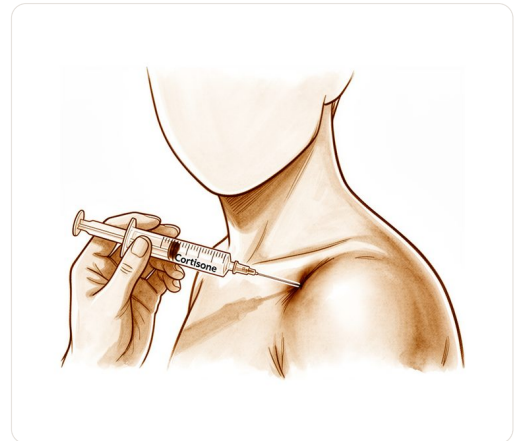


Inyecciones de cortisona y corticosteroides

Una inyección de corticosteroide puede reducir la inflamación en una articulación o tendón, aliviando el dolor y favoreciendo la rehabilitación.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

¿Qué es?

La inyección de cortisona es un potente medicamento antiinflamatorio que el médico inyecta en una articulación, tendón o zona nerviosa dolorosa. “Cortisona” es el nombre común para los corticosteroides, una versión sintética de una hormona que el cuerpo produce naturalmente para reducir la inflamación. El medicamento se administra mediante una sola inyección a través de la piel, generalmente con una aguja fina; actúa precisamente en el lugar donde se aplica, sin distribuirse por todo el cuerpo.

Su médico puede recomendar este tratamiento para diversos problemas de la mano, muñeca, codo y hombro. Entre ellos se incluyen el dedo en gatillo (un dedo que se traba o se bloquea al doblarse), el síndrome del túnel carpiano (presión sobre un nervio que provoca hormigueo y entumecimiento), el codo de tenista, la enfermedad de De Quervain (dolor en el lado del pulgar de la muñeca), los quistes ganglionares y la artritis en la base del pulgar. También se utiliza para problemas del hombro como el desgarramiento del manguito rotador, el hombro congelado y el síndrome de pinzamiento; en ocasiones, para la fascitis plantar, que causa dolor en la parte inferior del talón.

La inyección reduce la hinchazón e irritación del tejido alrededor de la zona dolorida. Al disminuir la inflamación, suele disminuir también el dolor y se recupera mayor libertad de movimiento. En algunas afecciones, el alivio es temporal; por ello, a veces se combina con otros tratamientos como el uso de férulas, ejercicios o terapia manual. Su médico le explicará si la inyección es adecuada para su condición y sus objetivos, así como qué esperar si el dolor reaparece posteriormente.

¿Funciona?

Las inyecciones de cortisona resultan eficaces para algunas afecciones y menos para otras. En el caso del hombro congelado, los estudios demuestran que una inyección en la articulación alivia el dolor, mejora el funcionamiento del hombro y aumenta el rango de movimiento [1]. En la enfermedad de De Quervain, el dolor y los resultados clínicos mejoraron significativamente tras la inyección [2]. En la artritis de la base del pulgar, las inyecciones de esteroides aportan beneficios a corto plazo [3].

En el síndrome del túnel carpiano, la inyección alivia los síntomas de forma segura durante un tiempo, pero la mayoría de los pacientes acaban necesitando cirugía para un control a largo plazo [4]. En comparación con un placebo (una inyección simulada), mejoró los síntomas al mes de aplicarse; además, resultó más eficaz que los comprimidos de esteroides durante hasta 3 meses [5]. Pasadas 8 semanas, no mostró mejores resultados que el tratamiento antiinflamatorio, el uso de férulas o el tratamiento láser [5].

En el caso del codo de tenista, los resultados son más variados. Las inyecciones de esteroides ayudan temporalmente, pero ese beneficio se invierte a las seis semanas y el dolor suele reaparecer [6]. Si sus síntomas llevan menos de 12 meses presentes, generalmente no se recomiendan las inyecciones de esteroides [7]. Otros tratamientos pueden ser más duraderos: el plasma rico en plaquetas (elaborado a partir de su propia sangre) no presentó ventajas sobre los esteroides durante el primer mes, pero obtuvo mejores resultados a los 3 y 6 meses [8].

En el caso del dedo en gatillo, el tipo de esteroide empleado es importante. Un estudio reveló que la betametasona perdió eficacia antes que la triamcinolona cuando se usaba como primera inyección [9]. En problemas del manguito rotador, los esteroides resultaron más útiles a corto plazo, mientras que el plasma rico en plaquetas pareció ser mejor para la recuperación a largo plazo [10]. Asimismo, no se hallaron pruebas concluyentes de que una única inyección previa a la cirugía de reparación del manguito rotador aumente el riesgo de fracaso de la reparación o de infección [11].

Quedan aún algunas dudas sin resolver. No existen pruebas sólidas de que el uso de ecografía u otras técnicas de imagen para guiar la aguja mejore los resultados en la artritis de la base del pulgar [12]. Por otro lado, las personas con diabetes tienen menos probabilidades de obtener éxito con una sola inyección para la enfermedad de De Quervain; no obstante, las inyecciones repetidas siguen siendo efectivas [13].

