

LAVADO DEL CALCIO DEL SUPRAESNIPINOSO.CÓMO ABORDARLO

Teresa Guerra Garijo, Sara Higuero Hernando, Bruno Winzer Meliá, Claudia Hurtado Gómez, Marta Álvarez García

Hospital, Universitario Rio Hortega ,Valladolid

OBJETIVO DOCENTE

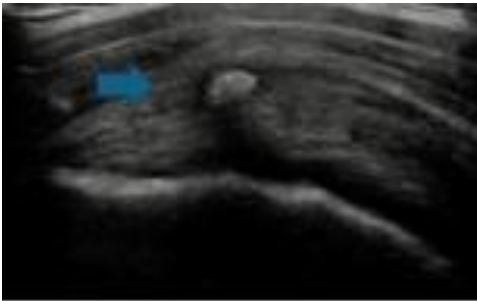
Conocer la técnica del lavado percutáneo en la tendinitis calcificante del supraespinoso, pasos a seguir, indicaciones y contraindicaciones de la prueba

- El 50% de los pacientes que padecen una tendinitis calcificante del supraespinoso experimentan cuadros dolorosos que pueden ser muy intensos e incapacitantes.
 - Es un proceso autolimitado. El proceso de curación espontánea consiste en la apertura de las calcificaciones a la bursa subacromial que produce un dolor intenso seguido por una bursitis dolorosa, incapacitante y prolongada.
 - El tratamiento conservador es poco eficaz y la cirugía, aunque eficaz, no está exenta de complicaciones con un periodo prolongado de incapacidad posquirúrgica.
-

- Una alternativa sencilla, barata y eficaz es la extracción de las calcificaciones mediante su aspiración percutánea que debe reservarse a las tendinitis calcificantes sintomáticas.
 - La aspiración del material cálcico en la tendinitis del supraespinoso es una técnica fácil y bien tolerada por los pacientes, que se puede realizar de manera ambulatoria.
-



Calcificación del tendón del supraespinoso (flecha azul)



Calcificaciones (flechas azules)



.Calcificación visible en Rx (flecha roja)

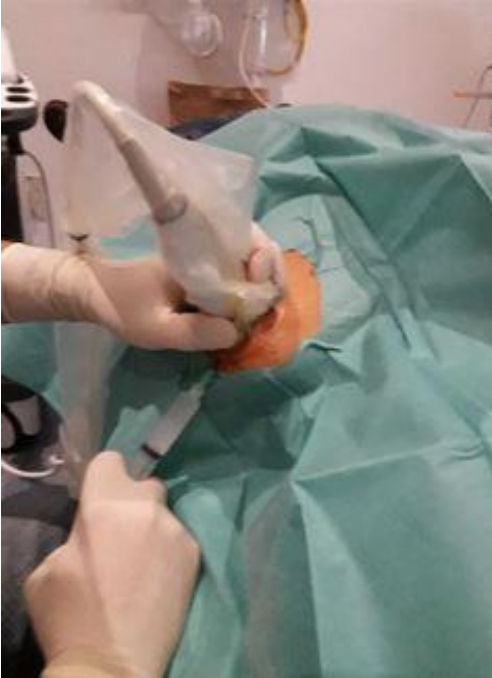
Para la realización de la prueba es necesario que la calcificación sea visible en Rx simple y en ecografía . Por tanto, debemos realizar una ecografía previa al lavado para confirmar la visualización de las calcificaciones y planificar el procedimiento

MATERIAL NECESARIO

- - Lidocaina al 2% (una ampolla de 10ml)
 - -Suero fisiológico precargado en varias jeringas tipo cono luer-lock (de rosca)
 - -Aguja 21G
 - -Corticoide (Trigon Depot 40 mgrs en ampolla de 1ml)
 - -Ecógrafo con sonda lineal
 - -Campo estéril(paño fenestrado, gasas, gel, funda para sonda)
-

