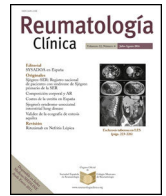




Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



## Editorial

### Reumatología intervencionista, una asignatura pendiente



### Interventional rheumatology, an unsettled issue

Marco Aurelio Ramírez Huaranga\* y Ángel Estuardo Plasencia Ezaine

Reumatología, Unidad de Tratamiento del dolor Crónico, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Desde las 2 últimas décadas se ha planteado el objetivo de conseguir que los reumatólogos clínicos adquirieran nuevas habilidades que le permitan realizar cada vez más procedimientos. Hoy en día esto es una realidad en campos como la ecografía, la capilaroscopia, la densitometría, las biopsias, entre otros. Por todo ello, el reumatólogo del siglo XXI se muestra más dotado de técnicas, con consultas monográficas, docencia e inmerso en unidades de investigación. Sin embargo, aún quedan asignaturas pendientes<sup>1-3</sup>.

La reumatología intervencionista es un campo de la reumatología que se encarga de aplicar tratamientos mínimamente invasivos con finalidad diagnóstica y terapéutica a aquellos pacientes con enfermedades musculoesqueléticas mecánicas y/o inflamatorias con dolor agudo o crónico, refractarios al tratamiento convencional. Desde los primeros trabajos publicados por Hollander en 1951, donde se introdujo el uso de los corticoides intraarticulares para el tratamiento del dolor y la inflamación<sup>4</sup>, las infiltraciones se han hecho muy frecuentes en reumatología, basando su éxito en el conocimiento de determinadas referencias anatómicas. Sin embargo, con el paso de los años y ante el advenimiento de nuevas tecnologías, conocimiento y formación en el uso de la ecografía, se puede conseguir que estos procedimientos se realicen de forma ecoguiada, siendo más eficaces y seguros<sup>5</sup>.

Estos avances y conocimientos de los equipos de radioimagen, así como los nuevos descubrimientos en la mediación química del dolor y la inflamación, el desarrollo de técnicas de inyección con mayor precisión diagnóstica y terapéutica, han facilitado la ampliación de técnicas mínimamente invasivas en el manejo del dolor. Estos procedimientos requieren para su realización de un tiempo mayor al que se puede brindar en una consulta, control radiológico (ecografía o escopia) para localizar las estructuras anatómicas a tratar, un ambiente adecuado y la equipación necesaria para la realización de las técnicas y la monitorización del paciente. Es por ello que tradicionalmente estos tratamientos tienen su centro neurálgico en las Unidades del Dolor donde se pueden realizar diversas técnicas intervencionistas con una evidencia razonable, como son las infiltraciones intraarticulares y periarticulares, las infiltraciones epidurales, los tratamientos sobre la articulación facetaria y

sacroiliaca, entre otros<sup>6</sup>. Asimismo, existen otros procedimientos, aplicables a pacientes con dolor musculoesquelético, más efectivos y duraderos que las infiltraciones con anestésicos locales y corticoides, como es el caso de la radiofrecuencia<sup>7</sup>.

Sin embargo, desde hace unos años el médico reumatólogo está adquiriendo un papel protagónico en la realización de estos procedimientos para el dolor. Es por ello que surgen las Unidades de Reumatología Intervencionista, siendo una de las primeras la del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, a cargo del Dr. Félix M. Francisco Hernández, que comenzó a funcionar en enero del 2003, realizando diversos tipos de tratamientos intervencionistas, como los bloqueos nerviosos (cabeza, tronco y extremidades) bajo control radiológico o ecográfico, infiltración articular o periarticular bajo control radiológico o ecográfico, lavado articular de rodilla, hombro o cadera, y la infiltración de puntos gatillo miofasciales con o sin control ecográfico con anestésico o toxina botulínica.

Los avances tecnológicos en ecografía en los últimos años han permitido mejorar la calidad de su imagen, desarrollando formas más avanzadas, como la ecografía 3D/4D y el estudio Doppler. Estas mejoras hacen que la ecografía ocupe actualmente un lugar clave en el espectro de acción del reumatólogo. En un estudio realizado por Gil et al., se observó como el uso de la ecografía ha pasado de ser una mera herramienta de exploración anatómica articular a convertirse en una herramienta que destina su uso en un 72,8% para obtener información clínica diagnóstica-pronóstica y en un 10,6% para la realización de procedimientos terapéuticos intervencionistas<sup>8</sup>. Este creciente uso de la ecografía para la realización de procedimientos intervencionistas se ha traducido en un aumento casi exponencial del número de publicaciones al respecto, destacando su seguridad y precisión<sup>9</sup>. Sin embargo, en algunos lugares las infiltraciones ecoguiadas siguen siendo infrutilizadas, llegando solo al 10% en algunos países europeos, siendo las infiltraciones convencionales («a ciegas») el método más comúnmente adoptado<sup>10,11</sup>.