¿Cuáles son los riesgos?

La mayoría de las personas solo experimentan efectos a corto plazo en el lugar de la inyección. La aguja puede causar dolor; además, investigaciones sobre el dedo en gatillo demostraron que mezclar el esteroide con un anestésico (lidocaína) reduce el dolor durante y poco después de la inyección, aunque esta diferencia quizás no sea muy relevante en la práctica [1]. Algunos efectos aparecen más tarde. En el caso del codo de tenista, estudios indican que las inyecciones de esteroides pueden provocar acumulación de calcio en el tejido blando del sitio de aplicación; esto probablemente sea una complicación derivada de la propia inyección [2].

El medicamento también puede afectar otras partes del cuerpo. Si padece diabetes tipo 2 y no usa insulina, una inyección en el hombro puede elevar considerablemente sus niveles de azúcar en sangre durante un breve

período [3]. Si tiene diabetes y está recibiendo tratamiento para la enfermedad de De Quervain, una sola inyección tiene menos probabilidades de éxito que en personas sin diabetes; sin embargo, las inyecciones repetidas siguen siendo efectivas [4].

Algunas preocupaciones han sido analizadas directamente y no se han confirmado. En el caso de la reparación del manguito rotador, investigaciones no hallaron evidencia clara de que las inyecciones aumenten el riesgo de que la reparación se rompa nuevamente o de infección [5]. En cirugías de liberación del túnel carpiano, las inyecciones previas, en cualquier momento estudiado, no se asociaron a una mayor tasa de infecciones profundas posteriormente [6]. Las inyecciones repetidas para el síndrome del túnel carpiano resultaron ser seguras; tampoco dificultaron ni incrementaron los riesgos de una cirugía futura [7].

La frecuencia con la que se puede aplicar una inyección depende de la afección. En el caso del dedo en gatillo, un estudio no reportó complicaciones al administrar 4 mg de triamcinolona con intervalos mínimos de un mes entre cada inyección [8]. Tras una reparación del manguito rotador, las inyecciones deben posponerse al menos hasta el primer mes postoperatorio para reducir el riesgo de efectos adversos [9]. En la enfermedad de De Quervain, dirigir la inyección a un compartimento tendinoso más pequeño permite usar una dosis menor de esteroide, lo que podría disminuir las complicaciones [10].

La evidencia sobre algunos aspectos es limitada o contradictoria; su médico evaluará lo conocido en relación con su condición específica antes de recomendarle una inyección.

¿Es adecuado para usted?

Una inyección podría ser una buena opción si desea un alivio a corto plazo mientras otros tratamientos, como el uso de férulas o la terapia de la mano, hacen efecto. Suele ser de mayor ayuda cuando la hinchazón es el principal factor que causa su dolor; en algunos casos, puede retrasar o incluso evitar la cirugía por un tiempo. En el caso de la artritis en la base del pulgar, los estudios demuestran que las inyecciones son una opción práctica, pues son eficaces, fáciles de aplicar y sencillas de obtener [1].

Sin embargo, quizás no sea adecuada si sus síntomas ya duran mucho tiempo. En el caso del codo de tenista, por lo general no se recomiendan las inyecciones de esteroides si los síntomas llevan menos de 12 meses presentándose [2]. Además, cuando el dolor tiende a reaparecer, como ocurre en el codo de tenista, usted y su médico podrían considerar otras opciones que ofrezcan mejores resultados a lo largo de meses en lugar de semanas. Un estudio comparativo concluyó que, al cabo de un mes, los esteroides resultan más eficaces que el plasma rico en plaquetas para el codo de tenista; sin embargo, a los 6 meses el plasma rico en plaquetas muestra mejores resultados [3].

En algunas afecciones, las inyecciones repetidas constituyen una alternativa viable. En el síndrome del túnel carpiano, los estudios indican que aplicarlas en varias ocasiones es seguro y no dificulta ni eleva el riesgo de una cirugía de liberación posterior [4].

La toma de decisiones es un proceso conjunto. Su médico evaluará su condición, su estado de diabetes si aplica, así como sus objetivos, y luego analizará si una inyección, otro tratamiento o la cirugía es la mejor opción para usted. La sección de riesgos anterior detalla posibles complicaciones; por ello, le recomendamos leerla antes de decidir.

Conclusión

Vale la pena considerar una inyección de cortisona cuando se busca alivio mientras otros tratamientos hacen efecto. En algunos problemas, como el hombro congelado, reduce el dolor y facilita el movimiento [1]. En otros, como el codo de tenista, el alivio desaparece rápidamente y el dolor suele volver [2]. La advertencia más importante: pregunte cuánto tiempo es probable que dure el beneficio para su condición, y qué haría a continuación si el dolor regresara.

