



Infiltración y Artrocentesis

Introducción

Las infiltraciones son uno de los métodos frecuentemente utilizados en las consultas de patología del aparato locomotor, pero como todo acto invasivo no está libre de posibles complicaciones que son fácilmente evitables si cumplimos las 3 condiciones inexcusables para este tipo de tratamiento: 1.- Conocimiento de la anatomía de la zona a infiltrar con el fin de que el medicamento llegue al punto elegido. 2.-Conocimiento de las propiedades farmacológicas del medicamento a infiltrar. 3.-Correcto diagnóstico de la afección que plantea el problema, con la finalidad de una infiltración adecuada a la circunstancia patológica.

Hablamos propiamente de infiltración cuando a través de un “pinchazo” depositamos un medicamento en un determinado punto o región anatómica, siendo distinto por tanto a una inyección cuya finalidad es la distribución por toda la economía.

Intentaré ser lo más esquemático, claro y contundente en este trabajo con la intención de adquirir o recordar conceptos concretos y familiarizarnos con una técnica que es sencilla y casi sin complicaciones si cumplimos una serie de condiciones.

Objetivos del Ttº mediante Infiltración

Se podría decir, de forma genérica, que toda la patología del aptº locomotor expresada como dolor, signos inflamatorios o limitación funcional es susceptible de este tipo de ttº.

Los objetivos fundamentales son: Aliviar o suprimir el dolor y las manifestaciones inflamatorias, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso, evitar posibles secuelas y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos.

El Instrumental

Siempre material estéril, mono-uso, desechable, sin sobrepasar el período de caducidad.

Agujas desechables de distinto calibre y longitud según la zona a infiltrar y el tamaño u obesidad del paciente (sc, im o iv)

Jeringuillas desechables de 1 a 20 cc (según técnica)

Gasas estériles

Paños estériles si fuera necesario

Guantes estériles

Antisépticos





Normas de aplicación

Conocimiento anatómico de la zona a infiltrar

Conocimiento de las estructuras vecinas (art., venas, nerv.) a evitar por posible iatrogenia

Paciente en posición cómoda

Elegir la mejor vía de infiltración, marcando si es preciso el punto de entrada.

Tener todo el material listo antes de empezar la infiltración.

Rigurosa asepsia tanto de la zona como del material, empleando distinta aguja para la carga de la jeringa y para la infiltración.

Introducción suave de la aguja sin brusquedad ni movimientos extemporáneos o multidireccionales.

Antes de inyectar, cerciorarse mediante aspiración de no estar en vía vascular.

No abusar del volumen de líquido a infiltrar

Tras la infiltración, retirar la aguja con cuidado y proteger con apósito el punto de punción.

Reposo de la articulación 48 horas tras la infiltración.

Si se infiltra con anestésicos locales deben ser sin vasoconstrictores

Si se infiltra con corticoides, no más de 4 veces en un año, espaciadas al menos por una semana.

Contraindicaciones

Transtornos de la coagulación

Ausencia de diagnóstico preciso

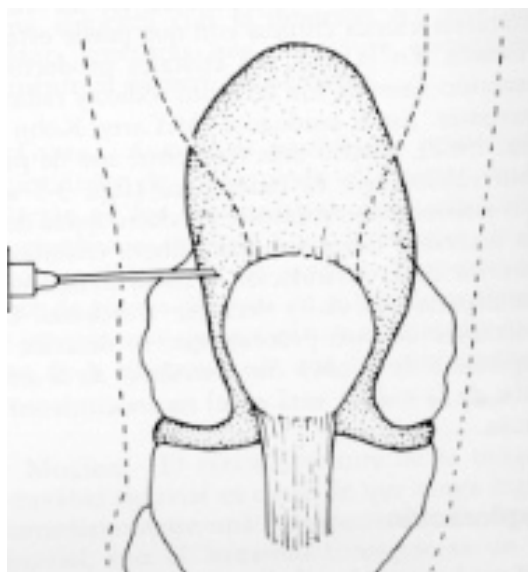
Presencia o posibilidad de etiología infecciosa

Infección cutánea en la zona de punción

Infección sistémica o bacteriemia

Infiltraciones repetidas sin efectos beneficiosos

En el caso de los corticoides, las propias de esa terapia





LA RODILLA

La más grande de las articulaciones del cuerpo y por su gran accesibilidad vulnerable. Está formada por 2 compartimentos articulares, como son la Articulación Fémoro-tibial (tanto interna como externa) y la articulación Fémoro-Patelar.

Estructuras articulares y periarticulares más importantes: Los meniscos interno y externo entre los cóndilos femorales y los platillos tibiales, los ligamentos cruzados anterior y posterior que estabilizan los desplazamientos antero-posteriores, los ligamentos interno y externo que estabilizan los desplazamientos laterales, el tendón del cuádriceps que se inserta en la porción proximal de la rótula, el tendón rotuliano o patelar que se inserta en el extremo distal de la rótula hasta la tuberosidad tibial anterior, la grasa de Hoffa situada articularmente tras el tendón rotuliano, la bolsa prerrotuliana entre la rótula y la piel, la bolsa anserina entre la pata de ganso y el ligamento lateral interno

Evaluación Clínica

En la inspección podemos apreciar alteraciones del eje como en los genu varo, valgo, recurvatum, antecurvatum, flexo o subluxaciones rotulianas. Podemos evidenciar tumefacciones que si son difusas pueden corresponder a derrames articulares o sinovitis, mientras que si son localizadas pueden ser compatibles con bursitis, higromas, quiste de Baker, etc.

A la palpación e independientemente de las exploraciones ligamentosas, meniscales o articulares, podemos valorar la existencia de derrame articular con el famoso signo del choque o peloteo rotuliano, así como buscar puntos dolorosos que serán: en la cara anterior los bordes rotulianos, bolsa prerrotuliana, tuberosidad tibial y tendón rotuliano. En la cara medial el ligamento lateral interno, bolsa anserina y tendones de la pata de ganso. En la cara lateral el ligamento lateral externo. En la cara posterior el quiste de Baker, tendones flexores e inserciones tendinosas

La movilidad pasiva tiene muchísima importancia en la valoración de patología articular, ligamentosa o meniscal, destacar la sensación de tirantez y dolor prerrotuliano a la flexión en la bursitis prerrotuliana, así como suprarrotuliano en el derrame articular y como siempre lo indicativo de patología articular con dolor ante cualquier movimiento.

El dolor en la movilidad contrarresistencia será indicativa de patología músculo-tendinosa, típicamente de la tendinitis del tendón rotuliano o entesitis patelares o de la tuberosidad tibial.



Lig. Lat. Interno y Bolsa Anserina



Lig. Lat. Externo