PREPARACIÓN

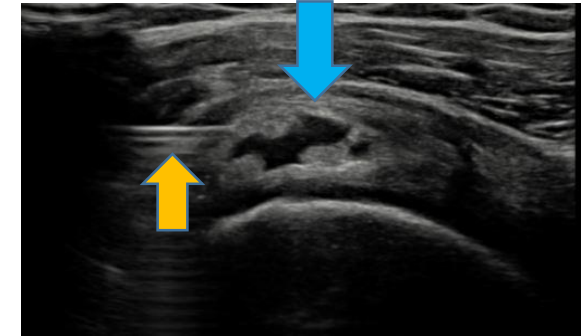
- Se puede dar un ansiolítico antes de la prueba (midazolam 2-3 mg)
 - Colocaremos al paciente en decúbito supino o sedestación en la propia camilla, elevando el cabecero unos 45 ° aproximadamente.
 - En determinados pacientes podemos canalizar vía periférica (no necesario de manera rutinaria)
 - Esterilizaremos el campo de entrada
 - Realizaremos una ecografía donde localizaremos la calcificación y el punto de acceso al mismo. Siempre buscaremos una vía anterior y caudocraneal para que la gravedad favorezca el vaciado , con técnica de manos libres
-



Se pinchará la calcificación bajo control ecográfico y en sentido caudocraneal a la calcificación

- Introducimos lidocaina al 2% guiados por ecografía, para anestesiar el trayecto.
- Una vez alcanzada la calcificación, iniciamos los lavados con la anestesia, manteniendo la aguja en esa posición. Cambiaremos la jeringa por otra que contenga solamente suero cuando se evidencie turbidez del líquido de la jeringa.

- Comenzamos a ejercer presiones fuertes y cortas sobre el émbolo para romper la calcificación. Al entrar en la calcificación no debemos aspirar la jeringa. Finalizado el procedimiento y según retiramos la aguja, inyectamos corticoide en la bursa subacromial
- Se realizará una rx simple del hombro de control



Cavidad (flecha azul) realizada en la calcificación por la presión de la aguja (flecha amarilla)

Introducimos la aguja (flecha roja) por debajo de la calcificación



Rx de hombro realizada antes de la exploración de lavado. Calcificaciones (flecha roja)



.Rx de hombro de control del mismo paciente tras el lavado de las calcificaciones.
Obsérvese la disminución de las calcificaciones tras el primer lavado(flecha roja)



Obsérvese el nivel de la primera jeringa (con tapón rojo y flecha azul) que corresponde al material cálcico extraído que obligó a cambiar a otras dos jeringas nuevas.

COMPLICACIONES

Reacciones vagas durante la punción tratadas en el acto.

Hipersensibilidad a algún componente usado (corticoides, anestésico....)

Aumento del dolor tras la punción debido a la salida del calcio a la bursa. Debemos avisar al paciente de este posible efecto adverso antes de la realización de la prueba.

No mejoría del dolor.

CONCLUSIONES

Al ser la tendinitis calcificante del supraespinosos una entidad frecuente e invalidante que crea gran cantidad de incapacidad laboral, es importante conocer la técnica correcta para la extracción del material cálcico .

Es una prueba fácil ,barata y bien tolerada por los pacientes que se puede hacer de manera ambulatoria en todos los servicios de radiodiagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- -del Cura JL, Torre I, Zabala R, Legórburu A. Sonographically guided percutaneous needle lavage in calcific tendinitis of the shoulder: short- and long-term results. AJR Am J Roentgenol. 2007 Sep;189(3):W128-34.
-
- Lin JT, Adler RS, Bracilovic A, Cooper G, Sofka C, Lutz GE. Clinical outcomes of ultrasound-guided aspiration and lavage in calcific tendinosis of the shoulder. HSS J. 2007 Feb;3(1):99-105.
- - Saboeiro GR. Sonography in the treatment of calcific tendinitis of the rotator cuff. J Ultrasound Med. 2012 Oct;31(10):1513-8.