Referencias

- [1] Inyección intraarticular de esteroides para el hombro congelado: una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados con análisis secuencial de ensayos. *The American Journal of Sports Medicine*. 2016. DOI: 10.1177/0363546516669944
- [2] Comparación prospectiva y aleatorizada entre la inyección de corticosteroides guiada por ecografía y la inyección ciega para la enfermedad de De Quervain. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2020. DOI: 10.1016/j.otsr.2019.11.015
- [3] Inyecciones intraarticulares de corticosteroides para el manejo de la artrosis trapeziometacarpiana: una revisión sistemática. *HAND*. 2015. DOI: 10.1007/s11552-015-9778-3
- [4] Inyección de corticosteroides para el síndrome del túnel carpiano. *The Journal of Hand Surgery*. 2008. DOI: 10.1016/j.jhsa.2008.06.023
- [5] Sección Cochrane: inyección local de corticosteroides para el síndrome del túnel carpiano. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*. 2013. DOI: 10.1177/1753193413490848
- [6] Movilización con ejercicios, inyección de corticosteroides o esperar para observar en el codo de tenista: ensayo aleatorizado. *BMJ*. 2006. DOI: 10.1136/bmj.38961.584653.ae
- [7] Dejen de inyectar corticosteroides en pacientes con codo de tenista; es mucho más probable que mejoren por sí solos. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2010. DOI: 10.1016/j.jsams.2009.09.009
- [8] Las inyecciones de corticosteroides para el tratamiento de la epicondilitis lateral son superiores al plasma rico en plaquetas a los 1 mes; sin embargo, el plasma rico en plaquetas resulta más eficaz a los 6 meses: una revisión sistemática y metaanálisis actualizado de estudios de nivel 1 y 2. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2023. DOI: 10.1016/j.jse.2023.04.018
- [9] Efecto del tipo de corticosteroide sobre el fracaso tras la inyección inicial para el dedo en gatillo. *The Journal of Hand Surgery*. 2026. DOI: 10.1016/j.jhsa.2026.03.011
- [10] Comparación de los efectos del plasma rico en plaquetas y la inyección de corticosteroides en el tratamiento de la enfermedad del manguito rotador: una revisión sistemática y metaanálisis. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2023. DOI: 10.1016/j.jse.2023.01.037

- [11] ¿Las inyecciones de corticosteroides antes o después de la reparación primaria del manguito rotador influyen en la incidencia de eventos adversos? Una síntesis subjetiva. *Arthroscopy*. 2020. DOI: 10.1016/j.arthro.2020.01.039
- [12] Inyección guiada de esteroides para la artrosis de la articulación carpometacarpiana del pulgar: una revisión exploratoria. *Hand Therapy*. 2026. DOI: 10.1177/17589983261430876
- [13] Eficacia de las inyecciones de corticosteroides en pacientes diabéticos con tenosinovitis de De Quervain. *The Journal of Hand Surgery*. 2022. DOI: 10.1016/j.jhsa.2022.02.018
- [14] Inyección de corticosteroides con y sin anestésico local para el tratamiento del dedo en gatillo: un ensayo clínico aleatorizado. *The Journal of Hand Surgery*. 2025. DOI: 10.1016/j.jhsa.2024.05.016
- [15] Asociación entre la inyección de esteroides y la calcificación de tejidos blandos en la epicondilitis lateral. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2019. DOI: 10.1016/j.jse.2018.10.009
- [16] Efecto de la inyección de esteroides en el hombro sobre la glucemia en pacientes con diabetes tipo 2. *JSES International*. 2022. DOI: 10.1016/j.jseint.2022.05.016
- [17] La inyección preoperatoria ipsilateral de corticosteroides y el momento de su aplicación no se asocian con infección profunda postoperatoria tras la liberación del túnel carpiano. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2025. DOI: 10.5435/jaaos-d-25-00317
- [18] Seguridad y costo de las inyecciones repetidas de corticosteroides para el síndrome del túnel carpiano. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*. 2025. DOI: 10.1177/17531934251396629
- [19] Seguridad y eficacia de la inyección de dosis bajas de triamcinolona sin limitación en la frecuencia de aplicación para el dedo en gatillo. *Journal of Hand Surgery Global Online*. 2025. DOI: 10.1016/j.jhsg.2025.01.005
- [20] Las inyecciones de corticosteroides tras la reparación del manguito rotador mejoran la función, reducen el dolor y son seguras: una revisión sistemática. *Arthroscopy, Sports Medicine, and Rehabilitation*. 2021. DOI: 10.1016/j.asmr.2021.10.010
- [21] ¿Es más eficaz la inyección de esteroides en ambos compartimentos que la inyección únicamente en el subcompartimento del músculo extensor corto del pulgar en pacientes con enfermedad de De Quervain? Un estudio aleatorizado y controlado. *Clinical Orthopaedics & Related Research*. 2021. DOI: 10.1097/corr.0000000000002018
- [22] Eficacia de la inyección intraarticular de corticoides para el tratamiento no quirúrgico de la artrosis trapeziometacarpiana: una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados. *The Journal of Hand Surgery*. 2024. DOI: 10.1016/j.jhsa.2024.02.001