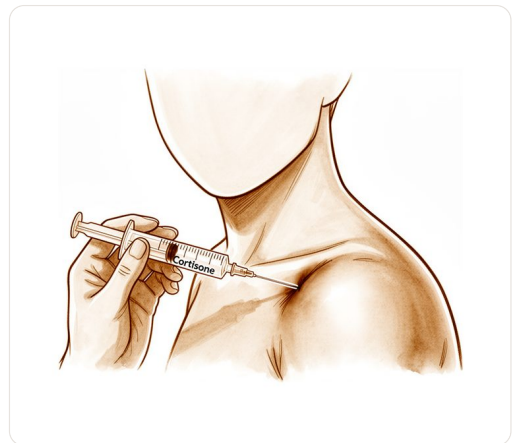


Inyecciones de cortisona y corticosteroides

Una inyección de corticosteroide puede calmar la inflamación de una articulación o un tendón para aliviar el dolor y favorecer 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?

Una inyección de cortisona es una inyección de un potente medicamento antiinflamatorio, llamado corticosteroide, en una articulación o un tendón doloridos. El medicamento reduce la hinchazón y alivia el dolor en un punto concreto. No es un analgésico que se tome por la boca. Actúa en el lugar donde se coloca.

Su médico puede ofrecerle este tratamiento para varios problemas de la mano, la muñeca, el codo y el hombro. Entre ellos están el dedo en gatillo (un dedo que se engancha o se bloquea), el síndrome del túnel carpiano (presión sobre un nervio en la muñeca), el codo de tenista, la artrosis de la base del pulgar, el hombro congelado y algunos quistes ganglionares. También puede usarse después de algunas operaciones del hombro, aunque normalmente no durante el primer mes tras la cirugía [1].

La inyección no soluciona el problema de fondo. Proporciona alivio mientras su cuerpo se cura, o mientras usted hace ejercicios o lleva una férula. En el síndrome del túnel carpiano, por ejemplo, puede aliviar los síntomas durante un tiempo, pero la mayoría de las personas acaba necesitando cirugía para un control duradero [2]. En el codo de tenista, el alivio a corto plazo puede desaparecer, y los problemas suelen reaparecer más adelante [3]. Su médico hablará con usted sobre si una inyección es adecuada para su situación, o si tiene más sentido empezar por otra opción como el ejercicio, una férula o la cirugía.

¿Funciona?

La respuesta sincera es: depende de la afección que se trate.

En algunos problemas, las inyecciones funcionan bien. En el hombro congelado, una inyección de corticosteroide en la articulación alivia el dolor, mejora el funcionamiento del hombro y aumenta el rango de

movimiento [4]. En la enfermedad de De Quervain (inflamación de los tendones en la base del pulgar), el dolor y los resultados clínicos mejoraron significativamente tras la inyección [5]. En la artrosis de la base del pulgar, los corticosteroides son una opción favorable porque son fáciles de administrar y funcionan bien [6], aunque el beneficio puede ser a corto plazo [7].

En otros problemas, el panorama es más variado. En el codo de tenista, las inyecciones de corticosteroides pueden aportar alivio a corto plazo, pero ese alivio a menudo se invierte pasadas seis semanas, y el problema reaparece con frecuencia [3]. La investigación indica que no deberían usarse corticosteroides en la mayoría de las personas que llevan menos de 12 meses con síntomas de codo de tenista [8]. En el síndrome del túnel carpiano, las inyecciones proporcionan un alivio seguro y eficaz durante un tiempo, pero la mayoría de las personas acaba necesitando cirugía para un control duradero [2].

Conviene conocer algunos hallazgos antes de elegir este tratamiento. En el dedo en gatillo, un tipo de corticosteroide (la betametasona) dejó de funcionar antes que otro (la triamcinolona) [9]. En la reparación del manguito rotador, no hubo señales claras de que una inyección de corticosteroide aumente el riesgo de que la reparación vuelva a fallar ni de infección [10]. Una única inyección antes de la cirugía del manguito rotador, administrada en el plazo de 1 año antes de la operación, no modificó las tasas de fallo, los resultados según los propios pacientes, el rango de movimiento ni la fuerza [11].

Las pruebas no son perfectas. Algunos de estos hallazgos proceden de ensayos pequeños o de revisiones, y hay pocas investigaciones sobre algunas afecciones. Su médico valorará las pruebas sobre su afección concreta y hablará con usted sobre si es probable que una inyección le ayude, o si tiene más sentido empezar por otra opción.

