

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA ARTROSIS ACROMIOCLAVICULAR SINTOMÁTICA MEDIANTE INFILTRACIÓN CORTICOANESTÉSICA, COMO ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA

Almudena Llorente Peris; Julián Alía Ortega; Pablo Beltrán de Heredia; Silvia Santiago Maniega; Miguel Ángel Martín Ferrero

Hospital Clínico Universitario de Valladolid



Objetivos /Introducción: La artropatía de la articulación acromioclavicular es muy frecuente, sobre todo en personas activas, deportistas (especialmente deportes de contacto), y en aquellos pacientes que realizan gestos repetitivos por encima del nivel de la cabeza. Esta articulación posee un menisco fibrocartilaginoso incompleto que puede explicar su rápida degeneración. De hecho, se estima que no es funcional a partir de la cuarta década de la vida. Los síntomas no siempre tienen correlación con el grado de degeneración visible en la radiografía. El tratamiento más extendido en esta patología es el quirúrgico mediante la resección del extremo distal de la clavícula, fundamentalmente de modo artroscópico por vía subacromial. Un método para evaluar la posible eficacia de la cirugía es realizar una infiltración de anestésico local en la acromioclavicular y comprobar la desaparición del dolor, pero en una articulación tan pequeña (9x19mm), y ya degenerada, es muy difícil realizar este procedimiento con precisión. Parte del anestésico puede no penetrar correctamente y difundirse en el espacio subacromial generando confusión. El objetivo de este estudio es evaluar a largo plazo la respuesta a la inyección intraarticular de corticoide guiada mediante escopia, y así determinar si esta técnica puede considerarse una alternativa al tratamiento quirúrgico

Material y métodos:

En este estudio prospectivo son seleccionados pacientes mayores de 35 años y menores de 65 que presenten clínica de dolor localizado en la articulación acromioclavicular y limitación funcional de más de 5 meses de evolución, sin antecedente traumático y que no tengan otras lesiones asociadas, como tendinopatía del manguito rotador. En pacientes con los que haya dudas se realiza una ecografía de hombro o RM para descartarlo.

En la sala de procedimientos se procede a infiltrar la articulación desde su cara superior con una mezcla de 2 mL de trigón y bupivacaina guiado por el aparato de rayos, lo que garantiza su depósito intraarticular.

El resultado se evalúa mediante los test de Constant y ASES, pre infiltración en la consulta, a los cinco minutos de la infiltración, al mes, a los tres meses y a los seis meses. A todos los pacientes evaluados se les ha realizado una única infiltración guiada, pero alguno ha sido infiltrado previamente en la consulta.



Fig. 1. RX AP de hombro. Artrosis acromioclavicular



Fig. 2. Infiltración AC guiada por escopia

Resultados: El 90% de los pacientes estudiados son trabajadores manuales y presentaban clínica en la extremidad dominante, consistente en dolor y limitación funcional de más de 5 meses de evolución, sin antecedente traumático. El 60% tomaban habitualmente AINEs por dolor. Ninguno había recibido previamente tratamiento rehabilitador.

La media de la mejoría observada en el test de Constant es de 25,28 puntos de incremento desde el observado antes de la ICA al observado en la última consulta. Correspondiendo el menor incremento en 4 puntos en uno de los pacientes, y el mayor de 33 puntos en otro de los pacientes.

Aquellos pacientes que recibieron varias infiltraciones refieren una mejoría subjetiva mayor tras las ICA en quirófano vs. en consulta.

El 100% percibieron el tratamiento como satisfactorio, afirmando que volverían a repetirlo.

A uno de los pacientes se le había practicado previamente una resección acromioclavicular en el hombro contralateral. La mejoría en cuanto a dolor y limitación es la misma en ambos hombros.

Se sospechó un cuadro asociado en el único paciente que no ha experimentado mejoría ya que refiere pérdida de fuerza asociada y se observa atrofia en musculatura de brazo, por lo que se descartaría este caso.

Todos se reincorporaron a su actividad laboral con éxito tras la infiltración

Comentarios y conclusiones:

El anestésico produce un efecto inmediato, lo que proporciona alivio sintomático y el corticoide prolonga su efecto a la par que actúa como antiinflamatorio. La respuesta satisfactoria a los 5 minutos simplemente es una confirmación añadida de haber infiltrado correctamente intraarticular y de que ciertamente es la artritis la causa del dolor. Lo realmente importante es el hecho de observar que esa mejoría es sostenida en el tiempo, esto puede deberse a que se tiene la certeza de que prácticamente los 2 mL de la infiltración están en el lugar correcto.

A pesar de que por el momento los resultados son buenos el estudio aún no ha concluido, es necesario incluir más pacientes para obtener una muestra más representativa y se prevé continuar con el seguimiento hasta un plazo de dos años. Es posible que en este periodo algún paciente recaiga y sea preciso una nueva infiltración. Más adelante habría que valorar la conveniencia de cuántas y cada cuánto pues, aunque relativamente sencilla, la cirugía tiene sus riesgos intra y postoperatorios, como causar inestabilidad en la articulación. Además, en muchos estudios no se muestran diferencias en cuanto a resección. Y en los casos refractarios al tratamiento quirúrgico el tratamiento es complejo. En cualquier caso, si bien no es suficiente para sustituirla, la infiltración guiada puede servir como puente a la cirugía.