

## CARTAS AL DIRECTOR

### Infiltraciones locales con corticoides en un centro de salud

Corticoides; Infiltraciones locales; Reumatología.

**Sr. Director:** Por los últimos artículos publicados en su revista, así como en otras, parece estar de moda la discusión y la publicación de series sobre infiltraciones realizadas en el ámbito de la atención primaria<sup>1-3</sup>, lo cual nos parece un tema absolutamente lógico e incluso necesario. Pensamos que el «sitio» natural donde se debe utilizar esta terapia es el centro de salud, máxime teniendo en cuenta las listas de espera y la demora en ver al paciente que hay en las consultas de reumatólogos y traumatólogos. Hemos leído con gran interés el artículo publicado por A. Gallardo et al y, considerando que nuestro grupo lleva practicando esta técnica en atención primaria desde hace más de 8 años<sup>4,5</sup>, nos es muy gratificante aprovechar la oportunidad que nos brinda la publicación de dichos artículos en su revista para poder comentar algunos aspectos con otros autores. Sin duda, es una técnica que debe formar parte del arsenal terapéutico habitual del médico de familia. En principio, queremos felicitar a los autores por su trabajo, ya que a pesar de ser descriptivo y retrospectivo nos parece lleno de sensatez y sentido común; más ahora, cuando parece que es posible el inicio de una nueva serie de discusiones con los reumatólogos (similar a las que tuvieron lugar hace ya tiempo con los dermatólogos y el tema de la cirugía menor) sobre quién debe infiltrar, cómo, dónde y cuándo. Nuestro grupo (protAP) lleva impartiendo talleres de formación en el ámbito nacional sobre infiltraciones desde hace 3 años, y podemos asegurar que, como toda técnica manual, la terapia con infiltraciones es un arma de sencillo manejo y escasas complicaciones, manteniendo una serie de precauciones básicas, y como toda técnica manual se aprende tras un entrenamiento adecuado. Podríamos entrar a discutir con los reumatólogos si el médico de familia es capaz de realizar un correcto diagnóstico del hombro doloroso, o del pie doloroso, pero pensamos que lo que no admite discusión es la técnica de infiltración en sí, porque es justa-

mente eso, una técnica que se aprende<sup>6,7</sup>. En fin, dejando al margen estas disquisiciones, nos gustaría comentar algunos aspectos mencionados en el artículo publicado. En principio, no existe ningún esteroide que haya demostrado ser superior a los otros, en cuanto a mejoría clínica, duración de la remisión de los síntomas o rapidez en la remisión de los mismos, lo cual deja siempre al clínico la elección del fármaco; ahora bien, sí es cierto que la solubilidad del esteroide, en función del añadido de determinadas sales (hexacetónido, acetato, fosfato, etc.), le confiere una acción más o menos prolongada. Así, el acetato de metilprednisolona es un esteroide de alta hidrosolubilidad y de vida media corta, lo que lo hace especialmente útil en las infiltraciones de partes blandas (tendinitis de De Quervain, gangliones, epicondilitis, etc.), sobre todo en aquellas situaciones en las que infiltramos a escasos milímetros de la piel, ya que la posibilidad de que aparezca una atrofia cutánea, o una despigmentación, es menor que con otros esteroides. Por otro lado, bien es cierto que los esteroides de acción corta producen una mayor inhibición del eje hipotálamo-hipofisario, además de tener un efecto hiperglucemiante más acentuado que los de acción larga<sup>8,9</sup>. Nosotros utilizamos parametasona (cortidene depot) en las infiltraciones de partes blandas y hexacetónido de triamcinolona (trigon depot) en las infiltraciones intraarticulares. Nos parece una buena opción, ya que con la triamcinolona el efecto es más duradero, y al no utilizarla en partes blandas minimizamos la posibilidad de presentación de atrofia cutánea<sup>10</sup>. Un hecho que nos ha llamado la atención es el ritmo de infiltraciones. La tercera infiltración, caso de ser necesaria, la realizan los autores a los 6 meses, ¿por qué? No hay consenso en este aspecto<sup>8,11</sup>, como en otros muchos; nosotros infiltramos la tercera vez, si es necesario, a las 2-3 semanas de la segunda infiltración. Parece que lo prudente es no infiltrar más de 3 veces en un año una articulación de carga, así como no realizar una nueva infiltración en partes blandas antes de que hayan transcurrido 4 meses de la última serie<sup>12-14</sup>.

Para terminar, nos gustaría comentar que, según algunos autores, la infiltración con esteroides es de prime-

ra elección en algunas patologías como bursitis y/o tendinitis; es decir, no constituye una terapia de segunda línea, una vez han fracasado los AINE, sino que tiene sus indicaciones concretas, independientemente de éstos, y por supuesto cuando existe alguna contraindicación formal al uso de los mismos<sup>15</sup>.