¿Cuáles son los riesgos?

La mayoría de las personas solo nota efectos a corto plazo en el lugar de la inyección. La propia inyección puede doler, y añadir un anestésico local (lidocaína) al corticosteroide cambia cuánto dolor siente durante la inyección y justo después [12]. Esa diferencia quizá no importe mucho a largo plazo, pero conviene preguntar por ella antes de la inyección.

El corticosteroide también puede afectar al tejido donde se coloca. En el codo de tenista, la investigación relaciona las inyecciones de corticosteroides con la acumulación de calcio en los tejidos blandos, y es probable que sea una complicación de la propia inyección [13]. En algunas personas tratadas por codo de tenista, una única inyección de corticosteroide dio peores resultados a largo plazo y el problema reapareció con más frecuencia 1 año después [14].

El medicamento puede llegar más allá del punto donde se inyectó. Si usted tiene diabetes tipo 2 y no usa insulina, una inyección de corticosteroide en el hombro puede elevar sus niveles de azúcar en sangre durante un tiempo corto [15]. Si tiene diabetes y recibe tratamiento para la enfermedad de De Quervain, es menos probable que una única inyección le funcione que a las personas sin diabetes, aunque las inyecciones posteriores no parecen perder su efecto [16].

Algunos riesgos que podrían preocuparle se han estudiado y no se han encontrado. Después de la reparación del manguito rotador, los estudios no encontraron pruebas claras de que una inyección de corticosteroide aumente

el riesgo de que la reparación vuelva a romperse ni de infección [10]. Una inyección de corticosteroide antes de la cirugía de liberación del túnel carpiano no se relacionó con una mayor tasa de infección profunda después de la operación [17]. Las inyecciones repetidas para el síndrome del túnel carpiano resultaron seguras y no hicieron más arriesgada una cirugía posterior [18].

También importa con qué frecuencia se puede administrar una inyección. En el dedo en gatillo, un estudio no encontró complicaciones cuando se administró una inyección de 4 mg de triamcinolona con intervalos de al menos 1 mes [19]. En la enfermedad de De Quervain, una inyección dirigida a un solo compartimento tendinoso puede reducir la dosis de corticosteroide utilizada, lo que puede disminuir las complicaciones [20].

¿Es adecuado para usted?

Una inyección puede ser adecuada para usted si su dolor procede de un punto claro, como un dedo en gatillo, la artrosis de la base del pulgar o un hombro congelado. En la artrosis de la base del pulgar (artritis por desgaste en la base del pulgar), la investigación favorece las inyecciones de corticosteroides porque son fáciles de administrar y funcionan bien [6]. Si tiene síndrome del túnel carpiano y otras inyecciones no le han durado, se ha comprobado que repetir las inyecciones es seguro, y no hicieron más arriesgada una cirugía posterior [18].

Una inyección puede no ser adecuada para usted si sus síntomas de codo de tenista duran desde hace menos de 12 meses. La investigación indica que no deberían usarse corticosteroides en la mayoría de las personas en esa situación [8]. En el codo de tenista en general, el plasma rico en plaquetas (un tratamiento preparado a partir de su propia sangre) superó a las inyecciones de corticosteroides a los 6 meses, mientras que los corticosteroides funcionaron mejor durante el primer mes [21].

Es una decisión que usted toma junto con su médico. Su médico valorará su afección, sus síntomas y lo que ya ha probado. Pregunte qué se pretende conseguir con la inyección, cuánto puede durar el alivio y si los ejercicios, una férula o la cirugía serían mejores para usted. La sección de riesgos anterior explica los efectos secundarios con detalle, así que léala antes de decidir.

Conclusión

Puede merecer la pena considerar una inyección de cortisona en un problema claro y localizado en un punto, como un hombro congelado, la enfermedad de De Quervain o la artrosis de la base del pulgar. Espere un alivio que puede ser real pero a menudo de corta duración, y sepa que en algunas afecciones, como el codo de tenista o el síndrome del túnel carpiano, otros tratamientos o la cirugía pueden ser mejores para usted a largo plazo. La advertencia más importante: una inyección alivia los síntomas, pero no soluciona el problema de fondo.

