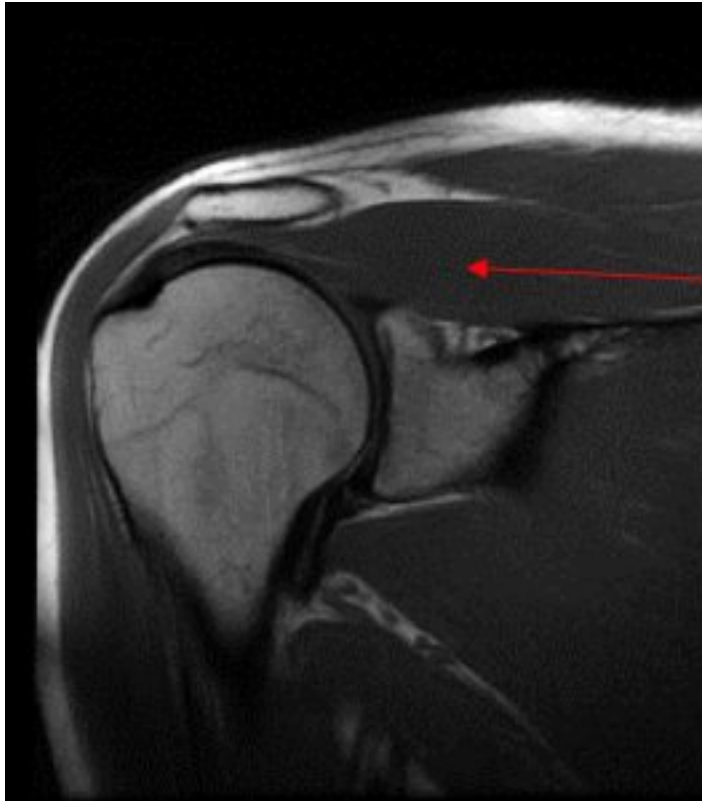


Test Extremidad superior

¡Felicidades! Ha superado el test con un 97% de aciertos

1 ¿Cuál es la estructura anatómica señalada?



- a. Tendón del músculo supraespinoso
- b. Tendón del músculo subescapular
- c. Tendón del músculo redondo menor
- d. **Ventre muscular del músculo supraespinoso**
- e. Ventre muscular del músculo subescapular

2 Se trata del músculo supraespinoso. El plano coronal oblicuo es el más adecuado para su estudio, ya que se evidencia en toda su longitud. El músculo pasa entre el acromion y el húmero, y el tendón que se observa negro se inserta en el troquíter. El resto de los tendones y músculos no se observan en este plano.

3 Entre las indicaciones de una artroresonancia se encuentran las siguientes excepto:

- a. Estudio del *labrum* glenoideo
- b. Inestabilidad de la articulación glenohumeral
- c. Roturas de los tendones del manguito de los rotadores
- d. **Calcificaciones del tendón del supraespinoso**
- e. Tendinosis del manguito de los rotadores

4 La artroresonancia o introducción de contraste paramagnético para realzar contornos se indica principalmente para el estudio de lesiones en el *labrum* glenoideo e inestabilidades

de la articulación glenohumeral y, en menor medida, para lesiones en el manguito de los rotadores, ya que permite identificar lesiones tendinosas, del *labrum* y del reborde óseo de pequeño tamaño. En resonancia, las calcificaciones no se delimitan muy claramente, al contrario de lo que ocurre en la ecografía y la tomografía computarizada.

5 La siguiente fractura en la clasificación de Neer es de grado:



- a. I
- b. II
- **c. III**
- d. IV
- e. V

6 Se trata de una fractura de grado III de Neer, ya que es una fractura del cuello quirúrgico con desplazamiento.

7 Respecto a las fracturas de la glenoides, señale la opción verdadera:

- a. Son infrecuentes y corresponden al 30% de las fracturas de hombro
- b. Se diagnostican fácilmente con la radiología simple, ya que existen proyecciones específicas para su valoración, como la escapular en Y
- c. Se evalúan mejor con radiografía que con resonancia magnética
- **d. Generalmente se producen por traumatismo directo**
- e. La tomografía computarizada no suele ser de utilidad

