumefacció tova a àrea olecraneana, sense rubor ni calor de la zona que limita lleument la flexió.



CAS CLÍNIC

Home de 49 anys d'edat, ens consulta per dolor i tumefacció a nivel de colze esquerre de 3 dies d'evolució amb discreta impotencia funcional. Nega febre o sensació distèrmica.

Antecedents: No alèrgies medicamentoses conegudes. No medicacions antiagregants ni anticoagulants. HTA en tractament amb Lisinopril.

EF: Afebril, BEG. Tumefacció tova a àrea olecraneana, sense rubor ni calor de la zona que limita lleument la flexió.



BURSITIS OLECRANEANA

Traumàtica

Inflamatòria (gota, AR, TBC...)

Infecciosa



Evitar la causa

Fred

Repòs

Compressió

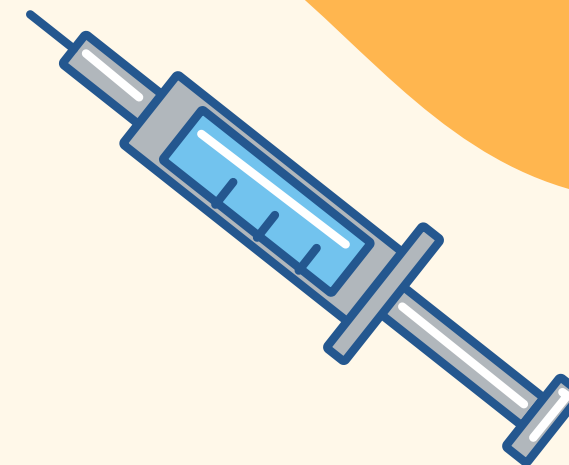
AINE

+/- drenatge

+/- infiltració



No infiltrar corticoide si sospita infecciosa



BURSITIS OLECRANEANA



Punció punt de més fluctuació



Per fer compressió

CAS CLÍNIC

Dona de 33 anys sense antecedents.
Presenta tumefacció a nivell de la mà esquerra.
N'havia tingut en ocasions prèvies, sempre asimptomàtics i s'havien autolimitat fins arribar a desaparèixer.

Ara reconsulta perquè el quist és més gran que els previs i a més li produeix molèsties. Nega febre o sensació distèrmica.

EF: Afebril, BEG. Tumefacció tova a nivell del dors de la mà, sense signes d'infecció.



GANGLIÓ

Tumefacció quística benigna a nivell periarticular que sol afectar a tendons de mans i peus. Conté líquid de característiques similars al líquid sinovial.

Asimptomàtics. Molèsties a la palpació o amb el moviment articular si són grans

Tractament

Buidament del quist amb agulla + immovilització.
En cas de recidiva valorar IQ.

GANGLI



Posició pacient: assegut amb la mà plana sobre la taula amb lleugera flexió palmar

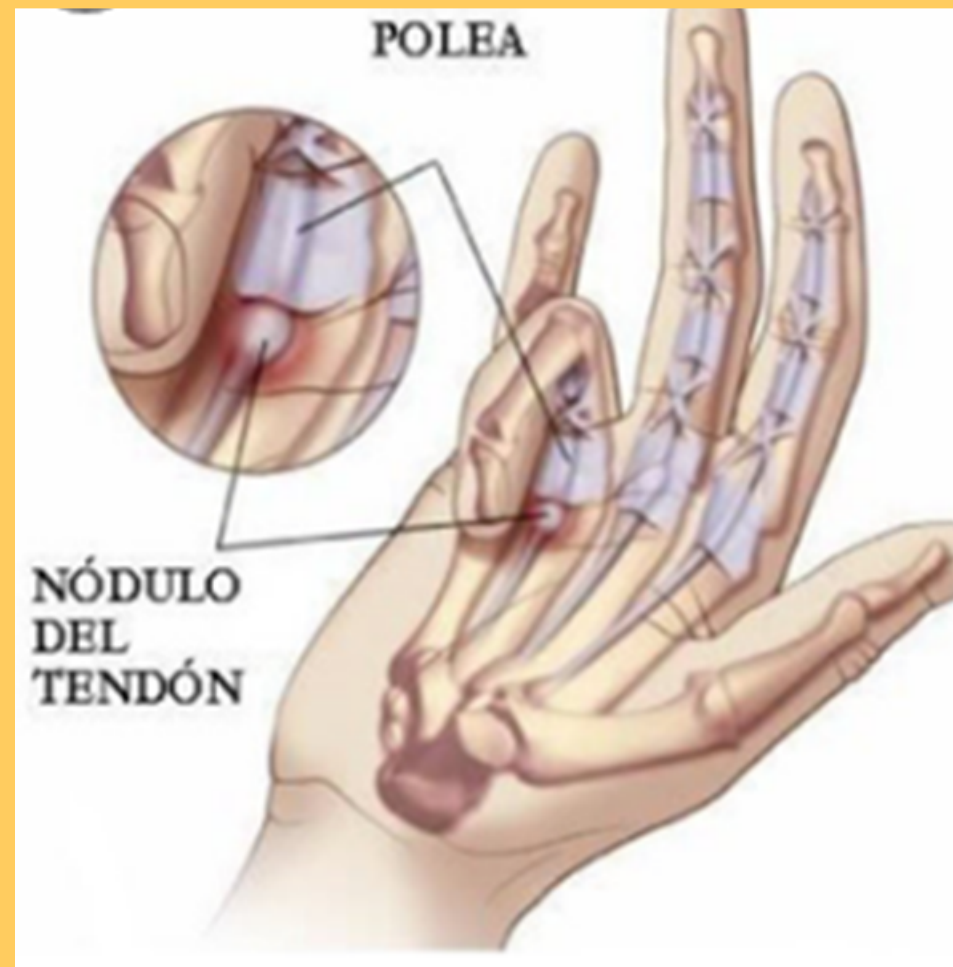
Punció: on es localitza el ganglió, en direcció proximal