No queremos finalizar estos comentarios sin felicitar a los autores, animándoles a seguir en esta línea de trabajo, que nos parece muy adecuada. La publicación de este tipo de artículos debe animar al resto de médicos y residentes que trabajan en el ámbito de la atención primaria a obtener una formación específica concreta en terapia con infiltraciones, y a incorporar esta técnica a su práctica habitual.

**I. Salcedo Joven, F.J. Panadero  
Carlavilla, M.I. Carmona,  
A. Arreche, A. Rodríguez  
Cardoso, M.G.ª Alvarado  
y C. Mascías Cadavid**

Grupo docente protAP (Procedimientos y Tecnologías en Atención Primaria). EAP Villanueva de la Cañada. Área 6.<sup>a</sup>. Madrid.

1. Gallardo A, Avellaneda PJ, Baeza JM et al. Evaluación de las infiltraciones locales con corticoides en un centro de salud. Aten Primaria 2000; 25: 331-334.
2. Fernández-Hita A, Fouz C, Imaz M et al. ¿Es factible la terapia con infiltraciones locales en las consultas de atención primaria? Aten Primaria 1999; 24 (2): .
3. Fortes JL. Hombro doloroso, un motivo de urgencia en atención primaria. Semer 1999; XXV (1): .
4. Panadero FJ et al. Tratamiento de la tenosinovitis de De Quervain con infiltraciones locales de corticoides. Semer 1994; 29 (1): 31-33.
5. Panadero FJ et al. Revisión de infiltraciones locales intraarticulares-paraarticulares realizadas en un EAP. Comunicación presentada en el XIV Congreso de la Sociedad Española de MFyC. Madrid, noviembre de 1994. Publicado en las actas del Congreso. Aten Primaria 1994; 14 (8): 993.
6. Dyxon J, Graber J. Técnicas de infiltración articular. Temis, 1989.
7. Pfenniger JL. Injections of joints and soft tissues. Part II: Guideliness for specific joints. Am Fam Phys 1991; 44 (5): .

8. Pfenniger JL. Injections of joints and soft tissues. Part I: General guidelessness. *Am Fam Phys* 1991; 44 (4):
9. Caldwell JR. Intra-articular corticosteroids. Guide to selection and indications for use. *Drugs* 1996; 52 (4):
10. Louis D, Hankin F. Cutaneous atrophy after corticosteroid injection. *AFP* 1986; enero:
11. Zuckerman JD, Meislin RJ, Rotyberg M. Injections for joint and soft tissue disorders: when and how to use them. *Geriatrics* 1990; 4:
12. Steinborker O, Neustadt DH. Aspiration and injection therapy in arthritis and musculoskeletal disorders. *Harrer & Row*, 1972.
13. Andreu J. Manual de cirugía menor y otros procedimientos en la consulta del médico de familia. En: Arribas JM, Caballero F, editores. Madrid: Jarpyo, 1993.
14. Dickson J. Corticosteroid joint injection: how to avoid the risks. *The Practitioner* 1995; junio:
15. Moll JMH. Reumatología en la práctica clínica. 10 Monografía. Madrid: Jarpyo, 1992.

## Possible toxicodermia secundaria a vacunación antigripal

Coordinación entre niveles; Derivación; Reacción adversa; Reumatología; Toxicodermia; Vacuna antigripal.

**Sr. Director:** La vacuna antigripal se prepara a partir de cultivo de virus obtenidos en embrión de huevo de pollo; es una vacuna trivalente de virus influenzae tipo A y B. Actualmente se dispone de vacuna en forma de virus inactivo, subvirus o antígeno de superficie purificado. Las reacciones adversas son leves: eritema e induración en el lugar de la inyección en una tercera parte de los tratados, y en una menor proporción malestar general y mialgias; se han descrito casos excepcionales de neuritis, atrofia óptica, mielitis transversa, pericarditis, poliartritis y se ha llegado a asociar con el síndrome de Guillain-Barré. También se han descrito casos de hipersensibilidad a la proteína del huevo con anafilaxia, anafilaxia generalizada, urticaria, broncospasmo y púrpura de Schönlein-Henoch.

En una revisión bibliográfica no hemos encontrado referencia alguna a posibles toxicodermias en relación con la vacuna de la gripe.

Las toxicodermias son erupciones cutáneas muy variadas que se manifiestan como efecto secundario de productos químicos que entran en contacto con el organismo, bien sea

por vía oral, cutánea o parenteral. Las más frecuentes son las medicamentosas. Los efectos secundarios farmacológicos se manifiestan en un tercio de los casos en la piel, y afectan fundamentalmente a mujeres y ancianos. Entre los fármacos más implicados podemos citar: antibióticos, sedantes, antipiréticos y vacunas. Presentamos un caso de probable toxicodermia relacionada con la vacunación antigripal.