8 Las fracturas de escápula son poco frecuentes y constituyen el 5-7% de todas las fracturas de hombro. Generalmente se

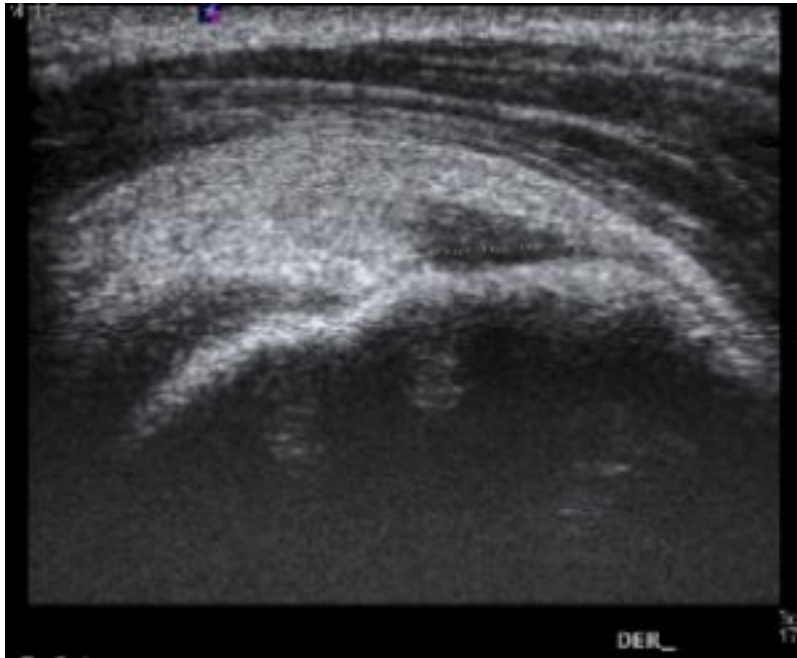
producen por un traumatismo directo. Se evalúan con la proyección anteroposterior de hombro y la escapular en Y, aunque en muchas ocasiones pueden pasar desapercibidas y es necesaria la realización de tomografía computarizada o resonancia magnética para detectarlas. Estas fracturas pueden afectar a las diferentes porciones de la escápula (fosa glenoidea, cuello, cuerpo, espina, acromion y apófisis coracoides).

9 Respecto a las luxaciones escapulohumerales es falso que:

- a. Es la articulación que más frecuentemente sufre luxación
- b. El *labrum* glenoideo se identifica con facilidad con la resonancia magnética (RM) y especialmente con la artro-RM
- c. La luxación anterior representa el 95% de las luxaciones glenohumerales
- d. El plano sagital es el que mejor valora el *labrum* glenoideo
- e. El *labrum* glenoideo es la estructura más frecuente dañada en las luxaciones anteriores

10 La articulación glenohumeral es relativamente incongruente, hecho que hace que sea la articulación que sufre luxación con mayor frecuencia. La luxación anterior representa el 95% de estas lesiones. La luxación anterior suele ser resultado de traumas importantes, mientras que las inestabilidades, en forma de subluxaciones anteriores recidivantes, pueden deberse a microtraumatismos repetidos por sobreesfuerzos del brazo. En ambas se pueden producir alteraciones de la cápsula articular y lesiones o arrancamientos del rodete glenoideo. Esta desinserción de la cápsula y la alteración en el rodete es la que favorece las luxaciones repetidas. El plano axial sirve para valorar el *labrum* anterior y posterior; el plano coronal sirve para valorar el *labrum* superior e inferior. El plano sagital no es el más adecuado para valorar la morfología del *labrum* dado que se ve influenciado por el efecto de volumen parcial.

11 **¿Cuál es el diagnóstico más probable en este paciente?**



- a. **Tendinitis focal del supraespinoso**
 - b. Calcificación de 1 cm
 - c. Hematoma intratendinoso
 - d. Artefacto de ángulo mágico
 - e. Inserción normal tendinosa
- 12 En esta ecografía se observa un engrosamiento del tendón del supraespinoso y una alteración de la ecogenidad (hipoecogenicidad). Una calcificación se observaría como una hiperecogenicidad, y un hematoma como una lesión de contenido ecogénico heterogéneo. El artefacto del ángulo mágico se da en la resonancia magnética, no en la ecografía.
- 13 **Respecto a la tendinitis calcificante es cierto**
que: Incorrecto
- a. El método más sensible es la resonancia magnética (RM), dada su elevada resolución espacial
 - b. Las calcificaciones son siempre sintomáticas y por lo tanto deben ser tratadas
 - c. **La ecografía es capaz de identificar las calcificaciones y guiar procedimientos de lavado y punción**
 - d. La RM no tiene valor en el diagnóstico de la tendinitis calcificante
 - e. **El método diagnóstico debe ser la tomografía computarizada dado su excelente capacidad de identificar el calcio**
- 14 Lo más importante de la ecografía en musculoesquelético es la valoración del manguito de los rotadores, con su excelente sensibilidad para la detección de calcificaciones, y por lo tanto se puede utilizar como técnica de imagen para guiar el lavado de las mismas. Las calcificaciones se observan en un alto