CAS CLÍNIC

Home de 61 anys que consulta per bloqueig a l'extensió activa del 4t dit de la mà dreta de mesos d'evolució.

Antecedents: No al·lèrgies. Dislipèmia i hiperuricèmia.

EF: Afebril, BEG. S'observa 4t dit de la mà dreta en flexió. Dificultat a l'extensió. Es palpa nòdul dolorós.

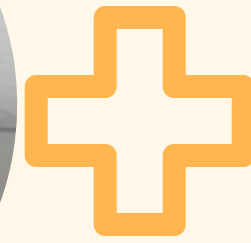
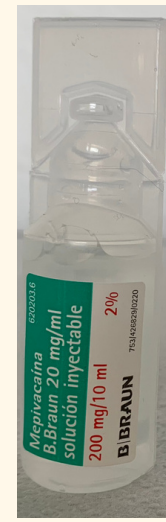
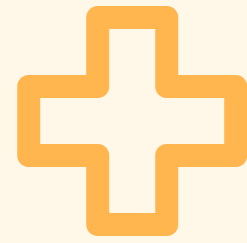


DIT EN GATELL

FACTORS DE RISC

- Dona
- 40-60 anys
- Diabetis, Artritis Reumatoide o Gota.
- Professions que impliquin moviment repetitiu de flexo-extensió del dit.

DIT EN GATELL



Posició **pacient:**

assegut amb la mà plana sobre la taula amb lleugera extensió dels dits.