Realizar los procedimientos ecoguiados con los equipos actualmente disponibles, y fundamentalmente los portátiles, hace que estos sean ambulatorios, más cómodos, efectivos y seguros por tener el control de la aguja, más inocuo para el paciente y de menor coste en relación con realizarlo guiado por escopia o tomografía<sup>12,13</sup>. En 1993, Jones et al. fueron los primeros en determinar que la tasa de éxito en la colocación de la aguja mediante

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [hurauma@hotmail.com](mailto:hurauma@hotmail.com) (M.A. Ramírez Huaranga).

reparos anatómicos era aproximadamente de un 50%, por lo que propusieron que la colocación exacta de la aguja mediante guía imagenológica podría disminuir la incomodidad experimentada por el paciente y reducir el daño incidental a estructuras adyacentes, así como la atrofia de las partes blandas extrarticulares<sup>14</sup>. Posteriormente, muchos estudios han corroborado esto, destacando la mejora en la seguridad y los resultados que se obtienen en los diversos campos de especialidades médicas. Reconociendo cada vez más que la realización de estos procedimientos usando puntos de referencia anatómicos no siempre es exitosa (particularmente en el caso de articulaciones pequeñas o profundas) y conlleva la posibilidad de lesiones vasculares o nerviosas<sup>15</sup>. En un estudio de Daga et al., el 27% de los médicos opinan que el uso de la ecografía reduce las posibles complicaciones, el 31,8% que hace más fácil la realización del procedimiento y un 59,7% que garantiza una mejor precisión<sup>16</sup>. En una revisión bibliográfica realizada por Kane y Koski se analizaron la precisión, la efectividad y las complicaciones comparando los procedimientos mediante referencias anatómicas vs. guiado por ecografía, se observó una diferencia en cuanto a la precisión 27-72% vs. 87-99%, asociado a un menor número de complicaciones<sup>17</sup>.

Todo ello ha hecho que en la actualidad existan varios hospitales a nivel nacional donde la reumatología ha incorporado en su cartera de servicios la realización de procedimientos intervencionistas mínimamente invasivos en un ambiente o agenda fuera de la consulta diaria. Una situación particular lo constituye la Unidad del Dolor de nuestro hospital, donde los reumatólogos no solo realizan diariamente procedimientos intervencionistas, sino que se encargan de la coordinación de la Unidad de forma conjunta con el equipo de Anestesiología.

Finalmente, se debe difundir más este campo de la reumatología que va cobrando auge en los últimos años, no solo para hacer de conocimiento a la comunidad científica del campo de acción del reumatólogo actual, sino también de las alternativas terapéuticas que podemos ofrecer a nuestros pacientes y para continuar ampliando nuestro entrenamiento desde la residencia, específicamente en la realización de técnicas intervencionistas guiadas por ecografía para el tratamiento del dolor mecánico y/o inflamatorio.

## Agradecimientos

Un agradecimiento especial a todo el equipo de la Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico por la dedicación y un gran trabajo en equipo.

## Bibliografía

1. Olivé A. El reumatólogo intervencionista: 10 años después. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2007;8:53-4.
2. Harrington JT. A view of our future: The case for redesigning rheumatology practice. *Arthritis Rheum*. 2003;49:716-9.
3. Tindall EA. Yesterday, today, to-morrow. *Arthritis Rheum*. 2006;54:1029-33.
4. Hollander JL, Brown EM Jr, Jessar RA, Brown CY. Comparative effects of compound F (17-hydroxycorticosterone) and cortisone injected locally into the rheumatoid arthritic joint. *Ann Rheum Dis*. 1951;10:473-6.
5. Chávez M, Alva M, Herrera A, Mora C, Solano C. Intervencionismo guiado por ecografía en reumatología. *Rev Chil Reumatol*. 2012;28:101-14.
6. Medel J, Ribera MV, Mesas A, Márquez E, Martínez P, Candela A, et al. Técnicas mínimamente invasivas en el tratamiento del dolor crónico. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2013;14:135-41.
7. Insausti J. Técnicas intervencionistas en el dolor reumático radiofrecuencia: técnicas y evidencias. *Reumatol Clin*. 2006;2 Supl. 1:S28-33.
8. Gil S, de Miguel E, Martín E. Evolution in the use of musculoskeletal ultrasonography in a Rheumatology Unit over 14 years. *Reumatismo*. 2015;67:8-12.
9. Epis O, Giacomelli L, Bruschi E. Imaging in rheumatology: Ultrasafe + ultrasound = ultrasound. *Rheumatol Int*. 2013;33:1901-3.
10. Cazenave T, Pineda C, Reginato AM, Gutiérrez M. Ultrasound-Guided procedures in rheumatology: What is the evidence? *J Clin Rheumatol*. 2015;21:201-10.
11. Mandl P, Naredo E, Conaghan PG, D'Agostino MA, Wakefield RJ, Bachtá A, et al. Practice of ultrasound-guided arthrocentesis and joint injection, including training and implementation, in Europe: Results of a survey of experts and scientific societies. *Rheumatology*. 2012;51:184-90.
12. McNally E. Ecografía musculoesquelética intervencionista. *Ultrasonografía musculoesquelética*. En: Mc Nally E, editor. 1.ª ed. United Kingdom: Editorial Marban; 2008. p. 284-307.
13. Joines M, Motamedi K, Seeger L, diFiori JP. Musculoskeletal interventional ultrasound. *Semin Musculoskelet Radiol*. 2007;11:192-8.
14. Jones A, Regan M, Ledingham J, Patrick M, Manhire A, Doherty M. Importance of placement of intra-articular steroid injections. *BMJ*. 1993;307:1329-30.
15. Gonçalves B, Ambrosio C, Serra S, Alves F, Gil-Agostinho A, Caseiro-Alves F. US-guided interventional joint procedures in patients with rheumatic diseases -when and how we do it? *Eur J Radiol*. 2011;79:407-14.
16. Daga V, Bouazza-Marouf A, Bouazza-Marouf K, Gaur A. Ultrasound assist devices -are they useful for interventions? *Med Ultrason*. 2015;17:567-8.
17. Kane D, Koski J. Musculoskeletal interventional procedures: With or without imaging guidance? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016;30:736-50.