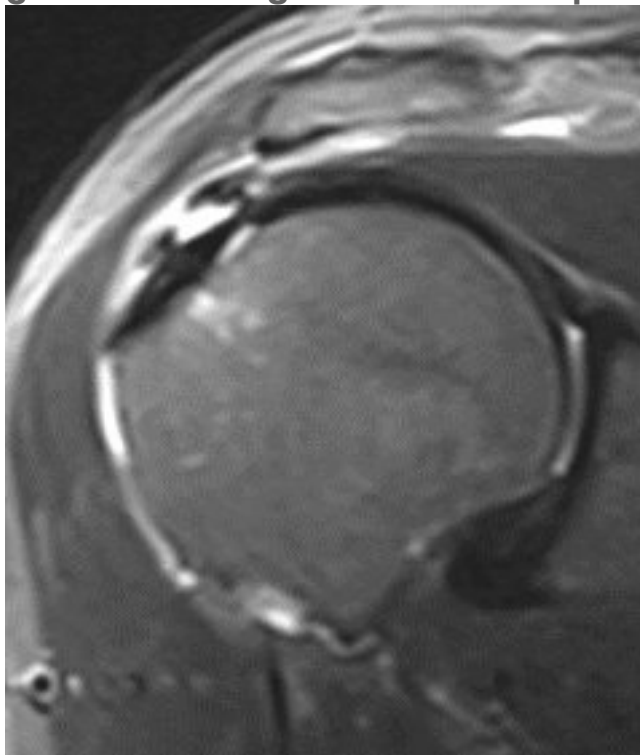
porcentaje de pacientes, pero no siempre son sintomáticas, y por lo tanto no hay que tratarlas.

15 **Respecto a las roturas de los tendones del manguito de los rotadores es cierto que:**

- a. No es importante valorar la magnitud en las roturas de espesor completo, sino en las roturas de espesor parcial
- b. Con ecografía no es posible determinar el tipo de rotura, sino con resonancia magnética (RM)
- c. La remodelación del húmero indica patología crónica del manguito de los rotadores
- d. No se puede diagnosticar con radiografía simple
- e. El plano que mejor valora el tendón del supraespinoso en RM es el axial

16 La morfología del troquíter en un hombro normal es prominente. Si es redondeado se denomina “femoralización” de la cabeza del húmero, dado que se asemeja a la morfología de la cabeza del fémur, y es indicativo de patología crónica y evolucionada en el manguito de los rotadores.

17 **¿Cuál es el diagnóstico en este paciente?**



- a. Rotura de espesor parcial del borde bursal
- b. Rotura de espesor parcial del borde articular
- c. Rotura de espesor completo no masiva
- d. Tendinosis del supraespinoso
- e. Tendinosis calcificante del supraespinoso

18 Las roturas de espesor parcial se clasifican según afecten al borde articular (rotura articular) o al borde bursal del tendón.

En este caso (imagen de RM potenciada en T2 en el plano coronal) se observa un área de solución de continuidad parcial dependiente del borde bursal del tendón que es compatible con una rotura.

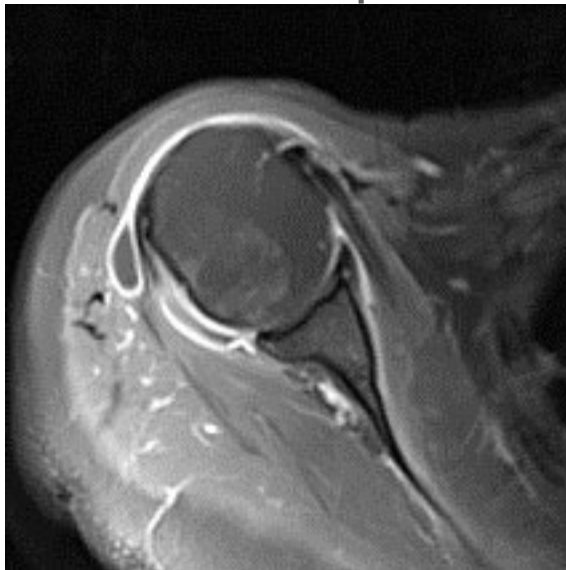
19 **Con respecto al “impingement” o síndrome de fricción o atrapamiento del hombro, señale respuesta la verdadera:**

- a. Es debido a una disminución de espacio entre la coracoides y el húmero
- b. Se limita el paso del tendón subescapular
- **c. El diagnóstico es clínico**
- d. La inflamación de la *bursa* genera aumento del espacio subacromial
- e. Es imposible demostrar con ecografía un signo clínico

20 El término atrapamiento subacromial indica un compromiso del espacio entre el acromion y el húmero que limita el paso del tendón del músculo supraespinoso por debajo del arco coracoacromial. Este compromiso genera roce, el roce genera inflamación y por tanto engrosamiento, y este engrosamiento empeora el compromiso de espacio.