Punció: on es

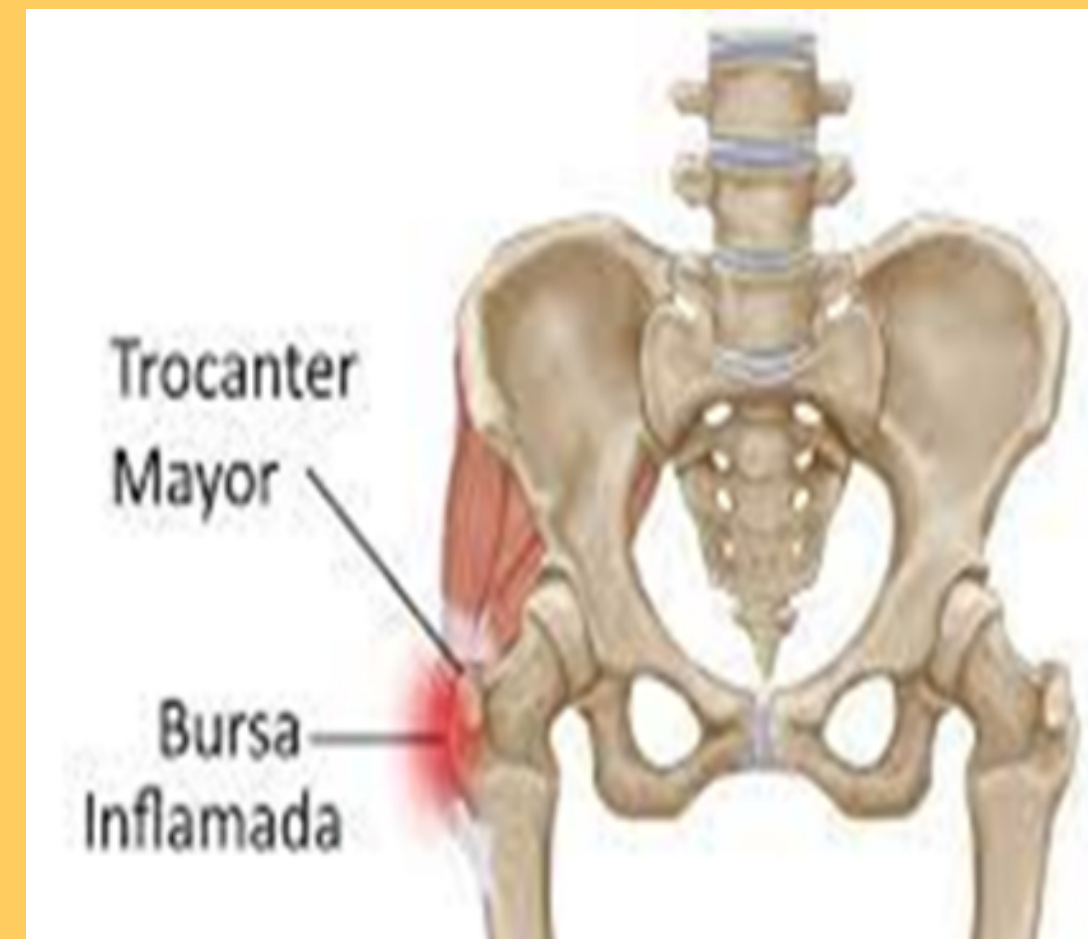
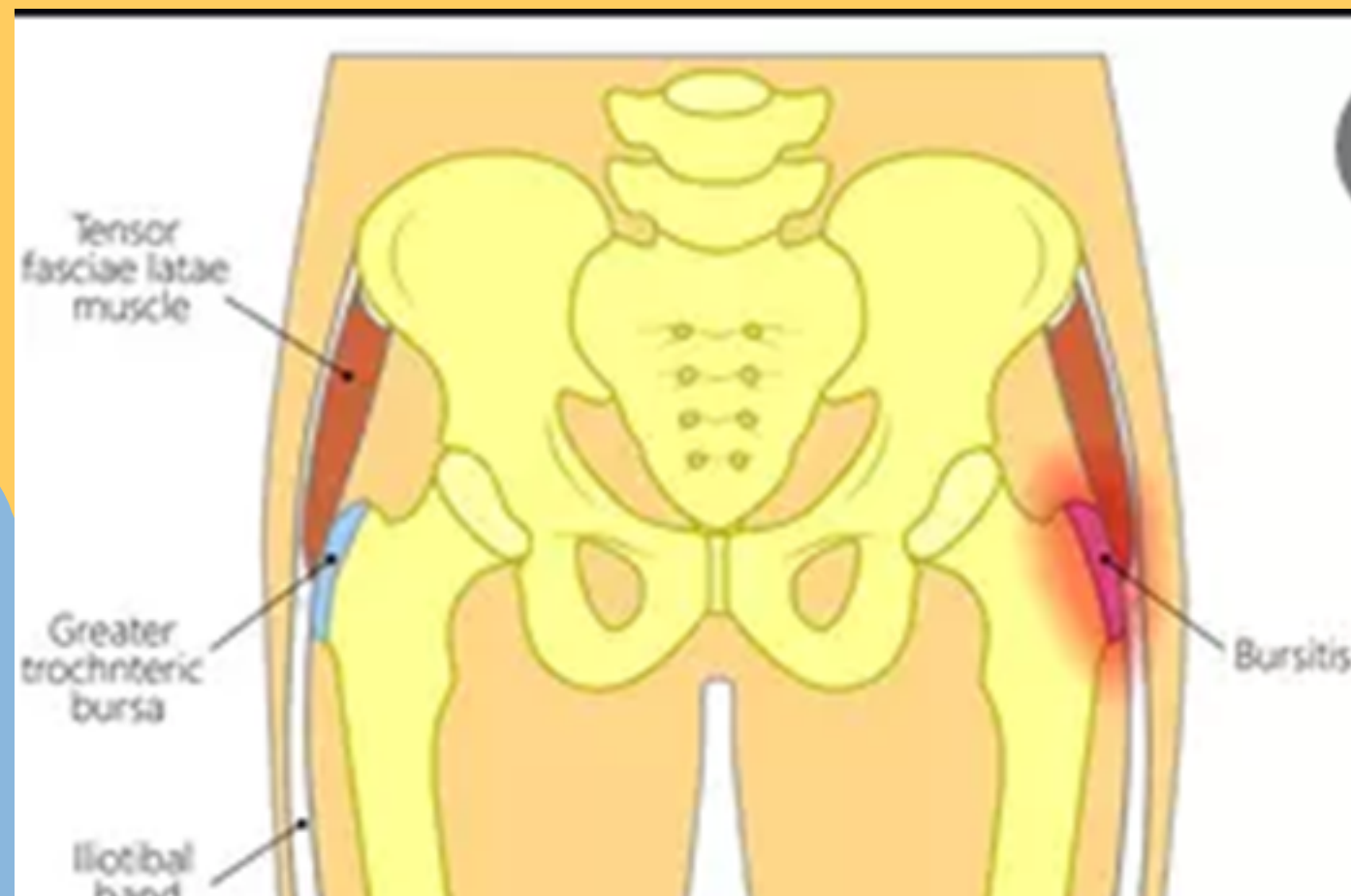
localitza el nòdul del tendó.