Varón de 80 años de edad, fumador, con alergias a penicilina, estreptomicina y sulfamidas. Diagnosticado de EPOC, arteriopatía periférica de extremidades inferiores (1996), úlcus duodenal, neumonías (1998), VHC (1998). Intervenido de tumor vesical (1981) con cirugía radical y enterocistoplastia y en 1972 con vagotomía troncular y gastroenteroanastomosis, hemorragia digestiva alta (1998). El paciente tenía una vida muy limitada, permaneciendo largos períodos sin salir de su domicilio y había sido vacunado en años anteriores de la gripe, ya que no tenía ninguno de los criterios actualmente establecidos para no ser vacunado.

Tratamiento habitual: sulfato ferroso, 525 mg (desde 1994) 1 cap./24 h; omeprazol, 20 mg (desde 1998), 1 cap./24 h; paracetamol, 650 mg a demanda, y vacunación antigripal (virus inactivado), 7-X-1999.

A los 5 días de la vacunación antigripal, el paciente presentó exantema roseoliforme, confluyente en algunas zonas, descamativo, muy pruriginoso, con preservación de cara y cuero cabelludo; no había salido a la calle hacia más de un mes por lo cual no era posible una reacción de fotosensibilidad. La reacción adversa desapareció muy lentamente tras tratamiento sintomático.

Hemos consultado una extensa bibliografía, sin encontrar descripción de interacción entre omeprazol, paracetamol, hierro y vacuna de la gripe, aunque sí se han descrito con otros fármacos: teofilina, anticoagulantes orales, fenitoína, fenobarbital y clordiazepóxido.

En el caso del omeprazol, los efectos indeseables más frecuentes son digestivos, cefaleas, erupciones cutáneas leves y casos aislados de urticaria, edema angioneurótico, eritema multiforme y necrosis epidémica tóxica.

Teniendo en cuenta que las prescripciones de estos fármacos: omeprazol,

hierro y paracetamol, eran anteriores en el tiempo que la vacuna antigripal, pensamos en una posible relación causa-efecto de la erupción cutánea que presentó nuestro paciente con dicha vacuna.

**E. Manzano<sup>a</sup>, A. Grau<sup>a</sup>,  
E. Sequeira<sup>a</sup> y J.A. Vallès<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>ABS Raval Nord. CAP Dr. Sayé.  
<sup>b</sup>Farmacólogo clínico. DAP Ciutat Vella.  
Barcelona.

American Medical Association. AMA drug evaluations (10.<sup>a</sup> ed.) Chicago: Saunders, 1995.

Bowlby HA, Dickens GR. Angioedema and urticaria associated with omeprazole confirmed by drug rechallenge. *Pharmacotherapy* 1994; 14: 119-122.

Bunce H, Cann PA. Adverse drug reaction. *Pharmaceut J* 1993; 250-273.

Cox NH. Acute disseminated epidermal necrosis due to omeprazol. *Lancet* 340-857.

Davies DM, director. *Textbook of adverse drugs reactions* (4.<sup>a</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press, 1991.

Dollery C, editor. *Therapeutic drugs*. Londres: Churchill Livingstone, 1992.

Dukes MNG, director. *Meyler's side effects of drugs* (12.<sup>a</sup> ed.). Amsterdam: Elsevier, 1992.

Fitzpatrick TB et al. *Dermatology in general medicine* (2.<sup>a</sup> ed.).

Peyri Rey J. *Toxicodermias*. Sintex Latino, 1984.

Peyri J et al. *Licenciatura dermatológica*. Barcelona: Masson, 1992.

Raviglione MC et al. Clinical features and management of severe dermatological reactions to drugs. *Drug Safety* 1990; 5 (1): 39-64.

Reynolds JEF. *Martindale: The Extra Pharmacopoeia* (30.<sup>a</sup> ed.). Londres: The Pharmaceutical Press, 1995.

Roujeau JC, Stern RS. Severe adverse cutaneous reactions to Drugs.

Salleras LL. *Vacunaciones preventivas. Principios y aplicaciones*. Barcelona: Masson, 1999.

## Derivación de pacientes desde atención primaria a una consulta de reumatología de un hospital comarcal

Coordinación entre niveles; Derivación; Reacción adversa; Reumatología; Toxicodermia; Vacuna antigripal.

**Sr. Director:** Las enfermedades reumáticas son frecuentes, incapacitantes y con tendencia a la cronicidad. La magnitud de las enfermedades del aparato locomotor y los recursos humanos especializados han sido motivo