21 El diagnóstico de esta entidad es clínico. No obstante, la presencia de algunos signos radiológicos puede ayudar a confirmar el diagnóstico, como son la disminución del espacio subacromial que puede verse con una radiografía y los derivados de la inflamación del borde bursal del tendón y de la *bursa* subacromial.

22 **En esta resonancia podemos afirmar que:**



- a. Es una RM en T2 con contraste intravenoso
- **b. Es una RM en T1 con contraste intravenoso y se diagnostica de una hiperplasia sinovial**
- c. Existe un derrame articular y se diagnostica de artritis

- d. Es una RM en T1 sin contraste intravenoso
 - e. Es una tomografía computarizada con contraste intravenoso
- 23 Es importante destacar el gran valor de la RM para determinar la presencia de artritis en el hombro y su magnitud. Estos estudios deben realizarse con contraste intravenoso para determinar la actividad inflamatoria aguda. Este caso corresponde a una RM con secuencias potenciadas en T1 y saturación grasa tras la administración de contraste de gadolinio IV en plano axial. Las zonas de alta intensidad de señal son áreas que captan contraste de manera significativa, lo que indica que corresponden a zonas de hiperplasia sinovial activa y, por tanto, indicativas de actividad inflamatoria aguda. En estas imágenes se puede apreciar que no hay afectación ósea (erosiones o edema óseo), otro de los aspectos importantes a valorar en una artritis.

24 **¿Qué signo no se observa en esta radiografía?**



- a. Pinzamiento del espacio articular
 - b. Osteofitos marginales
 - c. Alteraciones del hueso subcondral
 - d. Calcificación del tendón del supraespinoso
 - e. **Calcificación de la bursa subacromial**
- 25 Las cuatro primeras opciones se pueden observar en la radiografía y son signos de artrosis, pero no se aprecia calcificación en la zona de la bursa.

26

¿Qué signo puede observar en esta radiografía?



- a. Cuerpos libres intraarticulares
- b. Calcificación del supraespinoso
- c. Calcificación del infraespinoso
- d. Calcificación del subescapular
- e. Calcificaciones del redondo menor

27

En esta radiografía se muestran signos de artrosis glenohumeral con marcado pinzamiento del espacio articular. También se observan múltiples focos calcificados adyacentes a la articulación. Estos focos son compatibles con cuerpos libres intraarticulares calcificados, correspondiendo a una osteocondromatosis. La presencia de osteocondromatosis nos hace pensar que esta es la causa de la artrosis. Las calcificaciones tendinosas se circunscriben a la zona cercana a su inserción. En esta imagen no se aprecian en áreas peritroquiterianas.

28

Respecto a las lesiones ligamentarias del codo, señalar la opción falsa:

- a. Suelen ser secundarias a microtraumatismos crónicos de repetición
- b. Suelen ser secundarias a traumatismos agudos
- c. El ligamento colateral medial se lesiona con más frecuencia que el lateral
- d. La lesión del ligamento colateral medial es debido a un estrés repetitivo crónico en valgo

- e. Con resonancia magnética se puede diagnosticar con total precisión la rotura de los ligamentos del codo

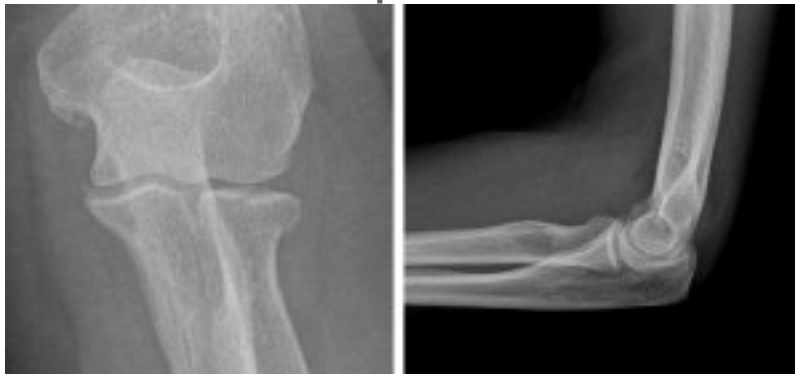
29 Las lesiones ligamentosas suelen ser secundarias a la presencia de pequeños microtraumatismos crónicos de repetición y menos frecuentemente a patología traumática aguda. El ligamento colateral medial o cubital se lesiona con más frecuencia que el ligamento colateral lateral.