CAS CLÍNIC

Dona de 65 anys que consulta per dolor a cara lateral dels dos malucs, de predomini dret, de mesos d'evolució que s'intensifica a la deambulació i la bipedestació prolongada.

Antecedents: No al·lèrgies. Diabetis tipo II.

EF: Afebril, BEG. Dolor a la palpacio a nivell de trocanter bilateral. No limitació funcional.



TROCANTERITIS

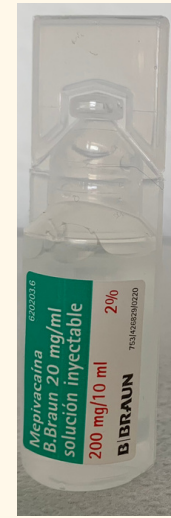
FACTORS DE RISC

- Dona
- 40-60 anys
- Traumatismes repetits
 - Sobrepes
- Dismetria de cames

Diabètics:

- Bon control previ
- Infiltrar 1 sola zona.
- Control glicèmia.

TROCANTERITIS



Posició pacient:
decúbit lateral sobre
cantó sa. Cama
afectada flexionada

Punció: punt de
màxim dolor.

CAS CLÍNIC

Home de 45 anys que consulta per dolor a la planta del peu dret, principalment al taló, que s'inicia al matí i va disminuint durant el dia.

Antecedents: No al·lèrgies. No antecedents.

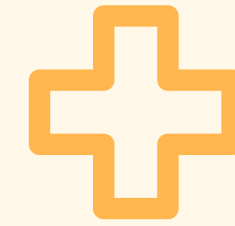
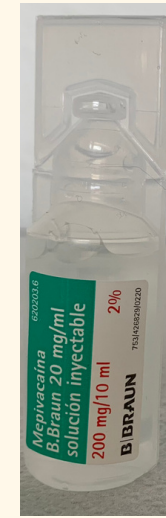


FASCITIS PLANTAR

FACTORS DE RISC

- 40-60 anys
- Anomalies anatòmiques
(peu pla o amb massa arc)
- Calçat inadequat
 - Sobrepès
- Sobreesforç físic

FASCITIS PLANTAR



Posició pacient:
decúbit supí amb
l' extremitat en
extensió i el peu en
rotació externa.

Punció: part antero-
interna del taló, en
direcció a la zona
central.

Conclusions

Tècnica mínimament invasiva per intentar reduir dolor, inflamació que podem dur a terme a la nostra consulta d'Atenció Primària de forma fàcil.

Tenir en compte els antecedents personals i la medicació que prengui el pacient i valorar el benefici en cada cas particular.

En la majoria de les patologies, inicialment iniciar tractament conservador amb AINEs, fred local i repòs relatiu.

Intentar reduir llistes d'espera per alguns especialistes si ho podem fer nosaltres.

Bibliografía

- Ginés Ruiz V. Infiltraciones muñeca y mano; AMF 2016;12(10):578-588
- León Vázquez F, Del Caño Garrido A. Infiltración hombro; AMF 2016;12(10):559-569
- Vargas Negrín F. Infiltración codo; AMF 2016;12(10):570-577
- Mas Garriga X, Barraquer Feu E, Infiltración cadera;AMF 2016;12(10):589-595
- Crespo Rivero T et al. Infiltraciones más comunes en Reumatología. Rotación del residente de Medicina Familiar y Comunitaria por Reumatología. pag 183-199

Moltes gràcies

