

Infiltración local de corticoides: sí y no

J. García Santos

Médico de familia. Grupo de Traumatología de Atención Primaria (GTAP). Centro de Salud de Moraleja de Enmedio. Madrid.

Cuando en España la patología articular degenerativa tiene una prevalencia aproximada de un 25%, la patología reumatólogica inflamatoria un 1% y los reumatismos de tejidos blandos un 15%, es frecuente encontrarse en la consulta del médico de familia diariamente con pacientes que desean, en primer término, aliviar su dolor y, si es posible, curar su enfermedad.

Más importante que ofrecer una solución farmacológica al paciente es concienciarle de que, en la mayoría de los casos, la medicación es un tratamiento inespecífico y nos debemos esforzar en la comprensión del origen del problema. Si no dedicamos una pequeña parte de nuestro tiempo a lo anterior, habremos actuado con celeridad, colocando un parche de eficacia más o menos duradera que, en muchos casos no evitará recurrencias, efectos adversos, incluso la cronicidad de la lesión.

Los aspectos más fundamentales del tratamiento a menudo no son adecuadamente ponderados: reposo –generalmente relativo–, elevación si hay inflamación, aplicación de medios físicos –habitualmente frío o calor según la lesión y el momento evolutivo– y fisioterapia.

El mejor tratamiento implica por tanto información, seguimiento del paciente y control de la medicación, si lo que queremos es solucionar o cuando menos, mejorar, de forma global el problema del paciente.

Volviendo al terreno de la farmacología, disponemos de una alternativa igual de inespecífica a otros antiinflamatorios desde hace décadas: la aplicación intralesional de corticoides.

A la hora de examinar la literatura científica para comprobar y comparar la eficacia de las infiltraciones con

otros tratamientos encontramos numerosas dificultades: existe gran heterogeneidad en la denominación de la patología reumatólogica y traumatólogica habitual. Pero no es sólo el diagnóstico, sino los criterios de selección, los componentes de resultado a medir, tratamientos combinados, y otras variables como tipo de medicación, dosis, etc., que se recogen en la bibliografía existente. Esta falta de unanimidad hace muy complicada una conclusión definitiva a favor o en contra de su empleo, incluso para una patología definida. No es de extrañar por ello que, hasta la fecha, no existan guías clínicas basadas en la evidencia sobre la aplicación de corticoides locales en este terreno.

La realidad es que disponemos de un arma terapéutica que ha venido siendo aplicada como tratamiento alternativo y/o complementario en diferentes enfermedades reumáticas –donde más a menudo y de forma más consistente ha mostrado su eficacia– y traumáticas –especialmente reumatismos de partes blandas y, con menor éxito, patología degenerativa–. Y en muchos casos, la aplicación intralesional de corticoides contribuirá a alcanzar nuestro objetivos. Pero el hecho de que el resultado no sea siempre el buscado y que se exponga al paciente a nuevos efectos adversos (en ocasiones no más graves que los derivados del empleo de antiinflamatorios no esteroideos, hay que decirlo) hace necesario plantearse un empleo muy selectivo de aquellos.

El médico de familia debe estar formado para usar razonablemente esta alternativa terapéutica, poder ofertarla al paciente y profundizar en el estudio de los resultados, contribuyendo a una mayor evidencia sobre su empleo.

Correspondencia:

J. García Santos.

Centro de Salud de Moraleja de Enmedio.

Plaza La fuente s/n.

28950 Moraleja de Enmedio (Madrid)

Correo electrónico: jgs@gtap.net