Referencias

[1] Corticosteroid Injections After Rotator Cuff Repair Improve Function, Reduce Pain, and Are Safe: A Systematic Review. *Arthroscopy, Sports Medicine, and Rehabilitation*. 2021. DOI: 10.1016/j.asmr.2021.10.010

- [2] Corticosteroid Injection for Carpal Tunnel Syndrome. *The Journal of Hand Surgery*. 2008. DOI: 10.1016/j.jhsa.2008.06.023
- [3] Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. *BMJ*. 2006. DOI: 10.1136/bmj.38961.584653.ae
- [4] Intra-articular Steroid Injection for Frozen Shoulder: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials With Trial Sequential Analysis. *The American Journal of Sports Medicine*. 2016. DOI: 10.1177/0363546516669944
- [5] Prospective randomized comparison of ultrasonography-guided and blind corticosteroid injection for de Quervain's disease. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2020. DOI: 10.1016/j.otsr.2019.11.015
- [6] Efficacy of Intra-Articular Corticosteroid Injection for Nonsurgical Management of Trapeziometacarpal Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *The Journal of Hand Surgery*. 2024. DOI: 10.1016/j.jhsa.2024.02.001
- [7] Intra-Articular Corticosteroid Injections to Manage Trapeziometacarpal Osteoarthritis—a Systematic Review. *HAND*. 2015. DOI: 10.1007/s11552-015-9778-3
- [8] Stop injecting corticosteroid into patients with tennis elbow, they are much more likely to get better by themselves!. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2010. DOI: 10.1016/j.jsams.2009.09.009
- [9] The Effect of Corticosteroid Type on Failure Following Primary Trigger Finger Injection. *The Journal of Hand Surgery*. 2026. DOI: 10.1016/j.jhsa.2026.03.011
- [10] Do Corticosteroid Injections Before or After Primary Rotator Cuff Repair Influence the Incidence of Adverse Events? A Subjective Synthesis. *Arthroscopy*. 2020. DOI: 10.1016/j.arthro.2020.01.039
- [11] Timing of corticosteroid injection within 1 year prior to rotator cuff repair was not associated with increased risk of repair failure. *JSES International*. 2026. DOI: 10.1016/j.jseint.2026.101632
- [12] Corticosteroid Injection With and Without Local Anesthetic for the Treatment of Trigger Finger: A Randomized Clinical Trial. *The Journal of Hand Surgery*. 2025. DOI: 10.1016/j.jhsa.2024.05.016
- [13] Association of steroid injection with soft-tissue calcification in lateral epicondylitis. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2019. DOI: 10.1016/j.jse.2018.10.009
- [14] Effect of Corticosteroid Injection, Physiotherapy, or Both on Clinical Outcomes in Patients With Unilateral Lateral Epicondylalgia. *JAMA*. 2013. DOI: 10.1001/jama.2013.129
- [15] The effect of steroid injection into the shoulder on glycemia in patients with type 2 diabetes. *JSES International*. 2022. DOI: 10.1016/j.jseint.2022.05.016
- [16] Effectiveness of Corticosteroid Injections in Diabetic Patients With De Quervain Tenosynovitis. *The Journal of Hand Surgery*. 2022. DOI: 10.1016/j.jhsa.2022.02.018
- [17] Ipsilateral Preoperative Corticosteroid Injection and Timing Not Associated With Postoperative Deep Infection After Carpal Tunnel Release. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 2025. DOI: 10.5435/jaaos-d-25-00317

- [18] The safety and cost of repeated corticosteroid injections for carpal tunnel syndrome. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*. 2025. DOI: 10.1177/17531934251396629
- [19] Safety and Efficacy of Low-Dose Triamcinolone Injection without Injection Frequency Limitation for Trigger Finger. *Journal of Hand Surgery Global Online*. 2025. DOI: 10.1016/j.jhsg.2025.01.005
- [20] Is a Steroid Injection in Both Compartments More Effective than an Injection in the Extensor Pollicis Brevis Subcompartment Alone in Patients with de Quervain Disease? A Randomized, Controlled Trial. *Clinical Orthopaedics & Related Research*. 2021. DOI: 10.1097/corr.0000000000002018
- [21] Corticosteroid injections for the treatment of lateral epicondylitis are superior to platelet-rich plasma at 1 month but platelet-rich plasma is more effective at 6 months: an updated systematic review and meta-analysis of level 1 and 2 studies. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 2023. DOI: 10.1016/j.jse.2023.04.018