30 **La epicondilitis es:**

- a. La tendinosis del tendón del músculo extensor común
- b. La tendinosis del tendón extensor propio del 5.º dedo
- c. La tendinosis del tendón extensor radial del carpo
- d. La tendinosis del ancóneo
- e. La tendinosis del tendón extensor cubital del carpo

31 Consiste en la tendinosis del tendón extensor común en su origen debido a la presencia de microtraumatismos repetitivos. También es conocido como “codo de tenista”.

32 **Paciente que sufre una caída y presenta dolor en el codo izquierdo, con limitación a la flexión y a la extensión del mismo. Señale la respuesta falsa:**



- a. Se observa una fractura de la cabeza del radio
- b. El derrame articular nos hace sospechar la existencia de una fractura
- c. Se observa una fractura del olécranon
- d. El signo de la vela es claramente objetivable en esta radiografía
- e. Es una fractura intraarticular

33 Imagen de fractura de cabeza de radio de trazo anteroposterior, con discreto hundimiento de la porción lateral de dicha cabeza. Se acompaña de una cantidad moderada de derrame articular que distiende el receso de la fosa olecraniana y desplaza la almohadilla grasa ligeramente tanto en zona anterior como posterior (signo de la vela).

34 **El orden de aparición de los centros de osificación en el codo del niño es:**

- a. Cóndilo, cabeza de radio, epicóndilo interno, tróclea, olécranon,

epicóndilo externo

- b. Cóndilo, cabeza de radio, olécranon, epicóndilo interno, tróclea, epicóndilo externo
- c. Cóndilo, epicóndilo interno, cabeza de radio, olécranon, epicóndilo externo, tróclea
- d. Cóndilo, cabeza de radio, epicóndilo interno, epicóndilo externo, tróclea, olécranon
- e. Cóndilo, epicóndilo interno, cabeza de radio, tróclea, olécranon, epicóndilo externo

35 Para recordar el orden de aparición de los núcleos de osificación en el codo, se emplea el acrónimo

CRITOE: Cóndilo: 1 año

36 Cabeza **R**adio: 3 años

37 Epicóndilo **I**nterno: 5 años

38 Tróclea: 7 años

39 Olécranon: 9 años

40 Epicóndilo **E**xterno: 11 años

41 **Respecto al diagnóstico de las fracturas del codo con resonancia magnética (RM) es falso que:**

- a. Las secuencias STIR son muy sensibles al edema óseo
- b. La RM es una buena técnica en el estudio de la patología ósea traumática
- c. Las secuencias potenciadas en T1 son muy útiles en la valoración de la anatomía
- **d. El derrame articular se identifica mejor con las secuencias potenciadas en T1**
- e. Se pueden delimitar con exactitud pequeñas contusiones en secuencias potenciadas en T2 como focos de aumento de señal

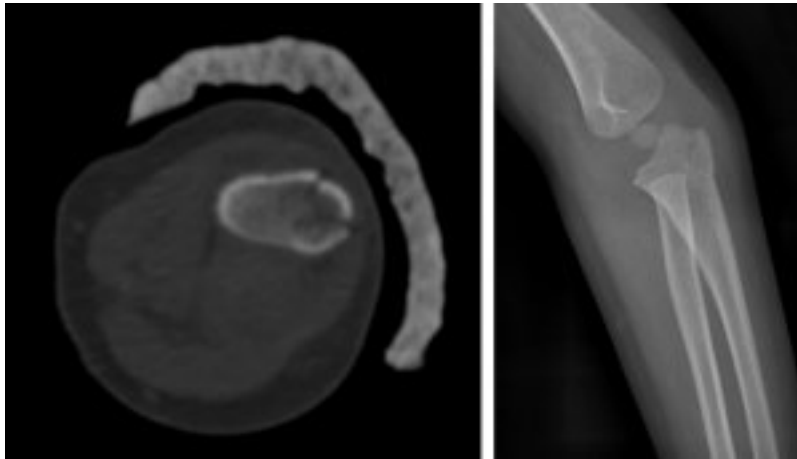
42 El derrame articular se identifica en las secuencias potenciadas en T2, al ser hiperintenso en estas secuencias y poder diferenciarse del cartílago.

43 **Niño de 8 años que presenta caída mientras jugaba en los columpios. Refiere dolor e impotencia funcional de la**

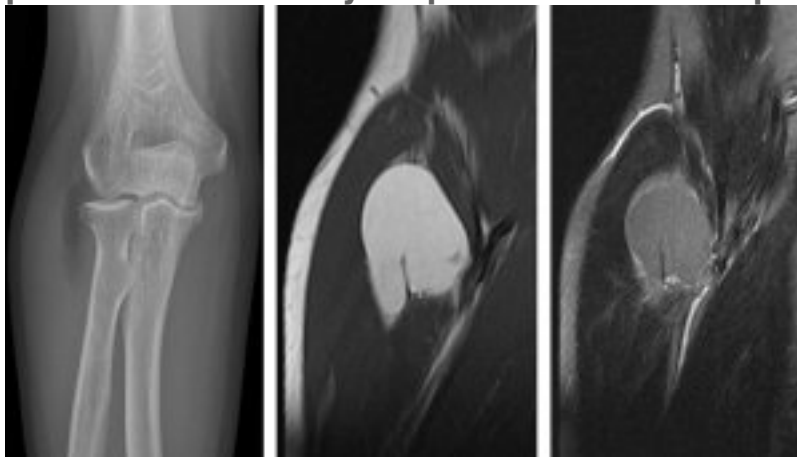


extremidad superior:

- a. Es una fractura supracondílea tipo I de Gartland
 - b. Es una fractura supracondílea tipo II de Gartland
 - c. Es una fractura supracondílea tipo III de Gartland
 - d. Existe un cuerpo libre intraarticular que condiciona el tratamiento
 - e. Hay que explorar con mucho cuidado el territorio del nervio radial por el riesgo de haber sido dañado
- 44 Clasificación de Gartland para la caracterización de las fracturas supracondíleas: tipo I, fractura sin desplazamiento, como en este caso; tipo II, fractura desplazada con separación ósea incompleta; y tipo III, fractura completa y desplazada. Pueden derivar en daño del nervio mediano y trastorno de la circulación por daño de la arteria braquial.
- 45 **¿Cuál es la estructura anatómica que está fracturada en esta tomografía computarizada y esta radiografía?**



- a. La coronoides
 - **b. El olécranon**
 - c. La cabeza del radio
 - d. El cóndilo humeral
 - e. El epicóndilo
- 46 En la proyección lateral se identifica una línea de fractura olecraneaniana, con discreta irregularidad cortical. La tomografía computarizada en el corte transversal confirma el diagnóstico.
- 47 **La condromatosis sinovial suele afectar a todas las articulaciones siguientes excepto a:**
- a. La cadera
 - b. El hombro
 - c. El codo
 - **d. Tarsometatarsiana**
 - e. La rodilla
- 48 La condromatosis afecta principalmente a grandes articulaciones sinoviales, como la rodilla, el codo, el hombro o la cadera, y no a pequeñas articulaciones.
- 49 **En las siguientes radiografía y resonancia magnética potenciadas en T1 y T2 podemos afirmar que:**



- a. Se trata de un quiste

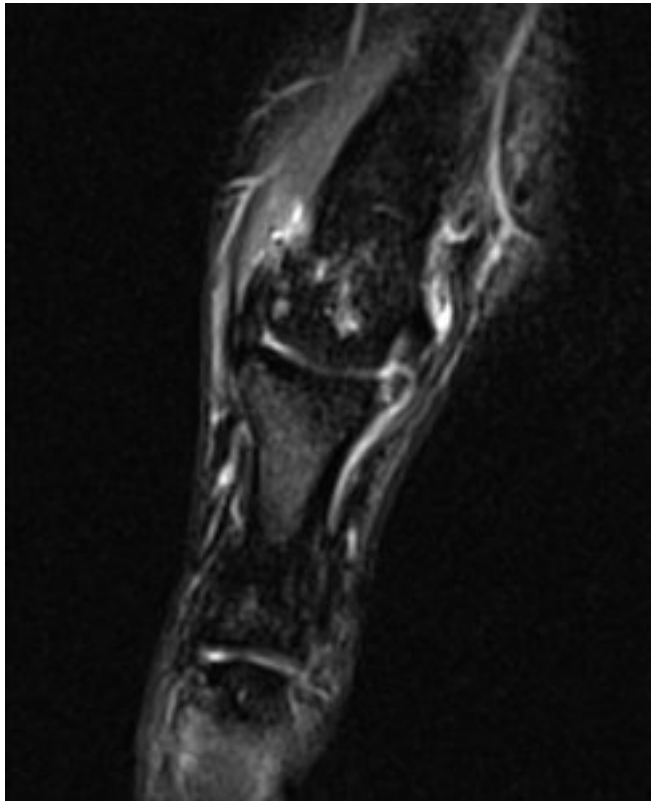
- b. Se trata de una bursitis
 - **c. Se trata de un lipoma típico**
 - d. En la radiografía no se pueden apreciar las lesiones de partes blandas
 - e. La ausencia de contraste intravenoso hace imposible el diagnóstico certero en este paciente
- 50 En la radiografía se observa una estructura de baja densidad (densidad grasa) situada entre la musculatura y en la vecindad del radio, que sugiere la presencia de un lipoma. Cortes coronales de resonancia magnética, realizados en secuencias potenciadas en T1 y T2. Entre el músculo supinador corto y el extensor radial largo del carpo se observa una lesión, hiperintensa en secuencias T1 e hipointensa en secuencias T2. Estos hallazgos, que coinciden en señal con la grasa subcutánea, sugieren que corresponde a un lipoma.
- 51 **¿Cuál de las siguientes articulaciones se afecta con menos frecuencia en el síndrome artróstico?**
- **a. Articulaciones interfalángicas proximales**
 - b. Articulaciones interfalángicas distales
 - c. Articulación trapeciometacarpiana
 - d. Articulación escafosemilunar
 - e. Todas se afectan en igual medida
- 52 Las artropatías degenerativas en la mano y muñeca tienen como característica principal la afectación predominante de las articulaciones trapeziometacarpiana, escafotrapezoidea e interfalángicas distales, no así las proximales, que se afectan con menor frecuencia.
- 53 **En el estudio de las fracturas es necesario con frecuencia un estudio que incluya las siguientes opciones, excepto:**
- a. Dos proyecciones
 - b. Dos extremos del hueso
 - c. Dos lados
 - d. Segundo tiempo
 - **e. Dos técnicas distintas**
- 54 Regla del “2”. Al igual que en el resto de fracturas, sigue siendo necesario un estudio que incluya al menos dos proyecciones y que incluya la articulación más cercana e incluso en ocasiones es conveniente valorar los dos extremos del hueso. Cuando aparezcan alteraciones que puedan corresponder a variantes de la normalidad o ante esqueletos inmaduros que planteen dudas de interpretación, es conveniente realizar un estudio de los dos lados para poder comparar. Por último, en el caso de sintomatología dolorosa

persistente en un paciente con radiología inicial negativa para fractura puede ser recomendable repetir el estudio en un segundo tiempo para detectar posibles fracturas ocultas que podrán manifestarse debido a los fenómenos de movilización posteriores y reabsorción de los bordes del foco de fractura o por la aparición de fenómenos reparativos.

- 55 **Paciente que sufre una caída y al que se le realiza esta radiografía. ¿Cuál es su diagnóstico?**



- a. Radiografía normal
 - b. Fractura del escafoides
 - c. Fractura del hueso grande
 - d. Fractura del metacarpiano
 - e. Fractura del semilunar
- 56 Imagen anteroposterior de muñeca de un paciente con antecedente de traumatismo, que muestra una línea de fractura en la base del tercer metacarpiano.
- 57 **Paciente que sufre un accidente esquiando y presenta dolor en la muñeca. ¿Cuál es su diagnóstico?**



- a. Fractura-avulsión de la base del primer dedo
 - **b. Rotura del ligamento colateral ulnar**
 - c. Artrosis de la articulación metacarpofalángica
 - d. Distensión del ligamento colateral ulnar
 - e. Rotura del tendón extensor del primer dedo
- 58 En esta resonancia magnética coronal del primer dedo se aprecia el ligamento metacarpofalángico ulnar como una estructura de baja intensidad de señal (negra) adyacente a la articulación. En su porción distal muestra una línea hiperintensa (blanca) que lo atraviesa, correspondiente a la zona de rotura.
- 59 **Es típico de la afectación psoriásica todo lo siguiente excepto:**
- **a. Afectar a las articulaciones interfalángicas proximales**
 - b. Afectar a articulaciones de mano y pie
 - c. Afectar a las articulaciones sacroilíacas
 - d. Reabsorciones óseas
 - e. Afectación asimétrica
- 60 La artritis psoriásica puede afectar a articulaciones tanto de la mano como del pie y tiene manifestaciones y distribución muy variables. Puede presentarse como oligoartricular y asimétrica, de evolución episódica como poliartritis simétrica (parecida a la artritis reumatoide y prácticamente indiferenciable). Es frecuente la sacroilitis con espondilitis. En la mano afecta

preferentemente a las articulaciones interfalángicas distales y existe una forma mutilante generalmente en huesos y pies. La radiología se caracteriza por afectación asimétrica, inflamación difusa de la articulación, erosiones en las falanges distales, proliferaciones periósticas y reabsorciones óseas que pueden producir artritis mutilante. La osteoporosis puede estar ausente y se pueden producir fusiones óseas.

61 **¿En vista de los hallazgos radiológicos, ¿cuál es su**



diagnóstico?

- a. Condrocalcinosis
- **b. Gota**
- c. Artritis reumatoide
- d. Osteomielitis
- e. Periostitis infecciosa

62 Se trata de un paciente con gota, en el cual se observan erosiones yuxtaarticulares, con conservación del espacio articular y cartílago y la presencia de masas de partes blandas o tofos, siendo el más evidente el del quinto dedo.

63 **La siguiente radiografía es típica de un:**



- a. Osteosarcoma
- b. Tumor de células gigantes
- c. Encondroma
- d. Condroma agresivo
- e. Tumor de Ewing

64 El encondroma se manifiesta como lesión de baja densidad, que erosiona y adelgaza la cortical del hueso, insuflándolo sin romper la cortical, y que en ocasiones puede mostrar en su interior pequeñas calcificaciones grumosas. Afecta tanto a los metacarpianos como a las falanges. En este caso se aprecian en las falanges del segundo y tercer dedos, y no muestran signos de agresividad.

65 **En el síndrome del túnel carpiano el nervio afectado es el:**

- a. Radial
- b. Mediano
- c. Cubital
- d. Cualquiera de ellos
- e. Nervio radial en su rama superficial

66 En la muñeca, los síndromes de compresión neural son relativamente frecuentes, siendo el más conocido el síndrome del túnel carpiano con atrapamiento del nervio mediano.

67 **Señale la respuesta correcta en relación con posibles causas y manejo de dolor en la extremidad superior:**

- a. Entre las patologías infecciosas más frecuentes del miembro superior encontramos la paroniquia, el felón y la tenosinovitis

- supurativa aguda
 - b. El tratamiento infeccioso no debe comenzarse hasta que se haya confirmado el germen con el cultivo aún a expensas de retrasar el inicio del tratamiento antibiótico
 - c. No es recomendable inmovilizar la estructura afectada
 - d. La diabetes y los trastornos vasculares predisponen a las infecciones
 - e. Nunca hay que realizar incisión quirúrgica, drenaje y desbridamiento como primer paso para el tratamiento de la infección.
- 68 La tenosinovitis supurativa aguda es una infección rara pero grave. El tratamiento infeccioso debe comenzarse aunque no se haya confirmado el germen con el cultivo, ya que es muy importante no retrasar el inicio del tratamiento antibiótico. Es recomendable inmovilizar la estructura afectada. La diabetes y los trastornos vasculares predisponen a tener las infecciones. En algunos casos es preciso realizar una incisión quirúrgica, drenaje y desbridamiento como primer paso para el tratamiento de la infección.
- 69 **Respecto al tratamiento de los pacientes con artritis en manos es falso que:**
- a. Se utilizan medidas físicas antiinflamatorias (frío, ultrasonidos)
 - b. Inicialmente no están nunca indicados los corticoides orales
 - c. Se utilizan antiinflamatorios no esteroideos orales y tópicos
 - d. En caso de dolor intenso o cronificación del proceso se puede realizar una infiltración articular con corticoide depot + anestésico local
 - e. En caso de monoartritis no está indicado realizar una artrocentesis diagnóstica para cultivo y visualización de cristales al microscopio óptico
- 70 En caso de monoartritis está indicado realizar una artrocentesis diagnóstica para cultivo y visualización de cristales al microscopio óptico.
- 71 **En la terapéutica de los síndromes dolorosos de hombro es cierto que:**
- a. El tratamiento de los diversos síndromes no difiere según la patología del mismo y su cronicidad
 - b. Los problemas más frecuentes son el síndrome de traumatismos de repetición con desgarramiento del manguito de los rotadores, la tendinosis calcificada, la capsulitis y el dolor de las articulaciones acromioclaviculares
 - c. Las lesiones del manguito en la 6.^a o 7.^a décadas de la vida son debidas mayormente a traumatismos y no a una vascularización disminuida del tendón supraespinoso

- d. En la fase aguda de tendinitis del manguito de los rotadores no está indicada la infiltración local con corticoide depot más anestésico
- e. Las infiltraciones locales pueden realizarse hasta un máximo de 5 en 1 año

El tratamiento de los diversos síndromes varía según la patología del mismo y su cronicidad. Los problemas más frecuentes son el síndrome de traumatismos de repetición con desgarro del manguito de los rotadores, la tendinitis calcificada, la capsulitis y el dolor de la articulación acromioclavicular. Las lesiones del manguito en la 6.^a o 7.^a décadas de la vida son debidas mayormente a una vascularización disminuida del tendón supraespinoso y no a traumatismos. En la fase aguda de tendinitis del manguito de los rotadores se puede realizar una infiltración local con corticoide depot más anestésico. Las infiltraciones locales pueden realizarse hasta un máximo de 3 en 1 año.